

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

УДК : 35.07:005.21:614

КОРЧОВИЙ Дмитро Вадимович

ДИСЕРТАЦІЯ
РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
СТРАТЕГІЧНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування

Галузь знань 28 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів мають посилання на відповідне джерело.

_____Д. В. КОРЧОВИЙ

Науковий керівник: доктор економічних наук, професор
КАРПЕНКО ЛІДІЯ МИКОЛАЇВНА

Одеса – 2026

АНОТАЦІЯ

Корчовий Д.В. Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я. Кваліфікаційна праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Національний університет «Одеська Політехніка», м. Одеса, 2026.

У дисертації вирішено актуальне наукове завдання, що полягає в удосконаленні механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і поствоєнних викликів. Теоретичне, методологічне та прикладне наповнення дослідження спрямоване на формування поліцентричної, адаптивної та соціально орієнтованої моделі управління, яка забезпечує стійкість і результативність системи охорони здоров'я.

У першому розділі дисертації «Теоретичні засади розвитку механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я» – Уточнено понятійно-категоріальний апарат, зокрема зміст понять «публічне управління у сфері охорони здоров'я», «стратегічний потенціал системи охорони здоров'я», «інституційна спроможність», «стратегічна стійкість», «адаптивне управління». Запропоновано авторське визначення стратегічного потенціалу як інтегрованої динамічної здатності системи охорони здоров'я забезпечувати довгострокову стійкість і ефективність через синергію кадрових, фінансових, інноваційних та інституційних ресурсів. Розроблено класифікацію механізмів публічного управління стратегічним потенціалом, яка охоплює адміністративно-організаційні, економічно-фінансові, нормативно-правові, соціально-комунікаційні та аналітичні інструменти, а також удосконалено підхід до їх типологізації за рівнями управління – державним, регіональним і місцевим. Виявлено ключові фактори

невизначеності (людські, технологічні, правові, економічні, соціальні) та обґрунтовано, що адаптація управлінських механізмів до таких умов потребує поєднання інструментів стратегічного планування, цифрового моніторингу й розвитку кадрового потенціалу. На основі узагальнення теоретичних підходів доведено доцільність переходу до поліцентричної моделі управління, у межах якої держава, органи місцевого самоврядування, госпітальні ради, приватний сектор і громадські організації виступають рівноправними акторами системи. Цей підхід уперше обґрунтовано як базовий теоретико-методологічний фундамент управління стратегічним потенціалом.

У другому розділі *«Аналіз механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України»* – проведено комплексну оцінку функціонування галузі у 2014–2024 рр. у контексті децентралізації, фінансових реформ, цифровізації та воєнних викликів. Визначено етапи еволюції управління – довоєнний, воєнний і відновний періоди, розкрито зміну пріоритетів державної політики: від інституційного зміцнення та автономізації закладів до мобілізаційної спроможності, координації між рівнями влади та відновлення функціональної стійкості галузі. Проаналізовано інституційно-правовий механізм, трансформацію нормативного поля (закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», розвиток НСЗУ, впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», розбудову eHealth). Досліджено фінансово-економічний механізм через аналіз структури витрат Програми медичних гарантій, механізмів співфінансування, залучення донорських коштів і міжнародної допомоги. Показано, що фінансова стійкість системи залежить від поєднання бюджетних, страхових і донорських потоків та впровадження цифрових індикаторів якості. Оцінено організаційно-кадровий та інформаційно-комунікаційний механізми - виявлено дефіцит управлінських компетентностей керівників КНП, проблеми диференціації оплати праці, а також значний потенціал цифровізації (електронні медичні записи, телемедицина, аналітика великих даних, публічні панелі МОЗ).

Проведено SWOT-аналіз стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України, який засвідчив, що цифровізація є ключовим драйвером підвищення адаптивності, прозорості та ефективності публічного управління, а розвиток людського капіталу та фінансової децентралізації - головними умовами її сталості. Результати розділу створили аналітичне підґрунтя для моделювання комплексного механізму стратегічного управління у подальших розділах.

У третьому розділі «Напрями удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я» – сформульовано систему науково обґрунтованих пропозицій щодо вдосконалення організаційних, фінансових, нормативних і аналітичних механізмів управління галуззю. На основі порівняльного аналізу моделей управління охороною здоров'я країн ЄС і ОЕСР (Beveridge, Bismarck, приватно-страхових, гібридних) обґрунтовано доцільність поєднання державної відповідальності, страхових інструментів і автономії закладів у межах поліцентричної системи управління. Запропоновано адаптаційні траєкторії європейського досвіду, зокрема: гармонізацію українського законодавства з директивами ЄС; розбудову медичного страхування; розвиток державно-приватного партнерства; упровадження інструментів *performance-based financing*; посилення кадрового потенціалу через програми *health management*. Розроблено концептуальну модель комплексного механізму управління стратегічним потенціалом, що включає п'ять взаємопов'язаних блоків - нормативно-правовий, організаційно-кадровий, фінансово-економічний, інформаційно-аналітичний і соціально-комунікаційний - які функціонують у замкненому циклі “дані - аналіз - управлінська дія – перевірка результату – корекція”. Створено методику оцінювання ефективності публічного управління, яка базується на шести доменах (фінансова стійкість, кадрове забезпечення, інституційна узгодженість, цифрова зрілість, прозорість управління, задоволеність громадян) та передбачає інтегральний індекс ефективності. Його апробація в територіальних громадах підтвердила практичну дієвість і можливість прогнозування розвитку галузі.

Розроблено практичні рекомендації щодо створення національної цифрової платформи моніторингу стратегічних показників (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, ОМС), інтеграції дорожніх карт розвитку з бюджетним прогнозуванням, запуску програм управлінської підготовки та запровадження системи публічного аудиту й оцінювання ефективності політик. Узагальнено, що реалізація запропонованих підходів забезпечує перехід системи охорони здоров'я України до стійкої поліцентричної моделі, яка поєднує принципи прозорості, соціальної справедливості, цифрової інтегрованості та відповідальності перед громадянами, створюючи основу для післявоєнного відновлення та інтеграції у європейський простір охорони здоров'я.

Ключові слова: публічне управління, державна політика, механізми державного управління, охорона здоров'я, медичні послуги, система охорони здоров'я, медична реформа, управління системою ОЗ, медична інфраструктура, COVID-19, фінансування, війна, цифровізація, медичне страхування, кадровий потенціал.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Karpenko L.M., Izha M.M., Korchovyi D.V., Korchova T.P. Medical Insurance in the Financial Security of Social Guarantees for the Population of Ukraine. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління»)*. 2024. 2(44) 2024. С.28-42. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/215/306>

DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)-28-42](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44)-28-42)

2. Корчовий Д.В. Трансформація системи публічного управління охороною здоров'я в Україні: реалії та перспективи. Суспільство та національні інтереси (Серія «Публічне управління та адміністрування») №1(21) 2026. С. 624-636

DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1\(21\)-624-636](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1(21)-624-636)

3. Корчовий Д.В. Стратегічні вектори удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. *Наукові інновації та передові технології (Серія «Управління та адміністрування»)*. №1 (53) 2026. С. 124-137

DOI : [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1\(53\)-124-137](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1(53)-124-137)

4. Корчовий Д.В. Концептуалізація цілісної моделі публічного управління у вітчизняній сфері охорони здоров'я. *Національні інтереси України (Серія «Публічне управління та адміністрування»)*. №1 (2026) С. 1156-1168

DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1\(18\)-1156-1168](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1(18)-1156-1168)

Публікації, що засвідчують апробацію результатів дисертації:

5. Карпенко Л.М., Корчовий Д.В. Удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я шляхом змін у фінансовій сфері. *Проблеми раціонального використання соціально-економічного, еколого-енергетичного потенціалу України та її регіонів :*

матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. ГО «ІЕЕЕД» (м. Луцьк, 15 лют. 2023 р.). Луцьк, 2023. С. 295–299. ISBN 978-617-8279-07-3

6. Korchovi D.V., Karpenko L.M. Implementation of health insurance based on digital standards for the development of the economy insurance sector: international practice. [Впровадження медичного страхування на основі цифрових стандартів розвитку страхового сектору економіки: міжнародна практика]. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Одеса, 18 трав. 2023 р.)*. Одеса : НУ «Одеська політехніка», 2023. С. 203-205

7. Korchovi D.V., Korchova T.P. Medical insurance in the financial security of social guarantees for the population of ukraine. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 трав. 2024 р.)*. Одеса : НУ «Одеська політехніка», 2024. С. 255–258. URL: https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolympconf/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf

8. Korchovi D. V. Review of international experience in managing the strategic potential of the healthcare system. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Ін-ту публ. служби та упр. Нац. ун-ту «Одеська політехніка» (м. Одеса, 18 жовт. 2025 р.)*. Одеса, 2025. С. 590–593. URL: https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolympconf/mnpk_17.10.2025.pdf

Наукові праці, що додатково відображають результати дослідження

1. Корчовий Д.В. Базові положення методології стратегічного планування як елементу системи управління соціально-економічним розвитком на мезорівні // *Моделювання інвестиційних детермінант розвитку територій: імперативи адаптації до умов світового ринку : Монографія за*

міжнародною участю / Л.М. Карпенко, М.М.Іюса, А.Г. Ахламов, Рудольф Кухарчик, Михайло Августін. Також наукова участь: О.І.Бурдейний, Д.А.Вербицький, О.І. Гласенко, М.В.Гороховський, Т.В.Дамашкова, Д.О. Зінченко, Т.П.Зубро, С.В. Корчовий, Д.В.Корчовий, Т.П.Корчова, І.В.Конопельський, Д.Л.Попович, О.О.Ліпач; за заг. ред.: д.е.н., проф. Л.М. Карпенко, д.е.н., проф. А.Г. Ахламова. – Одеса : ІПСУ НУ «Одеська політехніка», 2024. – 361 с. ISBN 978-617-692-889-8

Рекомендовано до друку Вченою радою Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» . Протокол № 11 від 26.03.2024 року.

2. Lidiia Karpenko, Rudolf Kucharcík, Katarína Brocková, Peter Jančovič ,Dmytro Korchovy, Tetiana Korchova. The Impact of International Grants and EU Programs on the Development of the Tourism Industry in Ukraine. OIDA International Journal of Sustainable Development, 18 (07), 81-92, 2025. URL:<https://oidaijsd.com/wp-content/uploads/2025/05/18-07-07-15-3-UR-IJSD-25.pdf> /**Scopus** /

ABSTRACT

Korchovy D. V. Development of mechanisms for public management of the strategic potential of the health care system. Qualification work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of public management and administration in specialty 281 "Public management and administration". National University "Odesa Polytechnic", Odessa, 2026.

The dissertation addresses an urgent scientific problem — the development of theoretical, methodological, and applied foundations for improving the mechanisms of public governance of the strategic potential of Ukraine's health care system under conditions of reform, digital transformation, and wartime and post-war challenges. The theoretical, methodological, and practical components of the study are aimed at forming a polycentric, adaptive, and socially oriented model of governance that ensures the resilience, effectiveness, and human-centered nature of the national health care system.

In the first chapter «Theoretical Foundations for the Development of Mechanisms of Public Governance of the Strategic Potential of the Health Care System», The conceptual and categorical framework is clarified, in particular the meanings of “public governance in the health care sector,” “strategic potential of the health care system,” “institutional capacity,” “strategic resilience,” and “adaptive governance.” An authorial definition of the strategic potential of the health care system is proposed as an *integrated dynamic capability ensuring long-term stability and effectiveness through the synergy of human, financial, institutional, and innovative resources*. A classification of mechanisms of public governance of strategic potential has been developed, covering administrative-organizational, economic-financial, legal-regulatory, socio-communicative, and analytical instruments. The approach to their typology by levels of governance (national, regional, and local) has been improved. The key factors of uncertainty (human, technological, legal, economic, and social) influencing the efficiency of health care governance have been identified. It is substantiated that adapting governance

mechanisms to such uncertainty requires a combination of strategic planning, digital monitoring, and managerial capacity development tools. Based on the synthesis of theoretical approaches, the necessity of transition to a polycentric model of public governance is justified, in which the state, local self-government, hospital councils, the private sector, and civil society organizations act as equal actors of the system. This approach has been substantiated for the first time as the theoretical and methodological foundation of strategic potential governance.

In the second chapter «Analysis of the Mechanisms of Public Governance of the Strategic Potential of Ukraine's Health Care System,» a comprehensive assessment of the evolution of the national health care system in 2014–2024 is conducted in the context of decentralization, financial reform, digitalization, and wartime challenges. The evolutionary stages of governance - pre-war, wartime, and recovery - are defined, revealing a shift in state policy priorities from institutional strengthening and autonomy of health care facilities to mobilization readiness, inter-level coordination, and restoration of system resilience. The institutional and legal mechanism is analyzed, including the transformation of the regulatory framework (the Law “On State Financial Guarantees of Health Care Services,” the development of the National Health Service of Ukraine, the implementation of the “money follows the patient” principle, and the establishment of the eHealth system). The financial and economic mechanism is examined through the analysis of the structure of expenditures under the Medical Guarantees Program, co-financing mechanisms, donor contributions, and international support. It is demonstrated that financial sustainability depends on combining budgetary, insurance, and donor resources and on implementing digital quality indicators. The organizational, human resources, and information-communication mechanisms are evaluated. The research reveals deficits in managerial competencies of heads of communal non-commercial enterprises, issues of remuneration differentiation, and the growing potential of digitalization (electronic medical records, telemedicine, big data analytics, public dashboards of the Ministry of Health).

A SWOT analysis of the strategic potential of Ukraine's health care system identifies key strengths (normative base, human resources, financing), weaknesses (territorial disparities, aging infrastructure), opportunities (digital innovations, international assistance), and threats (war, migration of professionals, epidemiological risks). The results confirm that digitalization is the key driver of adaptability, transparency, and efficiency of public governance, while human capital and fiscal decentralization remain the main conditions for long-term system stability. This chapter provides the analytical foundation for constructing a comprehensive model of strategic public governance developed in the following section.

In the third chapter «Directions for Improving the Mechanisms of Public Governance in the Health Care Sector,» a system of scientifically grounded proposals has been formulated for improving the organizational, financial, legal, and analytical mechanisms of sectoral governance. Based on a comparative analysis of health care governance models in EU and OECD countries (Beveridge, Bismarck, private insurance, and hybrid models), the feasibility of combining state responsibility, insurance mechanisms, and institutional autonomy within a polycentric governance system is substantiated. Adaptation trajectories of European experience are proposed, including: harmonization of Ukrainian legislation with EU directives; development of health insurance; strengthening of public-private partnerships; introduction of *performance-based financing* instruments; and enhancement of managerial capacity through *health management* programs. A conceptual model of the comprehensive mechanism of strategic potential governance is developed, comprising five interrelated blocks - legal-regulatory, organizational-human resources, financial-economic, information-analytical, and socio-communicative - functioning in a closed cycle of “data – analysis – managerial action – verification – correction.” A methodology for evaluating the effectiveness of public governance is designed, based on six domains (financial sustainability, human resources, institutional coherence, digital maturity, governance transparency, and citizen satisfaction) and incorporating an integral effectiveness index. Its testing in territorial communities confirmed its diagnostic and predictive value for

monitoring reform outcomes. The dissertation also proposes practical recommendations: creation of a national digital platform for monitoring strategic indicators (Ministry of Health, NHSU, Public Health Center, and local governments); integration of development roadmaps with budgetary forecasting; introduction of management training programs; and establishment of systems for public audit and performance evaluation. It is summarized that implementation of the proposed measures ensures the transition of Ukraine's health care system to a resilient polycentric model, combining transparency, social justice, digital integration, and institutional accountability — forming a foundation for post-war recovery and integration into the European health care space.

Keywords: public administration, public policy, public administration mechanisms, healthcare, medical services, healthcare system, healthcare reform, healthcare system management, medical infrastructure, COVID-19, financing, war, digitalization, medical insurance, human resources.

LIST OF PUBLISHED PAPERS ON THE TOPICS OF THE DISSERTATION

Papers in which the main scientific results of the dissertation are published:

1. Karpenko L.M., Izha M.M., Korchovyi D.V., Korchova T.P. Medical Insurance in the Financial Security of Social Guarantees for the Population of Ukraine. Scientific Perspectives (Series "Public Administration").2024. 2(44) 2024. P.28-42. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/215/306>
DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)-28-42](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44)-28-42)
2. Korchovyi D.V. Transformation of the system of public health management in Ukraine: realities and prospects. Society and National Interests (Series "Public Management and Administration") No. 1(21) 2026. P. 624-636
DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1\(21\)-624-636](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1(21)-624-636)
3. Korchovy D.V. Strategic Vectors of Improving Public Management Mechanisms in the Healthcare Sector in the Face of Modern Challenges. Scientific Innovations and Advanced Technologies (Series "Management and Administration"). No. 1 (53) 2026. P. 124-137
DOI : [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1\(53\)-124-137](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1(53)-124-137)
4. Korchovy D.V. Conceptualization of a Holistic Model of Public Management in the Domestic Healthcare Sector. National Interests of Ukraine (Series "Public Management and Administration"). No. 1 (2026) P. 1156-1168
DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1\(18\)-1156-1168](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1(18)-1156-1168)

Publications confirming the approval of the results of the dissertation:

5. Karpenko L.M., Korchovyi D.V. Improving the mechanisms of public management of the strategic potential of the health care system through changes in the financial sphere. Problems of rational use of the socio-economic, ecological and energy potential of Ukraine and its regions: materials of the V International Scientific and Practical Conference of the NGO "IEEEED" (Lutsk, February 15, 2023). Lutsk, 2023. P. 295–299. ISBN 978-617-8279-07-3

6. Korchovyi D.V., Karpenko L.M. Implementation of health insurance based on digital standards for the development of the economy insurance sector: international practice. [Implementation of health insurance based on digital standards for the development of the economy insurance sector: international practice]. Ensuring the stability of the public power and management system in the conditions of martial law and the restoration of Ukraine: materials of the All-Ukrainian scientific-practical conference with international participation (Odessa, May 18, 2023). Odesa: Odesa Polytechnic National University, 2023. P. 203-205

7. Korchovyi D.V., Korchova T.P. Medical insurance in the financial security of social guarantees for the population of Ukraine. Ensuring the stability of the public power and management system in the conditions of martial law and the restoration of Ukraine: materials of the International Scientific-Practical Conference (Odessa, May 17, 2024). Odesa: Odesa Polytechnic National University, 2024. P. 255–258. URL:

https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolympconf/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf

8. Korchovyi D. V. Review of international experience in managing the strategic potential of the healthcare system. Ensuring the stability of the public power and management system in the conditions of martial law and restoration of Ukraine: materials of the International Scientific and Practical Conference of the Institute of Public Service and Management of the National University of Odesa Polytechnic (Odessa, October 18, 2025). Odesa, 2025. P. 590–593. URL: https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolympconf/mnpk_17.10.2025.pdf

Scientific works that additionally reflect the results of the study

1. Korchovy D.V. Basic provisions of the methodology of strategic planning as an element of the socio-economic development management system at the mesolevel // Modeling investment determinants of territorial development: imperatives of adaptation to world market conditions: Monograph with international

participation / L.M. Karpenko, M.M. Izha, A.G. Akhlamov, Rudolf Kukharchyk, Mykhailo Avgustin. Also scientific participation: O.I. Burdeiny, D.A. Verbytsky, O.I. Glasenko, M.V. Gorohovsky, T.V. Damashkova, D.O. Zinchenko, T.P. Zubro, S.V. Korchovy, D.V. Korchovy, T.P. Korchova, I.V. Konopelsky, D.L. Popovych, O.O. Lipach; general editor: Doctor of Economics, Prof. L.M. Karpenko, Doctor of Economics, Prof. A.G. Akhlamova. – Odesa: IPSU NU “Odesa Polytechnic”, 2024. – 361 p. ISBN 978-617-692-889-8

Recommended for publication by the Academic Council of the Educational and Scientific Institute of Public Service and Management of the National University “Odesa Polytechnic”. Protocol No. 11 dated 03/26/2024.

2. Lidiia Karpenko, Rudolf Kucharcík, Katarína Brocková, Peter Jančovič, Dmytro Korchovy, Tetiana Korchova. The Impact of International Grants and EU Programs on the Development of the Tourism Industry in Ukraine. OIDA International Journal of Sustainable Development, 18 (07), 81-92, 2025. URL:<https://oidaijsd.com/wp-content/uploads/2025/05/18-07-07-15-3-UR-IJSD-25.pdf> /**Scopus** /

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	18
ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	33
1.1. Концептуальні підходи публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я.....	33
1.2. Реформа системи охорони здоров'я та її ключові особливості....	57
1.3. Механізми публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні: типологія, функції та особливості в умовах реформ.....	76
Висновки до розділу 1.....	92
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	92
2.1. Сучасний стан розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні.....	95
2.2. Генеза інституційно-правового механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я.....	125
2.3. Аналіз функціонування організаційно-кадрового, інформаційно-комунікативного та фінансово-економічного механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я.....	143
2.4. SWOT-аналіз стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України.....	163
Висновки до розділу 2.....	179
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	181

3.1. Зарубіжний досвід удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я та можливості його імплементації в Україні.....	181
3.2 Стратегічні напрями удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні.....	204
3.3. Формування моделі комплексного механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні.....	227
Висновки до розділу 3.....	248
ВИСНОВКИ.....	251
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	256
ДОДАТКИ.....	298

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВВП – Валовий внутрішній продукт
- ВНЗ – Вищий навчальний заклад
- ДПП – Державно-приватне партнерство
- ЄС – Європейський Союз
- ЄЦБ – Європейський центральний банк
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- НДІ – Науково-дослідний інститут
- НУО – Неурядова організація
- ОЕСР – Організація економічного співробітництва та розвитку
- ООН – Організація Об'єднаних Націй
- ПМГ – Програма медичних гарантій
- ППП – Публічно-приватне партнерство
- СОЗ – Система охорони здоров'я
- СРР – Стратегічний розвиток регіону
- СМГ – Стратегічне медичне гарантування
- ЗМІ – Засоби масової інформації
- УСР – Управлінська спроможність регіону
- ЦОВВ – Центральний орган виконавчої влади
- ЦПД – Центр первинної допомоги
- ІТ – Інформаційні технології
- AI – Artificial intelligence (Штучний інтелект, ШІ)
- Big Data – Великі дані
- GDP – Gross Domestic Product (валовий внутрішній продукт)
- eHealth – Електронна система охорони здоров'я

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development(Організація економічного співробітництва та розвитку)

PPP – Public-Private Partnership (державно-приватне партнерство)

WHO – World Health Organization (Всесвітня організація охорони здоров'я, ВООЗ)

ВСТУП

Актуальність дослідження: Сфера охорони здоров'я в Україні перебуває у стані системної трансформації, що обумовлюється поєднанням внутрішніх структурних обмежень і безпрецедентних зовнішніх викликів, спричинених війною, соціально-демографічними змінами, економічною нестабільністю та глобальними епідеміологічними загрозами. Руйнування медичної інфраструктури, дефіцит кадрів, переміщення населення та зростання потреб у медичних і психосоціальних послугах створюють ситуацію, коли від ефективності публічного управління системою охорони здоров'я безпосередньо залежить стійкість держави й добробут громадян. За даними МОЗ, понад 1200 медичних закладів було пошкоджено або зруйновано, а рівень дефіциту лікарів у прифронтових регіонах перевищує 40 %. Водночас зростає роль цифрових технологій, eHealth-платформи та аналітичних систем, що формують нові можливості для прозорого управління й контролю якості послуг.

У цих умовах ключового значення набуває розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я - кадрового, фінансового, організаційного, інформаційного та соціального. Йдеться не лише про управління ресурсами, а про створення здатності системи передбачати, адаптуватися й діяти на випередження в умовах невизначеності. Від ефективності стратегічного управління залежить не лише функціонування медичних закладів, а й стабільність соціальної системи, збереження людського капіталу та відновлення економіки у післявоєнний період.

Питання стратегічного управління у сфері охорони здоров'я досліджували такі зарубіжні науковці, як S. Shortell, J. Griffith, H. Brand, M. McAlearney, A. Kovner, S. Scheck, M. Xia, A. Osborn, T. Gebler, F. Ferdousi, L. Qiu, а також провідні вчені у сфері публічного управління – C. Hood, M. Barzelay, D. Osborne, T. Gaebler, E. Ferlie, C. Pollitt, G. Bouckaert, E. Ostrom, J. Pierre, B. Guy Peters, P. Dunleavy, M. Lodge, J. Kettunen, D. McKevitt, M. Lips,

A. Sancino, R. Denhardt, J. Stiglitz та інші. Їхні праці сформували теоретичну основу концепцій *new public management*, *good governance*, *adaptive governance* та *polycentric governance*, які визначають сучасну парадигму ефективного управління публічними системами, зокрема у сфері охорони здоров'я. У працях S. Shortell і A. Kaluzny визначено базові концепти стратегічного менеджменту у сфері охорони здоров'я; Н. Brand наголошує на важливості міжсекторальної взаємодії та формування політик «здоров'я в усіх галузях»; М. McAlearney і А. Kovner акцентують на ролі лідерства й організаційного навчання у зміцненні потенціалу медичних закладів; А. Osborn, F. Ferdousi та L. Qiu досліджують інституційні інновації в публічному управлінні, орієнтовані на цифрову відкритість та аналітичну інтеграцію.

Серед українських науковців, які здійснили значний внесок у розвиток теорії та практики публічного управління у сфері охорони здоров'я, слід відзначити А. Калюжного, О. В. Сумець, Д. І. Горбатову, Н. О. Васюк, О. М. Миколенко, Р. Шевчука, В. Яценка, В. О. Галай, З. Бурик, Т. Юрочко, Т. М. Маматову, О. К. Майстренко, Г. М. Монастирського, В. І. Ладиченка, І. П. Лопушинського, О. В. Васильєву, О. Г. Глазова, С. З. Задорожну, О. П. Бобровську, І. М. Сурай, О. В. Чикаренко, а також провідних учених з теорії державного управління - В. М. Князева, Н. Р. Нижник, В. Б. Авер'янова, В. П. Тимошука, Ю. В. Ковбасюка, С. М. Серьогіна, В. С. Загорського, В. М. Вакуленка, О. В. Руденка, Т. В. Мотренка, В. Д. Бакуменка, В. М. Олуйка, О. М. Рудіка, І. В. Дробота, І. В. Артеменка. Їхні наукові здобутки у сфері теорії публічного управління, державної політики, стратегічного планування та інституційного розвитку створили методологічне підґрунтя для формування сучасних підходів до управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України. окрема, В. Г. Алькема та О. В. Сумець досліджують управлінські інновації та стратегічне планування в державному секторі, Д. І. Горбатова акцентує на інтеграції цифрових технологій у публічне управління охороною здоров'я, Н. О. Васюк – на соціальній ефективності та кадровій політиці, В. Яценко і Р. Шевчук – на фінансовій стабільності та прозорості

системи публічного управління, З. Бурик і В. Галай – на інституційному забезпеченні стійкості регіональних медичних систем.

Разом із тим, попри значну кількість досліджень, окремі питання, що стосуються розвитку механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я, залишаються недостатньо опрацьованими. Зокрема, потребують подальшого наукового обґрунтування: взаємозв'язок між цифровізацією управлінських процесів і стійкістю системи охорони здоров'я; інституційні умови формування стратегічної спроможності галузі; методичні підходи до оцінювання ефективності управління на різних рівнях; а також моделі інтеграції державного, приватного та громадського секторів у забезпеченні стратегічних цілей. Ці аспекти зумовлюють актуальність обраної теми дисертаційного дослідження, спрямованого на наукове й практичне удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України.

Сучасна система публічного управління охороною здоров'я в Україні характеризується низкою суперечностей. Незавершеність нормативної бази, слабка координація між МОЗ, НСЗУ та органами місцевого самоврядування, недостатній розвиток механізмів стратегічного планування, кадровий дефіцит і нерівномірність фінансування регіонів стримують розвиток галузі. Згідно з даними НСЗУ, у 2024 р. 70% медичних закладів продемонстрували перевитрати ресурсів через неузгодженість програмних показників і фактичних потреб, а частка видатків на первинну допомогу залишилася нижчою за рекомендовані ВООЗ 30% від загального обсягу фінансування.

У світлі воєнних викликів особливої ваги набуває питання стратегічної стійкості системи охорони здоров'я. Її забезпечення вимагає ефективних механізмів управління людськими ресурсами, прозорих схем фінансування, сучасної цифрової інфраструктури, інтеграції цивільної й військової медицини, а також розвитку інституційної довіри між державою, громадами та пацієнтами. Підвищення ролі стратегічного потенціалу у публічному управлінні стає передумовою модернізації галузі та формування нової моделі

державної політики здоров'я, заснованої на принципах доказовості, ефективності та соціальної відповідальності.

Таким чином, актуальність теми дисертаційного дослідження зумовлюється необхідністю наукового осмислення й практичного вдосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України. Це завдання набуває особливого значення в умовах війни, демографічних втрат, економічних викликів і потреби відновлення національної стійкості через зміцнення людського капіталу. Розвиток ефективних механізмів публічного управління у цій сфері є не лише питанням галузевої політики, а ключовим чинником безпеки, соціальної стабільності та інтеграції України до європейського простору належного врядування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано у межах науково-дослідної теми «Моделювання інвестиційних детермінант розвитку територій: інституційна якість та економічне зростання» закріпленої за кафедрою місцевого самоврядування та розвитку територій Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» (номер державної реєстрації 0122U002497). В рамках виконання даної теми дисертантом здійснено аналіз інституційної стійкості територій в контексті соціального забезпечення та розвитку системи охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є розробка теоретичних, методичних і прикладних засад удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України з урахуванням глобальних викликів, принципів належного врядування, цифрової трансформації та необхідності відновлення національної стійкості.

Для досягнення поставленої мети в роботі вирішено такі основні **завдання:**

- уточнити понятійно-категорійний апарат дослідження;

- розкрити теоретико-методологічні підходи до формування механізмів управління стратегічним потенціалом охорони здоров'я в сучасних умовах;
- проаналізувати сучасний стан системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України, визначити ключові структурно-функціональні проблеми, обмеження та дисбаланси між рівнями управління.
- дослідити інституційно-правовий, організаційно-кадровий, фінансово-економічний та інформаційно-аналітичний механізми публічного управління у галузі охорони здоров'я, оцінити їхню ефективність і взаємозв'язок.
- вивчити зарубіжний досвід функціонування моделей публічного управління системами охорони здоров'я (Beveridge, Bismarck, приватно-страхова та гібридна моделі) та визначити можливості його адаптації до українських реалій.
- розробити концептуальну модель комплексного механізму публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України, орієнтовану на цифрову інтеграцію, стратегічну стійкість і соціальну ефективність.
- запропонувати методику оцінювання ефективності публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я та провести її апробацію на прикладі регіональних громад.
- обґрунтувати практичні рекомендації щодо вдосконалення організаційних, фінансових і аналітичних механізмів управління, спрямованих на підвищення результативності й прозорості системи охорони здоров'я в умовах воєнних і післявоєнних змін.

Об'єктом дисертаційного дослідження є система публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах структурних реформ, воєнних викликів і цифрової трансформації.

Предметом дослідження є механізми формування, розвитку та оцінювання ефективності публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я, зокрема нормативно-правові, організаційно-кадрові, фінансово-економічні, інформаційно-аналітичні й соціально-комунікаційні інструменти управління.

Методологія та методи дослідження. У дисертаційній роботі використано сукупність загальнонаукових, міждисциплінарних і спеціальних методів дослідження, які забезпечили досягнення мети, вирішення поставлених завдань і комплексний аналіз об'єкта: *аналіз і синтез* – застосовано для деталізації об'єкта дослідження, виокремлення складових стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я, визначення структури механізмів публічного управління, розкриття сутності понять «стратегічний потенціал», «публічне управління у сфері охорони здоров'я» (підрозділи 1.1., 1.2.); *узагальнення і систематизація* – для теоретичного обґрунтування основ формування стратегічного потенціалу, виявлення принципів, закономірностей і факторів ефективності публічного управління (підрозділи 1.2., 1.3.); *порівняльний метод* – використано для аналізу моделей публічного управління у сфері охорони здоров'я (Beveridge, Bismarck, приватно-страхова, гібридна), їхньої адаптації до українських реалій, а також для порівняння нормативно-правового забезпечення управління в Україні та країнах ЄС (підрозділи 1.3., 2.1.); *документальний аналіз* – застосовано для вивчення міжнародних та національних стратегічних документів, нормативно-правових актів МОЗ, НСЗУ, ВООЗ, звітів Світового банку, аналітики ОЕСР і даних Державної служби статистики України (підрозділи 2.1., 2.2.); *системний аналіз* – використано для дослідження взаємозв'язків між складовими механізмів публічного управління (нормативно-правовим, організаційно-кадровим, фінансово-економічним, інформаційно-аналітичним, соціально-комунікаційним), а також їх впливу на стратегічну стійкість галузі (підрозділи 2.2., 2.3.); *статистичний і структурно-аналітичний методи* – застосовано для оцінювання динаміки фінансування системи охорони здоров'я, структури

видатків, кадрового забезпечення, рівня цифровізації та ефективності програм НСЗУ (підрозділи 2.2., 2.3.); *метод моделювання* – використано для розробки концептуальної моделі комплексного механізму публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я та побудови замкненого управлінського циклу «дані – аналітика – рішення – верифікація» (підрозділи 3.1., 3.2., 3.3.); *експертно-аналітичний метод* – для апробації методики оцінювання ефективності публічного управління та визначення ключових управлінських проблем і резервів розвитку системи (підрозділ 3.3.).

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна дисертаційної роботи полягає у комплексному вирішенні наукової проблеми розвитку механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і поствоєнних трансформацій, що забезпечує перехід галузі до поліцентричної, стійкої та людиноцентричної моделі управління.

уперше:

– здійснено концептуальне моделювання комплексного механізму публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я. Розроблено поліцентричну екосистему комплексного механізму з п'ятьма інтегрованими блоками: нормативно-правовим, організаційно-кадровим, фінансово-економічним, інформаційно-аналітичним і соціально-комунікаційним. Модель функціонує як замкнений управлінський цикл “дані – аналіз – управлінська дія – перевірка результату – корекція”, що забезпечує оперативну адаптацію рішень у режимі реального часу. Новим є поєднання принципів *adaptive governance* і *performance-based financing*, що дозволяє пов'язати стратегічне планування з реальними результатами діяльності закладів і створює гнучку інституційну архітектуру галузі;

удосконалено:

– цілісне теоретико-методологічне обґрунтування категорії “стратегічний потенціал системи охорони здоров'я” як інтегрованої динамічної здатності багаторівневої (державної, муніципальної та приватної)

системи перетворювати управлінські рішення на соціально значущі результати завдяки синергії кадрових, фінансових, матеріально-технічних, інноваційних та інституційних ресурсів. Уточнено структуру та функціональне наповнення цієї категорії, поглиблено її зв'язки з поняттями “інституційна спроможність”, “стратегічна стійкість”, “поліцентричне врядування”, “data-driven decision-making”. Запропоновано міждисциплінарний підхід до аналізу стратегічного потенціалу, що поєднує ресурсно-орієнтовану парадигму, концепції *adaptive governance*, *evidence-based policy* та *resilience-by-design*. Систематизовано еволюцію управлінських моделей - від централізованих до гібридних - і доведено, що стратегічний потенціал є однією з базових детермінант національної безпеки, соціальної згуртованості та відновлення державної стійкості;

– теоретико-методологічну рамку формування механізмів управління стратегічним потенціалом, побудовану на інтеграції принципів *good governance* (прозорість, підзвітність, інклюзивність), *adaptive governance* (гнучкість, поліцентричність, управління ризиками) та *data-driven governance* (аналітична доказовість, прогнозування, моніторинг ефективності). Розроблено авторську схему взаємодії рівнів управління – державного, регіонального та місцевого – із чітким розмежуванням ролей МОЗ, НСЗУ, Центру громадського здоров'я та органів місцевого самоврядування, а також механізмів горизонтальної координації (госпітальні ради, міжвідомчі штаби, цифрові панелі управління). Такий підхід забезпечує перехід від реактивного до проактивного режиму ухвалення рішень і підвищує результативність управлінських дій у кризових і посткризових умовах;

– системний аналіз сучасного стану публічного управління системою охорони здоров'я України через виділення довоєнного, воєнного та відновного періодів, що дозволило простежити зміну управлінських пріоритетів і адаптивність державної політики. Вперше побудовано порівняльну матрицю “централізація – децентралізація – поліцентричність”, яка дала змогу ідентифікувати системні дисфункції – дублювання

повноважень, розрив між фінансуванням і кадровим розвитком, фрагментарність стратегічного планування – та пов’язати їх із результатами реформ (зокрема, впровадженням принципу “гроші йдуть за пацієнтом”, автономізацією, цифровою системою eHealth). Запропоновано конкретні організаційні рішення для посилення горизонтальної взаємодії, єдиного аналітичного простору та узгодженості стратегічних документів;

– типологію та систематизацію механізмів публічного управління (нормативно-правового, організаційно-кадрового, фінансово-економічного, інформаційно-аналітичного, соціально-комунікаційного) удосконалено через побудову логічного “ланцюжка вартості управління” – від формування норм і стандартів до фінансування, реалізації, моніторингу, аудиту та корекції. Поглиблено аналіз кадрового блоку (дефіцит управлінських компетентностей, впровадження KPI, ефекти автономізації), фінансового блоку (поєднання бюджетних, страхових, донорських і місцевих ресурсів, механізми performance-based financing), а також інформаційного блоку (eHealth, телемедицина, big data-аналітика, дашборди). Доведено, що саме цифровізація є ключовим чинником підвищення адаптивності, прозорості та довіри у публічному управлінні системою охорони здоров’я;

– підходи до порівняльного аналізу моделей управління системами охорони здоров’я країн ЄС і ОЕСР удосконалено через запровадження багатовимірної критеріальної сітки “соціальна рівність – фінансова сталість – інституційна адаптивність – цифрова зрілість”. На цій основі розроблено траєкторії адаптації європейських моделей до українських реалій і обґрунтовано формат поліцентричного поєднання державної відповідальності, солідарного страхування та автономії закладів. Уточнено практичні маршрути імплементації – від гармонізації правового поля до розвитку державно-приватного партнерства, страхового співфінансування, міжсекторальних регіональних платформ і стандартизації цифрових процедур якості. Такий підхід забезпечує наукове підґрунтя для поступової євроінтеграції української

моделі охорони здоров'я та узгодження її з директивами ЄС, рекомендаціями WHO і OECD;

набуло подальшого розвитку:

– методичний інструментарій оцінювання ефективності публічного управління стратегічним потенціалом. Запропоновано оновлену методику, яка поєднує кількісні та якісні індикатори шести агрегованих доменів: фінансова стабільність, кадрове забезпечення, інституційна узгодженість, цифрова зрілість, прозорість управління, задоволеність громадян. Введено інтегральний індекс ефективності як зважене середнє доменів, що виконує функції діагностичного й прогностичного інструмента. Емпірична апробація у територіальних громадах (середній рівень 54–62 %) підтвердила практичну спроможність методики для моніторингу управлінських реформ і виявлення “вузьких місць” у кадровій та аналітичній підсистемах;

– прикладне забезпечення реформ і практичні рекомендації з удосконалення механізмів публічного управління. Сформовано пакет пропозицій щодо створення єдиної національної цифрової платформи моніторингу стратегічних показників (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, ОМС), інтеграції дорожніх карт розвитку з бюджетним прогнозуванням, запровадження національної програми управлінської підготовки *health management*, інституціоналізації госпітальних рад і міжвідомчих центрів стратегічного прогнозування, запровадження публічного аудиту ефективності політик і механізмів *performance-based financing*. Визначено поетапність реалізації (правова гармонізація – інституційна інфраструктура – фінансові інструменти – цифрова аналітика – моніторинг якості), що забезпечує прозорість, інституційну стійкість і суспільну довіру до системи охорони здоров'я України.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблені в дисертаційній роботі теоретико-методичні положення, практичні рекомендації та управлінські моделі спрямовані на вдосконалення системи публічного управління

охороною здоров'я України, підвищення її стратегічної стійкості, ефективності та прозорості.

Основні результати дослідження можуть бути використані:

- Міністерством охорони здоров'я України – для удосконалення стратегічного планування, управління ризиками та формування політики розвитку кадрового і фінансового потенціалу галузі;

- Національною службою здоров'я України (НСЗУ) – для вдосконалення індикаторів ефективності реалізації Програми медичних гарантій, створення механізмів моніторингу результативності фінансування за принципом *performance-based financing*;

- Обласними департаментами охорони здоров'я – для впровадження механізмів стратегічного планування, цифрової аналітики та оцінювання регіонального потенціалу системи;

- Зкладами охорони здоров'я – для розроблення планів розвитку, управління інституційними ризиками, удосконалення кадрової політики та підвищення організаційної ефективності;

- Органами місцевого самоврядування – при формуванні стратегій сталого розвитку медичних послуг у громадах, забезпеченні фінансової децентралізації та налагодженні державно-приватного партнерства;

- Зкладами вищої освіти – під час викладання навчальних дисциплін «Публічне управління у сфері охорони здоров'я», «Медичне адміністрування», «Державна політика у сфері охорони здоров'я» та розробленні навчально-методичних посібників.

Наукові рекомендації, пропозиції, висновки, отримані в дисертаційному дослідженні, враховані та впроваджені у діяльність: Громадської організації «Східно-Європейська спілка науковців» (довідка про впровадження результатів дисертаційної роботи від 15.01.2026 р., №03/2026); Одеської Асоціації дослідників державного управління (довідка про впровадження результатів дисертаційної роботи від 22.11.2025 р., №42); у практику роботи Одеської обласної державної адміністрації, Департамент економіки (довідка

про впровадження результатів дисертаційної роботи від 05.02.2026 р., №1824/02/2-03/-26); Центр підвищення кваліфікації кадрів Національного університету «Одеська політехніка» (довідка про впровадження результатів дисертаційної роботи від 29.12.2025 р., №183-30/57); у науково-дослідницької діяльності Національного університету «Одеська політехніка» (довідка про впровадження результатів дисертаційної роботи від 21.01.2026 р., №137/183-07).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею автора. Усі висновки, пропозиції, рекомендації та наукові положення, що виносяться на захист, отримані здобувачем самостійно на основі проведених теоретичних і практико-аналітичних досліджень. Розроблені автором моделі, методики, узагальнення та аналітичні висновки повністю відповідають меті та завданням дослідження, відображають власний науковий внесок у розвиток теорії і практики публічного управління системою охорони здоров'я.

Апробація результатів дисертації. Основні результати та висновки дисертаційної роботи апробовано на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях, серед яких: V Міжнародної науково-практичної конференції ГО «ІЕЕЕД» «Проблеми раціонального використання соціально-економічного, еколого-енергетичного потенціалу України та її регіонів» (15 лютого 2023 р., м. Луцьк, Україна); Всеукраїнська науково-практична конференція за міжнародною участю Інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» «Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України» (18 травня 2023 р., м. Одеса, Україна); Міжнародна науково-практична конференція Інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» «Providing sustainability of public authority and administration systems in the conditions of martial law and recovery of Ukraine» (17 травня 2024 р., м. Одеса, Україна); Міжнародна науково-практична конференція Інституту публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка» «Providing sustainability of public authority and administration systems in the conditions of martial law and recovery of Ukraine» (18 жовтня 2025 р., м. Одеса, Україна).

Публікації. За темою дослідження опубліковано 8 наукових праць, у тому числі: 4 статті - у наукових фахових виданнях України, 4 - у матеріалах науково-комунікативних заходів. Наукові праці, що додатково відображають результати дослідження – 2.

Структура і обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг дисертації становить 316 сторінок, з них 255 сторінок основного тексту. Робота містить 47 таблиць, 18 рисунків та 6 додатків. Список використаних джерел включає 331 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Концептуальні підходи публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я

У сучасних умовах глобалізаційних трансформацій та внутрішніх викликів питання формування та реалізації стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я набуває особливої актуальності. Зростаючий тиск соціально-економічних змін, демографічних зрушень, епідеміологічних загроз та обмеженості ресурсів вимагає від державних інституцій пошуку нових концептуальних засад управління. Традиційні підходи, орієнтовані переважно на функціональне забезпечення діяльності галузі, дедалі більше поступаються місцем стратегічним моделям, що акцентують увагу на розвитку адаптивності, стійкості та інноваційності системи охорони здоров'я.

Розвиток концептуальних підходів до управління стратегічним потенціалом ґрунтується на міждисциплінарному синтезі – поєднанні положень теорії стратегічного управління, ресурсно-орієнтованої парадигми, концепцій сталого розвитку та публічного адміністрування. У цьому контексті стратегічний потенціал розглядається як інтегральна категорія, що охоплює кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інноваційні та інституційні ресурси, які у взаємодії формують можливості досягнення довгострокових цілей. Саме системне управління цим потенціалом дозволяє підвищити спроможність охорони здоров'я ефективно реагувати на внутрішні та зовнішні виклики, забезпечуючи при цьому суспільно значущі результати.

Отже, вивчення концептуальних підходів до публічного управління стратегічним потенціалом у сфері охорони здоров'я є необхідною умовою для формування цілісної наукової бази управлінських рішень. Воно створює теоретичне підґрунтя для обґрунтування оптимальних моделей розвитку

системи охорони здоров'я, що поєднують стратегічне бачення з ефективною мобілізацією ресурсів, сприяють інституційному зміцненню галузі та забезпечують її стійкість у довгостроковій перспективі.

У науковій літературі поняття «управління в медичній сфері» трактується багатозначно, що зумовлено міждисциплінарним характером досліджуваного явища. Різні автори акцентують увагу на правових, організаційних, функціональних, соціальних та інноваційних аспектах управління, що відображає його складність та багатовимірність. Для систематизації підходів до визначення сутності поняття доцільно звернутися як до українських, так і зарубіжних джерел, у яких відображено специфіку управлінських практик у сфері охорони здоров'я (табл.1.1).

Аналіз наведених визначень дає підстави стверджувати, що спільною рисою більшості наукових підходів є розуміння управління в медичній сфері як цілеспрямованої діяльності, спрямованої на ефективну організацію, координацію та розвиток системи охорони здоров'я. Водночас акценти варіюються: одні автори наголошують на правових і державних механізмах, інші – на функціонально-адміністративних чи інноваційно-технологічних аспектах, що підтверджує комплексний характер цього феномену.

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я різні країни застосовують різні моделі управління, що визначають принципи організації, фінансування та надання медичних послуг. Вибір моделі впливає на ефективність використання ресурсів, рівень доступності та якості медичної допомоги, а також на формування стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я. Науковий аналіз дозволяє виділити як класичні концепції, такі як біомедична, соціальна та біо-психо-соціальна модель, так і сучасні підходи: загальнодержавну, ліберальну (ринкову), громадське здоров'я, концепцію «Здоров'я для всіх» та інтегровану модель охорони здоров'я. Нижче наведено узагальнену таблицю, що систематизує ці моделі за ключовими характеристиками, авторами, принципами управління та критичними зауваженнями (табл. 1.2).

Таблиця 1.1

Визначення сутності поняття «управління в сфері охорони здоров'я»*

Автор	Визначення
Горбатова Д.І. [259]	Управління у сфері охорони здоров'я – це діяльність державних і місцевих органів влади, спрямована на організацію та контроль функціонування медичної системи для забезпечення права громадян на охорону здоров'я.
Літвак А.І. [82]	Управління системою охорони здоров'я – це процес організації, координації та контролю всіх складових системи з метою забезпечення ефективного, доступного та якісного надання медичних послуг.
Журавель В. [51, с. 48]	Процес організації та координації діяльності медичного закладу з використанням методологічних основ (закони, принципи, методи, технології) та практичних прийомів класичного і сучасного нейроменеджменту й публічного адміністрування.
Аніщенко М.А. [6]	Публічно владна діяльність відповідних суб'єктів адміністрування на різних рівнях, що здійснюється через організацію системи охорони здоров'я, методи управлінського впливу та джерела фінансування, і не може функціонувати ізольовано від актуальних проблем суспільства.
Антонова Т.Є. [7]	Складна система організації діяльності медичного закладу, спрямована на формування його спроможності ефективно виконувати поточні завдання та досягати стратегічних цілей із використанням комплексу методів, способів і інструментів, об'єднаних у проривні механізми.
Алькема В.Г., Сумець О.В., Кириченко О.С. [2, с.9-30]	Управління в охороні здоров'я визначається як система адміністративних і організаційних заходів, що забезпечують раціональне використання ресурсів і кадрового потенціалу задля підвищення якості медичних послуг.
Борщ В.І. [16]	Управління охороною здоров'я – це комплекс заходів із формування політики, організації та координації діяльності всіх елементів медичної системи.
Xia M. [329]	Healthcare management – організація й функціонування державної системи медичного забезпечення на основі централізованого планування і контролю.
WHO [322]	Health management – стратегічне й операційне управління ресурсами, кадрами, технологіями та політиками задля забезпечення доступності, якості й ефективності медичної допомоги.
Shortell S., Kaluzny A.[304]	Healthcare management – системна діяльність, спрямована на досягнення ефективності організацій охорони здоров'я через планування, організацію, контроль і вдосконалення медичних процесів.
Griffith J. [237]	Healthcare management – це використання сучасних методів управління для забезпечення ефективності медичних закладів, їх конкурентоспроможності та якості надання послуг.
McAlearney, Scheck A., Kovner A. [275]	Health management – це інтегрована діяльність, спрямована на узгодження інтересів пацієнтів, персоналу та держави шляхом ефективного використання фінансових, людських і технологічних ресурсів.

*Джерело: сформовано автором на основі [2;6;7;16;51;82;237;259;275;304;322;329]

Таблиця 1.2

Світові моделі управління охороною здоров'я*

Модель / концепція	Суть	Ключові принципи управління	Роль у формуванні стратегічного потенціалу	Критика
Біомедична модель	Орієнтація на діагностику та лікування; здоров'я – відсутність хвороби; фокус на клінічних технологіях.	Медико-клінічний контроль, стандарти лікування	Підвищує точність лікування, розвиток медичних технологій	Недооцінює соціальні та психологічні чинники; обмежена профілактика
Соціальна модель	Здоров'я визначається соціальними, економічними та екологічними факторами; акцент на профілактиці.	Інтеграція соціальних політик, профілактика, освіта населення	Знижує захворюваність, покращує здоров'я населення в цілому	Складність управління та вимірювання ефективності; менший фокус на лікуванні
Біопсихо-соціальна модель	Комплексний підхід: біологічні, психологічні та соціальні аспекти здоров'я; інтеграція лікування і профілактики.	Комплексне ведення пацієнта, міждисциплінарна координація	Забезпечує цілісний підхід до пацієнта, інтегрує клінічні та соціальні аспекти	Складність впровадження, потребує високої кваліфікації персоналу
Загальнодержавна (національна) модель	Державне управління, централізоване фінансування, стандартизація послуг, рівний доступ	Централізоване планування, державний контроль, нормативне забезпечення	Сприяє стабільності та передбачуваності системи, рівному доступу	Ризик бюрократизації, обмежена гнучкість і мотивація персоналу
Ліберальна (ринкова) модель	Приватний сектор надає більшість послуг; держава виконує регуляторну функцію; конкуренція стимулює ефективність	Ринкові механізми, конкуренція, стимулювання якості	Підвищує інноваційність, ефективність та якість, особливо для платоспроможних груп	Висока вартість, нерівний доступ до послуг
Модель громадського здоров'я	Профілактика, контроль епідемій, освіта, здоровий спосіб життя	Масові програми вакцинації, просвітницькі кампанії, моніторинг здоров'я населення	Знижує захворюваність, покращує здоров'я на популяційному рівні	Менший фокус на індивідуальне лікування, залежність від політичної підтримки
Концепція «Здоров'я для всіх»	Глобальна стратегія забезпечення рівного доступу до базових медичних послуг; інтеграція профілактики та лікування	Інтеграція первинної допомоги, освіта населення, профілактика	Підвищує рівність доступу, сприяє комплексному розвитку системи	Реалізація складна в економічно слабких країнах, потребує ресурсів
Інтегрована модель охорони здоров'я	Поєднує державне регулювання, страхові механізми та приватні послуги; координація між усіма учасниками; інтеграція первинної та спеціалізованої допомоги [316]	Координація, взаємодія між рівнями допомоги, гнучке фінансування	Забезпечує баланс між контролем та гнучкістю, стимулює ефективність та інновації	Потребує високого рівня координації та прозорості, складність управління

* Джерела: сформовано автором на основі [183; 200200;208; 233; 276; 288; 291; 299; 314; 316; 324 288]

Таблиця демонструє еволюцію підходів до управління охороною здоров'я та формування стратегічного потенціалу системи. Біомедична модель (поч. XX ст.) акцентує увагу на діагностиці та лікуванні, підвищує точність клінічних втручань, проте ігнорує соціальні та психологічні чинники. Соціальна модель (1970-ті рр.) визначає здоров'я через соціальні, економічні та екологічні фактори, сприяє профілактиці та зниженню захворюваності, але складна в управлінні та вимірюванні ефективності. Біопсихо-соціальна модель (1980-ті рр., Engel, 1977) інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти, забезпечуючи цілісний підхід до пацієнта, однак потребує високої кваліфікації персоналу.

Загальнодержавна (національна) модель (1920–1930-ті рр., на основі системи Семашка) забезпечує стабільність та рівний доступ завдяки централізованому плануванню, але ризикує бюрократизацією та обмеженою мотивацією. Ліберальна (ринкова) модель (1980–1990-ті рр.) стимулює інноваційність і підвищує ефективність через конкуренцію, проте доступ до послуг залишається нерівним. Модель громадського здоров'я (поч. XX ст., з розвитком епідеміологічного контролю) орієнтована на профілактику та зниження захворюваності на популяційному рівні, але слабо впливає на індивідуальне лікування.

Концепція «Здоров'я для всіх» (1978 р., Всесвітня організація охорони здоров'я) підкреслює рівний доступ до базових медичних послуг та інтеграцію профілактики і лікування, проте її реалізація складна в економічно слабких країнах. Інтегрована модель охорони здоров'я (1990–2000-ті рр.) поєднує державне регулювання, страхові механізми та приватні послуги, забезпечує баланс між контролем і гнучкістю, проте потребує високого рівня координації та прозорості, що ускладнює управління.

Загалом аналіз показує, що історично українська система переходила від централізованих моделей (Семашка, біомедична) до більш гнучких і комбінованих підходів, інтегруючи елементи страхових і ринкових механізмів та моделей громадського здоров'я. Сучасна тенденція створення гібридної

системи, яка поєднує профілактику, державне регулювання та фінансову автономію закладів, що сприяє підвищенню стратегічного потенціалу охорони здоров'я.

Аналіз існуючих моделей управління системою охорони здоров'я демонструє, що жодна з них не може розглядатися як універсальна та повністю придатна для застосування у всіх національних контекстах. Кожна модель характеризується специфічними перевагами, обмеженнями та умовами ефективного функціонування, що безпосередньо впливають на доступність, якість і результативність медичної допомоги. Класичні моделі управління, включно з біомедичною, соціальною та біопсихосоціальною, забезпечують системне розуміння фундаментальних принципів лікувально-профілактичної діяльності та стандартизації медичних послуг. Водночас їхнє застосування у сучасних умовах обмежене через недостатню гнучкість, орієнтацію на традиційні адміністративні структури та відсутність інтеграції інноваційних технологій, що обмежує здатність системи оперативно реагувати на нові виклики, включно з демографічними змінами, епідемічними загрозами та зростанням навантаження на заклади охорони здоров'я.

Сучасні інтегровані та гібридні моделі управління передбачають комплексне поєднання різних механізмів регулювання: державного планування і контролю, страхових механізмів, що забезпечують фінансову стабільність, та ринкових інструментів, які стимулюють конкуренцію й підвищують якість медичних послуг. Такі моделі створюють умови для підвищення адаптивності системи, оптимального використання ресурсів та інтеграції цифрових технологій, зокрема електронних медичних карток, телемедичних платформ і аналітичних інструментів управління даними. Вони також дозволяють забезпечити баланс між соціальною орієнтацією та економічною ефективністю, підвищуючи прозорість управлінських процесів, сприяючи участі громадян у прийнятті рішень та формуючи інституційну спроможність до реалізації стратегічних цілей у довгостроковій перспективі.

Для України, яка перебуває на етапі системного реформування охорони

здоров'я, доцільним є впровадження інтегрованої моделі управління, яка поєднує оптимальні практики класичних і сучасних підходів. Такий підхід забезпечує рівний доступ до медичних послуг, підвищує якість лікувально-профілактичної допомоги, стимулює розвиток інновацій та зміцнює стратегічний потенціал системи охорони здоров'я. Водночас інтегрована модель сприяє формуванню прозорих фінансових механізмів, оптимізації управлінських структур, підвищенню кваліфікації персоналу та зміцненню довіри населення до системи охорони здоров'я. Застосування такого підходу створює передумови для сталого розвитку галузі, підвищення її стійкості до соціально-економічних і епідеміологічних викликів, а також інтеграції української системи охорони здоров'я в європейський та світовий контекст, що забезпечує ефективне досягнення стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я населення.

У процесі трансформації національної системи охорони здоров'я Україна перебуває на етапі пошуку оптимальної моделі управління, яка поєднувала б кращі світові практики з урахуванням національних умов. У науковій літературі зазначається, що моделі Семашка, Беверіджа та Бісмарка є базовими орієнтирами для більшості країн, тоді як на пострадянському просторі активно досліджується їх трансформація у контексті змішаних і гібридних варіантів [147]. О. Чальцева, Д. Лобода [165] та К. Єфіменко [330] підкреслюють, що для України особливої актуальності набуває інтеграція державного фінансування з механізмами медичного страхування та державно-приватного партнерства, що дозволяє забезпечити стійкість системи, її соціальну справедливість і конкурентоспроможність.

У контексті української реформи охорони здоров'я аналіз моделей, поданих у таблиці 1.3, дозволяє обґрунтовано визначити пріоритетні напрями адаптації інституційних практик світових моделей та формування ефективної комбінованої системи управління, орієнтованої на підвищення якості та доступності медичних послуг, розвиток профілактичної медицини та ефективне використання ресурсів.

Аналіз представлених у таблиці моделей управління реформою охорони здоров'я дає змогу виявити як історичні закономірності, так і сучасні тенденції трансформації медичних систем.

Система Семашка, успадкована Україною після розпаду СРСР, базувалася на централізованому управлінні, бюджетному фінансуванні та державній власності на медичні заклади. Формально вона забезпечувала безоплатний доступ до допомоги, проте її організація ґрунтувалася на кошторисному фінансуванні, орієнтованому на кількість ліжок і штатних одиниць, що стимулювало обсяги, а не якість послуг. Міністерство охорони здоров'я визначало стандарти, кадрову політику та обсяги ресурсів, створюючи жорстку ієрархію. На початку 1990-х років в Україні діяло понад 3,7 тис. лікарень і близько 700 тис. ліжок, тобто понад 13 на 1 тис. населення, при цьому у системі працювало понад 230 тис. лікарів і майже 600 тис. середніх медичних працівників. У 2000-х роках кількість ліжок скоротилася до 500 тис., однак показник залишався майже удвічі вищим за середній у країнах ЄС (5–6 на 1 тис.) [167]. Фінансування залишалося недостатнім: у 2010 році витрати на охорону здоров'я становили близько 3,6 % ВВП проти 7–8 % у більшості європейських країн [198].

Попри розгалужену мережу закладів і широкий доступ до лікування, модель виявилася неефективною через технічне відставання, пріоритет стаціонарної допомоги над первинною та відсутність стимулів до підвищення якості послуг. Саме ці фактори зумовили потребу у реформі, яка з середини 2010-х років спрямована на поступовий перехід до більш гнучкої та пацієнтоорієнтованої системи. Основна суть бісмарківської моделі полягає у фінансуванні охорони здоров'я через обов'язкове соціальне медичне страхування. Внески сплачують роботодавці та працівники, а акумульовані кошти надходять до страхових фондів, які оплачують медичні послуги у державних і приватних закладах. Таким чином, держава виступає регулятором, а не єдиним фінансистом системи, забезпечуючи солідарний розподіл ризиків і стає джерелом фінансування.

Таблиця 1.3

Моделі управління реформою охорони здоров'я в Україні: характеристики, переваги та недоліки*

Система	Основні характеристики	Переваги	Недоліки	Країни використання	Особливості використання
Система Семашка (бюджетна, централізована)	Централізоване управління; фінансування з держбюджету; широка мережа державних закладів; акцент на профілактику; кадрова інтеграція	Універсальний доступ; швидка реакція на епідемії; відносна соціальна рівність; організаційна єдність	Бюрократизація; орієнтація на стаціонар; низька якість послуг; відсутність конкуренції; неефективний розподіл ресурсів	СРСР, Україна (до 1991 р.), Білорусь	В Україні збереглися елементи у вигляді державних гарантій та вертикалі громадського здоров'я
Страхова модель (Бісмарківська)	Фінансування через обов'язкові медичні страхові внески; конкуренція між страховими фондами; поєднання приватних і публічних провайдерів	Стабільність фінансування; орієнтація на пацієнта; підвищення якості через конкуренцію; автономність закладів	Висока вартість адміністрування; ризик нерівності доступу; залежність від економічної активності населення	Німеччина, Литва, Естонія, Польща	У країнах Балтії запроваджено з 1990-х; у Литві 30 % фінансування приватне, решта – через страховий фонд
Бевериджська модель (національна служба охорони здоров'я)	Фінансування через загальні податки; безкоштовний доступ у межах державних гарантій; заклади переважно державні	Універсальність покриття; низькі адміністративні витрати; сильна роль первинної допомоги	Черги до лікарів; ризик недофінансування; обмежена інноваційність	Велика Британія, Італія, Іспанія	У Великій Британії NHS діє з 1948 р.; головний акцент – первинна допомога та профілактика
Державно-приватне партнерство (змішана модель)	Поєднання бюджетних коштів, страхових платежів і приватних інвестицій; конкуренція між закладами	Додаткові джерела фінансування; модернізація інфраструктури; стимул для підвищення якості	Ризик комерціалізації; нерівність доступу між регіонами; складність регулювання	Грузія, Казахстан, частково Україна	В Україні застосовується у сфері діагностики, лабораторій та будівництва лікарень за концесійними договорами
Неоліберальна (ринкова модель)	Лібералізація надання послуг; більшість закладів приватні; фінансування переважно за рахунок пацієнтів; добровільне страхування	Висока конкуренція; швидке впровадження інновацій; пацієнт як головний споживач	Низька доступність для соціально вразливих груп; зростання витрат домогосподарств; ризик соціальної нерівності	США, Грузія (2000-ті)	У Грузії після 2003 р. приватизація призвела до того, що понад 70 % витрат на охорону здоров'я лягли на домогосподарства
Змішана модель охорони здоров'я (гібридна)	Поєднання елементів бюджетної, страхової та приватної систем; стратегічні закупівлі; автономізація закладів	Гнучкість; диверсифікація джерел фінансування; підвищення якості завдяки конкуренції	Ризик фрагментації системи; потреба у сильному регулюванні та моніторингу	Україна (з 2017 р. – НСЗУ), Чехія, Угорщина	В Україні з 2017 р. функціонує модель стратегічних закупівель НСЗУ, що поєднує бюджетне фінансування з автономізацією закладів

*Джерела: сформовано автором на основі [78; 183; 196; 200; 208; 233; 273; 276; 277; 288; 291; 292; 299; 314; 316; 324; 331]

Німеччина, батьківщина моделі, фінансує охорону здоров'я через понад 100 «ліквідаційних кас» (Krankenkassen). У 2023 році обсяг витрат на охорону здоров'я перевищував 12 % ВВП, а частка внесків працівників і роботодавців у фонди становила в середньому 14,6 % від заробітку. Система охоплює понад 90 % населення, решта користується добровільним приватним страхуванням.

Франція адаптувала бісмарківський підхід, поєднавши страхові фонди з потужною державною участю. У 2022 році витрати на медицину сягнули 11,3 % ВВП, при цьому 77 % фінансування забезпечується через систему обов'язкового страхування, а близько 13 % – через добровільні страхові схеми.

Чехія та Польща після реформ 1990-х також запровадили соціальне медичне страхування. У Чехії функціонує сім страхових фондів, які охоплюють усе населення; у 2021 році витрати на охорону здоров'я склали 7,8 % ВВП. У Польщі система побудована на базі Національного фонду здоров'я, що фінансується переважно через відрахування із заробітної плати (9 %), і забезпечує універсальне охоплення [198].

Угорщина та Словаччина застосовують варіанти бісмарківської системи з різним рівнем конкуренції між фондами. У 2022 році витрати на медицину становили відповідно 6,4 % і 7,2 % ВВП, що нижче за середній рівень ЄС, але дозволяє гарантувати базовий доступ [198].

Бісмарківська модель забезпечує фінансову стійкість та високу якість медичних послуг у країнах з розвиненою економікою і високим рівнем зайнятості. Вона ефективно поєднує внески роботодавців і працівників, державне регулювання та конкуренцію постачальників. Проте її успішне функціонування залежить від формалізованого ринку праці, прозорого адміністрування страхових фондів і достатнього рівня соціальної солідарності.

Бевериджська модель охорони здоров'я, названа на честь британського реформатора Вільяма Бевериджа, ґрунтується на принципі фінансування медичних послуг за рахунок загальних податкових надходжень та їх надання через єдину національну систему охорони здоров'я. Її сутність полягає у тому,

що держава виступає головним організатором і фінансистом медичної допомоги, забезпечуючи рівний доступ усіх громадян до послуг незалежно від доходу, соціального статусу чи місця проживання. У цій моделі медичні заклади зазвичай належать державі, а лікарі працюють як державні службовці або за контрактами з національною службою охорони здоров'я.

Особливістю моделі є високий рівень соціальної справедливості, адже доступ до медичної допомоги гарантований на принципах універсальності. У Великій Британії, де діє Національна служба охорони здоров'я (NHS), майже 98% населення користується послугами цієї системи. Бюджет NHS у 2023 р. перевищив 180 млрд фунтів стерлінгів, що становить близько 9,8% ВВП країни. У країнах Скандинавії (Швеція, Норвегія, Данія) також застосовується Бевериджська модель, де частка державних витрат на охорону здоров'я сягає 80–85%. Для прикладу, у Швеції у 2022 р. на охорону здоров'я було спрямовано 11,2% ВВП, а середня тривалість життя становила 83 роки, що перевищує середньоєвропейські показники [198].

У Південній Європі (Італія, Іспанія) ця модель поєднується з регіональною автономією в управлінні охороною здоров'я. В Іспанії понад 70% медичних витрат покривається державним бюджетом, а рівень задоволеності населення системою охорони здоров'я сягає 80%. Однак Бевериджська модель має і виклики – високі навантаження на державний бюджет, кадровий дефіцит та довгі черги на отримання планових послуг. Так, у Великій Британії середній час очікування планової операції у 2023 р. складав понад 14 тижнів [191, 254]. Таким чином, Бевериджська модель забезпечує універсальний доступ та соціальну справедливість у сфері охорони здоров'я, проте потребує ефективного бюджетного планування та гнучкого управління ресурсами для мінімізації проблем з чергами та якістю послуг.

Державно-приватне партнерство (ДПП) у сфері охорони здоров'я або змішана модель поєднує фінансування та управління медичними послугами з боку держави і приватного сектору. Її сутність полягає в тому, що держава бере на себе базові гарантії (наприклад, фінансування невідкладної допомоги,

вакцинації, профілактики), тоді як приватні медичні заклади та страхові компанії забезпечують додаткові послуги або беруть участь у реалізації державних програм на контрактних засадах. Це дозволяє розширити доступність та якість медичних послуг, оптимізувати витрати бюджету й залучити приватні інвестиції в інфраструктуру.

У країнах ЄС ця модель широко застосовується. Наприклад, у Франції понад 77% медичних витрат покривається за рахунок державних і соціальних фондів, але близько 95% населення має додаткові приватні страхові поліси, які компенсують витрати на стоматологію, оптику чи ліки [226]. У Німеччині державна система обов'язкового страхування охоплює понад 85% населення, тоді як приватне медичне страхування залучає близько 11% громадян, головним чином представників вищого середнього класу та самозайнятих [244].

У країнах Центрально-Східної Європи (Польща, Чехія, Угорщина) змішана модель проявляється у поєднанні державного фінансування базових послуг та швидко зростаючого приватного сектору. Так, у Польщі у 2022 р. частка державних витрат на охорону здоров'я становила близько 71% від загальних, тоді як витрати домогосподарств і приватні інвестиції – понад 25% [280]. Це дало змогу створити нові приватні клініки та центри діагностики, зменшивши навантаження на державні лікарні.

У країнах Латинської Америки (Бразилія, Чилі) державно-приватне партнерство дозволяє компенсувати обмежені можливості державних бюджетів. У Бразилії понад 75% населення користується безкоштовними державними послугами, але близько 25% мають приватні страхові поліси, що генерують понад 50 млрд доларів США щорічно та активно розвивають приватний сектор [264264].

Викликами для ДПП є нерівність у доступі до якісних медичних послуг та ризик комерціалізації базової медицини. Водночас статистика свідчить, що країни з успішно впровадженими механізмами ДПП витрачають на охорону здоров'я в середньому 8–11% ВВП (наприклад, Франція – 11,2%, Німеччина

– 12,7%) [198], що дозволяє утримувати високі стандарти медичних послуг і забезпечувати стійкість системи.

Неоліберальна (ринкова) модель управління реформою охорони здоров'я базується на принципах мінімального втручання держави, домінуванні приватного сектору та ринкових механізмів у наданні медичних послуг. Її основна суть полягає в тому, що охорона здоров'я розглядається як сфера економічної діяльності, де пацієнт виступає споживачем, а медичні заклади – постачальниками послуг. Фінансування здійснюється переважно за рахунок приватних платежів, добровільного страхування та інвестицій, тоді як держава обмежується регуляторною та контрольною роллю, гарантуючи лише мінімальний базовий пакет допомоги.

У США, які є яскравим прикладом неоліберальної моделі, медична система базується на приватному страхуванні, що охоплює понад 66% населення (2022 р.), тоді як державні програми Medicare і Medicaid забезпечують підтримку для людей похилого віку та малозабезпечених. У 2021 р. сукупні витрати на охорону здоров'я у США сягнули 18,3% ВВП [198] – найвищий показник серед країн ОЕСР. Водночас проблема полягає у високій вартості медичних послуг: середні витрати на охорону здоров'я на душу населення становили понад 12,500 дол. США, а близько 8,6% населення залишалися незастрахованими [260].

У країнах Латинської Америки, зокрема в Мексиці, ринкова модель проявляється у значній частці приватних витрат: у 2022 р. вони становили понад 40% від загальних витрат на охорону здоров'я, тоді як державні програми залишаються недостатньо розвиненими [228]. Це призводить до нерівності у доступі: міське населення має кращі можливості користуватися приватними клініками, тоді як у сільських районах доступ до якісних послуг обмежений.

У країнах з перехідною економікою (наприклад, Індія) ринкові механізми охорони здоров'я також домінують: понад 55% усіх витрат становлять прямі платежі населення, що підвищує ризики катастрофічних

витрат для домогосподарств [282]. При цьому приватний сектор є ключовим постачальником послуг – у містах Індії понад 70% стаціонарних клінік належать приватним інвесторам.

Неоліберальна модель стимулює конкуренцію, інноваційність та швидке впровадження нових технологій, але її основним недоліком є висока нерівність у доступі до медичної допомоги та ризик соціального виключення вразливих груп населення. Статистика демонструє, що країни з переважанням ринкової моделі витрачають значні кошти на медицину (США – понад 18% ВВП, Мексика – 6,2% ВВП, Індія – 3,2% ВВП) [198], проте ефективність у співвідношенні витрати/результати залишається нижчою, ніж у системах із сильним державним регулюванням.

Змішана (гібридна) модель охорони здоров'я поєднує елементи різних систем – бюджетної (Семашка), страхової (Бісмарк), державної служби (Беверидж) та ринкових механізмів. Основна суть цієї моделі полягає в балансуванні державного регулювання та приватного фінансування, що дозволяє поєднувати універсальний доступ до базових медичних послуг із можливістю вибору та покращення якості через приватний сектор. Держава гарантує базовий пакет послуг і фінансує їх через податки або страхові фонди, а приватні компанії та страхові фонди беруть участь у наданні додаткових або спеціалізованих медичних послуг.

Канада застосовує гібридну модель, де базові медичні послуги фінансуються через загальні податки та забезпечуються державними провайдерами, тоді як приватний сектор надає послуги поза основною системою (наприклад, стоматологія, оптика [180]). У 2022 році витрати на охорону здоров'я становили близько 11,6 % ВВП [198], при цьому понад 70 % фінансування йшло з державного бюджету, а решта – приватні витрати населення.

Австралія поєднує державну систему Medicare з обов'язковим приватним медичним страхуванням для більшості громадян [286]. У 2022 р. витрати на охорону здоров'я становили 10,3 % ВВП, із яких 65 % покривала

держава, а 35 % – приватний сектор. Це дозволяє зменшити навантаження на державні лікарні та забезпечити доступ до планових операцій.

Японія використовує обов'язкове соціальне страхування для всього населення, при цьому приватні клініки є основними постачальниками послуг [267]. У 2021 році витрати на охорону здоров'я сягали 10,9 % ВВП, а тривалість життя населення перевищувала 84 роки.

Нова Зеландія поєднує державне фінансування базових послуг із приватними медичними страховками для спеціалізованої допомоги та інноваційних процедур. Частка державних витрат у 2022 р. становила близько 80 %, приватних – 20 % [312].

Переваги гібридної моделі полягають у балансі між універсальністю доступу та стимулом для підвищення якості послуг через конкуренцію. Недоліком є складність адміністрування та ризик нерівності у доступі до спеціалізованих послуг для соціально вразливих груп. Статистика свідчить, що країни з гібридною моделлю витрачають на охорону здоров'я 10–12 % ВВП, при цьому демонструють високі показники здоров'я населення та ефективності системи.

Жодна з класичних моделей управління охороною здоров'я – ні система Семашка, ні страхові моделі Бісмарка, ні бюджетна система Бевериджа – не може бути реалізована у чистому вигляді в сучасних умовах України через комплекс економічних, соціальних та інституційних обмежень. Це пояснюється як історичною спадщиною радянської централізованої моделі, так і специфікою соціально-економічного розвитку держави [272; 296]. Система Семашка передбачала повне державне фінансування, що вимагало стабільного виділення значної частки ВВП на охорону здоров'я; сьогодні українська економіка не дозволяє забезпечити видатки на рівні 6–7 % ВВП без значних ризиків для інших сфер, а централізоване фінансування часто призводить до неефективного розподілу ресурсів [7878]. За даними Світового банку, у 2023 році поточні витрати на охорону здоров'я в Україні становили 6,36 % ВВП [198]. Страхові моделі Бісмарка базуються на високій трудовій

активності населення та наявності платоспроможної бази для внесків, тоді як в Україні демографічні виклики, старіння населення, міграція робочої сили та низькі доходи обмежують можливість громадян ефективно фінансувати страхову систему, що робить її реалізацію соціально несправедливою. Бевериджівська модель потребує сильного державного регулятора, ефективної мережі первинної допомоги та надійного адміністрування податків, тоді як у країні існує фрагментація управління, нерівномірна доступність послуг між регіонами та обмежена здатність контролювати ефективність використання ресурсів.

Сучасна медицина потребує інтеграції цифрових технологій, стратегічних закупівель, механізмів підзвітності та гнучких фінансових інструментів, що не передбачено жодною з класичних моделей, і робить їх непридатними для сучасного середовища, орієнтованого на ефективність, інновації та пацієнтоцентричність. Водночас більшість дослідників наголошують на необхідності створення комбінованої системи управління, яка інтегрувала б кращі елементи існуючих підходів: державного фінансування базового пакета медичних послуг, запровадження механізмів обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також розвитку державно-приватного партнерства [246, 290]. Саме тому українська реформа охорони здоров'я розвивається за гібридним сценарієм, поєднуючи сильні сторони моделі Семашка (універсальність, профілактичність), страхової моделі (конкуренція, автономія закладів) та бевериджівського підходу (державні гарантії базових послуг) із сучасними інструментами цифрового управління, стратегічних закупівель та фінансової диверсифікації, що дозволяє збалансувати соціальну справедливість і економічну ефективність системи.

Комбінована система дозволяє збалансувати два ключові аспекти: фінансову стабільність та соціальну справедливість. З одного боку, вона створює передумови для прозорого й ефективного використання бюджетних коштів, а з іншого — гарантує доступність медичних послуг для соціально

вразливих груп населення. Такий підхід сприяє підвищенню якості медичних послуг, впровадженню сучасних технологій та підвищенню довіри громадян до системи охорони здоров'я [241]. Крім того, комбінована модель більш гнучко реагує на виклики глобалізації, демографічні зміни та кризові явища, зокрема пандемії чи військові загрози, забезпечуючи сталість розвитку галузі в довгостроковій перспективі [315].

Таким чином, у вітчизняному контексті найбільш доцільним вбачається формування адаптивної комбінованої системи управління, яка б не лише інтегрувала кращі інституційні практики світових моделей, а й враховувала українські реалії, орієнтуючись на підвищення якості та доступності медичних послуг, розвиток профілактичної медицини та ефективне використання ресурсів.

Аналіз сучасних наукових досліджень у сфері публічного управління охороною здоров'я свідчить, що українська система потребує комплексного реформування, спрямованого на підвищення ефективності використання ресурсів, забезпечення соціальної справедливості та підвищення якості медичних послуг. Серед ключових напрямів, які виділяють українські та зарубіжні автори, – впровадження моделі «гроші йдуть за пацієнтом», реформа первинної медичної допомоги, децентралізація управління медичними закладами, розвиток фінансових механізмів через державні гарантії та страхування, цифровізація процесів управління та акцент на громадському здоров'ї й профілактиці. Ці підходи підкреслюють важливість стратегічного планування, удосконалення управлінських практик та інтеграції сучасних технологій, зокрема електронних медичних карток та телемедицини, для підвищення прозорості, ефективності та доступності медичних послуг [20, 303, 290].

Червяк С. [195] додатково висвітлює проблеми неефективного управління ресурсами, недостатнього фінансування та відсутності довгострокової стратегії розвитку. Наголошується на необхідності комплексного удосконалення управлінських процесів через оптимізацію

структури управління, підвищення кваліфікації кадрів та впровадження інноваційних технологій. Особлива увага приділяється цифровізації процесів управління, використанню електронних медичних карток та телемедицини як інструментів підвищення ефективності та доступності медичних послуг. На думку Бурик З. [20] важливим аспектом є інтеграція української системи охорони здоров'я з європейськими стандартами та адаптація кращих практик для забезпечення сталого розвитку та високої якості медичних послуг.

Галай В.О. [30] вважає, що реформування системи охорони здоров'я України має здійснюватися за комплексним, системним підходом, який інтегрує стратегічне планування, розвиток цифрової інфраструктури, підвищення автономії медичних закладів, інтеграцію військової та цивільної медицини, а також активне використання міжнародної підтримки, при цьому особлива увага приділяється подоланню кадрових, фінансових та організаційних бар'єрів для забезпечення сталого функціонування системи та підвищення її ефективності в умовах сучасних викликів.

Таким чином, сучасні концептуальні підходи до публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні передбачають комплексне поєднання реформування фінансових механізмів, удосконалення організаційно-управлінських структур, розвиток цифрових технологій та інтеграцію міжнародного досвіду для забезпечення стабільного функціонування системи та підвищення якості медичних послуг.

З огляду на складність та багатовимірність управління у сфері охорони здоров'я, для обґрунтованого реформування доцільно розглядати його крізь призму різних наукових підходів, що дозволяють виділити основні принципи, механізми та цілі управлінської діяльності. Аналіз концептуальних підходів – системного, функціонального, інституційного, соціального та інноваційного (цифрового) – дає змогу структуровано оцінити взаємозв'язки між елементами системи, функціональні завдання управління, роль інституцій та держави, орієнтацію на потреби населення та впровадження сучасних технологій для підвищення ефективності та прозорості медичних процесів.

Такий підхід створює наукову основу для подальшого порівняльного аналізу моделей управління та обґрунтування комбінованих систем, здатних інтегрувати кращі практики світового досвіду з українськими реаліями і забезпечувати сталий розвиток системи охорони здоров'я. Детальніше ці підходи представлені у таблиці 1.4.

Таблиця 1.4

Концептуальні підходи до управління системою охорони здоров'я*

Підхід	Сутність (коротке визначення)	Ключовий акцент
Системний	Розглядає управління як цілісну ієрархічну систему, де всі елементи (державний, регіональний, локальний рівні) взаємодіють задля спільної мети – збереження здоров'я населення.	Цілісність, взаємозв'язки, інтеграція.
Функціональний	Управління як реалізація базових функцій: планування, організації, мотивації, контролю, фінансування, оцінки якості.	Функції управління.
Інституційний	Управління як діяльність, що визначається правовими, організаційними та етичними інститутами, а також взаємодією держави, приватного сектору й громадянського суспільства.	Інститути, регуляція, баланс інтересів.
Соціальний	Орієнтація управління на задоволення суспільних потреб у медичній допомозі, забезпечення доступності та гуманізації обслуговування.	Соціальна справедливість, гуманізація.
Інноваційний /цифровий	Управління як упровадження новітніх технологій (електронне здоров'я, телемедицина, аналітика даних) для підвищення ефективності та прозорості медичних процесів.	Інновації, цифровізація, прозорість.

*Джерело: сформовано автором на основі [53; 102; 103; 285; 320]

Для глибшого розуміння механізмів реалізації цього потенціалу важливо звернутися до класичних і сучасних теорій публічного управління, які висвітлюють еволюцію управлінських підходів, інструментів та практик, формуючи основу для розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням людського, соціального та інституційного вимірів. Такий перехід дозволяє поєднати концептуальні засади стратегічного управління з практичними моделями, спрямованими на підвищення ефективності, стійкості та орієнтації на людину як головний ресурс системи (табл.1.5).

Таблиця 1.5

Теорії публічного управління у контексті стратегічного потенціалу системи
охорони здоров'я*

Теорія / Етап	Час	Основні принципи	Вплив на стратегічний потенціал
Класичний (бюрократичний)	XIX – сер. XX ст.	Ієрархія, регламентація	Стабільність та контроль функцій
Управління за результатами	1960–1990-ті рр.	Орієнтація на цілі, оцінка ефективності	Спрямування ресурсів на досягнення результатів
Нове державне управління (NPM)	1980–2000-ті рр.	Ринкові механізми, конкуренція	Стимулює інновації та оптимізацію ресурсів
Good Governance / Сучасне ПУ	2000–дотепер	Прозорість, участь громадян	Сприяє стійкості та розвитку ресурсів
Стратегічне управління / Системний підхід	2010–дотепер	Довгострокове планування, адаптивність	Мобілізація ресурсів для досягнення цілей

*Джерело: сформовано автором на основі [321, 300, 298, 157, 50]

Класична бюрократична модель, що походить від М. Вебера, обґрунтовує раціонально-правовий тип влади, формальну ієрархію, поділ праці, управління за правилами та неупередженість рішень. Її сила – у стандартизації процесів, передбачуваності та контролі якості через процедури; слабкість – у ризику надмірної формалізації, повільності реагування та «залипання» ресурсів у процесах замість результатів. Для сфери охорони здоров'я бюрократичний підхід історично забезпечував єдність клінічних протоколів, санітарних норм та вертикаль координації (наприклад, у програмах імунопрофілактики), але в умовах турбулентності та цифровізації вимагає «розвантаження» регламентів і доповнення інструментами керування за результатами та даними.

Управління за результатами – це орієнтовані підходи, які зміщують фокус із «входів» і процедур на досягання вимірюваних результатів, поєднуючи стратегічне планування, ризик-менеджмент, моніторинг, оцінювання та управління знаннями. У системі охорони здоров'я це означає встановлення чітких цілей (наприклад, зниження смертності від ССЗ), побудову логіко-структурних матриць інтервенцій, визначення індикаторів

результату/впливу (DALY, QALY, охоплення скринінгом), регулярні цикли оцінювання та коригування політики. Критично важливою є інституційна спроможність до збору якісних даних і прозора звітність, інакше «керування за результатами» перетворюється на формальну звітність. (OECD, Open Knowledge Repository).

Нове державне управління (англ. New Public Management, NPM)- це підхід, який виник як відповідь на обмеження традиційної бюрократії, просуваючи «ручне» професійне управління, чіткі стандарти ефективності, конкуренцію постачальників, розщеплення великих монолітних організацій на виконавчі агенції, контрактинг-аут і запозичення управлінських практик приватного сектору. У сфері охорони здоров'я NPM стимулював розвиток платіжних механізмів за результат (DRG, capitation з показниками якості), внутрішню конкуренцію між провайдерами та клієнтоорієнтованість (patient experience). Водночас критики вказують на ризики фрагментації послуг, транзакційних витрат і «gaming» метрик, якщо системи вимірювання якості недосконалі. Michael Barzelay [186] підкреслює, що нове державне управління (NPM) пропонує концептуальний підхід до управління публічними ресурсами та адміністраціями, акцентуючи на ефективності, результативності та орієнтації на клієнта.

Цей підхід передбачає застосування принципів ринкової економіки до публічного сектору, що дозволяє підвищити стратегічний потенціал системи охорони здоров'я через ефективніше використання ресурсів та орієнтацію на потреби громадян.

Як зазначають Ferdousi F. та Qiu L. [224], ідеї Д. Осборна та Т. Геблера конкретизували практичні «принципи перезавантаження» державного сектору: від фінансування «входів» – до фінансування за результат, від монополій – до конкуренції, від централізації – до децентралізації, від «керування зверху» – до розширення прав і відповідальності на рівні організацій і громад. У медицині це корелює з децентралізованими моделями управління закладами, конкуренцією постачальників за договорами з

платниками, механізмами ваучерів/гроші «йдуть за пацієнтом» і інкубацією інноваційних сервісів (telehealth, mHealth). Проте застосування цих принципів потребує надійних правил, запобіжників від селекції пацієнтів і рівноправного доступу до базових послуг. (sanguubr.files.wordpress.com, mildredwarner.org, cio-wiki.org)

Good governance (належне врядування) як рамка для публічної політики в охороні здоров'я. Підходи належного врядування інституціоналізують принципи законності, підзвітності, прозорості, участі, ефективності та верховенства права. У політиці охорони здоров'я це означає інклюзивні механізми формування рішень (залучення пацієнтських організацій, асоціацій лікарів, місцевих громад), прозорість тарифів і закупівель, антикорупційні інструменти, сильні наглядові функції регуляторів і незалежні оцінки політик. Brand H. [189] наголошує, що концепція Good governance в охороні здоров'я передбачає інтеграцію принципів прозорості, підзвітності, участі та ефективності в управлінські практики, що сприяє зміцненню стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я через підвищення довіри громадськості та забезпечення стійкості системи.

Антонова О., Серьогін С., Літвінов О. та Кривенкова Р. [7] наголошують, що цифрова трансформація публічного сектору орієнтується на створення цінності через данкоцентричні та людиноорієнтовані моделі, що включають реінтеграцію функцій, використання аналітики для планування та побудову національних eHealth-платформ, водночас підвищуючи увагу до питань кібербезпеки, захисту персональних даних і цифрових нерівностей. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до розвитку стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я, де технологічні, організаційні та управлінські аспекти взаємопов'язані та взаємодоповнюють один одного.

У цьому контексті доцільним є систематичне представлення основних підходів до трактування сутності поняття «публічне управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я» (табл.1.6).

Таблиця 1.6

Підходи до трактування сутності поняття «публічне управління стратегічним потенціалом системи охорони» *

Автор	Визначення
Яценко В. [178]	Стратегічне управління системою охорони здоров'я включає формулювання цілей і завдань, планування, врахування управлінських, кадрових, правових й економічних аспектів; використання стратегічних моделей для досягнення довгострокового розвитку охорони здоров'я.
Шевчук Р. [169]	Публічне управління у сфері охорони здоров'я характеризується застосуванням державних та приватних механізмів, норм та інституцій, участю різних суб'єктів (державних, приватних, громадських) для забезпечення якості, доступу і ефективності медичних послуг.
Васюк Н. О., Юрочко Т. П. [23]	Публічне управління охороною здоров'я у контексті реформ – це спрямований нормативно-правовий, інституційний процес змін, що має забезпечити систему, орієнтовану на пацієнта, доступність і якість послуг, сталий розвиток.
Миколенко О. М. [88]	Ефективність публічного управління у сфері охорони здоров'я – поняття, що включає цільові орієнтири, якість результатів, правовий та інституційний контекст, здатність держави захищати і реалізувати права на охорону здоров'я через систему управління.
Соколовський С. С. [156]	У контексті медичної реабілітації публічне управління розуміється як комплексний вплив з боку держави, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти системи охорони здоров'я, з метою забезпечення максимально повного відновлення або компенсації функцій і здібностей людини.
Литовченко І. [80]	Розвиток системи охорони здоров'я в Україні повинен враховувати міжнародні зобов'язання та національні інтереси, а публічне управління має базуватись на законодавстві, яке враховує міжнародні правові акти, принципи прав людини, відповідальність держави.

*Джерело: сформовано автором на основі [23; 80; 88; 156; 169; 178]

Таким чином, аналіз наукових підходів дозволяє окреслити основні напрямки розвитку публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я, визначити ключові фактори його ефективності та підкреслити роль інтеграції цифрових технологій, аналітичних інструментів і людиноцентричних моделей у формуванні сучасної, стійкої та адаптивної системи охорони здоров'я.

Отже, аналіз концептуальних підходів до публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я свідчить про багатовимірний характер цього явища, що включає правові, організаційні,

соціальні, функціональні та інноваційні аспекти. Вивчення класичних і сучасних моделей управління, а також зарубіжних і національних практик показує, що ефективне формування стратегічного потенціалу потребує інтеграції різних підходів – системного, функціонального, інституційного, соціального та цифрового. Кожен із цих підходів підкреслює певний аспект управління: цілісність і взаємозв'язки елементів системи, реалізацію базових функцій, забезпечення інституційної стабільності, орієнтацію на суспільні потреби та впровадження інновацій для підвищення ефективності й прозорості процесів.

Дослідження моделей управління охороною здоров'я демонструє, що жодна окрема модель не є універсальною; класичні концепції забезпечують фундаментальні принципи лікування та профілактики, тоді як інтегровані та гібридні системи дозволяють поєднувати державне регулювання, страхові механізми та приватний сектор, забезпечуючи адаптивність, соціальну справедливість та сталий розвиток. Для України доцільним є впровадження комбінованої моделі, що враховує історичні та соціально-економічні особливості, інтегрує міжнародний досвід та спрямована на підвищення доступності, якості й ефективності медичних послуг.

Таким чином, концептуальні підходи до публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я формують теоретичну основу для обґрунтування ефективних управлінських рішень, спрямованих на розвиток адаптивної, стійкої та людиноцентричної системи. Їхнє поєднання з практичними моделями управління забезпечує мобілізацію ресурсів, інтеграцію цифрових технологій та сучасних аналітичних інструментів, що підвищує здатність системи реагувати на виклики, оптимізувати використання ресурсів і забезпечувати довгострокове покращення здоров'я населення.

1.2. Реформа системи охорони здоров'я та її ключові особливості

Реформа системи охорони здоров'я виступає одним із ключових чинників трансформації суспільної інфраструктури, спрямованої на підвищення якості та доступності медичних послуг, зміцнення здоров'я населення та розвитку стратегічного потенціалу галузі. У сучасних умовах глобалізаційних викликів, демографічних змін і швидкого технологічного прогресу ефективне управління медичною системою потребує комплексного оновлення її інституційних, фінансових та організаційних механізмів. Водночас трансформація охорони здоров'я передбачає не лише модернізацію управлінських процесів, а й формування людиноцентричної моделі, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів, та інтеграцію інноваційних технологій для підвищення ефективності та прозорості медичного обслуговування. У цьому контексті особливу увагу приділено визначенню ключових напрямів реформування, оцінці змін у структурі системи та аналізу викликів, які постають перед публічним управлінням у сфері охорони здоров'я.

Метою реформування системи охорони здоров'я в Україні є забезпечення громадян рівним доступом до якісних медичних послуг, підвищення ефективності використання ресурсів, зміцнення здоров'я нації та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат на лікування. Концептуальні засади реформування ґрунтуються на принципах людиноцентричності, прозорості та підзвітності, ефективності, інклюзивності та стійкості системи, що дозволяє створити адаптивну та результативну модель охорони здоров'я.

Аналіз існуючих моделей управління системою охорони здоров'я демонструє, що жодна з них не може розглядатися як універсальна або повністю придатна для застосування у всіх національних контекстах. Класичні моделі (Семашка, Бісмарк, Беверідж) забезпечують системне розуміння принципів лікувально-профілактичної діяльності та стандартизації медичних

послуг, але мають обмежену гнучкість і недостатньо інтегрують інноваційні технології. Сучасні інтегровані та гібридні моделі дозволяють поєднувати державне фінансування, страхові механізми та ринкові інструменти, підвищуючи адаптивність системи та ефективність використання ресурсів. Для України, яка перебуває на етапі системного реформування, найбільш доцільним є впровадження адаптивної комбінованої моделі управління, що інтегрує кращі практики світових моделей з урахуванням національних умов, забезпечує рівний доступ до медичних послуг та розвиток стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я.

У контексті реформування важливим є виділення основних етапів трансформації охорони здоров'я в Україні, які відображають поступовий перехід від централізованої радянської моделі до сучасної інтеграційної системи управління (табл. 1.7).

Після здобуття незалежності Україна успадкувала централізовану радянську систему охорони здоров'я (модель Семашка), що характеризувалася монополією держави на надання медичних послуг і орієнтацією на кількість, а не на якість. Основною проблемою цього періоду була обмежена автономія закладів, застаріла матеріально-технічна база та нестача фінансування. На цьому етапі здійснювалися перші спроби реформування: створення нормативної бази, концепцій управління та пілотних проектів страхових механізмів.

На етапі формування фінансових механізмів основний акцент зроблено на фінансову стабільність системи. Введено обов'язкове та добровільне медичне страхування для окремих категорій населення [268]. Це дозволило поступово забезпечити фінансову підтримку системи, але зберігалися проблеми нерівності доступу до медичних послуг та низька ефективність використання ресурсів.

Таблиця 1.7

Етапи реформування охорони здоров'я в Україні*

Етап	Ключові характеристики	Переваги	Основні виклики
Початковий етап (1991–2000)	Перехід від централізованої радянської системи (модель Семашка) до реформування, обмежені спроби фінансової децентралізації	Початок формування нормативної бази та концепцій реформ, збереження базової мережі закладів	Нестача фінансування, застарілі ресурси, слабка автономія закладів
Формування фінансових механізмів (2000–2010)	Введення обов'язкового та добровільного медичного страхування, спроби часткового фінансування медичних послуг	Поступове забезпечення фінансової стабільності для певних груп населення	Нерівність у доступі до медпослуг, низька ефективність використання ресурсів, корупційні ризики
Реформа первинної медичної допомоги (2010–2016)	Розвиток сімейної медицини, автономізація медзакладів, пілотні проекти фінансування «гроші йдуть за пацієнтом»	Підвищення якості первинної допомоги, перехід до автономного управління	Низький рівень підготовки персоналу, опір змінам, обмеженість ресурсів
Впровадження Національної служби здоров'я (2017–2020)	Створення НСЗУ, фінансування медзакладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», контроль якості послуг	Рівний доступ до первинної допомоги, прозоре фінансування, стимулювання якості	Недостатнє фінансування, потреба в цифровізації, нерівномірність доступу в регіонах
Інтеграційний та адаптивний етап (2020–дотепер)	Формування комбінованої системи: державне фінансування базових пакетів, обов'язкове і добровільне страхування, державно-приватне партнерство, цифровізація	Підвищення якості та доступності медпослуг, впровадження сучасних технологій, стійкість до кризових викликів	Складність координації різних механізмів, потреба в інтеграції цифрових платформ, ризики соціальної нерівності

*Джерело: сформовано автором на основі [32; 73,79, 136; 168; 175]

У фокусі реформи первинної медичної допомоги (2010–2016 рр.) – розвиток сімейної медицини, автономізація медзакладів, пілотні проекти фінансування «гроші йдуть за пацієнтом». Це сприяло підвищенню якості первинної допомоги та переходу до більш гнучких управлінських моделей. Основні проблеми – недостатня підготовка персоналу, опір змінам та обмежені ресурси.

Створення НСЗУ забезпечило централізоване фінансування медзакладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», контроль якості послуг та прозорість фінансування. Підвищився рівень доступності первинної допомоги, але залишалися виклики: недостатнє фінансування, потреба у цифровізації та нерівномірний доступ до послуг у регіонах.

Формування комбінованої системи управління, яка інтегрує державне фінансування базових пакетів, обов'язкове та добровільне страхування, державно-приватне партнерство та цифровізацію. Мета – підвищення якості та доступності медичних послуг, розвиток профілактичної медицини та забезпечення стійкості системи до демографічних змін, пандемій та інших кризових явищ. Основні виклики включають координацію різних механізмів, інтеграцію цифрових платформ та ризики соціальної нерівності.

У межах реформування особливу увагу приділено кільком взаємопов'язаним напрямам. Зокрема, здійснюється інституційна трансформація, яка передбачає оптимізацію управлінських структур, децентралізацію повноважень та підвищення ролі регіональних органів у забезпеченні ефективного надання медичних послуг. Активно впроваджуються фінансово-економічні механізми, що поєднують державне фінансування, страхову медицину та партнерство з приватним сектором, сприяючи прозорості витрат і стимулюванню розвитку інноваційних послуг.

Не менш важливим є напрям технологічної та цифрової трансформації, який включає інтеграцію електронних медичних карт, телемедичних платформ та систем аналізу даних для підвищення якості обслуговування, ефективності управління потоками пацієнтів та стратегічного планування розвитку галузі. Сафонов Ю., Коротун О. [153] наголошують на важливості інтеграції цифрових технологій для підвищення доступності, якості та ефективності медичних послуг, що є ключовими елементами реформування системи охорони здоров'я.

Цифровізація системи охорони здоров'я, як підкреслює Вальчук М. С. [21], є ключовим напрямом реформ, що передбачає впровадження

інноваційних технологій (IoT, телемедицини, онлайн-медицини, чат-ботів, VR/AR) задля забезпечення пацієнтоорієнтованості, доступності та стійкості медичних послуг, водночас вимагаючи інвестицій, підготовки кадрів і захисту даних.

Враховуючи зазначене, цифровізація системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою реформування галузі, що сприяє реалізації принципів пацієнтоорієнтованості, доступності та ефективності медичних послуг. Ці аспекти повинні бути враховані при розробці та впровадженні стратегій публічного управління в сфері охорони здоров'я.

Крім того, реформа передбачає соціально-політичну інтеграцію, що забезпечує законодавче підґрунтя змін, активну участь громадянського суспільства та створення механізмів зворотного зв'язку між пацієнтами, медичними установами та органами влади. Міністерством охорони здоров'я розроблено План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки [108], де акцентовано увагу на відбудові та модернізації медичної інфраструктури, розвитку кадрового потенціалу, цифровізації галузі та зміцненні громадського здоров'я з метою підвищення стійкості системи до кризових і воєнних викликів

У контексті реформування системи охорони здоров'я ключовим завданням є визначення та систематизація основних особливостей, які визначають напрямки змін і їхній вплив на ефективність, доступність та якість медичних послуг.

Реформування системи охорони здоров'я України здійснюється у комплексі законодавчих, організаційних та технологічних змін, спрямованих на підвищення якості медичних послуг, забезпечення стійкості системи та впровадження сучасних цифрових рішень. Для цього ухвалено низку ключових законодавчих актів, які визначають принципи підготовки медичних кадрів, автономізації закладів охорони здоров'я, розвитку електронної системи охорони здоров'я, телемедицини та високотехнологічних напрямів, таких як трансплантація (табл. 1.8, додаток Б).

Таблиця 1.8

Основні законодавчі акти України реформування сфери охорони здоров'я*

Закон / нормативно-правовий акт	Основний зміст / вплив на реформу
Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку “Україна–2020”» № 5/2015	Визначив охорону здоров'я як стратегічний пріоритет модернізації держави.
Розпорядження КМУ «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р (2016)	Запровадив принцип «гроші йдуть за пацієнтом», започаткував створення Національної служби здоров'я України.
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII (2017)	Встановив програму медичних гарантій, забезпечив безоплатність частини медичних послуг, визначив порядок укладення декларацій із сімейними лікарями.
Зміни до Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» (2017)	Гармонізували українське законодавство з європейськими стандартами, закріпили права пацієнтів та роль сімейного лікаря.
Постанова КМУ № 65 «Про реалізацію Програми медичних гарантій» (2020)	Розширила перелік гарантованих державою медичних послуг, визначила механізми фінансування та контрахтування закладів.
Розпорядження КМУ № 725-р «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2021–2027 рр.» (2021)	Визначила пріоритети розвитку первинної допомоги, цифровізації, кадрового забезпечення та громадського здоров'я.
Закон України «Про внесення змін до деяких законів щодо забезпечення лікування за кордоном» № 2330-IX (2022)	Забезпечив можливість лікування громадян за кордоном через руйнування медичної інфраструктури під час війни.
Закон України «Про правовий режим воєнного стану» та відповідні постанови КМУ (2025)	Врегулювали роботу медичних закладів у умовах війни, організацію військової медицини, психічної та фізичної реабілітації, інтеграцію міжнародної допомоги.

*Джерело: сформовано автором на основі [105; 126; 135; 136; 137]

Реформування системи охорони здоров'я України у 2015–2025 рр. відбувалося на основі комплексних нормативно-правових актів, що визначали напрями державної політики у сфері медичного забезпечення, фінансування, управління та гарантування прав громадян.

Ключовим документом, який започаткував новий етап трансформацій, стала Стратегія сталого розвитку «Україна–2020» (Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015), де охорона здоров'я визначалася серед пріоритетних напрямів модернізації. У цьому ж році уряд ухвалив низку підзаконних актів щодо удосконалення системи фінансування, розвитку госпітальних округів та оптимізації медичної мережі.

Важливим кроком стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII, який заклав підґрунтя для переходу від утримання медичних закладів до фінансування на засадах «гроші йдуть за пацієнтом». У розвиток цього закону було ухвалено пакет підзаконних актів, що врегульовували діяльність Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як ключового замовника медичних послуг. Значну роль у процесі реформування відіграв Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» (у редакції з численними змінами, зокрема 2017–2021 рр.), який адаптував національну систему до європейських стандартів, зокрема у сфері доступності послуг, пацієнтських прав та інтеграції первинної, вторинної і третинної ланок.

У 2020 р. уряд ухвалив Програму медичних гарантій, яка стала практичним інструментом реалізації принципів нової моделі фінансування. Вона щороку уточнювалася постановами Кабінету Міністрів України (зокрема Постанови КМУ від 25.04.2018 р. № 410, від 05.02.2020 р. № 65 та наступні редакції), що закріплювали перелік та обсяг медичних послуг, гарантованих державою. Важливим стратегічним документом стала Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2021–2027 рр. (схвалена Розпорядженням КМУ від 14.07.2021 р. № 725-р), де визначено цілі підвищення якості медичної допомоги, цифровізації галузі, зміцнення кадрового потенціалу та розвитку громадського здоров'я.

З початком повномасштабної війни у 2022 р. нормативно-правове забезпечення сфери охорони здоров'я набуло кризового та мобілізаційного характеру. Було ухвалено низку актів щодо забезпечення функціонування медичної інфраструктури в умовах воєнного стану, зокрема Закон України «Про правовий режим воєнного стану» (із змінами 2022–2024 рр.), постанови КМУ про реорганізацію медичних закладів у прифронтових регіонах та адаптацію Програми медичних гарантій до реалій війни. Окрему увагу приділено нормативному врегулюванню питань надання допомоги

військовослужбовцям, ветеранам війни та внутрішньо переміщеним особам, а також інтеграції міжнародної гуманітарної допомоги у національну систему.

Таким чином, у 2015–2025 рр. нормативно-правова база реформування охорони здоров'я України еволюціонувала від стратегічних документів, спрямованих на модернізацію галузі за європейськими стандартами, до кризових рішень, обумовлених війною. Вона поєднує довгострокові цілі розвитку із необхідністю реагувати на безпрецедентні виклики, що забезпечує збереження функціональності системи та водночас створює основу для її післявоєнної відбудови. Комплексне законодавче забезпечення реформування системи охорони здоров'я України формує основу для підвищення якості медичних послуг, фінансової та організаційної стійкості закладів, розвитку цифрових технологій, телемедицини та високотехнологічних напрямів, таких як трансплантація, а також забезпечує сучасну кадрову політику через стандарти підготовки.

Систематизоване представлення основних законодавчих актів дозволяє чітко окреслити напрями реформування, їх сутність та підтверджуючі джерела, що відображають комплексні законодавчі, організаційні та технологічні зміни в українській системі охорони здоров'я (табл. 1.9). Аналіз таблиці демонструє, що прийняті закони та постанови забезпечують розвиток кадрового потенціалу, автономізацію закладів, впровадження електронної системи охорони здоров'я та високотехнологічних напрямів, таких як трансплантація та телемедицина, формуючи правове й організаційне підґрунтя для сталого реформування галузі. Таким чином, системне впровадження зазначених засад і особливостей реформування створює основу для формування стійкої, адаптивної та результативної системи охорони здоров'я, здатної ефективно реагувати на соціально-економічні, демографічні та технологічні виклики сучасності.

Інституційні та організаційні зміни в межах медичної реформи в Україні спрямовані на підвищення ефективності, доступності та якості надання медичних послуг (рис.1.1).

Таблиця 1.9

Ключові напрями та особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні*

Ключова особливість	Опис
Фінансування «гроші ходять за пацієнтом»	Оплата медичних послуг здійснюється за конкретні випадки надання допомоги, а не за обсяг виконаних робіт, що стимулює ефективне використання ресурсів.
Створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ)	Центральний орган виконавчої влади, відповідальний за організацію фінансування та контрактування медичних послуг.
Впровадження електронної системи охорони здоров'я	Цифровізація процесів надання медичних послуг: електронні медичні картки, рецепти та направлення.
Розвиток первинної медичної допомоги	Створення умов для роботи лікарів загальної практики-сімейної медицини, впровадження системи декларацій між пацієнтами та лікарями.
Покращення кадрової політики	Підвищення професійної підготовки медичних працівників, стимулювання мотивації та забезпечення належних умов праці.

*Джерело: сформовано автором на основі [3;21;41;107;142;143;153; 162;164]



Рис. 1.1. Інституційні та організаційні зміни медичної реформи в Україні*

*Джерело: сформовано автором на основі [5; 14;46;76; 83;85;89; 109;112;176;178]

Аналіз представлених інституційних та організаційних змін свідчить про комплексний характер реформування системи охорони здоров'я в Україні, у якому законодавчі, управлінські та технологічні ініціативи взаємопов'язані. Впровадження децентралізації, прозорого фінансування, системи управління кадрами та інтегрованої моделі надання медичних послуг створює правове й організаційне підґрунтя для формування стійкої, ефективної та доступної медичної системи, здатної відповідати на сучасні виклики та потреби населення.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, започаткована на початку 2010-х років та активізована після 2016 року, передбачає не лише організаційні та інституційні зміни, а й глибоку трансформацію фінансово-економічних механізмів забезпечення функціонування галузі. Основна мета цих змін полягає у створенні прозорої, ефективної та доступної системи фінансування медичних послуг, що відповідає принципам універсальної медичної допомоги та спрямована на максимальне задоволення потреб пацієнтів (рис.1.2).

Ключовим елементом фінансово-економічних перетворень стало впровадження механізму державного фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», який забезпечує пряме бюджетне фінансування медичних закладів на основі укладених договорів з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Цей підхід дозволяє відходити від застарілої моделі фінансування, прив'язаної до кількості ліжко-місць або штатної чисельності персоналу, та стимулює медичні установи до ефективного використання ресурсів і підвищення якості надання послуг.

Важливою складовою економічного забезпечення реформи є перехід до тарифної системи оплати медичних послуг, що базується на стандартизованих клінічних протоколах і визначає вартість конкретних видів медичної допомоги. Такий підхід дозволяє не лише регулювати витрати державного бюджету, а й створює економічні стимули для оптимізації роботи медичних закладів, впровадження нових технологій та підвищення професійної компетенції персоналу.



Рис.1.2. Фінансово-економічні механізми реформи системи охорони здоров'я в Україні*

* Джерело: сформовано автором на основі [15; 39; 52; 84; 123; 128]

Реформа також передбачає розвиток механізмів фінансової автономії медичних закладів, що сприяє їх здатності ефективно управляти власними ресурсами, планувати витрати та залучати додаткові джерела фінансування, включно з партнерствами у сфері приватного інвестування та благодійності. При цьому важливу роль відіграє державне регулювання та аудит, що забезпечує баланс між автономією установ та контролем за доцільністю використання бюджетних коштів.

Не менш значущим напрямом є стимулювання системи державних закупівель ліків та медичного обладнання, що дозволяє знизити витрати на медичні продукти та забезпечити їх рівномірний розподіл серед регіонів. Впровадження електронних систем закупівель і цифрових платформ фінансового обліку забезпечує прозорість процесів, скорочує корупційні ризики та сприяє підвищенню ефективності використання державних ресурсів.

Таким чином, фінансово-економічні механізми реформи системи охорони здоров'я в Україні формують інтегровану модель ресурсного забезпечення, яка орієнтована на потреби пацієнтів, підвищення ефективності медичних установ і раціональне використання державного бюджету. Водночас вони створюють передумови для розвитку професійної відповідальності медичних працівників, впровадження інновацій та сталого економічного функціонування галузі у довгостроковій перспективі. Реформа системи охорони здоров'я в Україні є багатогранним процесом, що охоплює не лише економічні та організаційні зміни, а й суттєво впливає на соціальну структуру суспільства, рівень довіри громадян до державних інституцій та політичну стабільність держави. Її успішна реалізація залежить від ефективної взаємодії держави, громадянського суспільства та медичних установ, а також від послідовної політичної волі, забезпечення соціальної справедливості та створення умов для залучення інновацій і сучасних технологій у медичну сферу. Це підкреслює, що соціально-політичні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні визначаються взаємодією держави, суспільства та медичних установ, а також впливом змін на соціальну структуру та політичну стабільність країни (рис. 1.3).



Рис.1.3. Соціально-політичні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні*

*Джерело: сформовано автором на основі [1;108;142;143;248; 327]

Отже, соціально-політичні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні включають взаємозв'язок між державними інституціями, громадянським суспільством та медичними установами, визначають рівень довіри населення, забезпечення соціальної справедливості та політичної стабільності, а також

створюють умови для впровадження інновацій і модернізації медичної сфери, що в сукупності впливає на ефективність і результативність реформ у галузі.

Одним із ключових аспектів реформування є забезпечення прозорості та підзвітності в діяльності медичних закладів. Відповідно до Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [142], передбачається впровадження механізмів громадського контролю, відкритий доступ до інформації про діяльність медичних установ і використання публічних фінансів, а також залучення пацієнтів до оцінки якості медичних послуг. Такий підхід сприяє підвищенню соціальної відповідальності медичних установ та створює підґрунтя для більш демократичного управління сферою охорони здоров'я.

Реформа орієнтована на зменшення регіональних та соціальних диспропорцій у наданні медичної допомоги. Відповідно до законодавства України, зокрема Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122], держава гарантує громадянам безоплатний доступ до медичних послуг у державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Це включає забезпечення пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я для вразливих груп населення, таких як люди з інвалідністю, літні громадяни та мешканці віддалених регіонів.

Політична воля є необхідною умовою для успішного впровадження реформ. Відповідно до Білого книги реформ 2025 року [1, с. 221-237], загальну стагнацію реформ у сфері охорони здоров'я пов'язують із недостатньою політичною волею, корупцією та іншими викликами. Водночас, стратегічне бачення розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року передбачає поєднання відновлення системи з процесами реформування та підвищення ефективності функціонування та управління системою відповідно до принципу «краще, ніж було».

Прийняття законодавчих актів, розробка регламентів і стандартів надання медичних послуг створюють правову основу для реалізації реформ та визначають правила взаємодії між державними інституціями, медичними закладами та громадянами. Зокрема, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122] та утворення Національної служби здоров'я

України [143] стали важливими кроками у напрямі правової легітимізації змін.

Після здобуття незалежності багато пострадянських країн зіткнулися з необхідністю докорінної трансформації своїх систем охорони здоров'я, які в основному базувалися на радянській моделі Семашко – централізований, орієнтований на лікарні та з обмеженою роллю первинної медичної допомоги. Ці країни почали впроваджувати реформи, спрямовані на перехід до більш ефективних, орієнтованих на пацієнта та фінансово стійких моделей. Україна, розпочавши свою реформу в 2015 році, стала частиною цієї глобальної тенденції, прагнучи модернізувати свою систему охорони здоров'я через запровадження принципів стратегічного закупівельного фінансування, розвитку сімейної медицини та цифровізації. Аналогічні трансформації відбулися в інших країнах, таких як Грузія, Польща, Естонія та Великобританія, кожна з яких адаптувала міжнародний досвід до своїх національних умов (табл. 1.10).

Аналіз таблиці свідчить, що реформи охорони здоров'я в Україні мають багато спільного з досвідом інших пострадянських країн, зокрема Грузії, Польщі та Естонії. Усі ці країни прагнули модернізувати свої системи охорони здоров'я, орієнтуючись на принципи, схожі до тих, що були впроваджені в Україні: перехід до страхової або змішаної моделі фінансування, розвиток сімейної медицини як основної ланки, впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», цифровізація медичних послуг та часткове залучення приватних закладів до надання медичних послуг. Ці спільні риси свідчать про наявність загальних тенденцій у трансформації систем охорони здоров'я в пострадянських країнах, спрямованих на підвищення ефективності, доступності та якості медичних послуг.

Однак кожна країна адаптувала ці принципи до своїх національних умов, враховуючи економічні, соціальні та політичні особливості. Зокрема, в Україні реформа охорони здоров'я була ініційована в 2015 році, зокрема через ухвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в 2017 році, що стало основою для створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як стратегічного покупця медичних послуг. Цей крок дозволив реалізувати програму медичних гарантій, яка охоплює первинну,

спеціалізовану та екстрену медичну допомогу, а також розширювати доступ до ліків через програму «Доступні ліки» [42]. Водночас, як і в інших країнах, українська реформа стикається з викликами, такими як забезпечення фінансової стійкості системи, боротьба з корупцією та необхідність інвестицій в інфраструктуру та кадровий потенціал. Ці аспекти потребують подальшої уваги та комплексного підходу для забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 1.10

Порівняльний аналіз реформ охорони здоров'я в Україні та інших країнах*

Країна	Основні реформи	Особливості реформ	Спільні риси з Україною
Грузія	Перехід від державної до страхової моделі, децентралізація, приватизація частини послуг	Глибока реформа в 2000-х роках; приватизація більшості лікарень; страхова медицина з мінімальним базовим пакетом; стимулювання конкуренції серед закладів	Страхова модель, приватні заклади у фінансуванні
Польща	Вихід із пострадянської моделі, сімейна медицина, страхування	Введення Національного фонду охорони здоров'я (NFZ); кошти слідують за пацієнтом; сімейні лікарі як «ворота» в систему; інвестиції в інфраструктуру	Сімейна медицина, «гроші йдуть за пацієнтом», умовна страхова модель, частково приватні заклади
Естонія	Цифровізація охорони здоров'я, страхова модель	Високий рівень електронної охорони здоров'я; електронні рецепти, картки пацієнта; Централізоване фінансування через Estonian Health Insurance Fund; відчутна роль сімейного лікаря	Сімейна медицина, електронна система охорони здоров'я, страхова модель
Великобританія (частково)	Принцип «гроші йдуть за пацієнтом», незалежні постачальники послуг	NHS надає послуги безкоштовно на основі оподаткування; GP (сімейні лікарі) як основна точка входу; модель закупівлі: NHS контракує постачальників	Сімейна медицина, «гроші йдуть за пацієнтом», електронна система охорони здоров'я

* Джерело: сформовано автором на основі [179; 184; 194; 256; 287; 318; 323; 287]

В умовах війни система охорони здоров'я України стикається з додатковими викликами, такими як пошкодження інфраструктури, дефіцит медичних ресурсів та необхідність адаптації до нових умов. Відповідно до дослідження, проведеного

в 2025 році, трансформаційні процеси у системі охорони здоров'я України в умовах війни включають необхідність забезпечення її стійкості, адаптивності та функціональної ефективності в умовах багатовимірної кризи [142]. Актуальність проблеми зумовлена стратегічною роллю медичної сфери у збереженні життєздатності держави, стабілізації соціального середовища та протидії гуманітарним загрозам.

Міжнародні організації, такі як Світовий банк та Всесвітня організація охорони здоров'я, надають технічну та фінансову підтримку реформуванню системи охорони здоров'я в Україні [327]. Зокрема, у 2022 році було опубліковано спільне дослідження, яке аналізує реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема в контексті впровадження Національної служби здоров'я України та переходу до системи «гроші йдуть за пацієнтом» [248].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, розпочата в 2017–2018 роках, має на меті підвищення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Реформування системи охорони здоров'я в Україні супроводжується низкою складних викликів, які мають як організаційний, так і соціально-політичний характер. Ефективне подолання цих проблем є ключовим для підвищення якості медичних послуг, забезпечення доступності та стійкості системи охорони здоров'я, а також для впровадження інноваційних рішень і цифрових технологій. Основні виклики та проблеми реформування наведені в таблиці 1.11.

Аналіз таблиці свідчить, що система охорони здоров'я України у 2015–2025 рр. перебувала у складному стані, поєднуючи трансформаційні процеси та кризові виклики. Хоча окремі позитивні кроки у фінансуванні, цифровізації та розбудові первинної ланки були здійснені, їх результативність значною мірою обмежувалася впливом політичної нестабільності та війни.

Особливої уваги заслуговують воєнні чинники, які після 2014 р. стали ключовим викликом для сектору охорони здоров'я, а після повномасштабного вторгнення 2022 р. – трансформували саму логіку реформ.

Таблиця 1.11

Основні виклики та проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні*

Блок викликів	Основні проблеми	Наслідки для системи охорони здоров'я
Інституційні та управлінські	Фрагментарність реформ, слабка інституційна спроможність, проблеми децентралізації	Нестабільність управління, неузгодженість рішень, низька ефективність реформ
Фінансово-економічні	Недофінансування, тіньові платежі, складнощі роботи НСЗУ, низькі інвестиції	Обмежений доступ до якісних послуг, фінансові бар'єри для пацієнтів, нерівність у фінансуванні
Корупція	Непрозоре фінансування, «тіньові» платежі за послуги та ліки, непрозорі закупівлі	Зниження ефективності реформ, обмежений доступ до медичних послуг, зменшення довіри населення до державних інституцій
Соціально-демографічні	Скорочення населення, міграція кадрів, старіння населення, нерівність доступу (місто/село)	Зростання навантаження на систему, дефіцит робочої сили, підвищення соціальної напруги
Кадрові	Низькі зарплати, трудова міграція, дефіцит сімейних лікарів, слабка система підвищення кваліфікації	Відтік фахівців, кадрова криза на первинній ланці, низька якість медичних послуг
Технологічні та інфраструктурні	Застарілі лікарні, повільне впровадження eHealth, обмежений доступ до інновацій	Низька ефективність лікування, відставання від європейських стандартів, нерівномірність цифровізації
Політичні та безпекові	Політична нестабільність, війна (2014–2025 рр.), COVID-19	Руйнування інфраструктури, високі потреби у військовій медицині та реабілітації, додатковий тиск на систему
Суспільно-культурні	Низька довіра населення, скепсис щодо сімейної медицини, слабка культура профілактики	Недостатня підтримка реформ суспільством, низький рівень профілактичної медицини

*Джерело: сформовано автором на основі [67;110;117;118;139;140;248;274;310]

По-перше, війна призвела до фізичного руйнування медичної інфраструктури: тисячі лікарень і амбулаторій були знищені або пошкоджені, що унеможливило доступ значної частини населення до медичних послуг. Це спричинило нерівність між регіонами – у прифронтових територіях доступ до медичної допомоги був суттєво обмежений, тоді як у більш безпечних областях виникало додаткове навантаження через внутрішньо переміщених осіб.

По-друге, війна актуалізувала потребу у військовій медицині та медичній реабілітації. Травматологія, хірургія, протезування, психіатрична допомога й посттравматична реабілітація набули особливого значення. Цивільна система

охорони здоров'я була змушена адаптуватися до лікування великої кількості військових і цивільних із бойовими пораненнями та психологічними травмами.

По-третє, війна посилила кадрову кризу. Частина медичних працівників виїхала за кордон, частина була мобілізована до Збройних сил, а інші працювали в умовах постійної загрози. Це поглибило дефіцит лікарів і медсестер, особливо у регіонах, наближених до зони бойових дій.

По-четверте, воєнні дії зумовили перенаправлення фінансових ресурсів на потреби оборони, що звузило можливості для інвестицій у модернізацію системи охорони здоров'я. Попри міжнародну допомогу, коштів бракувало для повноцінного забезпечення ліками, обладнанням та відновлення зруйнованих закладів. Водночас війна стимулювала певні інноваційні практики. Було активізовано використання телемедицини, мобільних медичних бригад, розвиток міжнародних партнерств для лікування українців за кордоном. Проте ці кроки носили переважно кризовий, а не системний характер.

Одним із ключових викликів реформування системи охорони здоров'я в Україні у 2015–2025 рр. залишалася корупція, яка проявлялася на всіх рівнях управління та надання медичних послуг. Незважаючи на законодавчі ініціативи та запровадження програми медичних гарантій, частина фінансових ресурсів системи продовжувала розподілятися непрозоро, існували факти «тіньових» платежів за доступ до послуг та закупівлю медикаментів. Корупційні практики негативно впливали на ефективність впровадження реформ, ускладнювали доступ пацієнтів до якісної медичної допомоги та знижували довіру громадян до державних інституцій. Особливо критичним цей виклик став під час війни, коли зростання потреб у медичних послугах поєднувалося з обмеженістю ресурсів, що додатково стимулювало прояви непрозорих фінансових схем. Таким чином, корупція виступала системним бар'єром для реалізації реформ та потребувала комплексних заходів із посилення контролю, прозорості фінансування та підвищення відповідальності медичних установ і чиновників.

Таким чином, хоча у 2015–2025 рр. Україна рухалася від застарілої моделі охорони здоров'я до сучаснішої системи фінансування та управління, воєнний

фактор перетворився на головний виклик, що загальмував і змінив траєкторію реформ. Він створив подвійне навантаження: з одного боку – зруйнував те, що вже було зроблено, з іншого – сформував нові потреби (військова медицина, реабілітація, психічне здоров'я), на які система не була готова.

1.3. Механізми публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні: типологія, функції та особливості в умовах реформ

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні зростає значення механізмів публічного управління, які здатні забезпечити стратегічний розвиток та ефективне використання ресурсного, інституційного і кадрового потенціалу системи. Особливу актуальність набуває формування таких механізмів у контексті медичної реформи, орієнтованої на інтеграцію європейських стандартів, децентралізацію управління та підвищення якості медичних послуг.

У сучасній науковій літературі механізм публічного управління розглядається як багатовимірне поняття, що поєднує інституційні, організаційні, правові, фінансові, інформаційні та кадрові засоби, за допомогою яких держава реалізує свої управлінські функції та досягає стратегічних цілей. У контексті системи охорони здоров'я механізми публічного управління набувають особливої ваги, оскільки забезпечують формування та реалізацію стратегічного потенціалу, спрямованого на довгострокову стійкість, адаптивність і підвищення якості медичних послуг.

Так, М. Багмет та А. Гаркуша [9] акцентують, що механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я становлять комплекс інституційних, економічних, організаційних, правових, фінансових, інформаційних та кадрових інструментів, які потребують постійного оновлення в умовах реформ. Їхня ефективність визначається здатністю забезпечувати баланс між ресурсними можливостями та стратегічними потребами системи. У міжнародних дослідженнях

К. Хюбнер та С. Флесса [262] підкреслюється, що механізми стратегічного управління у сфері охорони здоров'я мають ґрунтуватися на довгостроковому системному мисленні, що дозволяє реагувати на невизначеність та складність середовища шляхом інтеграції управлінських структур, ресурсного забезпечення та стратегічного навчання.

Теоретичні засади державних і внутрішньогосподарських механізмів управління медичними закладами узагальнено І. Яремко [177], а також проаналізовано їх практичну дієвість, наведено приклади зарубіжної практики, запропоновано шляхи оптимізації управлінських технологій. Автор акцентує увагу на підвищенні ефективності та відповідності механізмів управління стратегічним цілям галузі.

У дослідженні Н. Романюк, Л. Романюк, Т. Мартинішин та ін. [148] встановлено, що якісне управління охороною здоров'я передбачає застосування сучасних методів планування, мотивації, контролю, а також дотримання етичних стандартів, прозорості і орієнтації на результат. Це дозволяє підвищувати ефективність медичних послуг і забезпечувати доступність для різних верств населення. О. Бачинська та Л. Винниченко-Кумкова [12] визначили механізми, які забезпечують якість медичної допомоги: ліцензування, акредитація, стандартизація, клінічний аудит, а також роль мотивації персоналу, моніторингу та взаємодії стейкхолдерів. Це прямо резонує з ідеями балансу між ефективністю, доступністю та справедливістю. М. Юкало висвітлює законодавчі зміни, які спрямовані на вдосконалення регулювання державно-приватного партнерства (ДПП) з урахуванням ефективності, прозорості, справедливості в доступі до послуг і стейкхолдерської участі – усі ці елементи важливі для стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я.

На нашу думку, у контексті стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я механізм публічного управління доцільно визначати як системно інтегровану сукупність інструментів, інституцій та практик, що забезпечують формування й реалізацію стратегічних цілей розвитку галузі шляхом мобілізації ресурсів, координації акторів та впровадження інновацій. Їх особливістю є

спрямованість на досягнення суспільної цінності, підвищення стійкості та адаптивності системи охорони здоров'я до викликів реформування та глобальної невизначеності.

На наш погляд механізми публічного управління в системі охорони здоров'я доцільно розглядати не лише як інструмент реалізації державної політики, а як динамічний і гнучкий конструкт, здатний поєднувати стратегічне бачення з практичними управлінськими рішеннями. Їхня ефективність визначається тим, наскільки вони інтегрують принципи прозорості, справедливості та інноваційності у взаємодію державних інституцій, медичних закладів і громадянського суспільства. Вважаємо, що саме системність і здатність до адаптації в умовах швидких реформ і глобальних викликів формують стратегічний потенціал галузі, забезпечуючи її довготривалу стійкість і суспільну значущість.

Для системного розуміння процесів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні важливо окреслити основні типи механізмів, що реалізують державну політику у цій сфері, та визначити їх взаємозв'язок із загальною стратегією реформування галузі. Розглянемо типологію механізмів, їхні ключові характеристики, основні функції, приклади застосування в українських умовах, особливості впровадження в умовах реформ та вплив на підвищення ефективності системи охорони здоров'я (табл. 1.12). Такий підхід дозволяє наочно продемонструвати комплексність і взаємозв'язок адміністративних, економічних, нормативних та соціально-комунікаційних інструментів управління, їхню здатність адаптуватися до сучасних викликів і трансформацій системи охорони здоров'я, а також оцінити ефективність реалізації стратегічних цілей у практичній діяльності закладів охорони здоров'я.

Аналіз представлених інституційних та організаційних змін свідчить про комплексний характер реформування системи охорони здоров'я в Україні, у якому законодавчі, управлінські та технологічні ініціативи взаємопов'язані. Впровадження децентралізації, прозорого фінансування, системи управління кадрами та інтегрованої моделі надання медичних послуг створює правове й організаційне підґрунтя для формування стійкої, ефективної та доступної медичної

системи, здатної відповідати на сучасні виклики та потреби населення. Важливим результатом таких перетворень є підвищення прозорості та підзвітності державних інституцій, що зміцнює довіру громадян до системи охорони здоров'я [272]. Окремої уваги заслуговує інтеграція цифрових інструментів і розвиток eHealth-платформи, які забезпечують оперативність управлінських рішень та створюють нові можливості для контролю якості надання медичної допомоги [55; 7].

Таблиця 1.12

Типологізація механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні*

Тип механізму	Основні характеристики	Функції	Особливості впровадження в умовах реформ
Адміністративно-організаційні	Інструменти координації діяльності органів влади, медичних закладів та громадських структур; управлінські реформи та структурні трансформації	Координаційна, планувальна, контрольна	Децентралізація управління, делегування повноважень на регіональний та місцевий рівень; адаптація структур до нових стандартів фінансування та звітності
Економічно-фінансові	Механізми фінансування, стимулювання ефективного використання ресурсів, підтримка пріоритетних напрямів	Регулювальна, стимулююча, прогнозна	Перехід на модель оплати «гроші йдуть за пацієнтом»; залучення інвестицій та грантових ресурсів; оптимізація витрат при одночасному підвищенні доступності послуг
Нормативно-правові	Законодавчі та підзаконні акти, стандарти якості, регуляторні положення	Регулювальна, контрольна	Постійне оновлення нормативної бази відповідно до європейських стандартів; регулювання нових моделей надання медичних послуг; інтеграція цифрових інструментів управління
Соціально-комунікаційні та кадрові	Розвиток людського потенціалу, залучення громадськості, формування мотивації персоналу	Мотиваційна, комунікаційна, аналітична	Підвищення ролі громадськості у процесах ухвалення рішень; розвиток дистанційних та цифрових освітніх програм; формування системи професійного розвитку та мотивації персоналу в умовах реформ

**Джерело: сформовано автором на основі [31;55; 106; 114; 142; 272; 305]*

У сукупності ці процеси формують передумови для переходу від фрагментованої та малоефективної системи до сучасної моделі охорони здоров'я, що орієнтується на потреби людини та відповідає європейським стандартам управління [305].

Адміністративно-організаційні механізми становлять одну з ключових складових системи публічного управління стратегічним потенціалом охорони здоров'я, оскільки вони забезпечують формування, координацію, регламентацію та контроль управлінських процесів на всіх рівнях – від державного до місцевого (табл.1.13).

Таблиця 1.13

Адміністративно-організаційні механізми публічного управління охороною здоров'я в Україні*

Категорія механізму	Основні елементи / інструменти	Функції та роль у реформуванні
Структурно-організаційні механізми	МОЗ України (центральний рівень); обласні департаменти охорони здоров'я (регіональний рівень); територіальні громади та амбулаторії (місцевий рівень)	Координація та управління системою на всіх рівнях; планування та розподіл ресурсів; забезпечення доступності та якості медичних послуг
Координаційні та комунікаційні механізми	Міжвідомчі робочі групи та комісії; регламентовані процедури звітності та обміну інформацією; спільні стратегічні плани МОЗ та НСЗУ	Забезпечення взаємодії між різними органами та закладами; підтримка узгодженості реформ; своєчасне прийняття управлінських рішень
Регуляторні механізми	Стандарти надання первинної, вторинної та третинної допомоги; правила укладання договорів між медичними закладами та НСЗУ; моніторинг та контроль якості послуг через eHealth	Стандартизація процесів; підвищення прозорості та підзвітності; контроль ефективності реформ
Механізми управління у кризових умовах	Оперативні плани мобілізації ресурсів; перерозподіл кадрів та обладнання в прифронтових регіонах; координація міжнародної гуманітарної допомоги	Забезпечення стійкості системи під час війни та надзвичайних ситуацій; підтримка безперервності медичної допомоги; оптимізація використання обмежених ресурсів

**Джерело: сформовано автором на основі [158; 242, с.162-163]*

Їхня роль полягає у створенні цілісної інституційної архітекτονіки, в якій поєднуються нормативно-правові, організаційні та управлінські інструменти, що дозволяють ефективно реалізовувати стратегічні цілі у сфері збереження та зміцнення здоров'я населення [158; 242, с.162-163].

Важливою рисою адміністративно-організаційних механізмів є міжсекторальна взаємодія. Вона враховує необхідність тісної співпраці сфери охорони здоров'я з іншими секторами – освітою, соціальною політикою, екологією, обороною та безпекою. А. Бакай [10] зазначає, що такий підхід дає змогу забезпечити комплексність у зміцненні здоров'я населення та досягненні цілей сталого розвитку.

Отже, адміністративно-організаційні механізми є тим базисом, на якому вибудовується система стратегічного управління потенціалом охорони здоров'я в Україні. Вони забезпечують стабільність і керованість галузі, створюють умови для її адаптації до нових викликів – демографічних змін, епідеміологічних загроз, фінансово-економічних обмежень та воєнних факторів. Їхня ефективність визначається здатністю поєднувати централізовані рішення з регіональною специфікою, а також балансувати між адміністративною регламентацією і гнучкістю організаційних практик.

Таким чином, адміністративно-організаційні механізми охорони здоров'я в Україні становлять комплекс взаємопов'язаних інструментів, що поєднують структурну організацію, координацію, регулювання та контроль. Вони забезпечують інтеграцію реформ на всіх рівнях управління, підвищують ефективність використання ресурсів та гарантують доступність медичних послуг для населення. Особливо критичною є їхня роль у кризових умовах, коли адаптація структур, оперативна координація та прозорість управлінських рішень дозволяють підтримувати стабільність та функціональність системи охорони здоров'я.

Економічно-фінансові механізми публічного управління охороною здоров'я в Україні спрямовані на забезпечення ефективного розподілу ресурсів, стимулювання якості та доступності медичних послуг, інтеграцію державного та приватного фінансування, а також підвищення прозорості та адаптивності системи.

Їхнє вдосконалення є критично важливим для формування стійкої, людиноцентричної та ефективної системи охорони здоров'я (табл. 1.14).

Таблиця 1.14

Основні складові економічно-фінансових механізмів публічного управління
охороною здоров'я в Україні*

Складова механізму	Опис та функції	Особливості впровадження в Україні
Бюджетне фінансування	Державний та місцеві бюджети забезпечують фінансування медичних послуг, програм лікування та профілактики	Використання коштів підпорядковується принципам прозорості та підзвітності; пріоритети визначаються державною політикою
Механізми страхового фінансування	Обов'язкове та добровільне медичне страхування; розподіл ризиків між громадянами та страховиками	Наразі розвивається через реформу НСЗУ; стимулює якість послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»
Стимулюючі фінансові механізми для закладів та персоналу	Оплата праці, премії, бонуси, система pay-for-performance	Мотивує підвищення продуктивності та якості медичних послуг
Публічно-приватне партнерство (PPP)	Залучення приватних інвестицій у медичну інфраструктуру, обладнання та цифрові технології	Сприяє модернізації закладів та підвищенню доступності послуг
Контроль та аудит фінансових ресурсів	Моніторинг витрат, фінансовий аудит, аналітика	Забезпечує прозорість фінансових потоків, прийняття управлінських рішень на основі даних
Децентралізоване фінансування та інтеграція ресурсів	Розподіл коштів на рівні територіальних громад, поєднання державного та приватного фінансування	Підвищує ефективність використання ресурсів та адаптивність системи

*Джерело: сформовано автором на основі [31;55; 69; 106; 114; 142; 272; 305]

Таким чином, економічно-фінансові механізми публічного управління охороною здоров'я в Україні виступають ключовим інструментом забезпечення ефективності, прозорості та стабільності системи. Їхнє комплексне поєднання дозволяє оптимізувати використання ресурсів, стимулювати підвищення якості медичних послуг, інтегрувати інноваційні технології та залучати додаткові інвестиції. Водночас, адаптація цих механізмів до національних соціально-економічних умов і міжнародного досвіду сприяє підвищенню доступності та справедливості охорони здоров'я для всіх категорій населення.

Фундаментальною основою виступає нормативно-правове забезпечення, яке визначає принципи діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Закони України, зокрема «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122], постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» [40], накази Міністерства охорони здоров'я та регіональні програми формують правове поле для стратегічного розвитку галузі. Водночас адміністративно-організаційні механізми передбачають чітку ієрархію суб'єктів управління – від Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я до місцевих органів влади й адміністрацій закладів охорони здоров'я. В. Будзин зазначає, що така взаємодія забезпечує стратегічну узгодженість у реалізації державної політики [19].

Соціально-комунікаційні та кадрові механізми є ключовими складовими стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я, оскільки вони забезпечують взаємодію між управлінськими структурами, медичними працівниками та населенням, а також формують професійний, мотиваційний і компетентнісний потенціал системи (табл. 1.15). Таким чином, соціально-комунікаційні та кадрові механізми публічного управління формують основу для забезпечення адаптивності, прозорості та ефективності системи охорони здоров'я. Їхнє інтегроване застосування дозволяє забезпечити взаємодію між державними органами, медичними працівниками та населенням, підвищити професійний і мотиваційний потенціал кадрів, сприяти соціальній довірі та створювати стійку, людиноцентричну систему охорони здоров'я.

Важливим елементом є стратегічне планування та координація, які здійснюються через середньо- та довгострокові стратегії, національні програми і регіональні плани. Регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для Європи оцінило систему охорони здоров'я України.

В даному документі зазначається, що координаційні органи у формі міжвідомчих рад, робочих груп при МОЗ чи регіональних штабів виконують функцію інтеграції інтересів різних суб'єктів у межах єдиного стратегічного

вектора [272]. До організаційних процедур і регламентів належить розробка стандартів надання медичних послуг [126], клінічних протоколів лікування [174], системи ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я [130], а також кадрове забезпечення й підвищення кваліфікації медичних працівників [86]. Вони створюють умови для раціональної організації медичної допомоги та мінімізації управлінських ризиків.

Таблиця 1.15

Соціально-комунікаційні та кадрові механізми публічного управління охороною здоров'я в Україні*

Складові	Функції та призначення	Приклади реалізації в Україні
Соціально-комунікаційні		
Інформаційне забезпечення	Створення єдиних інформаційних платформ, електронних реєстрів, систем статистики	eHealth, електронні медичні картки, державні портали охорони здоров'я
Комунікація з громадськістю	Просвітницькі кампанії, поширення інформації про здоров'я та профілактику	Кампанії вакцинації, здорового способу життя, соціальні мережі МОЗ
Міжсекторна координація	Встановлення ефективних каналів взаємодії між державними органами, приватним сектором та громадськими організаціями	Спільні програми МОЗ з міжнародними партнерами, громадськими організаціями
Зворотний зв'язок	Оцінка задоволеності пацієнтів та громадськості, адаптація політик	Платформи відгуків пацієнтів, "гарячі лінії" та опитування
Кадрові		
Формування та розвиток професійного потенціалу	Підготовка, підвищення кваліфікації, перепідготовка медичних та управлінських кадрів	Програми стажувань, сертифікації, курси підвищення кваліфікації
Мотиваційні системи	Фінансові та соціальні стимулювання, програми кар'єрного росту	Додаткові виплати медичним працівникам, премії, соціальні гарантії
Управління людськими ресурсами	Планування чисельності, розподіл кадрів, управління навантаженням	Державні програми забезпечення кадрами віддалених регіонів, балансування навантаження
Розвиток лідерських компетенцій	Підготовка керівників до стратегічного управління та впровадження інновацій	Тренінги для керівників лікарень, програми управлінських шкіл МОЗ

*Джерело: сформовано автором на основі [31;55; 106; 114; 142; 272; 305]

Не менш значущою є система контролю та моніторингу, яка включає інструменти оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, аудит, електронний моніторинг і аналіз ключових показників – якості послуг, фінансової

прозорості, доступності медичної допомоги [48]. Це забезпечує зворотний зв'язок і своєчасне коригування управлінських рішень [272]. Сучасні процеси реформування акцентують увагу на децентралізації, яка передбачає передачу частини управлінських повноважень на місцевий рівень, що сприяє більш гнучкому реагуванню на регіональні виклики та ефективнішому використанню ресурсів, зберігаючи при цьому інтеграцію з єдиною національною політикою [53]. Механізми публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я виконують комплекс функцій, які у своїй сукупності забезпечують формування, розвиток та ефективне використання ресурсного, кадрового, інституційного й інноваційного потенціалу галузі. Їхня результативність визначає можливість системи охорони здоров'я відповідати на виклики глобалізації, демографічних змін, соціально-економічної нестабільності та потреби громадян у якісних медичних послугах.

Основні функції механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні можна узагальнити у кількох взаємопов'язаних напрямках (табл.1.16).

Розгляд функцій механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я демонструє, що їх ефективність значною мірою залежить від умов впровадження та адаптації до трансформаційних процесів у галузі. Особливу увагу слід приділити специфіці реалізації цих механізмів у період реформування охорони здоров'я в Україні, коли децентралізація управління, цифровізація процесів, інтеграція європейських стандартів та підвищена роль громадськості створюють нові виклики та можливості. Реформування системи охорони здоров'я в Україні створює особливі умови для реалізації механізмів публічного управління та вимагає їх адаптації до нових викликів. Основною особливістю сучасного етапу є комплексна інтеграція адміністративних, економічних, нормативно-правових та соціально-комунікаційних інструментів, що дозволяє забезпечувати стратегічну стійкість системи та підвищувати ефективність використання її потенціалу.

По-перше, децентралізація управління та делегування повноважень на

регіональний і місцевий рівень вимагає від механізмів більшої гнучкості та адаптивності. Місцеві органи влади отримують більші можливості для стратегічного планування, управління ресурсами та реалізації ініціатив з урахуванням специфіки територій. Водночас це підвищує значущість координаційних механізмів для забезпечення єдності стратегічних цілей на національному рівні.

Таблиця 1.16

Основні функції механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні*

Функція	Зміст	Значення для стратегічного потенціалу
Прогностична	Виявлення тенденцій, оцінка ризиків, визначення пріоритетів розвитку	Забезпечує завчасне реагування на виклики та формування обґрунтованих стратегій
Координаційна	Узгодження дій державних органів, медзакладів, громадськості та партнерів	Сприяє консолідації ресурсів і створенню єдиного стратегічного простору
Регульовальна	Нормативно-правове та економічне регулювання, встановлення стандартів	Формує правила, стандарти й баланс інтересів держави, медичних установ та громадян
Контрольна	Моніторинг виконання планів, стандартів, ефективності використання ресурсів	Дозволяє своєчасно виявляти відхилення та коригувати управлінські рішення
Аналітична	Збір і системний аналіз даних, формування доказової бази для рішень	Підвищує якість управління, забезпечує адаптивність реформ
Мотиваційна	Стимулювання персоналу, розвиток кадрів, формування довіри населення	Підвищує професійну активність і зацікавленість у досягненні стратегічних цілей
Комунікаційна	Налагодження відкритого діалогу влади, медзакладів і громадськості	Підсилює прозорість реформ, формує довіру до публічного управління

*Джерело: сформовано автором на основі [69; 98; 142; 221; 258]

По-друге, цифровізація процесів управління та запровадження електронних інструментів трансформує традиційні адміністративно-організаційні та контрольні механізми. Використання електронних медичних карт, систем моніторингу та аналітики дозволяє отримувати достовірну та своєчасну інформацію, оптимізувати прийняття управлінських рішень і підвищувати прозорість діяльності медичних закладів.

По-третє, інтеграція європейських стандартів та міжнародного досвіду сприяє підвищенню якості послуг, впровадженню сучасних методик оцінки ефективності системи та формуванню нових підходів до фінансування та мотивації персоналу. Нормативно-правові механізми в умовах реформ адаптуються до вимог міжнародних стандартів, забезпечуючи правове підґрунтя для трансформаційних процесів.

По-четверте, підвищена роль громадськості та пацієнтських організацій підсилює мотиваційну та комунікаційну функції механізмів управління. Активне залучення населення до процесів ухвалення рішень, контролю якості послуг та оцінки результатів реформ сприяє формуванню довіри до системи охорони здоров'я та забезпечує соціальну підзвітність.

В цілому, особливості функціонування механізмів у період реформ характеризуються синергетичним поєднанням централізованого контролю та регіональної автономії, традиційних адміністративних підходів та цифрових технологій, нормативного регулювання та громадської участі. Така комплексна взаємодія створює передумови для ефективного використання стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я, забезпечуючи її стійкість, адаптивність та відповідність сучасним стандартам розвитку медичної галузі.

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні механізми публічного управління стратегічним потенціалом набувають особливої значущості та виступають фундаментальним інструментом забезпечення ефективності, прозорості та стійкості медичної системи. Вони формують комплекс взаємопов'язаних інструментів, що охоплюють адміністративно-організаційні, економічно-фінансові, нормативно-правові, соціально-комунікаційні та кадрові складові, кожна з яких відіграє критично важливу роль у підтримці функціональної цілісності та адаптивності системи. Така багатовимірність дозволяє не лише інтегрувати міжнародний досвід та сучасні стандарти, але й враховувати національні соціально-економічні особливості, культурні та демографічні аспекти, забезпечуючи довгострокову стійкість і підвищення якості медичних послуг для всіх категорій населення.

Ефективність механізмів публічного управління визначається їх здатністю до системної взаємодії, інтеграції різних підходів та синергійного поєднання ресурсів, інституцій та технологій. Впровадження цифрових платформ, електронних медичних карт, сучасних методів моніторингу та аналітики, страхових моделей фінансування, стимулюючих систем для персоналу та публічно-приватного партнерства дозволяє не лише оптимізувати використання ресурсів і підвищувати прозорість та доступність медичних послуг, але й забезпечувати стратегічну узгодженість управлінських рішень на національному та регіональному рівнях. Додатково, важливу роль відіграє активна участь громадськості, пацієнтських організацій та міжсекторна координація, що сприяє формуванню довіри до системи охорони здоров'я, підвищенню її соціальної легітимності та залученню громадян до процесів ухвалення рішень.

Особливості функціонування механізмів у період реформ характеризуються гармонійним поєднанням централізованого стратегічного управління з регіональною автономією, традиційних адміністративних підходів із впровадженням цифрових технологій, нормативного регулювання з мотиваційними та кадровими інструментами. Така комплексна взаємодія створює передумови для ефективного використання стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я, формує гнучку та стійку структуру, здатну адаптуватися до викликів глобалізації, соціально-економічної нестабільності та реформ. Водночас вона спрямована на забезпечення суспільної цінності, підвищення якості, доступності та ефективності медичних послуг, збереження довіри громадян та формування сучасної, людиноцентричної моделі охорони здоров'я, що відповідає стандартам європейських систем та принципам сталого розвитку. У процесі реформування медичної галузі важливим завданням є чітке розмежування та систематизація механізмів публічного управління, які забезпечують ефективність функціонування системи охорони здоров'я (рис.1.4).

Функціональна структура таких механізмів відображає поєднання різних підходів – від адміністративно-організаційних і нормативно-правових до економічно-фінансових, соціально-комунікаційних та аналітичних. Вона дозволяє

не лише координувати діяльність державних і приватних інституцій, а й формувати комплексний інструментарій для досягнення стратегічних цілей: доступності, якості, фінансової стабільності та інноваційного розвитку охорони здоров'я. Саме зіставлення різних моделей і практик у світовому та національному контексті забезпечує можливість визначити їхні переваги, обмеження та умови ефективного використання в Україні.

Представлений алгоритм ілюструє функціональну структуру механізмів публічного управління охороною здоров'я, яка охоплює п'ять ключових складових: Адміністративно-організаційні механізми базуються на регламентах, наказах, протоколах, організаційних структурах та системах контролю. Вони забезпечують чіткий розподіл функцій і повноважень, формують вертикаль управління та гарантують стабільність управлінських процесів. Прикладами є клінічні протоколи лікування, створення профільних департаментів, впровадження внутрішніх аудитів закладів.

Економічно-фінансові механізми пов'язані з бюджетуванням, тарифікацією послуг, системою премій та грантів, страховими виплатами. Вони визначають стійкість і ефективність фінансового забезпечення, стимулюють результативність роботи медичного персоналу, а також створюють умови для модернізації інфраструктури.

Сучасним прикладом в Україні є модель фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» та практика преміювання лікарів за якісні результати роботи.

Нормативно-правові механізми формують правове підґрунтя функціонування медичної сфери. До них належать закони, підзаконні акти, стандарти професійної діяльності, а також інструменти ліцензування і сертифікації. Їхнє призначення полягає у визначенні правових гарантій пацієнтів, вимог до медичних послуг і відповідальності за порушення стандартів. Як приклад можна навести дію Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», а також процедуру ліцензування закладів і сертифікації медичних працівників.



Рис. 1.4. Функціональна структура механізмів публічного управління охороною здоров'я *Джерело: власна розробка автора

Соціально-комунікаційні механізми забезпечують взаємодію системи охорони здоров'я з громадськістю та ключовими стейкхолдерами. Вони включають освітні програми, інформаційні кампанії, впровадження електронних медичних карток, телемедицину, розвиток партнерських мереж. Ці інструменти сприяють підвищенню довіри до системи, активізують громадську участь і стимулюють формування здорової поведінки населення.

Аналітичні та стратегічні механізми ґрунтуються на зборі й аналізі статистичних даних, оцінці ризиків та потреб, стратегічному плануванні й інноваційному менеджменті. Вони забезпечують науково обґрунтоване прийняття управлінських рішень, прогнозування розвитку системи, впровадження сучасних цифрових технологій (наприклад, eHealth) та розробку довгострокових програм модернізації охорони здоров'я.

Таким чином, функціональна структура механізмів публічного управління охороною здоров'я демонструє, що функціональна структура механізмів публічного управління охороною здоров'я має комплексний характер і поєднує різні за своєю природою інструменти. Їхня ефективність визначається рівнем інтеграції та збалансованості: нормативно-правове регулювання створює основу для організаційних і фінансових рішень; соціально-комунікаційні інструменти забезпечують довіру та підтримку з боку суспільства; аналітичні й стратегічні підходи формують перспективні траєкторії розвитку. В умовах системи охорони здоров'я в Україні особливої актуальності набуває поєднання цифровізації, стратегічних закупівель НСЗУ та використання міжнародних стандартів, що дозволяє підвищити прозорість, ефективність і стійкість системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

В результаті проведеного дослідження теоретичних засад публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я можна зробити наступні висновки:

1. Проведений аналіз концептуальних підходів до публічного управління у сфері охорони здоров'я засвідчив багатовекторність наукових трактувань і моделей, що історично еволюціонували від біомедичної до інтегрованої та гібридної. Систематизація цих концепцій дозволила виокремити їхні переваги та обмеження з позицій формування стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я, що створює основу для комплексної оцінки її ресурсних, інституційних та управлінських можливостей. У результаті дослідження уточнено сутність поняття стратегічного потенціалу як інтегральної категорії, що охоплює кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інноваційні та інституційні ресурси, а також їх взаємозв'язок із принципами стійкості, адаптивності та інноваційності.

2. Вперше обґрунтовано доцільність використання міждисциплінарного підходу, що поєднує положення стратегічного менеджменту, ресурсно-орієнтованої парадигми, концепції сталого розвитку та публічного адміністрування, що дало змогу виявити закономірності трансформації моделей управління та обґрунтувати актуальність формування комбінованої (гібридної) моделі для України. Особливу увагу приділено сучасним тенденціям – цифровізації, пацієнтоцентричності, прозорості, державно-приватному партнерству та диверсифікації джерел фінансування, які визначають ключові напрями посилення стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я у довгостроковій перспективі.

3. На основі проведеного аналізу реформування системи охорони здоров'я України можна зробити висновок, що цей процес є комплексним та багатовимірним, поєднуючи інституційні, організаційні, фінансово-економічні та технологічні трансформації. Метою реформ є створення стійкої,

пацієнтоорієнтованої системи, яка забезпечує рівний доступ до якісних медичних послуг, ефективне використання ресурсів та здатність реагувати на сучасні демографічні, економічні й технологічні виклики. Впровадження механізму «гроші йдуть за пацієнтом», розвиток первинної медичної допомоги, автономізація медичних закладів і цифровізація системи охорони здоров'я сприяють підвищенню прозорості, ефективності та адаптивності галузі.

4. Соціально-політичні аспекти реформ зміцнюють довіру громадян до державних інституцій, забезпечують участь громадянського суспільства у контролі за якістю медичних послуг та сприяють демократичному управлінню сферою охорони здоров'я. Порівняльний аналіз з іншими країнами свідчить, що Україна впроваджує адаптивну комбіновану модель, яка інтегрує міжнародний досвід з урахуванням національних особливостей, забезпечуючи стійкість системи навіть в умовах криз. Таким чином, реформування охорони здоров'я формує правове, організаційне та технологічне підґрунтя для довгострокового розвитку галузі та підвищення її стратегічного потенціалу.

5. У ході дослідження механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні виявлено, що їх ефективність ґрунтується на комплексному поєднанні адміністративно-організаційних, економічно-фінансових, нормативно-правових, соціально-комунікаційних та кадрових інструментів. Кожен із зазначених елементів виконує специфічні функції, спрямовані на забезпечення стабільності, адаптивності та довгострокового розвитку медичної системи, водночас інтегруючись у єдину стратегію реформування. Особливу роль відіграє здатність механізмів до синергійної взаємодії, що дозволяє ефективно мобілізувати ресурси, координувати діяльність різних акторів, впроваджувати інноваційні підходи та забезпечувати прозорість і підзвітність на всіх рівнях управління.

6. Важливою складовою стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я є людиноцентричний підхід, який враховує потреби громадян,

підтримує професійний розвиток медичних працівників та стимулює їх мотивацію до підвищення якості послуг. Реформування системи, що передбачає децентралізацію, цифровізацію процесів, інтеграцію європейських стандартів та активну участь громадськості, створює умови для формування стійкої, гнучкої та соціально значущої медичної системи. У результаті комплексне використання механізмів публічного управління забезпечує не лише ефективність і доступність медичних послуг, а й формує довіру суспільства до системи охорони здоров'я, сприяючи сталому розвитку та посиленню стратегічного потенціалу галузі в умовах сучасних викликів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Сучасний стан розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні

За останнє десятиліття система публічного управління охороною здоров'я в Україні зазнала суттєвих і багатовекторних трансформацій, що мали на меті підвищення ефективності, прозорості, доступності та якості медичних послуг. Ці зміни стали логічною відповіддю на численні виклики, які постали перед державою та суспільством. Серед них можна виокремити структурні недоліки попередньої централізованої моделі управління, обмеженість фінансових ресурсів, необхідність адаптації системи до європейських стандартів і практик, а також нові загрози глобального та національного масштабу, серед яких пандемія COVID-19 та повномасштабне військове вторгнення Росії. У цих умовах пріоритетом державної політики стало забезпечення стратегічної спроможності системи охорони здоров'я, її інституційної стійкості та здатності швидко реагувати на нагальні соціальні потреби населення навіть у кризових і нестабільних ситуаціях.

Ключовими етапами реформування стали системні заходи, спрямовані на формування нової логіки функціонування охорони здоров'я. Серед найбільш значущих слід виділити перехід до моделі «гроші йдуть за пацієнтом», яка змінила підходи до фінансування медичних послуг, надавши пацієнтам більше можливостей вибору та підвищивши конкуренцію між медичними закладами. Створення Національної служби здоров'я України заклало основу для централізованого й водночас гнучкого механізму розподілу фінансових ресурсів. Автономізація закладів охорони здоров'я забезпечила їхню організаційну самостійність і підвищила ефективність

управління на місцях. Важливим напрямом стало також широке впровадження електронних технологій у систему охорони здоров'я, що сприяло цифровізації процесів, уніфікації даних, зниженню рівня корупційних ризиків та зростанню прозорості використання державних ресурсів. Ці зміни створили умови для інноваційного розвитку медичної інфраструктури, поліпшили доступ громадян до первинної, спеціалізованої та високотехнологічної медичної допомоги.

Завершення низки ключових проєктів реформ, серед яких модернізація системи фінансування медичних послуг, інституційне зміцнення центральних органів державного управління охороною здоров'я та поступове розширення системи електронного урядування в медицині, свідчить про системність та послідовність державної політики у цій сфері. Водночас практика їх реалізації засвідчила, що навіть у період активних трансформацій існує потреба у подальшому вдосконаленні управлінських механізмів, адаптації національної моделі до міжнародних стандартів і посиленні соціальної справедливості в доступі до медичних послуг. Зокрема, війна актуалізувала питання забезпечення фізичної безпеки пацієнтів і медичного персоналу, ефективності кризового менеджменту та створення гнучких моделей реагування на гуманітарні виклики, пов'язані з масовими переміщеннями населення та зростанням потреб у реабілітаційних і психологічних послугах.

У контексті дослідження особливого значення набуває уточнення змісту базових понять, що характеризують управління охороною здоров'я в Україні. Сучасні трансформаційні процеси у цій сфері вимагають розглядати публічне управління не лише як сукупність організаційно-правових рішень чи інституційних процедур, а як складну систему, здатну забезпечувати узгодження державних, суспільних та індивідуальних інтересів у сфері збереження здоров'я населення. Це обумовлює необхідність виокремлення та наукового осмислення категорії «система публічного управління в системі охорони здоров'я», що відображає інтегративний характер сучасних управлінських процесів.

Виділення довоєнного та воєнного періодів розвитку системи публічного управління охороною здоров'я має принципове наукове та практичне значення. У довоєнний період основними цілями були створення ефективної моделі фінансування, розвиток первинної ланки медичної допомоги, підвищення якості та доступності послуг, оптимізація кадрового потенціалу та поступова інтеграція України до європейського простору охорони здоров'я. У воєнний же час акценти змістилися: першочерговими стали завдання забезпечення медичної допомоги пораненим, організація мобільних медичних підрозділів, зміцнення військової медицини, підтримка психічного здоров'я та реабілітації, збереження функціонування системи у надзвичайних умовах. Саме порівняльний аналіз цих двох етапів дозволяє зрозуміти еволюцію управлінських пріоритетів, виявити сильні та слабкі сторони існуючої моделі та виробити стратегії, здатні забезпечити стійкість системи у майбутньому.

Ключові пріоритети реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні зумовлені поєднанням соціально-економічних реформ, процесів децентралізації, інтеграції у європейський простір, а також необхідністю реагування на пандемічні та воєнні загрози (табл. 2.1).

Дана таблиця демонструє комплексний підхід до формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні, який поєднує стратегічні цілі з конкретними операційними заходами. Структура таблиці передбачає узгодження пріоритетних напрямів розвитку галузі з практичними шляхами їх впровадження, що забезпечує системність і взаємозв'язок між політичними намірами та очікуваними результатами. Такий підхід є важливим для забезпечення ефективності державного управління у сфері охорони здоров'я та підвищення соціальної доступності медичних послуг.

Перший пріоритет, зміцнення інституційної спроможності, спрямований на створення ефективної системи управління охороною здоров'я на різних рівнях.

Таблиця 2.1

Пріоритетні напрями та шляхи реалізації публічної політики у сфері охорони
здоров'я в Україні*

Пріоритетні напрями	Шляхи реалізації
1. Зміцнення інституційної спроможності	Завершення реформ управління та посилення ролі НСЗУ; Розширення повноважень органів місцевого самоврядування; Формування ефективної моделі багаторівневого управління.
2. Фінансова стійкість та ефективність	Розширення програм державних фінансових гарантій; Зменшення частки прямих платежів населення; Розвиток медичного страхування та державно-приватного партнерства.
3. Доступність та якість медичних послуг	Зміцнення первинної медичної допомоги; Розвиток екстреної та паліативної допомоги; Впровадження клінічних протоколів та стандартів якості.
4. Людський капітал і кадрове забезпечення	Підвищення кваліфікації та професійного розвитку медичних працівників; Впровадження мотиваційних механізмів; Модернізація медичної освіти з урахуванням міжнародних практик.
5. Інновації та цифрова трансформація	Розвиток eHealth та телемедицини; Створення єдиної системи медичних даних; Використання сучасних інформаційно-аналітичних технологій.
6. Профілактика та громадське здоров'я	Формування культури здорового способу життя; Посилення профілактичних програм; Модернізація системи епідеміологічного нагляду.
7. Європейська інтеграція та міжнародна співпраця	Гармонізація стандартів охорони здоров'я з європейськими; Участь у міжнародних програмах у сфері біобезпеки та фармацевтики; Залучення інвестицій і грантів для модернізації галузі.

*Джерело: власна розробка автора

Завершення реформ управління та посилення ролі Національної служби здоров'я України (НСЗУ) дозволяє централізувати ключові функції замовника медичних послуг, тоді як розширення повноважень органів місцевого самоврядування відображає прагнення до децентралізації. Формування багаторівневої моделі управління забезпечує баланс між стратегічним керівництвом і локальними потребами, оптимізуючи процеси планування, моніторингу та контролю.

Другий пріоритет – фінансова стійкість та ефективність – спрямований на забезпечення стабільного фінансового функціонування системи охорони здоров'я. Розширення програм державних фінансових гарантій та зменшення

частки прямих платежів населення підвищує доступність медичних послуг, тоді як розвиток медичного страхування та державно-приватного партнерства сприяє оптимізації ресурсів, залученню інвестицій і впровадженню ефективних фінансових механізмів.

Третій пріоритет – доступність та якість медичних послуг – орієнтований на забезпечення ефективного надання медичної допомоги. Зміцнення первинної медичної допомоги, розвиток екстреної та паліативної допомоги та впровадження клінічних протоколів і стандартів якості сприяють підвищенню безпеки лікування та ефективності медичних послуг на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Четвертий пріоритет – людський капітал і кадрове забезпечення – передбачає розвиток професійного потенціалу медичних працівників. Підвищення кваліфікації, впровадження мотиваційних механізмів та модернізація медичної освіти з урахуванням міжнародних практик забезпечують формування високопрофесійного кадрового потенціалу, здатного ефективно реалізовувати сучасні методи лікування та управління.

П'ятий пріоритет – інновації та цифрова трансформація – відображає сучасні тенденції технологічного розвитку та цифровізації системи охорони здоров'я. Розвиток eHealth і телемедицини, створення єдиної системи медичних даних та використання сучасних інформаційно-аналітичних технологій сприяють підвищенню доступності послуг, оперативності обслуговування та ефективному аналізу даних для стратегічного планування.

Шостий пріоритет – профілактика та громадське здоров'я – спрямований на зниження ризиків захворюваності та підвищення рівня здоров'я населення. Формування культури здорового способу життя, посилення профілактичних програм і модернізація системи епідеміологічного нагляду забезпечують ефективне управління ризиками громадського здоров'я та зменшують навантаження на лікувальні установи.

Сьомий пріоритет – європейська інтеграція та міжнародна співпраця – передбачає гармонізацію українських стандартів охорони здоров'я з

європейськими нормами, участь у міжнародних програмах у сфері біобезпеки та фармацевтики, а також залучення інвестицій і грантів для модернізації галузі. Це дозволяє інтегрувати систему охорони здоров'я України у глобальний медичний простір, підвищити рівень стандартів якості та сприяти розвитку інноваційних практик. Таким чином, пріоритетні напрями публічної політики у сфері охорони здоров'я України інтегрують як класичні завдання соціальної держави (доступність, якість, справедливість), так і сучасні виклики глобалізації та безпеки. Реалізація цих напрямів ґрунтується на поєднанні правових, фінансових, організаційних та технологічних механізмів, що дозволяє формувати більш стійку, гнучку та орієнтовану на потреби громадян систему охорони здоров'я.

За період з 2014 по 2025 рік система публічного управління в сфері охорони здоров'я України зазнала значних трансформацій, спрямованих на підвищення ефективності, доступності та якості медичних послуг. Ці зміни стали відповіддю на численні виклики, зокрема, потребу в адаптації до європейських стандартів, забезпеченні фінансового захисту населення та реагуванні на гуманітарні кризи, зокрема, в умовах війни.

Важливим підтвердженням глибини трансформацій у сфері публічного управління охороною здоров'я є динаміка ключових кількісних показників, що відображають кадровий, інституційний та інфраструктурний потенціал системи (табл.2.2). Аналіз динаміки основних показників охорони здоров'я в Україні за 2015–2023 рр. свідчить про глибокі трансформаційні процеси у кадровому та інституційному забезпеченні галузі. Найбільш відчутними є скорочення чисельності лікарів усіх спеціальностей на 14 % та середнього медичного персоналу на понад 30 %, що засвідчує не лише старіння та виїзд медичних кадрів, але й системні виклики у підготовці та збереженні кваліфікованої робочої сили. Така динаміка створює ризики зниження якості та доступності медичної допомоги, особливо у регіонах із високим рівнем міграції населення.

Таблиця 2.2

Основні показники охорони здоров'я в Україні у 2015-2023рр.*

Показник и	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Зміна 2023 до 2015, %
Кількість лікарів усіх спеціальностей		187	186	186	185	180	144	163	160	-14,0
Кількість середнього медичного персоналу	372	367	360	345	330	309	261	268	258	-30,6
Кількість лікарняних закладів	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,2	1,4	1,4	-22,2
Кількість лікарняних ліжок	333	315	309	302	295	275	245	252	249	-25,2
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів	10	10,2	10,5	10,5	10,6	10,6	8,2	9,5	9,4	-6,0
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів відвідувань за зміну	912	915	923	926	920	929	831	853	863	-5,4

*Джерело: сформовано автором за даними [160]

Важливою тенденцією є також зменшення кількості лікарняних закладів (-22,2 %) та лікарняних ліжок (-25,2 %), що свідчить про перехід від застарілої лікарняно-орієнтованої моделі до більш оптимізованої системи, орієнтованої на амбулаторне лікування та розвиток первинної ланки. Незважаючи на відносну стабільність кількості амбулаторно-поліклінічних закладів (зниження лише на 6 %), спостерігається зменшення їх планової ємності на 5,4 %, що може свідчити про обмеженість інфраструктурного потенціалу [75].

У контексті трансформаційних змін у кадровому забезпеченні галузі спостерігаються також суттєві інституційні зрушення, що проявляються у зростанні кількості суб'єктів господарювання, зареєстрованих у системі охорони здоров'я. Упродовж 2017–2024 рр. кількість юридичних осіб у цій сфері збільшилася з 23 374 до 41 102 одиниць (рис.2.1), що свідчить про активізацію процесів реформування, децентралізації та залучення приватного сектора до надання медичних послуг. Відповідно зросла і кількість діючих суб'єктів господарювання – з 22,1 тис. у 2017 р. до 38,1 тис. у 2023 р. Незначне скорочення у 2021–2022 рр. пов'язане з пандемією COVID-19 та початком

воєнних дій, що тимчасово обмежили економічну активність у галузі. Структура господарюючих суб'єктів демонструє домінування фізичних осіб-підприємців (77,6–82,4 %), що відображає поширення приватної медичної практики та гнучких форм зайнятості у сфері охорони здоров'я (рис.2.2).

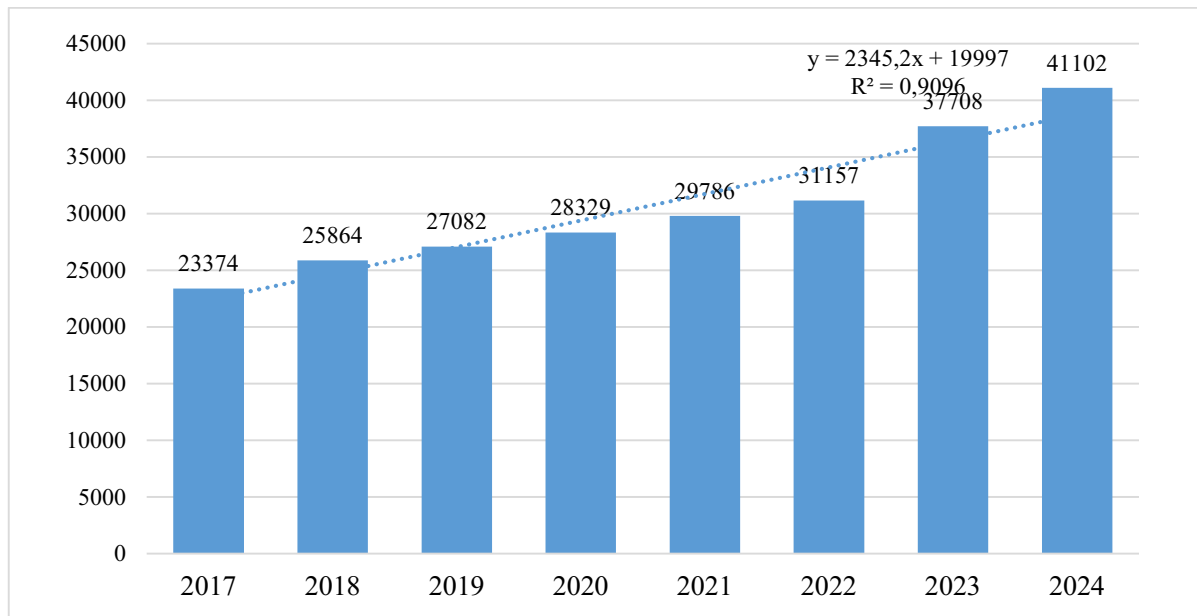


Рис. 2.1. Кількість зареєстрованих юридичних осіб в системі охорони здоров'я України, од. *

* Джерело: сформовано автором за даними [160]

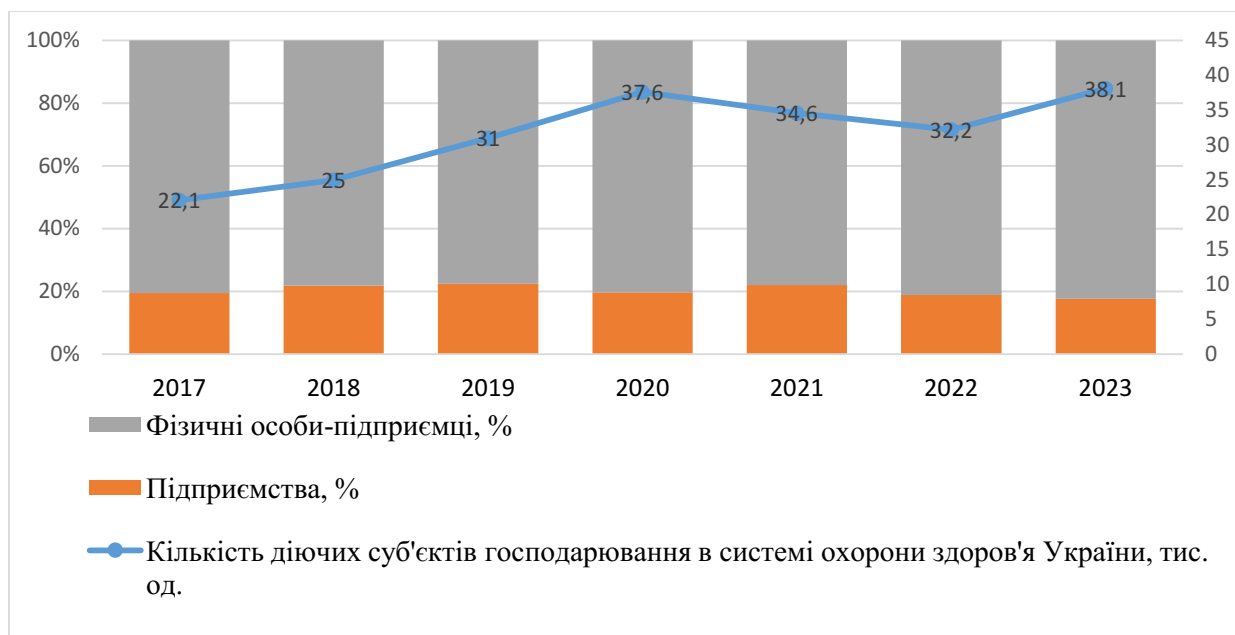


Рис. 2.2. Кількість та структура діючих суб'єктів господарювання в системі охорони здоров'я України*

* Джерело: побудовано автором за даними [160]

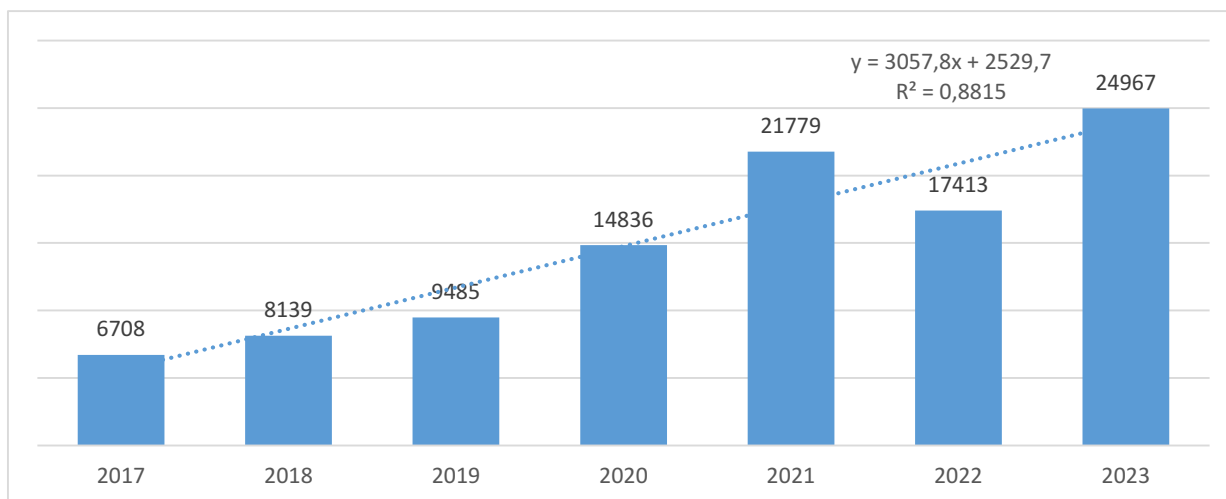


Рис. 2.3. Капітальні інвестиції в охорону здоров'я та надання соціальної допомоги в Україні, млн грн*

*Джерело: побудовано автором за даними [160]

Частка підприємств коливалася в межах 17,6–22,4 %, що свідчить про стабільну присутність інституцій з більш розвиненою матеріально-технічною базою, зокрема приватних клінік, лабораторій та центрів діагностики. Паралельно зростали обсяги капітальних інвестицій у сферу охорони здоров'я та надання соціальної допомоги – з 6,7 млрд грн у 2017 р. до майже 25 млрд грн у 2023 р. (табл.2.3). Найінтенсивніше зростання спостерігалось у 2020–2021 рр., що зумовлено необхідністю посилення матеріально-технічної спроможності закладів у період пандемії, розширення цифрової інфраструктури та модернізації медичного обладнання. Ці тенденції свідчать про структурне оновлення галузі, формування нових організаційно-економічних засад її функціонування та підвищення привабливості медичного сектору для інвестиційного капіталу.

Для висвітлення стану системи охорони здоров'я України важливого значення набуває оцінка її фінансового забезпечення. Розглянемо динаміку видатків державного та зведеного бюджетів на охорону здоров'я в Україні протягом 2014–2024 років (рис. 2.4). На початковому етапі (2014–2019 рр.) характерним було помірне, але стабільне зростання фінансування. Видатки

державного бюджету за цей період збільшилися з 10,6 млрд грн до 38,6 млрд грн, а видатки зведеного бюджету – з 57,2 млрд грн до 128,4 млрд грн.



Рис. 2.4. Динаміка видатків зведеного та державного бюджетів України на охорону здоров'я (2014-2024 рр.) *

**Джерело: сформовано автором за даними [25, 26]*

Така динаміка свідчить про поступове зміцнення фінансової бази системи охорони здоров'я та реалізацію перших кроків у напрямку реформи медичного фінансування. Проте темпи зростання були недостатніми для покриття всіх потреб галузі, що зумовлювало необхідність глибших структурних змін. Період з 2020 р. став переломним для системи публічного управління охороною здоров'я. Видатки державного бюджету зросли більш ніж утричі (з 38,6 млрд грн у 2019 р. до 124,9 млрд грн у 2020 р.), що було зумовлено передусім пандемією COVID-19, необхідністю запровадження масштабних антикризових заходів та активізацією нової моделі фінансування медичних послуг. Водночас видатки зведеного бюджету збільшилися до 175,8 млрд грн, що підтверджує загальнонаціональний характер мобілізації ресурсів для підтримки сфери охорони здоров'я. У 2021–2024 рр. простежується тенденція відносної стабілізації фінансування, хоча й на значно вищому рівні порівняно з докризовим періодом. Видатки державного бюджету поступово зросли з 170,5 млрд грн у 2021 р. до 201,4 млрд грн у 2024 р., а видатки

зведеного бюджету – з 203,6 млрд грн до 238,7 млрд грн. У 2022–2023 рр. спостерігалось певне зниження темпів зростання та навіть незначне скорочення державного фінансування, що пояснюється умовами повномасштабної війни та необхідністю перерозподілу бюджетних ресурсів на оборонний сектор.

Аналіз засвідчує, що сучасний стан розвитку системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні характеризується такими особливостями:

- поступовий розвиток фінансування у 2014–2019 рр., що відображав перехідний етап реформ;
- різке зростання видатків у 2020 р., обумовлене пандемічними викликами та структурними змінами у системі фінансування;
- подальша стабілізація на високому рівні у 2021–2024 рр., попри воєнні ризики та необхідність балансування між соціальними й оборонними потребами. Отже, можна стверджувати, що система публічного управління охороною здоров'я в Україні за останнє десятиліття набула більшої гнучкості та адаптивності до кризових умов, водночас зберігаючи загальну тенденцію до збільшення фінансової підтримки галузі з боку держави.

Розглянемо розподіл видатків Державного бюджету Україна останні п'ять років (додаток В, табл.2.3).

Аналіз динаміки та структури видатків, передбачених Державним бюджетом України для Міністерства охорони здоров'я у 2020–2024 рр., свідчить про суттєві структурні трансформації у фінансовому забезпеченні галузі та відображає пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я. Загальний обсяг фінансування у цей період зріс із 133,2 млрд грн у 2020 р. до 201,7 млрд грн у 2024 р., що становить зростання на 51,4 %. Найбільш вагомим елементом видатків виступає Національна служба здоров'я України, на яку спрямовувалося понад 70 % коштів, а фінансування програми державних гарантій медичного обслуговування населення збільшилося з 88,9 млрд грн у 2020 р. до 158,7 млрд грн у 2024 р., забезпечивши приріст на 78,6 %. Це

підтверджує тенденцію до посилення ролі НСЗУ як ключового інструменту реалізації медичної реформи та механізму забезпечення доступності медичної допомоги для населення.

Таблиця 2.3

Структура видатків для Міністерства охорони здоров'я України, передбачені
Державним бюджетом України, 2020-2024 рр. *

Напрями видатків	2020	2021	2022	2023	2024	Зміна, ±
Міністерство охорони здоров'я України	87,3	97,8	98,8	98,9	98,6	11,3
Апарат Міністерства охорони здоров'я України	20,4	21,7	18,6	18,7	19,8	-0,6
Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Національна служба здоров'я України	12,7	2,2	1,2	1,1	1,4	-11,3
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	12,7	2,2	1,2	1,1	1,4	-11,3
Усього	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	*

* Джерело: сформовано автором на основі [27, 36, 37]

Дослідження фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я у 2020–2024 рр. свідчить про суттєву трансформацію структури та динаміки видатків Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) під впливом як внутрішніх реформ, так і зовнішніх кризових факторів – пандемії COVID-19 та повномасштабної війни. У межах аналізу виокремлено довоєнний період (2020–2021 рр.) та воєнний період (2022–2024 рр.), що дозволяє простежити зміни пріоритетів державного фінансування системи охорони здоров'я.

У довоєнний період відзначалося поступове нарощування фінансування МОЗ: загальні видатки зросли з 133,2 млрд грн у 2020 р. до 162,7 млрд грн у 2021 р. (+22,1 %). Це було зумовлено розгортанням програми медичних гарантій, зміцненням інституційної спроможності Національної служби здоров'я України (НСЗУ), а також реалізацією заходів із протидії пандемії COVID-19. Основним структуроутворюючим елементом у фінансуванні стала

НСЗУ, частка якої у сукупному обсязі видатків МОЗ у 2020 р. становила 66,9 %, а у 2021 р. – 76,1 %. Це засвідчує концентрацію державних ресурсів у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення, що стало інституційною основою впровадження страхової моделі фінансування медицини.

У воєнний період (2022–2024 рр.) обсяги фінансування МОЗ продовжували зростати, проте відбулися суттєві зміни у структурі видатків. Загальні видатки досягли 201,7 млрд грн у 2024 р., що на 51,4 % більше, ніж у 2020 р. Середній річний обсяг видатків у воєнний період становив 192,3 млрд грн проти 148,0 млрд грн у довоєнні роки, тобто зріс на 30 %. Проте характер цього зростання свідчить не стільки про розширення інвестиційних можливостей, скільки про перерозподіл бюджетних коштів на користь поточних, екстрених і гуманітарних потреб унаслідок воєнного стану.

Зокрема, видатки на Національну службу здоров'я України у 2024 р. становили 158,9 млрд грн, що перевищує рівень 2020 р. на 78,4 %. Така динаміка підтверджує, що саме програма державних гарантій залишається головним фінансовим механізмом забезпечення медичних послуг населенню. Водночас частка капітальних інвестицій і реформаторських субвенцій у структурі фінансування суттєво зменшилася. Так, видатки на «Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)» скоротилися з 16,9 млрд грн у 2020 р. до лише 2,8 млрд грн у 2024 р. (-83,6 %), а субвенція на реформування регіональних систем охорони здоров'я, пов'язана з реалізацією спільного з Міжнародним банком проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», зменшилася на 94,4 % (з 659 млн грн до 37 млн грн). Це свідчить про фактичне згортання капітальних програм, переорієнтацію ресурсів на фінансування поточних видатків, лікарських засобів, евакуаційних і мобільних медичних підрозділів.

Паралельно спостерігалось зростання адміністративних та управлінських витрат. Видатки на апарат МОЗ у 2024 р. сягнули 39,8 млрд грн, що на 46,7 % перевищує рівень 2020 р. Це може бути пояснено збільшенням

навантаження на систему управління, потребою координації гуманітарних постачань, міжнародних медичних місій, логістики лікарських засобів та медичних виробів у зоні бойових дій.

Варто також відзначити помірне, але стабільне зростання фінансування галузі громадського здоров'я та заходів боротьби з епідеміями (+31,4 %) та розширення видатків на спеціалізовану амбулаторну допомогу (+107,3 %). Це відповідає структурній переорієнтації медичної системи на підтримку первинної та мобільної ланки медицини, що набуває особливого значення у воєнних умовах.

Аналіз темпів зміни видатків у розрізі програм дозволяє зробити висновок, що зростання фінансування в основному забезпечувалося за рахунок поточних витрат, пов'язаних із виконанням державних гарантій, тоді як реформаторські та капітальні проекти отримали мінімальну підтримку. Це закономірно в умовах воєнного часу, коли пріоритетами державної політики є стабільність базової медичної інфраструктури, забезпечення безперервності медичних послуг та збереження кадрового потенціалу.

Отже, довоєнна бюджетна політика у сфері охорони здоров'я характеризувалася розбудовою інституцій та підвищенням ефективності фінансування через централізовану модель НСЗУ, тоді як воєнний період відзначається екстремим перерозподілом ресурсів, переорієнтацією на поточне забезпечення та підтримку життєдіяльності системи. Зміна структури видатків свідчить про високий рівень адаптивності фінансово-економічного механізму галузі, однак водночас підкреслює зростання ризиків інвестиційної стагнації, які вимагають коригування бюджетної стратегії у післявоєнний період.

У підсумку, аналіз свідчить, що загальна тенденція зростання номінальних видатків не є прямим індикатором посилення стійкості галузі, оскільки відбувається переважно внаслідок розширення поточних зобов'язань держави. Подальші дослідження мають бути спрямовані на оцінку реальної динаміки видатків з урахуванням інфляційних процесів, визначення

структурного балансу між споживчими та інвестиційними витратами, а також формування нових підходів до відновлення системи охорони здоров'я у післявоєнний період.

Продовжуючи проведений аналіз, варто детальніше розглянути витрати на реалізацію програми медичних гарантій в Україні у 2020–2024 рр., яка є центральним елементом фінансування галузі охорони здоров'я та відображає зміни у структурі державних пріоритетів на різних етапах – довоєнному та воєнному (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Витрати на реалізацію програми медичних гарантій в Україні, млрд грн*

Напрямок	Роки					Приріст	
	2020	2021	2022	2023	2024	абсолютний	відносний
Екстрена медична допомога	7,2	9,9	12,8	11,2	10,5	3,3	45,8
Первинна медична допомога	15,1	21	27	23,7	23,5	8,4	55,6
Спеціалізована медична допомога	64,2	89,1	114,6	100,6	99,6	35,4	55,1
Реімбурсація	2,4	3,3	2,4	3,7	5,6	3,2	133,3
Інші витрати	0,1	0,2	0,2	0,2	18,1	18,0	18000,0
Всього	89	123,5	157	139,4	157,3	68,3	76,7

*Джерело: сформовано автором на основі [34, 54, 94]

Аналіз даних витрат на реалізацію Програми медичних гарантій у досліджуваній період демонструє не лише зростання загального обсягу фінансування, а й поступову зміну його внутрішньої структури. Якщо у 2020 році на цю програму було спрямовано 89,0 млрд грн, то у 2024 році – вже 157,3 млрд грн, що свідчить про приріст на 76,7 %. Така динаміка зумовлена як еволюцією реформи фінансування медицини, започаткованої з утворенням НСЗУ, так і необхідністю оперативного реагування на виклики пандемії та воєнного стану.

У довоєнний період (2020–2021 рр.) фінансування Програми медичних гарантій зростало поступально – з 89,0 до 123,5 млрд грн (+38,8 %), що свідчило про стабільний розвиток системи та її інституційне зміцнення. Основними напрямками видатків залишалися спеціалізована (64,2–89,1 млрд

грн) і первинна медична допомога (15,1–21,0 млрд грн). Це засвідчує, що пріоритетом держави залишалося забезпечення доступу до базових медичних послуг та розбудова первинної ланки, яка є ключовою у профілактиці захворювань і ранньому виявленні патологій. Екстрена медична допомога у цей час фінансувалася на рівні 7,2–9,9 млрд грн, що дозволило оновити матеріально-технічну базу служби та розширити мережу пунктів реагування. Паралельно розширювалася програма реімбурсації лікарських засобів, видатки на яку зросли з 2,4 до 3,3 млрд грн.

Натомість воєнний період (2022–2024 рр.) характеризується різкими коливаннями у динаміці фінансування та зміною його структури відповідно до нагальних потреб часу. У 2022 році, попри повномасштабне вторгнення, обсяг видатків на Програму медичних гарантій зріс до 157,0 млрд грн, що свідчить про безпрецедентну мобілізацію ресурсів для підтримки системи охорони здоров'я. Зростання фінансування охопило майже всі напрями, зокрема спеціалізовану допомогу (до 114,6 млрд грн) та первинну (до 27,0 млрд грн), що було зумовлено необхідністю лікування поранених, забезпечення евакуаційної медицини, відновлення роботи лікарень у прифронтових регіонах та забезпечення безперервності надання послуг.

У 2023 році відбулося тимчасове скорочення видатків до 139,4 млрд грн (–11,2 %), що пов'язано з перерозподілом бюджетних ресурсів на оборонний сектор, гуманітарні потреби та соціальну підтримку населення. Водночас у 2024 році фінансування знову зросло до 157,3 млрд грн, досягнувши рівня 2022 року. Це свідчить про прагнення держави забезпечити стабільність медичної системи навіть в умовах тривалого конфлікту.

Структурно найбільшу частку видатків протягом усього періоду становила спеціалізована медична допомога (зростання на 55,1 %), що пояснюється високою вартістю діагностики та лікування складних випадків. Первинна допомога продемонструвала приріст на 55,6 %, підтверджуючи стратегічну орієнтацію на розвиток сімейної медицини. Реімбурсація лікарських засобів зросла у 1,3 раза, що відображає як розширення переліку

препаратів, так і збільшення кількості пацієнтів, які отримують компенсацію вартості медикаментів. Найбільше зростання спостерігалось у категорії «інші витрати», що зросли у 180 разів (з 0,1 до 18,1 млрд грн). Цей стрибок пов'язаний із цифровізацією охорони здоров'я, розвитком електронної системи eHealth, оплатою телемедицинських послуг та інтеграцією міжнародних гуманітарних програм у систему НСЗУ.

Загалом аналіз свідчить, що у довоєнний період фінансування Програми медичних гарантій мало реформаторський характер – орієнтацію на розбудову інституцій та підвищення ефективності фінансування через механізми НСЗУ. У воєнний період фінансування набуло мобілізаційного характеру – з акцентом на забезпечення життєво важливих послуг, лікування поранених, підтримку лікарень і персоналу в екстремальних умовах. Така трансформація свідчить про адаптивність фінансової системи охорони здоров'я, яка змогла забезпечити безперервність надання медичних послуг навіть у кризових обставинах.

У підсумку, реалізація програми медичних гарантій у 2020–2024 рр. відображає глибоку еволюцію бюджетних пріоритетів держави: від стабільного розвитку до антикризового реагування, а згодом – до поступового відновлення. Зростання обсягів фінансування підтверджує стійкість моделі НСЗУ як головного інструменту реалізації медичної політики, однак водночас вказує на потребу у балансуванні між поточними та інвестиційними витратами у післявоєнний період для забезпечення сталості системи охорони здоров'я.

Таким чином, з одного боку, дані підтверджують системність політики оптимізації ресурсів і поступове наближення до європейських стандартів організації медичної допомоги, а з іншого – актуалізують необхідність стратегічного посилення кадрового потенціалу та зміцнення інституційної спроможності первинної та амбулаторної ланок. Саме ці напрями визначають подальший розвиток системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнних викликів і є запорукою забезпечення її стійкості та здатності відповідати на потреби суспільства.

Пандемія COVID-19, що розпочалася у 2020 р., стала безпрецедентним викликом для системи охорони здоров'я України, виявивши наявні слабкі місця у сфері фінансування, кадрового забезпечення, матеріально-технічної бази та управлінських механізмів. У відповідь держава здійснила низку заходів, спрямованих на підтримку медичної системи, адаптацію до нових умов та мінімізацію наслідків кризи (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Підтримка державою системи охорони здоров'я України під час карантину, спричиненого COVID-19*

Напрямок підтримки	Основні заходи
Фінансова підтримка	Різне збільшення видатків держбюджету; створення спецфонду боротьби з COVID-19; закупівля апаратів швЛ, кисневих концентраторів, медичного обладнання; забезпечення ЗІЗ для лікарів; надбавки медпрацівникам до 300% окладу.
Інституційні та організаційні заходи	Розширення повноважень НСЗУ як фінансового замовника медичних послуг; створення мережі опорних лікарень для COVID-хворих; запровадження обов'язкового тестування та епіднагляду; централізоване постачання ліків та обладнання.
Соціальна та кадрова підтримка	Страховання життя і здоров'я медпрацівників; підвищення заробітної плати лікарям і середньому персоналу; додаткові виплати для тих, хто працював із COVID-хворими.
Вакцинація та міжнародна підтримка	Запуск національної програми вакцинації у 2021 р.; отримання вакцин через механізм COVAX; закупівля вакцин за прямими контрактами; технічна і фінансова допомога від ВООЗ, ЄС, Світового банку.
Цифровізація та комунікація	Адаптація платформи eHealth для обліку вакцинацій та тестів; запровадження COVID-сертифікатів; використання застосунку «Дія» для контролю карантинних обмежень та інформування громадян.

*Джерело: власна розробка автора

У 2020 р. видатки державного бюджету на охорону здоров'я різко зросли більш ніж утричі (зі 38,6 млрд грн у 2019 р. до 124,9 млрд грн у 2020 р.). Це стало результатом мобілізації фінансових ресурсів для створення спеціального фонду боротьби з COVID-19. Додаткові кошти були спрямовані на: закупівлю апаратів штучної вентиляції легень, кисневих концентраторів та іншого обладнання; забезпечення медичних закладів засобами індивідуального захисту (маски, респіратори, костюми); збільшення заробітної плати

медичним працівникам, які працювали безпосередньо з пацієнтами, хворими на COVID-19 (виплата надбавок до 300% окладу).

У межах державної політики було здійснено низку структурних змін: Національна служба здоров'я України (НСЗУ) отримала додаткові повноваження щодо фінансування лікарень, які були визначені опорними для лікування COVID-19; МОЗ координувало створення мережі спеціалізованих медичних закладів для прийому інфекційних хворих; було запроваджено обов'язкове тестування та створено систему епідеміологічного нагляду; організовано логістику щодо централізованого постачання лікарських засобів та медичного обладнання.

Особлива увага приділялася забезпеченню мотивації та захисту лікарів і середнього медичного персоналу. В умовах високого рівня захворюваності серед медиків було прийнято рішення про страхування життя і здоров'я медпрацівників, які працюють з COVID-хворими. Також відбулися зміни у системі оплати праці, що дозволило підвищити престиж професії в умовах кризи.

З 2021 р. держава забезпечила запуск національної програми вакцинації проти COVID-19. Спочатку вакцини надходили через міжнародну ініціативу COVAX, а згодом були укладені прямі контракти на постачання препаратів. У цьому процесі ключову роль відіграли міжнародні партнери – ВООЗ, ЄС, Світовий банк, які надали як фінансову, так і технічну допомогу.

Пандемія стимулювала розвиток цифрових інструментів у сфері охорони здоров'я. Платформа eHealth була адаптована для обліку вакцинації, створення «ковідних сертифікатів», відстеження результатів тестів. Крім того, держава активно використовувала мобільний застосунок «Дія» для моніторингу дотримання карантинних обмежень та інформування громадян.

Отже, державна підтримка охорони здоров'я України під час пандемії COVID-19 мала комплексний характер і включала фінансове, організаційне, кадрове та інституційне підсилення галузі. Попри обмежені ресурси та системні проблеми, вжиті заходи дозволили створити базові умови для

подолання кризи, налагодити механізми фінансування через НСЗУ та забезпечити інтеграцію міжнародної допомоги. Пандемія, водночас, стала каталізатором пришвидшеної цифровізації та реформування медичної системи, що визначає довгострокові перспективи розвитку сфери публічного управління охороною здоров'я в Україні.

Повномасштабна збройна агресія Російської Федерації проти України, розпочата у лютому 2022 року, створила безпрецедентні виклики для національної системи охорони здоров'я. В умовах воєнних дій держава змушена була здійснити комплекс заходів, спрямованих на збереження функціонування медичної галузі, адаптацію її до потреб воєнного часу та підтримку населення в умовах гуманітарної кризи (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Підтримка державою системи охорони здоров'я України під час військової агресії*

Напрямок підтримки	Основні заходи
Фінансова підтримка	Збереження фінансування охорони здоров'я попри скорочення доходів бюджету; перерозподіл коштів на екстрену допомогу, лікування поранених та підтримку військових госпіталів; гарантоване фінансування закладів охорони здоров'я через НСЗУ.
Організаційні заходи	Створення мережі госпіталів для військових та цивільних; розгортання мобільних шпиталів і медичних пунктів; евакуація поранених і хворих у безпечні регіони та за кордон; спрощення процедур закупівель ліків і обладнання.
Кадрова та соціальна підтримка	Виплата зарплат медпрацівникам у прифронтових регіонах; надбавки і компенсації для лікарів у зонах ризику; програми підготовки медиків (травматологія, тактична медицина, психологічна допомога).
Міжнародна допомога	Гуманітарні поставки ліків, обладнання, швидких, мобільних шпиталів; співпраця зі Світовим банком та іншими інституціями; евакуація пацієнтів на лікування до країн ЄС.
Цифровізація та інновації	Функціонування системи eHealth під час війни; використання цифрових платформ для моніторингу потреб лікарень і логістики гуманітарної допомоги; розвиток телемедицини у важкодоступних регіонах.
Громадське здоров'я	Психологічна підтримка військових, переселенців та постраждалих; проведення вакцинаційних кампаній навіть під час війни; забезпечення ліками хронічно хворих через гуманітарні канали.

*Джерело: власна розробка автора

Система охорони здоров'я України в умовах війни отримала багатовекторну підтримку з боку держави, що включає фінансову стабілізацію, організаційні рішення для воєнних умов, соціальну підтримку медперсоналу, активне використання цифрових технологій та залучення міжнародної допомоги. Ці заходи дозволили зберегти працездатність галузі навіть у надзвичайно складних умовах, водночас окресливши нові напрями для майбутнього відновлення та модернізації медичної системи.

Динаміка розвитку системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України впродовж 2010–2025 рр. зумовлена комплексом політичних, соціально-економічних, інституційних та кризових чинників, що поетапно трансформували її цілі й завдання. Хронологічний розподіл дає змогу простежити логіку еволюції: від накопичення проблем та пошуку оптимальної моделі управління у 2010–2015 рр., через активну фазу структурних реформ та цифровізації у 2016–2020 рр., до випробувань пандемією COVID-19 та воєнними викликами після 2022 р., які актуалізували потребу у формуванні резильєнтної, сучасної та стійкої системи. У таблиці 2.7 систематизовано основні чинники та відповідні цілі розвитку публічного управління охороною здоров'я України за кожен із визначених періодів. Розвиток системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України у 2010–2025 рр. має виразний поетапний характер, що зумовлений поєднанням внутрішніх і зовнішніх чинників, а також потребою адаптації до динамічних суспільно-політичних умов. У 2010–2015 рр. домінували проблеми недофінансування галузі, надмірної орієнтації на стаціонарну допомогу та збереження залишкових рис радянської моделі організації медичної системи. Водночас саме в цей період було започатковано процеси децентралізації, розпочато поступове наближення до європейських стандартів, а також сформульовано стратегічні наміри щодо посилення ролі первинної медичної допомоги. Головною метою державної політики у цей час стало формування концептуальної основи для реформування галузі та створення передумов для подальшої структурної перебудови.

Наступний етап (2016–2020 рр.) ознаменувався реалізацією масштабних реформ, зокрема зміною фінансово-організаційної моделі функціонування охорони здоров'я.

Таблиця 2.7

Хронологія розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я
України (2010–2025) *

Період	Основні чинники	Цілі розвитку
2010–2015 (пошук моделей і старт змін)	Недофінансування та висока частка приватних платежів; застаріла інфраструктура та слабка первинна допомога; перші спроби децентралізації та оптимізації мережі; початок інтеграції в європейський простір охорони здоров'я.	Визначення потреби у реформі фінансування; формування концепції розвитку сімейної медицини; зближення зі стандартами ЄС.
2016–2020 (реформаторський етап)	Прийняття законодавчих змін (2017–2018); створення НСЗУ та запуск «гроші йдуть за пацієнтом»; розгортання eHealth, реєстрації декларацій з сімейними лікарями; оптимізація стаціонарної мережі; початок реформування вторинної та екстреної допомоги.	Перехід до контрактної моделі закупівель послуг; розвиток сильної первинної ланки; підвищення прозорості та ефективності витрат; стандартизація та контроль якості медичних послуг.
2021–2025 (криза й відновлення)	COVID-19 як стрес-тест для системи; Війна (з 2022): руйнування лікарень, переміщення населення, кадрові втрати; посилення міжнародної підтримки (ВООЗ, Світовий банк, ЄС); цифровізація та мобільні сервіси в умовах кризи; прийняття Національної стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 (2025).	Забезпечення стійкості (резильєнтності) системи; захист і відновлення медичної інфраструктури; інтеграція кризового реагування в систему управління; розширення гарантованого пакета послуг; створення сучасної, цифрової та стійкої системи, сумісної з європейськими стандартами.

* Джерело: власна розробка автора

Було створено Національну службу здоров'я України як центральний орган, відповідальний за контрактування медичних послуг, запроваджено систему «гроші йдуть за пацієнтом», розбудовано електронну систему охорони здоров'я (eHealth), укладено декларації з лікарями первинної ланки. Ці заходи сприяли підвищенню прозорості фінансових потоків, заклали

основу для підзвітності медичних закладів та започаткували процеси стандартизації медичної допомоги. Водночас стратегічною метою залишалось зміцнення первинної ланки як фундаменту всієї системи, підвищення доступності послуг та інтеграція сучасних цифрових інструментів управління.

Третій етап розвитку (2021–2025 рр.) проходив у надзвичайно складних умовах, зумовлених пандемією COVID-19 та повномасштабною війною, що призвела до масштабних руйнувань медичної інфраструктури, кадрових втрат і посилення залежності від міжнародної підтримки. Разом із тим цей період актуалізував завдання формування резильєнтної системи охорони здоров'я, здатної функціонувати в умовах криз, забезпечувати безперервність надання допомоги та зберігати людський потенціал. Основними цілями стали відновлення та модернізація зруйнованих потужностей, впровадження гарантованого пакету медичних послуг, розширення цифровізації та розробка довгострокової стратегії розвитку галузі до 2030 р. Особлива увага приділяється міжнародній співпраці, залученню інвестицій та технологій, що дозволяє інтегрувати українську систему охорони здоров'я у глобальний медичний простір.

Таким чином, еволюція публічного управління у сфері охорони здоров'я України у 2010–2025 рр. відображає поступовий перехід від концептуального осмислення та окремих спроб модернізації до системних реформ, цифрової трансформації та розбудови стійкої інституційної архітектури, здатної відповідати сучасним викликам. Це засвідчує, що стратегічні пріоритети державної політики в галузі охорони здоров'я дедалі більше орієнтовані на людиноцентричність, ефективність використання ресурсів та забезпечення доступності якісної медичної допомоги навіть у кризових обставинах.

Розвиток системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України упродовж 2010–2025 рр. відбувався під впливом широкого спектра політичних, фінансових, організаційних, соціально-економічних та кризових чинників, що формували контури державної політики у цій сфері. З огляду на необхідність системного аналізу, важливим є виокремлення ключових

факторів, які зумовлювали прийняття управлінських рішень, а також цілей, що ставилися перед галуззю на кожному етапі. У процесі реформування простежується перехід від фрагментарних заходів до побудови цілісної моделі, заснованої на принципах прозорості, ефективності використання ресурсів та людиноцентричності.

Систематизуємо основні чинники та цілі розвитку публічного управління в охороні здоров'я, відображаючи як внутрішні імперативи (недофінансування, кадрові дисбаланси, потребу в цифровізації), так і зовнішні виклики (євроінтеграційні зобов'язання, пандемія COVID-19, воєнні дії). Вона дозволяє продемонструвати логіку трансформації галузі, взаємозалежність інституційних та фінансових реформ, а також визначення довгострокових стратегічних орієнтирів, які консолідують державну політику до 2030 року (табл. 2.8).

У період 2010–2025 років розвиток системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України визначався поєднанням внутрішніх реформ та зовнішніх викликів, які істотно впливали на структуру, процеси й фінансові механізми. Найбільш суттєвими стали законодавчо-фінансові зміни, започатковані ухваленням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122] (2017), що передбачив створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Вперше відбулося запровадження контрактної моделі фінансування закладів охорони здоров'я, яка замінила застарілу кошторисну систему. Це дало змогу сформувати нові механізми прозорого розподілу ресурсів, прив'язати фінансування до фактично наданих послуг і започаткувати реалізацію Програми медичних гарантій [100].

Таблиця 2.8

Основні чинники та цілі розвитку системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України (2010–2025) *

Група чинників	Конкретні прояви (приклади, ключові події / роки)	Вплив на публічне управління (структура, процеси, фінанси)	Стратегічні цілі / цілі розвитку	Ключові інструменти / заходи (практична реалізація)
Законодавчо-фінансові реформи	Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017); створення НСЗУ (2018)	Перехід від кошторисного фінансування до контрактної моделі; формування нової інституційної структури (НСЗУ як замовник послуг)	Прозоре та стійке фінансування; Рівний доступ до гарантованих медичних послуг	Програма медичних гарантій; контракткування закладів; Нові механізми розподілу коштів
Децентралізація та реформа місцевого самоврядування	Адміністративно-територіальна реформа (2014–2015); передача частини функцій управління закладами на рівень громад	Посилення ролі органів місцевого самоврядування; більша автономія медзакладів; нові механізми управління ресурсами	Оптимізація мережі медзакладів; підвищення ефективності управління на місцях	Створення центрів ПМСД у громадах; запровадження госпітальних округів; реформа вторинної ланки
Епідемічні виклики (COVID-19)	Пандемія COVID-19 (2020–2022); масова вакцинація; створення COVID-лікарень та мобільних шпиталів	Адаптація управлінських процесів до умов кризової ситуації; перерозподіл фінансів на протиепідемічні заходи; прискорення цифровізації	Посилення готовності системи до надзвичайних ситуацій; розвиток кризового менеджменту	Вакцинація; запуск COVID-пакетів фінансування від НСЗУ; електронні сервіси для обліку
Військові чинники (з 2022 р.)	Повномасштабне вторгнення РФ; руйнування медичної інфраструктури; переміщення мільйонів людей	Зміна пріоритетів фінансування (екстрена допомога, реабілітація); інтеграція військової та цивільної медицини; гуманітарне управління	Стійкість та безперервність системи; захист персоналу та інфраструктури	Мобільні госпіталі; програми реабілітації; співпраця з міжнародними гуманітарними організаціями
Цифровізація та інновації	Запуск eHealth (з 2018 р.); електронний рецепт (2022–2023); телемедицина	Підвищення прозорості й контрольованості фінансів; удосконалення процесів моніторингу та звітності; розширення доступу до послуг у віддалених регіонах	Повна цифрова інтеграція управління; прозорий облік і контроль ресурсів	Електронна медкарта; Е-рецепт; системи телемедицини та мобільні застосунки
Міжнародна підтримка та євроінтеграція	Угода про асоціацію з ЄС (2014); програми ВООЗ, Світового банку, донорів (2014–2025)	Уніфікація протоколів лікування; гармонізація з європейськими стандартами; фінансова та технічна допомога	Європейська інтеграція системи охорони здоров'я; підвищення якості та доступності послуг	Міжнародні проекти технічної допомоги; стандарти ЄС у сфері медицини; спільні програми навчання та підготовки кадрів

* Джерело: власна розробка автора

Паралельно значний вплив на управлінські процеси мала децентралізація та адміністративно-територіальна реформа 2014–2015 років. Передача частини повноважень місцевим громадам, створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та госпітальних округів сприяли оптимізації мережі медичних закладів та зміщенню акценту на місцевий рівень управління. Водночас, підвищення автономії медичних установ та впровадження нових механізмів фінансування через НСЗУ актуалізувало потребу у професіоналізації управлінських кадрів у громадах [13].

Це створило умови для більш гнучкої адаптації системи охорони здоров'я до специфічних потреб населення, але водночас зумовило й нові ризики нерівності доступу залежно від спроможності конкретних територіальних громад.

Особливим чинником стали глобальні кризи, передусім пандемія COVID-19 (2020–2022), яка висунула вимогу різкого переорієнтування системи управління у режим кризового менеджменту. Впровадження масової вакцинації, створення спеціалізованих COVID-лікарень і мобільних шпиталів, а також перерозподіл фінансових потоків на протиепідемічні заходи стали практичними кроками з посилення готовності системи до надзвичайних ситуацій [328]. Одночасно пандемія прискорила цифровізацію управління, зокрема розвиток електронних сервісів для моніторингу захворюваності та обліку медичних послуг. Подальший масштабний виклик у вигляді повномасштабного вторгнення РФ у 2022 році зруйнував значну частину медичної інфраструктури, поставивши перед державою завдання інтеграції військової та цивільної медицини, забезпечення мобільних рішень і гарантування безпеки персоналу.

Водночас важливим стратегічним вектором став розвиток цифровізації та інноваційних рішень. Запуск національної системи eHealth (2018), впровадження електронного рецепта (2022–2023), розбудова телемедицини забезпечили прозорість управління, контрольованість фінансових потоків і можливість розширити доступ до послуг у віддалених регіонах. Нарівні з цим

зростала роль міжнародної підтримки та євроінтеграційних процесів. Програми ВООЗ, Світового банку, міжнародних донорів, а також положення Угоди про асоціацію з ЄС сприяли уніфікації національних стандартів лікування та впровадженню протоколів, гармонізованих із європейськими [322]. У підсумку сформувалася багатовимірна модель публічного управління, яка поєднує національні реформи, локальні інновації та міжнародну інтеграцію, зберігаючи орієнтир на стійкість, прозорість і якість послуг навіть в умовах глибоких криз.

Таким чином, накопичена статистична та аналітична інформація дозволяє виділити ключові тенденції розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я України за період 2014–2025 років. Візуалізація цих тенденцій у вигляді графічного зображення дає змогу наочно продемонструвати динаміку змін, ключові етапи реформ, їхній вплив на інфраструктуру, кадрове забезпечення та доступність медичних послуг. Розглянемо основні показники та напрямки трансформацій, що характеризують сучасний стан системи охорони здоров'я та її поступовий розвиток у контексті державної політики (рис. 2.5).

Аналіз сучасного стану розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я України за період 2014–2025 років свідчить про системність та послідовність реформ, спрямованих на підвищення ефективності, доступності та якості медичних послуг. Одним із ключових напрямків стало впровадження інституційних змін, зокрема створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у 2017 році, яка забезпечила централізоване управління фінансовими гарантіями та стала механізмом, що регулює взаємодію між державою, пацієнтами та медичними закладами. Цей крок дав змогу підвищити прозорість використання державних ресурсів, стимулювати якість медичних послуг та забезпечити більш ефективне розподілення фінансування.

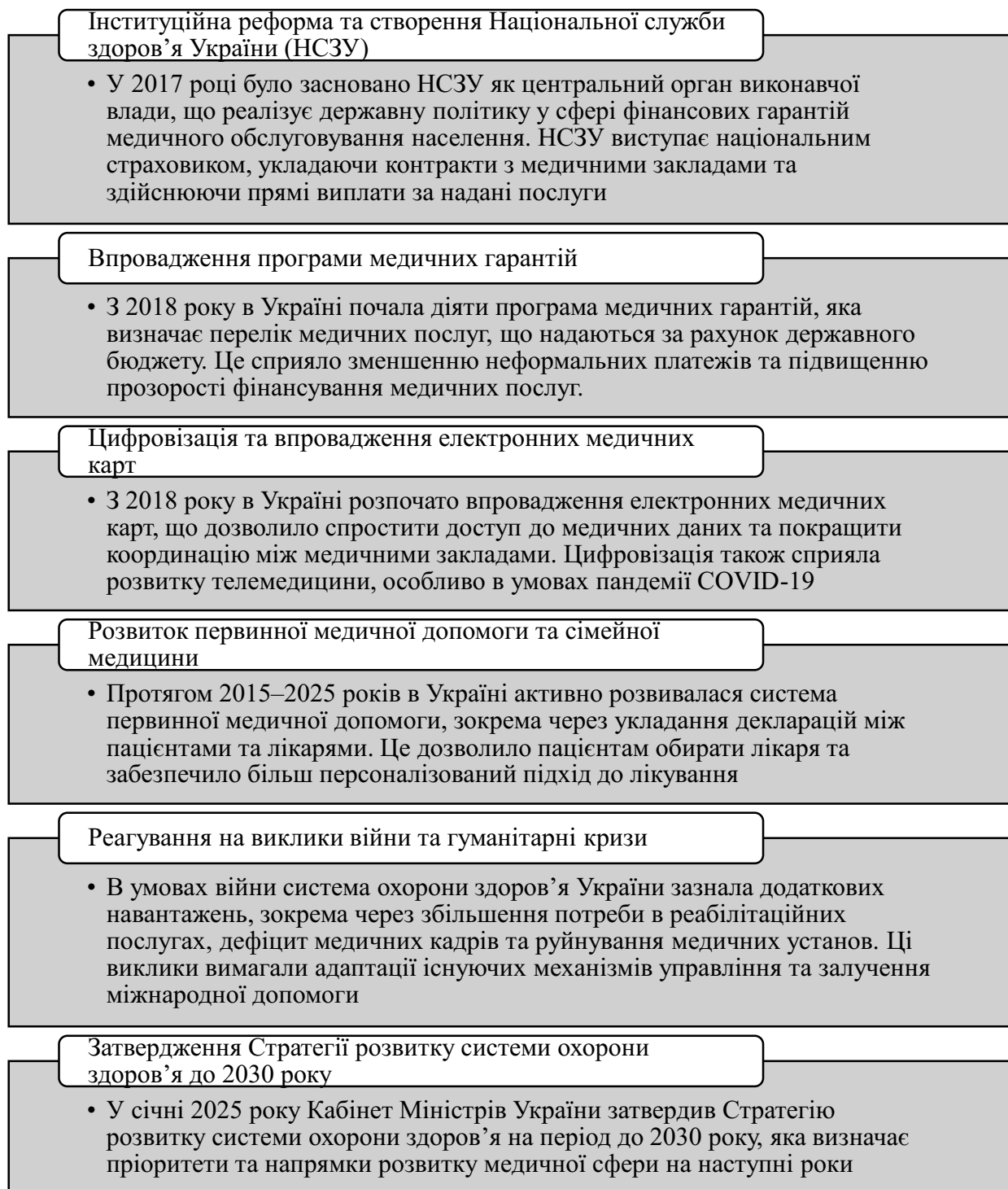


Рис. 2.5. Основні тенденції розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я України (2014–2025 рр.) *

* Джерело: власна розробка автора

У рамках реформ також відбувалося впровадження програми медичних гарантій, яка визначила перелік медичних послуг, що надаються за рахунок державного бюджету, та розвиток первинної медичної допомоги, зокрема

сімейної медицини. Ці зміни сприяли зменшенню неформальних платежів, забезпеченню пацієнтам права вибору лікаря та створили умови для персоналізованого підходу до лікування. Особлива роль у трансформації належала цифровим технологіям: впровадження електронних медичних карт і розвиток телемедицини дозволили підвищити ефективність координації медичних закладів і сприяти оперативному доступу до інформації для пацієнтів та медичних працівників.

Водночас система охорони здоров'я була змушена реагувати на нові виклики, зокрема пов'язані з військовими діями та гуманітарними кризами, що спричинили додаткове навантаження на заклади, дефіцит кадрів та руйнування інфраструктури. Це потребувало гнучкого управлінського підходу, мобілізації ресурсів і залучення міжнародної допомоги. У цілому, представлені тенденції засвідчують, що модернізація системи публічного управління охороною здоров'я в Україні здійснювалася комплексно, з акцентом на соціальну справедливість, стійкість та здатність системи до стратегічного реагування на сучасні соціальні та гуманітарні виклики.

Таким чином, враховуючи комплексний характер трансформацій та необхідність оперативного реагування на нові виклики, система публічного управління охороною здоров'я в Україні формувалася як багаторівнева структура з чітко визначеними функціями та повноваженнями на центральному, регіональному та місцевому рівнях.

Система публічного управління охороною здоров'я України за останнє десятиліття зазнала суттєвих трансформацій, спрямованих на підвищення ефективності, прозорості та доступності медичних послуг. Реформи стали відповіддю на структурні недоліки централізованої моделі, обмежені фінансові ресурси, потребу гармонізації з європейськими стандартами та кризові виклики, включно з пандемією COVID-19 та повномасштабним вторгненням Росії. Основними пріоритетами стали зміцнення стратегічного потенціалу системи, її інституційної стійкості та здатності адаптуватися до змін у соціально-економічному середовищі.

Ключові трансформації включають впровадження моделі «гроші йдуть за пацієнтом», створення Національної служби здоров'я України, автономізацію медичних закладів, розвиток електронних технологій та цифровізацію управлінських процесів. Ці заходи сприяли інноваційному розвитку медичної інфраструктури, поліпшенню доступу до первинної та спеціалізованої медичної допомоги, підвищенню якості послуг і соціальної справедливості.

Аналіз динаміки за 2015–2023 рр. показує скорочення чисельності лікарів на 14 % та середнього медичного персоналу понад на 30 %, а також оптимізацію лікарняних закладів і ліжкового фонду, що відображає підвищення ролі амбулаторної та первинної допомоги. Фінансування системи охорони здоров'я значно зросло з 2014 р., особливо під час пандемії COVID-19, а стабілізація у 2021–2024 рр. свідчить про адаптивність системи до зовнішніх та внутрішніх викликів.

Розвиток публічного управління охороною здоров'я проходив три етапи: 2010–2015 рр. – підготовка концепцій, децентралізація та реформування організаційно-кадрового механізму; 2016–2020 рр. – реалізація ключових реформ, запуск НСЗУ, системи eHealth та принципу «гроші йдуть за пацієнтом»; 2021–2025 рр. – пандемія та війна як стрес-тести, формування резильєнтної системи, цифровізація та міжнародна інтеграція.

Пандемія COVID-19 та війна у 2022 р. показали важливість комплексного підходу, що включає фінансову стабілізацію, кадрову підтримку, розвиток телемедицини та міжнародну допомогу. Ці події прискорили цифровізацію, модернізацію системи та заклали основу для створення сучасної, стійкої, орієнтованої на потреби громадян охорони здоров'я, здатної ефективно реагувати на кризові виклики та інтегруватися у європейський та глобальний медичний простір.

2.2. Генеза інституційно-правового механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я

Сучасна модель управління є результатом тривалого історичного процесу, у якому поєднувалися традиційні державні підходи з сучасними принципами прозорості, підзвітності та ефективності. Інституційно-правовий механізм включає комплекс законодавчих, нормативних і організаційних інструментів, що визначають повноваження центральних та місцевих органів влади, роль державних та комунальних закладів, а також механізми взаємодії з громадськістю та професійними спільнотами.

Вивчення генези цього механізму дозволяє простежити ключові етапи трансформації системи охорони здоров'я, починаючи від централізованого радянського управління до сучасних реформ, спрямованих на децентралізацію, підвищення ефективності фінансування та впровадження принципів державного замовника послуг через Національну службу здоров'я України. Особлива увага приділяється законодавчому забезпеченню цих процесів, зокрема формуванню нормативно-правової бази, що регламентує функціонування медичних установ, стандарти надання послуг та механізми контролю за їх дотриманням.

У контексті сучасних викликів, зокрема демографічних, економічних та безпекових, дослідження інституційно-правового механізму публічного управління набуває особливої актуальності. Аналіз етапів його формування та розвитку дозволяє окреслити перспективи вдосконалення управлінських практик, інтеграції міжнародного досвіду та забезпечення стратегічної спроможності системи охорони здоров'я відповідно до потреб населення та стандартів сталого розвитку.

Інституційно-правове регулювання системи охорони здоров'я в Україні здійснює комплекс функцій, які забезпечують організаційне, правове та фінансове забезпечення діяльності медичної галузі (табл. 2.9). Інституційно-

правове регулювання системи охорони здоров'я в Україні реалізується через комплекс взаємопов'язаних функцій, що забезпечують ефективне, організоване та прозоре управління медичною сферою. Регуляторна та організаційна функції створюють правові та структурні рамки для діяльності закладів охорони здоров'я та медичних працівників, забезпечуючи стандартизацію процесів, акредитацію та ліцензування, а також координацію між центральними і регіональними органами управління. Такий підхід сприяє формуванню єдиної системи надання медичних послуг, що відповідає державним стандартам якості та етичним нормам.

Таблиця 2.9

Основні функції інституційно-правового регулювання системи охорони
здоров'я в Україні*

Функція	Опис	Приклади реалізації в Україні
Регуляторна	Встановлення правових і нормативних рамок діяльності закладів охорони здоров'я та медичних працівників; стандартизація та ліцензування	Ліцензування медичних закладів, акредитація лікарів, впровадження протоколів лікування та стандартів медичної документації
Організаційна	Структурне формування системи охорони здоров'я; координація між центральними та регіональними органами	Формування мережі медичних закладів, визначення компетенцій органів управління, планування ресурсного забезпечення
Контрольна	Моніторинг і оцінка ефективності системи, дотримання законодавчих та фінансових вимог	Аудит медичних закладів, контроль виконання державних програм, оцінка якості медичних послуг
Стимулююча	Заохочення ефективної діяльності медичних закладів і персоналу через мотиваційні механізми	Фінансові стимули для лікарів, гранти на інноваційні проєкти, програми розвитку закладів
Захисна	Забезпечення прав пацієнтів та охорона громадського здоров'я	Гарантії доступу до безоплатної медичної допомоги, захист персональних даних пацієнтів, контроль дотримання медичної етики
Прогностична та стратегічна	Підтримка стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я	Державні стратегічні програми, прогнозування потреб у кадрах та ресурсах, підготовка до епідемій та кризових ситуацій

*Джерело: власна розробка автора

В Україні регуляторна функція реалізується через низку законодавчих актів, серед яких базовим є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), що встановлює загальні принципи організації медичної допомоги та права пацієнтів.

Важливим інструментом є ліцензування медичних закладів та акредитація лікарів, які здійснюються Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) та уповноваженими органами. Крім того, впровадження клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги забезпечує уніфікацію лікувальних практик та контроль якості медичних послуг.

Організаційна функція спрямована на формування ефективної системи управління охороною здоров'я та координацію між різними рівнями. Створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у 2018 році стало вирішальним заходом у централізації фінансування медичних послуг та запровадженні принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Формування регіональних мереж медичних закладів забезпечує чітке розмежування компетенцій та функцій закладів, а електронна система охорони здоров'я (eHealth) дозволяє ефективно координувати дані про пацієнтів, фінансування та роботу медичних закладів на всіх рівнях управління.

Контрольна функція виступає важливим механізмом забезпечення прозорості та ефективності медичної системи, оскільки дозволяє оцінювати дотримання законодавчих вимог, стандартів медичного обслуговування та фінансової дисципліни. Вона тісно пов'язана зі стимулюючою функцією, яка за допомогою фінансових та нефінансових механізмів мотивує медичні заклади та персонал до покращення якості послуг, впровадження інновацій та підвищення професійного рівня. Такий комплекс заходів дозволяє одночасно забезпечувати контроль та активне заохочення розвитку галузі. Створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у 2018 році стало ключовим кроком у централізації фінансування медичних послуг та запровадженні принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Формування регіональних мереж медичних закладів забезпечує чітке розмежування компетенцій та функцій

закладів, а електронна система охорони здоров'я (eHealth) дозволяє ефективно координувати дані про пацієнтів, фінансування та роботу медичних закладів на всіх рівнях управління.

Стимулююча функція реалізується через механізми матеріальної та нефінансової мотивації медичних закладів і персоналу. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом», впроваджений НСЗУ, стимулює заклади до покращення якості послуг, оскільки фінансування напряду залежить від кількості пацієнтів та обсягу наданих медичних послуг. Гранти та субвенції на розвиток медичних закладів та інноваційні проєкти сприяють модернізації обладнання та впровадженню сучасних технологій. Також додаткові премії та матеріальне стимулювання медичних працівників мотивують лікарів та медичних сестер підвищувати професійний рівень і ефективність роботи.

Захисна функція спрямована на гарантування прав пацієнтів і охорону громадського здоров'я, що реалізується через законодавче закріплення безоплатного доступу до медичних послуг, захист персональних даних пацієнтів та контроль за дотриманням медичної етики. Вона взаємодіє з регуляторною та контролюючою функціями, забезпечуючи комплексний правовий захист як для населення, так і для медичних закладів. Захисна функція реалізується через законодавче закріплення права на безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах. Захист персональних даних пацієнтів забезпечується відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». Контроль за дотриманням етичних стандартів і медичної таємниці гарантує безпеку та довіру пацієнтів до системи охорони здоров'я.

Прогностична та стратегічна функція доповнює зазначені механізми, забезпечуючи правові та інституційні умови для планування розвитку системи охорони здоров'я, прогнозування потреб у кадрах, обладнанні та фінансуванні, а також підготовку до надзвичайних ситуацій, таких як епідемії або природні катастрофи. Завдяки взаємодії всіх функцій інституційно-правове регулювання системи охорони здоров'я України формує цілісну

систему, здатну забезпечувати ефективне управління, високий рівень якості медичних послуг та захист прав пацієнтів у сучасних умовах. Прогностична функція забезпечує підготовку системи охорони здоров'я до майбутніх викликів та сталого розвитку. В Україні це реалізується через розробку стратегічних програм розвитку охорони здоров'я, таких як «Національна стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 року». Прогнозування потреб у медичних кадрах, обладнанні та фінансуванні дозволяє своєчасно планувати ресурси. Крім того, підготовка до надзвичайних ситуацій, таких як епідемії, пандемії та військові кризи, здійснюється через Міністерство охорони здоров'я та Державну службу з надзвичайних ситуацій (ДСНС), що забезпечує готовність системи до кризових умов. Узагальнення функцій інституційно-правового регулювання системи охорони здоров'я в Україні дозволяє визначити ключові напрями, у межах яких взаємодіють держава та право для забезпечення ефективного, організованого та прозорого управління медичною сферою. Держава виконує стратегічну та організаційну функції, визначаючи пріоритети розвитку галузі, забезпечуючи фінансування медичних послуг, організовуючи діяльність закладів охорони здоров'я та контролюючи їх роботу на всіх рівнях управління. Водночас вона координує впровадження реформ, розвиток цифрових систем (наприклад, eHealth та телемедицину) та міжнародну співпрацю у сфері медицини.

Право відіграє визначальну роль у закріпленні конституційних гарантій доступу до медичних послуг, регулюванні взаємовідносин між пацієнтами, медичними установами та державою, а також у забезпеченні захисту прав пацієнтів і медичних працівників. Основу правового регулювання становлять Конституція України та ключові закони, зокрема «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про лікарські засоби», а також міжнародні стандарти і угоди (ВООЗ, ЄС), які гармонізують національне законодавство з міжнародними вимогами.

Синергія держави та права формує комплексну модель управління охороною здоров'я, що передбачає реалізацію правових норм через державні інституції, запровадження сучасної моделі фінансування «гроші йдуть за пацієнтом», децентралізацію та розширення прав територіальних громад, а також розвиток публічно-приватного партнерства. Такий підхід забезпечує поєднання стратегічного планування, нормативного регулювання, контролю та стимулювання розвитку галузі, що сприяє підвищенню якості та доступності медичних послуг і інтеграції української системи охорони здоров'я у міжнародний простір.

На основі зазначених принципів і функцій у таблиці 2.10. наведено детальну характеристику впливу інститутів держави та права на розвиток системи охорони здоров'я України.

Таблиця відображає основні функції кожного інституту та ключові інструменти їх реалізації, що дозволяє комплексно оцінити роль інституційного та правового середовища у формуванні сучасної моделі управління галуззю. Така структурована подача інформації створює цілісну картину механізмів державного та правового регулювання, необхідних для забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я, високої якості медичних послуг та захисту прав пацієнтів на всіх рівнях управління.

Аналіз таблиці дозволяє виокремити три взаємопов'язані рівні впливу: держава, право та синергія держави і права.

Перший рівень – держава – виконує стратегічну, організаційну та контрольну функції, спрямовані на формування стабільної та ефективної системи охорони здоров'я. Держава визначає пріоритети розвитку галузі через національні стратегії, зокрема «Національну стратегію розвитку охорони здоров'я до 2030 року», забезпечує фінансування медичних послуг із державного та місцевих бюджетів, а також координує діяльність медичних установ і впровадження реформ, таких як Програма медичних гарантій, що реалізується через НСЗУ. Контрольні функції держави здійснюються через аналітичні та моніторингові механізми МОЗ та відповідних державних

агентств, які забезпечують дотримання стандартів надання медичної допомоги та фінансової дисципліни. Крім того, держава активно залучається до міжнародної співпраці, наприклад, у рамках програм ВООЗ, ЄС та Світового банку, що дозволяє впроваджувати сучасні стандарти та технології у національну систему охорони здоров'я.

Таблиця 2.10.

Вплив інститутів держави та права на забезпечення розвитку системи
охорони здоров'я України*

Інститут	Функції та вплив	Основні інструменти реалізації
Держава	Стратегічне планування розвитку галузі; фінансування системи охорони здоров'я; організація та контроль діяльності медичних установ; міжнародна співпраця у сфері медицини; координація реформ і кризового управління.	Стратегії та програми розвитку охорони здоров'я; державний та місцеві бюджети; інституції: МОЗ, НСЗУ, державні агентства; контрольні та аналітичні механізми; участь у програмах ВООЗ, ЄС, Світового банку.
Право	Закріплення конституційних гарантій на охорону здоров'я; формування правової бази функціонування медичної системи; регулювання фінансування та взаємовідносин між пацієнтом, державою та закладами охорони здоров'я; забезпечення захисту прав пацієнтів і медиків; гармонізація національного законодавства з міжнародними стандартами.	Конституція України (ст. 49); Закони: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про лікарські засоби»; Міжнародні угоди, стандарти ВООЗ та ЄС; правові механізми захисту пацієнтів.
Синергія держави і права	Створення комплексної моделі управління охороною здоров'я; забезпечення реалізації правових норм через інституційні механізми держави; перехід до нової моделі фінансування «гроші йдуть за пацієнтом»; децентралізація та розширення прав територіальних громад; розвиток публічно-приватного партнерства.	Державні програми реформування; контрактна модель фінансування через НСЗУ; законодавчі акти про децентралізацію; цифрові інструменти (eHealth, телемедицина).

*Джерело: власна розробка автора

Другий рівень – право – забезпечує нормативно-правову основу функціонування системи охорони здоров'я та захист прав усіх учасників медичного процесу. Право закріплює конституційні гарантії доступу до

медичних послуг (ст. 49 Конституції України), регулює фінансові взаємовідносини між пацієнтами, державою та закладами охорони здоров'я через законодавчі акти, такі як «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про лікарські засоби». Крім того, право передбачає механізми захисту прав пацієнтів, включаючи контроль за дотриманням медичної етики та безпеки персональних даних, а також гармонізацію національного законодавства з міжнародними стандартами та рекомендаціями ВООЗ та ЄС.

Третій рівень – синергія держави і права – формує комплексну модель управління охороною здоров'я, де правові норми реалізуються через інституційні механізми держави та забезпечується ефективне фінансування, децентралізація та розвиток публічно-приватного партнерства.

Прикладами реалізації цієї моделі є впровадження контрактної системи фінансування через НСЗУ, що стимулює заклади надання медичних послуг до підвищення якості та обсягів наданої допомоги, використання цифрових інструментів, таких як eHealth та телемедицина, та законодавчі акти щодо децентралізації, що розширюють повноваження територіальних громад. Такий підхід дозволяє поєднати стратегічне планування, нормативне регулювання та контроль, забезпечуючи комплексний розвиток галузі, підвищення ефективності управління та інтеграцію української системи охорони здоров'я у міжнародний простір.

Таким чином, проведений огляд демонструє взаємозв'язок і взаємодоповнюваність функцій держави та права у забезпеченні розвитку системи охорони здоров'я, відображаючи не лише інституційні та нормативні механізми, а й практичні інструменти їх реалізації, що створює передумови для сталого розвитку медичної сфери України, підвищення якості медичних послуг та захисту прав пацієнтів на всіх рівнях управління.

Розглянемо основні етапи формування та трансформації державних інституцій, які забезпечують функціонування медичної галузі (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Еволюція інституційного забезпечення системи охорони здоров'я України
(1991–2022 рр.) *

Рік	Назва інституції	Суть діяльності
1991	Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Центральний орган виконавчої влади, відповідальний за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, управління медичними закладами та забезпечення медичних послуг.
1992-2000	Державна інспекція з контролю за якістю лікарських засобів	Інспекція, відповідальна за контроль якості лікарських засобів на ринку України, забезпечуючи їх відповідність стандартам безпеки та ефективності.
2000-2011	Державна служба з лікарських засобів та виробів медичного призначення	Контроль за якістю та безпекою лікарських засобів та медичних виробів, забезпечуючи їх відповідність державним стандартам. Продовження функцій попередніх органів з контролю за лікарськими засобами та медичними виробами, зокрема в умовах реформування системи охорони здоров'я.
2015	Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Зміни в організаційній структурі та функціях МОЗ для адаптації до нових викликів у сфері охорони здоров'я, зокрема впровадження нових механізмів фінансування та управління медичними послугами.
2017	Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері фінансування медичних послуг, укладає договори з медичними закладами та здійснює контроль за їх виконанням. Впроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом», що забезпечує прозорість фінансування та підвищує ефективність використання ресурсів.
2020-2025	Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Продовження реформ у сфері охорони здоров'я передбачало впровадження нових фінансово-управлінських механізмів, адаптацію до умов пандемії та воєнного стану із забезпеченням безперервності медичних послуг, а також реалізацію Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року шляхом цифровізації, міжсекторальної координації та сталого фінансування

* Джерело: сформовано автором на основі [135, 100, 142, 104, 92]

Аналіз представленої таблиці дозволяє прослідкувати еволюцію інституційного забезпечення системи охорони здоров'я України протягом понад трьох десятиліть. У період 1991–2000 років основним органом управління залишалося Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), яке виконувало централізовані функції планування, організації та контролю за діяльністю медичних закладів. Паралельно формувалися спеціалізовані

регулюючі органи, зокрема Державна служба лікарських засобів та контроль за наркотиками (1993 р.), Державна інспекція з контролю за якістю лікарських засобів (1998 р.) та їх подальші трансформації у 2000–2011 рр. Це свідчить про прагнення держави посилити контроль за безпекою та якістю лікарських препаратів у період переходу до ринкової економіки.

Переломним етапом стало реформування системи охорони здоров'я у 2015–2017 рр., що передбачало оптимізацію функцій МОЗ та впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом». У 2017 році створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка взяла на себе функції фінансування медичних послуг та укладання контрактів із закладами охорони здоров'я. Це дозволило підвищити ефективність управління ресурсами та прозорість фінансування.

Період 2020–2025 рр. характеризується подальшою адаптацією системи до нових викликів, включаючи пандемію COVID-19 та воєнні дії. МОЗ України зосереджує зусилля на забезпеченні безперервності медичних послуг, цифровізації процесів управління, міжсекторальній координації та сталому розвитку фінансування. Таким чином, таблиця наочно демонструє поступову трансформацію інституційної системи охорони здоров'я, яка відображає зміну підходів до державного управління медичною сферою та забезпечення ефективності та якості надання медичних послуг.

Оскільки нормативно-правове регулювання публічного управління у сфері охорони здоров'я України ґрунтується на системі правових норм, актів і механізмів, які визначають організацію, координацію та контроль діяльності органів влади, медичних закладів і фахівців, особливо важливо простежити його зв'язок із міжнародними актами та Конституцією України. Саме вони формують фундамент для побудови національного законодавства в галузі охорони здоров'я. Конституція України закріплює базові права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування, визначає обов'язки держави щодо створення умов для їх реалізації, а також встановлює принципи рівного доступу до медичних послуг і захисту прав пацієнтів. У свою чергу,

міжнародні правові акти – зокрема документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, міжнародні конвенції з прав людини та інші угоди – інтегруються у національну правову систему та виступають орієнтиром для розробки стандартів медичної допомоги, впровадження сучасних механізмів профілактики захворювань, контролю якості медичних послуг і забезпечення належного рівня захисту прав пацієнтів. Взаємодія цих рівнів правового регулювання забезпечує узгодженість національних і міжнародних норм, сприяє підвищенню прозорості, законності та ефективності функціонування системи охорони здоров'я, водночас закладаючи основи для її інтеграції у європейський та світовий простір.

Конституція України (ст. 3, 49, 50) стала правовою базою для ухвалення «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.). У цьому законі відображені конституційні принципи: гарантованість права на медичну допомогу, орієнтація на профілактику захворювань, безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах, а також обов'язок держави забезпечувати розвиток системи охорони здоров'я.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966 р.) закріпив право на найвищий досяжний рівень здоров'я та обов'язок держав у профілактиці та лікуванні хвороб. Ці норми були імplementовані в національне законодавство через закони «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000 р.) та «Про громадське здоров'я» (2019 р.), які визначають правові механізми епідеміологічного нагляду, профілактики та зміцнення здоров'я населення.

Європейська соціальна хартія (1996 р.), яка гарантує право на охорону здоров'я та доступ до медичної допомоги, вплинула на ухвалення закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017 р.). Відповідно до європейських стандартів, цей закон заклав механізми рівного доступу громадян до медичних послуг, запровадивши принцип «гроші йдуть за пацієнтом» через Національну службу здоров'я України.

Конвенція про права дитини (1989 р.) прямо вплинула на законодавство

України у сфері охорони здоров'я дітей, зокрема на ухвалення закону «Про охорону дитинства» (2001 р.). У ньому відображені положення про право дітей на безоплатну та якісну медичну допомогу, державні гарантії профілактики та реабілітації, спеціалізовані програми для дітей з інвалідністю.

Загальна декларація прав людини (1948 р.), яка закріпила універсальні стандарти права на здоров'я, у поєднанні з конституційними нормами України, визначила засади для прийняття закону «Про лікарські засоби» (1996 р.). Цей закон забезпечує контроль за якістю, безпекою та ефективністю лікарських препаратів, що відповідає міжнародним стандартам доступності та безпечності медичної допомоги.

Таким чином, міжнародні документи визначили орієнтири та стандарти, а Конституція України закріпила їх у національній правовій системі, що згодом втілюється у низці базових законів, які регулюють сферу охорони здоров'я. Це свідчить про органічне поєднання міжнародних зобов'язань України з внутрішніми пріоритетами державної політики у сфері охорони здоров'я.

Система правового регулювання охорони здоров'я в Україні ґрунтується на низці ключових законодавчих актів, які формують багаторівневу основу для організації медичної допомоги, забезпечення прав громадян та регламентації діяльності у сфері медицини (додаток В). Базовим документом є Конституція України, яка закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та обов'язок держави гарантувати профілактику й лікування захворювань. Це положення створює конституційний фундамент для всієї нормативно-правової системи у сфері охорони здоров'я.

Подальший розвиток правового поля забезпечує Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), який визначає принципи організації галузі, права й обов'язки громадян, а також державні гарантії медичної допомоги. Саме цей акт заклав підґрунтя для функціонування системи охорони здоров'я, закріпивши доступність безоплатних медичних послуг. Окремі сфери медичного забезпечення

регулюються спеціальними законами, зокрема Законом України «Про охорону дитинства», який гарантує медичне обслуговування дітей, розвиток педіатричної допомоги та систему профілактичних заходів, що забезпечують захист дитячого населення.

Важливе значення має також Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», який визначає правові механізми профілактики, контролю та ліквідації інфекційних загроз. Він забезпечує нормативні підстави для епідеміологічного нагляду та дозволяє державі оперативно реагувати на спалахи небезпечних інфекцій. У сфері лікарського забезпечення ключовим документом є Закон України «Про лікарські засоби», що регламентує виробництво, обіг та контроль якості препаратів, тим самим гарантує їхню безпечність та ефективність, а також здійснення державного контролю у цій сфері.

У контексті реформування системи фінансування вагоме місце належить Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який закріпив механізм «гроші йдуть за пацієнтом» і визначив роль Національної служби здоров'я України як фінансового оператора. Це забезпечило новий рівень доступності медичних послуг, підвищило їхню якість та сприяло прозорості використання бюджетних коштів. Водночас Закон України «Про громадське здоров'я» сформував концептуальні засади розвитку профілактичної медицини та управління ризиками, посиливши акцент на формуванні здорового способу життя та превентивній діяльності держави.

Особливе місце займає Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», який створив правові засади для функціонування системи трансплантації, закріпив принцип презумпції незгоди, регламентував діяльність трансплантаційних центрів і координаторів, а також передбачив створення Єдиної державної інформаційної системи. Реалізація цього закону сприяла розвитку національної інфраструктури трансплантації, зменшенню залежності від закордонних операцій та

підвищенню доступності високоспеціалізованої допомоги для пацієнтів.

У контексті кадрової політики та адаптації до умов воєнного стану важливим є Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я», який дозволив залучати інтернів, резидентів і студентів до практичної роботи в умовах надзвичайних ситуацій. Він також удосконалив систему безперервного професійного розвитку медичних працівників, що підвищило кадрову гнучкість і забезпечило стійкість системи охорони здоров'я в кризових умовах.

У системі нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я України постанови Кабінету Міністрів відіграють ключову роль, оскільки вони не лише деталізують законодавчі положення, а й формують реальні механізми функціонування галузі. Аналіз наведених у додатку Г документів дозволяє простежити еволюцію регуляторної політики держави упродовж майже трьох десятиліть та виокремити її основні пріоритети й тенденції.

Насамперед слід відзначити, що ще у 1998 році постанова № 955 заклала основу прозорості системи централізованих закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення, що стало важливим кроком у напрямі раціонального використання бюджетних коштів та запобігання корупційним ризикам. У наступні роки уряд почав активно впроваджувати цільові соціальні програми, серед яких постанова № 228 від 2011 року, спрямована на боротьбу з цукровим діабетом, що мала суттєвий соціально-медичний ефект, забезпечивши стабільний доступ пацієнтів до інсулінотерапії.

Поворотним моментом стала медична реформа 2017–2018 років, закріплена постановами № 280 та № 410, які визначили порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та створили Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Ці документи започаткували нову модель фінансування медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що стало основою сучасної системи охорони

здоров'я. Згодом цей механізм був розвинутий і конкретизований низкою пізніших постанов, які щороку уточнювали порядок функціонування програми, формували пакети послуг і тарифи, а також вносили необхідні зміни у відповідь на актуальні виклики (наприклад, постанови № 1503, № 409, № 569, № 769 у 2024–2025 рр.).

Водночас нормативна база гнучко реагувала на надзвичайні обставини. Так, постанова № 641 від 2020 року закріпила правові засади карантинних обмежень у період пандемії COVID-19, а постанова № 1440 від 2022 року адаптувала механізми фінансування медичних послуг до умов воєнного стану, що забезпечило стійкість функціонування системи. Особливе значення мали й постанови щодо кадрового забезпечення та технологічної модернізації галузі. Зокрема, документ № 88 від 2025 року визначив порядок залучення студентів та інтернів до практичної роботи у воєнний час, що дозволило оперативно закривати кадрові дефіцити, тоді як постанова № 471 (2023 р.) започаткувала електронний облік донорської крові, що значно підвищило прозорість та ефективність управління ресурсами.

Окрема підбірка постанов стосувався визначення та оновлення переліку закладів охорони здоров'я і програм, що виконують загальнодержавні функції (№ 501 від 2011 року та № 44 від 2024 року), а також посилення стандартів надання послуг і контролю якості (№ 376 від 2023 року). Ці рішення підкреслюють важливість держави у забезпеченні стратегічних напрямів медичної діяльності та інтеграції міжнародних підходів до якості.

Таким чином, аналіз постанов КМУ у сфері охорони здоров'я свідчить про системність та послідовність нормативно-правових змін. Вони охоплюють широкий спектр питань: від фінансового забезпечення й формування інституційних основ до управління кризовими ситуаціями, кадрової політики та цифровізації.

Аналіз наведених постанов Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я засвідчив, що їхня регуляторна сила реалізується лише у взаємозв'язку з ширшою системою інституційного забезпечення, де

визначальна роль належить органам державної влади та органам місцевого самоврядування. Розглянемо розподіл повноважень між ними, багаторівневу ієрархію, що забезпечує цілісність функціонування системи охорони здоров'я в Україні (табл.2.12).

Таблиця 2.12

Повноваження органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні: *

Орган	Основні повноваження
Державна влада	
Верховна Рада України	Прийняття законів у сфері охорони здоров'я; затвердження бюджету; визначення державної політики; парламентський контроль; ратифікація міжнародних договорів.
Президент України	Визначення стратегічних напрямів розвитку охорони здоров'я; підписання законів; видання указів; ініціювання реформ.
Кабінет Міністрів України	Формування та реалізація державної політики; розподіл бюджетних коштів; координація центральних органів виконавчої влади; затвердження програм і стандартів медичних послуг; контроль за дотриманням законодавства.
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Розробка нормативно-правових актів; ліцензування та акредитація закладів; контроль за якістю ліків; організація системи охорони громадського здоров'я; профілактика та боротьба з епідеміями.
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Укладення договорів із медичними закладами; фінансування медичних послуг за програмою медичних гарантій; контроль за якістю наданих послуг.
Інші ЦОВВ (Мінфін, МОН, Міноборони, МВС, ДСНС тощо)	Забезпечення фінансування; підготовка кадрів; медичне забезпечення у силових структурах; реагування у надзвичайних ситуаціях.
Місьцеве самоврядування	
Обласні, районні та міські ради	Затвердження місцевих програм охорони здоров'я; ухвалення місцевих бюджетів; контроль за виконанням програм; розвиток медичних закладів комунальної власності.
Виконавчі комітети та місцеві адміністрації	Управління закладами охорони здоров'я; організація доступу до медичної допомоги; забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя; реалізація державних і місцевих програм; взаємодія з НСЗУ.
Громадські ради при органах влади	Участь у формуванні політики охорони здоров'я на місцевому рівні; захист прав пацієнтів; проведення громадської експертизи програм.

*Джерело: власна розробка автора

На законодавчому рівні ключові повноваження зосереджені у Верховній Раді України, яка формує правове поле для діяльності медичної сфери шляхом

ухвалення законів, визначення пріоритетів державної політики та затвердження державного бюджету. Важливим є і механізм парламентського контролю, що дозволяє оцінювати ефективність реалізації ухвалених рішень, а також ратифікація міжнародних договорів, завдяки чому українська система охорони здоров'я інтегрується у глобальні стандарти. Президент України, як гарант Конституції, виступає ініціатором стратегічних реформ, підписує закони, видає укази та визначає загальні напрями розвитку галузі, що забезпечує політичну стабільність і тяглість у сфері охорони здоров'я. Важливим інституційним доповненням стала Національна служба здоров'я України, яка реалізує принцип «гроші йдуть за пацієнтом» шляхом укладання договорів із медичними закладами, фінансування та контролю якості послуг.

Участь інших центральних органів виконавчої влади (Мінфін, МОН, Міноборони, МВС, ДСНС) підкреслює міжгалузевий характер політики у сфері охорони здоров'я: від підготовки кадрів та бюджетного забезпечення до медичного супроводу військовослужбовців та реагування на надзвичайні ситуації.

На рівні місцевого самоврядування обласні, районні та міські ради (далі ради ОМС) відіграють ключову роль у затвердженні місцевих програм охорони здоров'я, ухваленні бюджетів і розвитку комунальних медичних закладів. За оцінкою Асоціації міст України, у 2022 році місцеві бюджети компенсували дефіцит державного фінансування закладів охорони здоров'я на суму близько 18,6 млрд грн, що є прямим свідченням практичної ролі рад ОМС у підтримці мережі комунальних закладів [266]. Так, у 2019 році загальні видатки на охорону здоров'я становили 95,08 млрд грн, усі з яких були забезпечені за рахунок державного бюджету. У 2020 році ця сума зросла до 108,0 млрд грн, що відображає зростання пріоритетності фінансування медичної сфери на фоні поширення глобальних епідемічних ризиків [34]. У 2022 році, під впливом воєнних дій та економічних трансформацій, загальні видатки на охорону здоров'я досягли 215,3 млрд грн, з яких 187,2 млрд грн забезпечувалися державним бюджетом, а 28,1 млрд грн – місцевими

бюджетами. Витрати на одного мешканця оцінювались приблизно у 4 800 грн [279]. У 2024 році тенденція зростання збережена: загальні видатки склали 238,7 млрд грн, з яких 204,2 млрд грн забезпечені державними трансфертами, а місцеві бюджети спрямували на фінансування комунальних закладів охорони здоров'я близько 34,5 млрд грн, що відповідало витратам на особу приблизно 5 400 грн [95].

Виконавчі комітети та місцеві адміністрації відповідають за практичну організацію доступу до медичної допомоги, управління інфраструктурою, санітарно-епідемічне благополуччя населення, а також реалізацію як державних, так і місцевих програм у взаємодії з НСЗУ. Водночас важливим елементом демократичного управління виступають громадські ради при органах влади, які забезпечують комунікацію з громадськістю, здійснюють громадську експертизу та захищають права пацієнтів. Громадські ради при органах влади відіграють важливу роль у забезпеченні демократичного управління в сфері охорони здоров'я. Вони сприяють комунікації між органами влади та громадськістю, здійснюють громадську експертизу та захищають права пацієнтів. Наприклад, у Житомирській області функціонує громадська рада при обласній державній адміністрації, яка активно залучається до обговорення питань охорони здоров'я та надає рекомендації щодо покращення медичного обслуговування населення.

Узгодження цих повноважень із нормативною базою, зокрема з постановами КМУ, створює багаторівневу модель управління охороною здоров'я. Вона дозволяє поєднувати стратегічні рішення центральної влади, оперативне адміністрування виконавчих органів та гнучкість місцевого самоврядування. Таким чином, ефективність реалізації постанов Кабінету Міністрів у значній мірі залежить від належної взаємодії між цими інституціями, їхнього ресурсного забезпечення та здатності адаптуватися до кризових викликів, як-от пандемія COVID-19 чи умови воєнного стану. Це підкреслює, що система охорони здоров'я України функціонує як

інтегрований механізм, у якому законодавчі, виконавчі та самоврядні органи мають чітко визначені та взаємодоповнюючі ролі.

2.3. Аналіз функціонування організаційно-кадрового, інформаційно-комунікативного та фінансово-економічного механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я

Функціонування системи публічного управління в сфері охорони здоров'я України здійснюється через взаємодію трьох ключових механізмів: організаційно-кадрового, інформаційно-комунікативного та фінансово-економічного. Кожен із них виконує специфічні функції, які забезпечують безперервність, ефективність та якість надання медичних послуг, водночас формуючи комплексний інструментарій управлінського впливу держави на кадрові ресурси, інформаційні потоки та фінансову стабільність закладів охорони здоров'я. Система публічного управління охороною здоров'я України є складною багаторівневою конструкцією, яка поєднує державні, регіональні та місцеві інституції з елементами міжвідомчої і міжнародної співпраці (рис.2.6). Така структура відображає необхідність узгодження стратегічних цілей державної політики з конкретними потребами населення на локальному рівні, а також вимоги інтеграції в європейський та глобальний медичний простір. Представлена модель ілюструє, як стратегічне керівництво поєднується з оперативним управлінням, забезпечуючи ефективне планування, контроль та надання медичних послуг на всіх рівнях.

Центральний рівень виконує ключову стратегічну та нормативно-правову функцію. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) є головним координатором державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи розробку нормативних документів, формування стандартів надання медичних послуг і контроль їх дотримання. Особливу роль відіграє Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка стала центральною ланкою реформи медичного фінансування. Її функції як національного замовника медичних послуг

змінити модель фінансування системи охорони здоров'я – від утримання закладів до закупівлі конкретних послуг для пацієнта. Це підвищило прозорість та адресність використання бюджетних ресурсів. Центральні міжвідомчі органи та комісії доповнюють діяльність МОЗ і НСЗУ, забезпечуючи ліцензування, акредитацію медичних установ, впровадження клінічних протоколів та моніторинг якості. Регіональні структури відіграють роль посередника між центральною політикою та місцевими потребами. Вони забезпечують фінансове планування на рівні області, координують діяльність лікарень вторинного та третинного рівнів, здійснюють контроль за реалізацією національних програм на території регіону.

Завдяки регіональному рівню враховуються специфічні демографічні, соціально-економічні та епідеміологічні умови, що дозволяє більш гнучко реагувати на локальні виклики.

Місцевий рівень управління є найближчим до громадян і безпосередньо відповідає за організацію надання медичних послуг. Він охоплює управління первинною ланкою (сімейні лікарі, амбулаторії, поліклініки), а також реалізацію програм профілактики та громадського здоров'я. У рамках децентралізації та медичної реформи саме територіальні громади отримали розширені повноваження у сфері управління медичними закладами та залучення фінансових ресурсів. Це сприяє підвищенню відповідальності на місцях і стимулює розвиток інноваційних проєктів у сфері охорони здоров'я. Окрему роль у системі публічного управління відіграють науково-дослідні інститути, академії медичних наук та спеціалізовані агентства, які забезпечують інноваційний розвиток галузі та інтеграцію новітніх медичних технологій. Значний вплив мають міжнародні організації та громадські ініціативи, що підтримують впровадження європейських стандартів, сприяють залученню інвестицій і грантових ресурсів.



Рис. 2.6. Структура публічного управління в системі охорони здоров'я України *

* Джерело: власна розробка автора

Водночас цифровізація, зокрема розвиток платформи eHealth та інструментів телемедицини, стає фундаментом для підвищення ефективності управління, прозорості та доступності медичних послуг.

Узагальнюючи, структура публічного управління охороною здоров'я України є багаторівневою та інтегративною. Вона поєднує централізоване стратегічне керівництво з гнучкими регіональними та місцевими механізмами реалізації політики. Наявність спеціалізованих наукових, міжнародних і цифрових інституцій посилює її потенціал у забезпеченні стійкого розвитку системи охорони здоров'я, що особливо актуально в умовах кризових викликів та євроінтеграційних процесів.

Організаційно-кадровий механізм визначає структуру та функціональні повноваження закладів і персоналу, інформаційно-комунікативний забезпечує збір, обробку та передачу даних для прийняття управлінських рішень, а фінансово-економічний формує умови ресурсного забезпечення медичних послуг і стимулювання діяльності закладів. Аналіз їх функціонування дозволяє оцінити ефективність реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, виявити проблемні аспекти та окреслити напрями оптимізації управлінських процесів на різних рівнях системи.

Організаційно-кадровий механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я України виступає ключовим елементом системи управління людськими ресурсами, забезпечуючи формування, розподіл, розвиток та контроль медичного персоналу. Ефективність функціонування цього механізму визначається здатністю центральних та місцевих органів влади координувати діяльність закладів охорони здоров'я, забезпечувати наявність кваліфікованих кадрів та створювати умови для безперервного професійного розвитку.

Основним завданням організаційно-кадрового механізму є забезпечення необхідної кількості медичних працівників, їх компетентності та відповідності державним стандартам. Міністерство охорони здоров'я України визначає кваліфікаційні вимоги, встановлює правила атестації та ліцензування,

організовує конкурси на керівні посади та веде електронні реєстри медичних спеціалістів. Національна служба здоров'я України, через механізм Програми медичних гарантій, опосередковано впливає на кадрову політику закладів, визначаючи фінансові можливості найму та утримання персоналу.

Проте аналіз функціонування механізму свідчить про значний дисбаланс розподілу кадрів: міські центри акумулюють висококваліфікованих спеціалістів, тоді як сільські території та віддалені громади відчують дефіцит кадрів, що потребує додаткових стимулів та системного планування.

Контрольна функція реалізується через систему атестації персоналу та ліцензування закладів. Атестація проводиться відповідно до наказу МОЗ № 650 (2025) і дозволяє оцінювати компетентність медичних працівників, їхню готовність до виконання професійних обов'язків та відповідність вимогам БПР (безперервного професійного розвитку). Ліцензування визначає мінімальні кадрові та організаційні вимоги до закладів, а електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) забезпечує ведення реєстрів персоналу та аналітику потреб у кадрах.

Стратегічне планування кадрів здійснюється на основі національних стратегій розвитку охорони здоров'я та операційних планів дій до 2030 року. Планування включає прогнозування потреб у спеціалістах різних профілів, оптимізацію розподілу кадрів між первинною, вторинною та третинною ланкою медичної допомоги та формування програм підготовки та підвищення кваліфікації персоналу. Однак ефективність планування обмежена недостатністю повних даних на рівні територіальних громад, що створює ризик дефіциту кадрів у критичних регіонах.

Під час воєнного стану організаційно-кадровий механізм демонструє гнучкість та здатність до швидкої адаптації. Запроваджено спрощені процедури призначення керівників закладів, тимчасове залучення інтернів та резидентів до надання медичної допомоги, а електронна система ЕСОЗ

адаптована для роботи в умовах підвищеного ризику. Це дозволяє підтримувати безперервність надання медичних послуг та мобілізувати кадровий ресурс у кризових ситуаціях.

Функціонування організаційно-кадрового механізму супроводжується кількома проблемами:

- дисбаланс розподілу кадрів між містами та віддаленими громадами;
- нестабільність фінансування закладів на місцевому рівні;
- фрагментація реєстрів та недостатня інтеграція даних;
- затримки у впровадженні системи БПР та атестації.

Водночас механізм демонструє позитивні тенденції: впровадження електронних реєстрів, уніфікація правил БПР та атестації, централізоване фінансування через НСЗУ, розвиток стратегічного планування та гнучке управління кадрами у надзвичайних умовах. Для підвищення ефективності необхідні комплексні заходи щодо уніфікації реєстрів, посилення стимулів для віддалених територій, інтеграції місцевих і державних стандартів, а також розвитку управлінської компетентності керівників закладів охорони здоров'я.

Фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я України становить цілісну багаторівневу систему, яка забезпечує формування, розподіл та ефективне використання ресурсів для підтримки функціонування галузі та гарантування права громадян на доступну медичну допомогу (табл. 2.13).

У системі публічного управління сферою охорони здоров'я фінансово-економічний механізм виступає одним із ключових інструментів, що забезпечує функціонування та розвиток медичної галузі відповідно до стратегічних цілей державної політики. Його сутність полягає у формуванні, розподілі та ефективному використанні фінансових ресурсів, спрямованих на задоволення суспільних потреб у медичній допомозі та реалізацію права громадян на охорону здоров'я, закріпленого у Конституції України (ст. 49). У сучасних умовах цей механізм є багаторівневим і поєднує бюджетні, страхові, цільові, господарські та інші економічні важелі.

Таблиця 2.13

Система фінансово-економічного механізму публічного управління у сфері
охорони здоров'я України*

Елемент механізму	Зміст / функції	Інструменти та форми реалізації	Суб'єкти управління
Бюджетне фінансування	Формування та розподіл державного та місцевих бюджетів на потреби охорони здоров'я	Державний бюджет; місцеві бюджети; міжбюджетні трансферти; Програма медичних гарантій	Верховна Рада України, КМУ, МОЗ, НСЗУ, органи місцевого самоврядування
Страхові механізми	Забезпечення фінансування медичної допомоги через систему обов'язкового та добровільного медичного страхування	Поліси страхування, страхові фонди, партнерські програми з приватними страховими компаніями	НСЗУ, страхові компанії, роботодавці, громадяни
Державні цільові програми	Фінансування пріоритетних напрямів охорони здоров'я	Національні та регіональні програми (імунопрофілактика, протидія ВІЛ/СНІД, серцево-судинним і онкологічним захворюванням тощо)	МОЗ, профільні державні агентства, обласні та місцеві ради
Господарська діяльність медичних закладів	Отримання власних доходів від надання платних послуг та господарської діяльності	Платні послуги, оренда майна, гранти, партнерські проекти	Комунальні та державні заклади охорони здоров'я, приватні медичні установи
Міжнародна допомога і гранти	Додаткове фінансування сектору від донорів та міжнародних організацій	Гранти, кредити міжнародних фінансових інституцій, гуманітарна допомога	МОЗ, міжнародні організації (ВООЗ, Світовий банк, ЄС, USAID та ін.)
Податково-фінансові інструменти	Стимулювання розвитку охорони здоров'я через податкові пільги та економічні стимули	Податкові пільги, інвестиційні проекти, державно-приватне партнерство (ДПП)	Мінфін, ДПС України, місцеві ради
Контроль і моніторинг	Забезпечення прозорості та ефективності використання фінансових ресурсів	Аудит, фінансовий контроль, електронна звітність, eHealth	Держаудитслужба, Рахункова палата, МОЗ, НСЗУ

*Джерело: власна розробка автора

Найбільш вагомим елементом системи є бюджетне фінансування, яке залишається основним джерелом забезпечення медичної сфери ресурсами. Відповідно до положень Бюджетного кодексу України та Закону України

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992, № 2801-XII), фінансування здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів. Центральним інструментом сучасної моделі виступає Програма медичних гарантій, затверджена Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017, № 2168-VIII). Вона реалізується через діяльність Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка укладає договори з надавачами медичних послуг та оплачує їх відповідно до принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Це докорінно змінило систему фінансування, замінивши кошторисний принцип на договірний, що підвищило економічну ефективність та орієнтованість системи на результат.

Важливою складовою є страхові механізми, що мають перспективу розвантаження державного бюджету. Хоча в Україні відсутня розгалужена система обов'язкового медичного страхування, його елементи реалізуються через Програму медичних гарантій, а добровільне медичне страхування (регламентоване Цивільним кодексом та Законом України «Про страхування» [138]) поступово розширює роль приватних фінансових ресурсів. Участь страхових компаній, роботодавців і громадян сприяє формуванню конкурентного середовища та розвитку партнерських моделей фінансування.

Особливу роль відіграють державні цільові програми, які концентрують ресурси на стратегічних напрямках. Зокрема, Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року [35], Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року [101], а також національні програми з імунопрофілактики забезпечують адресне фінансування профілактики та лікування соціально значущих захворювань. Ці програми створюють механізм концентрації коштів і дозволяють ефективніше досягати цільових індикаторів.

Значущим компонентом є господарська діяльність медичних закладів, які після ухвалення Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [87] набули статусу комунальних некомерційних підприємств.

Це надало їм право самостійно формувати кошторис, отримувати доходи від платних послуг, брати участь у грантових програмах, а також реалізовувати проекти у сфері державно-приватного партнерства. Наприклад, у багатьох регіонах України лікарні отримали можливість закуповувати сучасне обладнання за рахунок власних ресурсів і коштів, залучених від донорів.

Важливим джерелом є міжнародна фінансова допомога. Протягом останніх років значні інвестиції у сферу охорони здоров'я надходили від Світового банку (проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», 2015–2021 рр.) [145], Європейського Союзу (програма EU4Health) [212], а також від агентств USAID та BOOЗ. У період пандемії COVID-19 Україна отримала від донорів десятки мільйонів доларів, що були спрямовані на забезпечення лікарень кисневими станціями та вакцинальними матеріалами.

Окрему увагу варто приділити податково-фінансовим інструментам, які спрямовані на стимулювання інвестицій та зростання приватної ініціативи. Наприклад, Податковим кодексом України передбачено пільгові умови для благодійних організацій та донорських програм у сфері охорони здоров'я, а механізми державно-приватного партнерства (визначені Законом України «Про державно-приватне партнерство») дозволяють залучати приватні кошти для модернізації інфраструктури та розвитку медичних технологій.

Завершальною ланкою механізму виступає система фінансового контролю і моніторингу, яка забезпечує прозорість та цільове використання ресурсів. Діяльність Рахункової палати України, Державної аудиторської служби та внутрішніх фінансових підрозділів НСЗУ спрямована на аудит витрат, перевірку ефективності використання коштів, а також виявлення порушень. Важливим нововведенням стало впровадження електронної системи eHealth, яка підвищила прозорість руху фінансових потоків, дозволила вести реєстри пацієнтів і контрактів, а також забезпечила антикорупційний ефект.

Таким чином, фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я України формується як багатокomпонентна система,

що базується на поєднанні державних, місцевих, приватних та міжнародних джерел фінансування. Його розвиток засвідчує поступовий перехід від централізованої бюджетної моделі до змішаної системи, орієнтованої на принципи прозорості, ефективності та партнерства.

Фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я України включає кілька взаємопов'язаних складових, які разом забезпечують ресурсну базу, економічну регуляцію та контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів (рис. 2.7). До першої складової належать джерела фінансування системи охорони здоров'я. Основними джерелами є кошти державного та місцевих бюджетів, що формуються на основі податкових надходжень і цільових бюджетних фондів. Значне значення мають кошти цільових державних фондів, зокрема Національної служби здоров'я України, страхових фондів соціального страхування, а також міжнародна фінансова допомога у вигляді грантів, кредитів та інвестиційних проєктів. Крім того, частину фінансових ресурсів становлять власні кошти громадян, які сплачуються у формі співоплати за медичні послуги, добровільного страхування або благодійних внесків.

Другу складову формують інструменти фінансового забезпечення охорони здоров'я, які визначають механізми розподілу та використання фінансових ресурсів. Серед них слід виділити державні програми гарантування медичного обслуговування, бюджетне фінансування закладів охорони здоров'я, закупівлі медичних послуг через Національну службу здоров'я України за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», а також механізми державно-приватного партнерства, що сприяють залученню додаткових ресурсів і підвищенню ефективності надання медичних послуг.

Третя складова механізму пов'язана з економічними важелями, які забезпечують стимулювання ефективного використання ресурсів та регулюють економічні відносини у сфері охорони здоров'я. До них належать податкові пільги та преференції для медичних закладів і інвесторів, тарифікація медичних послуг, регулювання цін на лікарські засоби та вироби

медичного призначення, механізми співфінансування і дотацій, а також кредитні та інвестиційні інструменти розвитку медичної інфраструктури.

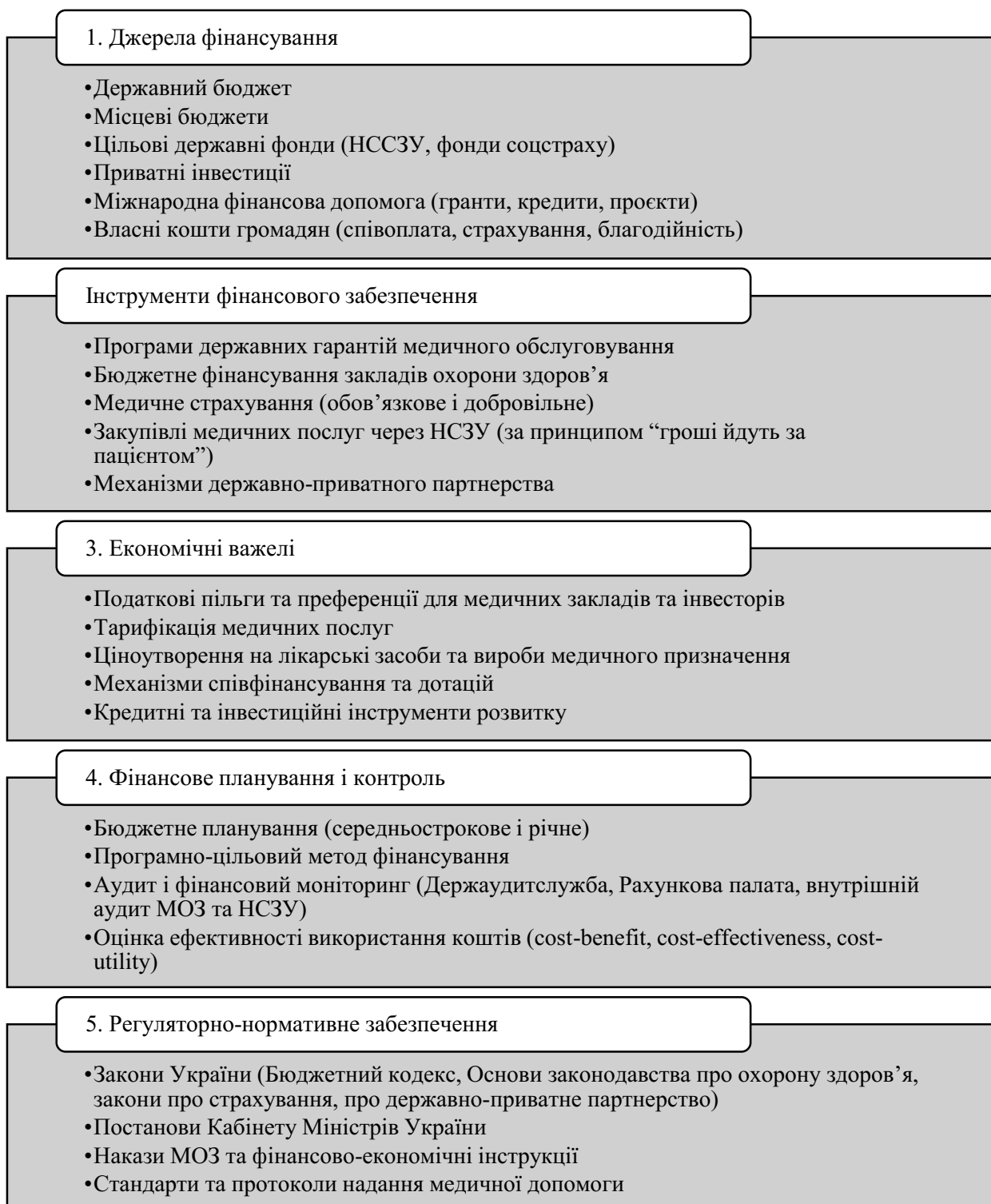


Рис.2.7. Фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я*

*Джерело: власна розробка автора

Четверта складова охоплює систему фінансового планування та контролю, яка забезпечує раціональне розподілення ресурсів та оцінку ефективності їх використання. Основними елементами цієї складової є середньострокове і річне бюджетне планування, застосування програмно-цільового методу фінансування, аудит і фінансовий моніторинг, а також оцінка ефективності використання коштів за методиками *cost-benefit*, *cost-effectiveness* та *cost-utility*.

П'ята складова фінансово-економічного механізму публічного управління визначає нормативно-правове забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. Вона включає закони України, такі як Бюджетний кодекс, Основи законодавства про охорону здоров'я, закони про медичне та добровільне страхування, а також нормативно-правові акти щодо державно-приватного партнерства. Крім того, до цієї складової належать постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я, фінансово-економічні інструкції та стандарти надання медичної допомоги, які регламентують порядок використання ресурсів і визначають стандарти ефективності.

Фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я України виступає комплексною системою, що поєднує джерела фінансування, інструменти забезпечення, економічні важелі, планування і контроль, а також нормативно-правове регулювання, забезпечуючи стійкий розвиток медичної галузі та ефективне задоволення потреб населення у медичній допомозі.

Не менш важливим елементом системи публічного управління охороною здоров'я виступає інформаційно-комунікативний механізм, який забезпечує прозорість діяльності органів влади, взаємодію між державою, медичними закладами та громадянами, а також інтеграцію системи охорони здоров'я в сучасний цифровий простір. Його сутність полягає у створенні ефективного середовища обміну інформацією, що дозволяє приймати

управлінські рішення на основі достовірних даних, формувати довіру суспільства до реформ у сфері охорони здоров'я та підвищувати рівень соціальної відповідальності держави.

Розглянемо основні економічні заходи механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України, які спрямовані на забезпечення раціонального використання фінансових ресурсів, стимулювання ефективності діяльності медичних закладів та створення умов для сталого розвитку системи охорони здоров'я. До таких заходів належать комплекс регуляторних, стимулюючих та планово-контрольних інструментів, що взаємодіють між собою і забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я.

Першим напрямом економічних заходів є тарифікація та регулювання вартості медичних послуг. В умовах децентралізованої системи фінансування державне регулювання тарифів дозволяє визначати економічно обґрунтовані ціни на медичні послуги та забезпечувати баланс між доступністю медичної допомоги для населення та фінансовою стабільністю закладів охорони здоров'я. Тарифікація здійснюється відповідно до рівня складності надання медичних послуг, категорії закладу та фінансових можливостей державного і місцевих бюджетів.

Другим важливим заходом є впровадження механізмів державного і обов'язкового медичного страхування. Через Національну службу здоров'я України здійснюється закупівля медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що створює економічну мотивацію для закладів охорони здоров'я на підвищення якості надання послуг та ефективне використання ресурсів. Подібні заходи включають також розвиток добровільного медичного страхування, що дозволяє залучати додаткові фінансові ресурси та розширювати спектр доступних медичних послуг.

Третій напрям економічних заходів охоплює механізми стимулювання інвестиційної та інноваційної діяльності в охороні здоров'я. До таких заходів відносяться податкові пільги та преференції для інвесторів, державна

підтримка проєктів державно-приватного партнерства, кредитування та грантове фінансування інноваційних медичних технологій. Впровадження цих заходів сприяє модернізації медичної інфраструктури, підвищенню ефективності виробництва медичних послуг та інтеграції сучасних технологій у систему охорони здоров'я.

Четвертим напрямом є планово-контрольні заходи, що забезпечують ефективне управління фінансовими ресурсами. Сюди належать бюджетне планування та програмно-цільове фінансування, аудит і внутрішній контроль за використанням коштів, а також оцінка ефективності інвестиційних та медико-економічних рішень. Використання таких заходів дозволяє забезпечити прозорість фінансових потоків, своєчасне виявлення неефективного використання ресурсів і прийняття управлінських рішень на основі об'єктивних даних.

Нарешті, до економічних заходів механізму публічного управління відносяться заходи щодо регулювання цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення, механізми дотаційного та співфінансування державних і комунальних медичних закладів, а також стимулювання оптимізації витрат на матеріально-технічне забезпечення. Ці заходи дозволяють досягати економічної збалансованості системи охорони здоров'я, підвищувати доступність медичних послуг та гарантувати соціальну справедливість у наданні медичної допомоги.

Отже, економічні заходи механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України формують комплексну систему стимулів та регуляторів, що забезпечує ефективне використання ресурсів, розвиток медичної інфраструктури, підвищення якості медичних послуг та досягнення соціальної мети державної політики у сфері охорони здоров'я.

Основні фінансові заходи механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України спрямовані на забезпечення стабільного функціонування системи охорони здоров'я, раціонального розподілу фінансових ресурсів та контролю за їх ефективним використанням. Вони

формують організаційно-економічну основу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та забезпечують належне фінансування медичних закладів різних рівнів.

Першим напрямом фінансових заходів є бюджетне забезпечення системи охорони здоров'я. Це включає планування та розподіл коштів державного та місцевих бюджетів, цільових фондів і субвенцій на фінансування закладів охорони здоров'я та програм державних гарантій медичного обслуговування населення. Особливе значення має забезпечення прозорого та ефективного бюджетного процесу, включно із застосуванням програмно-цільового методу фінансування та середньострокового бюджетного планування, що дозволяє оптимізувати витрати і досягати визначених соціальних та медичних показників.

Другим напрямом є фінансування закупівлі медичних послуг через Національну службу здоров'я України, яке здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Цей механізм створює економічну мотивацію для закладів охорони здоров'я підвищувати якість надання послуг та ефективно використовувати фінансові ресурси. Разом з тим, фінансування включає забезпечення закупівель ліків та виробів медичного призначення, розвиток страхових механізмів та співфінансування державних і комунальних медичних закладів.

Третім напрямом фінансових заходів є впровадження контрольних та аудиторських механізмів, що забезпечують ефективне використання ресурсів і мінімізацію ризиків їх нерационального розподілу. До них належать фінансовий аудит, внутрішній контроль та моніторинг витрат, оцінка результативності бюджетних програм, а також використання аналітичних методик для оцінки економічної ефективності інвестицій у розвиток медичної інфраструктури та матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я.

Четвертий напрям фінансових заходів передбачає створення економічних стимулів для залучення додаткових ресурсів у медичну сферу,

зокрема через механізми державного і добровільного медичного страхування, державно-приватного партнерства, грантового та інвестиційного фінансування. Ці заходи дозволяють не лише збільшити обсяг фінансових ресурсів, а й сприяти модернізації медичної інфраструктури, підвищенню якості надання медичних послуг і розвитку інноваційних напрямів охорони здоров'я.

Таким чином, фінансові заходи механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України забезпечують комплексне фінансування медичної галузі, сприяють ефективному використанню ресурсів, підвищенню якості надання медичних послуг та реалізації соціальних і державних пріоритетів у сфері охорони здоров'я населення.

Особливістю інформаційно-комунікативного механізму є його тісний зв'язок із цифровізацією, адже сучасна система охорони здоров'я функціонує на основі електронних даних, відкритих реєстрів та інформаційних платформ. Важливим кроком стало впровадження єдиної державної електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка регламентована Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017, № 2168-VIII) та відповідними підзаконними актами МОЗ. Система забезпечує збір, обробку та зберігання даних про пацієнтів, лікарів, медичні послуги й договори, а також слугує інструментом для моніторингу виконання Програми медичних гарантій.

Значущим елементом цього механізму є розвиток електронних сервісів для пацієнтів і лікарів, серед яких електронний рецепт, електронні направлення, електронна медична картка. Такі інструменти не лише спрощують доступ до послуг, а й сприяють мінімізації корупційних ризиків, адже фінансові потоки й надані послуги відображаються у цифровому середовищі та підлягають аудиту.

Важливим аспектом є також інформаційна відкритість і комунікація з громадськістю, що реалізується через офіційні вебпортали МОЗ, НСЗУ, обласних департаментів охорони здоров'я, а також через публічні звіти,

пресконференції, соціальні мережі та інші канали. Це сприяє підвищенню рівня довіри до державної політики у сфері охорони здоров'я та забезпечує можливість громадського контролю. Зокрема, публікація на сайті НСЗУ переліків медичних закладів, які уклали договори з державою, чи інформації про тарифи на медичні послуги є прикладом відкритості й прозорості.

Окремої уваги заслуговує зовнішньокommунікативна складова, що включає взаємодію з міжнародними організаціями та партнерами (ВООЗ, Світовий банк, ЄС, USAID), які не лише надають фінансову допомогу, а й здійснюють інформаційно-аналітичну підтримку реформ. Завдяки інтеграції у глобальні інформаційні мережі Україна отримує доступ до сучасних стандартів медичної статистики, міжнародних протоколів лікування та новітніх практик управління. Разом із тим, інформаційно-комунікативний механізм має і низку викликів. Серед ключових – необхідність підвищення цифрової грамотності медичних працівників та населення, удосконалення кіберзахисту персональних даних, а також подолання регіональної нерівності у доступі до цифрових послуг.

Таким чином, інформаційно-комунікативний механізм у сфері охорони здоров'я України характеризується поєднанням цифрових інструментів, відкритих комунікаційних каналів і міжнародної інтеграції. Його розвиток є невід'ємною умовою ефективності всієї системи публічного управління, оскільки саме інформація і комунікація стають базою для прийняття рішень, контролю їх реалізації та забезпечення взаємодії держави з суспільством у сфері охорони здоров'я. Інформаційно-комунікативний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я України є важливою складовою інституційної архітектури системи управління, яка забезпечує не лише передачу та обробку інформації, а й формування довіри між владою, медичними закладами та громадськістю. Він слугує ключовою платформою для реалізації принципів прозорості, підзвітності й відкритості, що відповідає сучасним підходам до демократичного врядування у сфері охорони здоров'я (табл.2.14).

Таблиця 2.14

Основні складові інформаційно-комунікативного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України*

Елемент механізму	Сутність та функції	Інструменти реалізації	Приклади в Україні
Єдина державна електронна система охорони здоров'я (eHealth)	Централізований збір, обробка та зберігання медичної інформації, забезпечення прозорості фінансування	Електронний реєстр пацієнтів; база даних договорів із НСЗУ; електронні медичні записи	eHealth, електронна медична картка, електронний кабінет лікаря та пацієнта
Електронні сервіси для пацієнтів і лікарів	Спрощення доступу до послуг, зменшення бюрократії, контроль за обігом лікарських засобів	Е-рецепт, е-направлення, телемедицина	Електронний рецепт на ліки «Доступні ліки»; електронні направлення на аналізи
Інформаційна відкритість і прозорість	Забезпечення доступу громадськості до інформації, підвищення довіри до системи	Вебпортали, відкриті реєстри, публічні звіти, пресконференції, соцмережі	Відкриті дані на сайті НСЗУ, публікація тарифів на медичні послуги
Комунікація з громадянами	Зворотний зв'язок, формування громадської думки, залучення населення до контролю	Гарячі лінії, онлайн-консультації, чат-боти, соціальні кампанії	Гаряча лінія МОЗ, чат-бот НСЗУ у Viber/Telegram
Міжнародна комунікація	Обмін досвідом, інтеграція у світові стандарти, залучення аналітичної та інформаційної підтримки	Спільні програми з ВООЗ, Світовим банком, ЄС, USAID	EU4Health, проекти ВООЗ щодо COVID-19, звітність за стандартами ЄС
Кібербезпека та захист даних	Забезпечення конфіденційності, цілісності й безпеки персональних даних	Шифрування даних, стандарти кіберзахисту, законодавчі норми	Закон України «Про захист персональних даних»; системи захисту eHealth

*Джерело: власна розробка автора

Центральне місце в цьому механізмі посідає єдина державна електронна система охорони здоров'я (eHealth), яка функціонує відповідно до положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017, № 2168-VIII). Її запровадження стало ключовим етапом цифровізації галузі, оскільки система забезпечує централізований збір,

обробку та збереження інформації про пацієнтів, медичних працівників, ліцензовані медичні заклади, укладені договори з НСЗУ, а також надані медичні послуги. Завдяки цьому вдалося значно знизити рівень бюрократизації, зменшити ризики дублювання даних та забезпечити прозорість фінансових потоків у межах Програми медичних гарантій.

Особливе значення мають електронні сервіси для пацієнтів і лікарів, які стали базовим елементом комунікації у сфері охорони здоров'я. Серед них – електронний рецепт, що регламентований постановою КМУ № 1303 від 17.08.1998 (зі змінами) [120], електронне направлення та електронна медична картка. Вони забезпечують пацієнтам доступність послуг незалежно від місця проживання, а лікарям – оперативність ведення документації. Окремо слід відзначити розвиток телемедицини, що дозволяє підвищити доступність спеціалізованих консультацій у віддалених регіонах.

Суттєвою рисою інформаційно-комунікативного механізму є його орієнтація на інформаційну відкритість та прозорість. МОЗ, НСЗУ та інші державні органи активно використовують офіційні портали, відкриті дані та публічні звіти для інформування населення. Зокрема, на сайті НСЗУ оприлюднюються реєстри медичних закладів, що уклали договори, тарифи на медичні послуги, інформація про витрати державних коштів. Така практика відповідає принципам належного врядування та створює основу для суспільного контролю за діяльністю органів влади.

Важливим аспектом є налагодження прямої комунікації з громадянами, яка реалізується через гарячі лінії, чат-боти, онлайн-консультації та соціальні інформаційні кампанії. Наприклад, гаряча лінія МОЗ України та чат-бот НСЗУ у Viber і Telegram стали важливими каналами для отримання громадянами інформації про доступність ліків, порядок дій під час укладення декларації з лікарем чи пошуку найближчого закладу, що надає послуги за Програмою медичних гарантій. Це свідчить про перехід від односторонньої комунікації до інтерактивного діалогу між владою та населенням.

Окремо слід виділити міжнародну комунікаційну складову, яка

забезпечує інтеграцію України у світові інформаційні та управлінські мережі. Тісна взаємодія з ВООЗ, Світовим банком, Європейським Союзом та іншими організаціями сприяє обміну даними, впровадженню міжнародних стандартів медичної статистики, уніфікації протоколів лікування, а також отриманню аналітичної підтримки у процесі реформування. Наприклад, у рамках програми EU4Health Україна отримує не лише фінансові ресурси, а й доступ до європейських методологій моніторингу та оцінки ефективності системи охорони здоров'я.

Зростання ролі цифрових технологій актуалізує питання кібербезпеки та захисту персональних даних, що закріплено у Законі України «Про захист персональних даних» (2010, № 2297-VI) [132]. Оскільки eHealth та інші електронні сервіси оперують значними масивами чутливої інформації, особливе значення має впровадження стандартів інформаційної безпеки, шифрування даних та системного аудиту. Це забезпечує баланс між ефективністю використання інформаційних ресурсів та дотриманням права громадян на конфіденційність.

Таким чином, інформаційно-комунікативний механізм у сфері охорони здоров'я України характеризується поєднанням цифрових технологій, відкритих каналів комунікації та інтеграції у міжнародний інформаційний простір. Його особливістю є не лише трансформація традиційної системи управління на основі паперової документації у цифрову модель, а й формування нових стандартів взаємодії між державою, суспільством та міжнародними партнерами. Удосконалення цього механізму є стратегічним завданням, адже саме він забезпечує основу для ухвалення управлінських рішень на базі достовірних даних, моніторингу ефективності реформ та підвищення довіри громадян до системи охорони здоров'я.

Система публічного управління охороною здоров'я України функціонує як комплексна багаторівнева структура, що інтегрує організаційно-кадровий, фінансово-економічний та інформаційно-комунікативний механізми, забезпечуючи стратегічне планування, ресурсне забезпечення, контроль та

безперервність надання медичних послуг на центральному, регіональному та місцевому рівнях. Організаційно-кадровий механізм визначає структуру, повноваження та компетенції персоналу, сприяє оптимальному розподілу кадрів і розвитку професійних навичок, проте потребує подолання дисбалансів у забезпеченні фахівцями віддалених територій та інтеграції локальних і державних стандартів. Фінансово-економічний механізм формує ресурсну базу системи через бюджетне фінансування, страхові та цільові програми, господарську діяльність закладів і міжнародну допомогу, стимулює ефективне використання ресурсів та впровадження інновацій, а також забезпечує прозорість і контроль фінансових потоків. Інформаційно-комунікативний механізм створює ефективну платформу для обміну даними, цифровізації процесів, комунікації з громадянами та інтеграції у міжнародні інформаційні мережі, сприяючи підвищенню довіри суспільства до системи охорони здоров'я та прийняттю обґрунтованих управлінських рішень. Узгоджена взаємодія цих механізмів забезпечує стійкий розвиток системи охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг та реалізацію державної політики у сфері здоров'я населення навіть в умовах кризових викликів та процесів євроінтеграції.

2.4. SWOT-аналіз стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України

Стратегічний потенціал системи охорони здоров'я України визначається її здатністю ефективно реагувати на виклики, забезпечувати доступ до якісної медичної допомоги та адаптуватися до змін у соціально-економічному середовищі. Оцінка цього потенціалу є необхідною для формулювання обґрунтованих рекомендацій щодо подальшого розвитку галузі.

Ефективність стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України визначається комплексною взаємодією внутрішніх і зовнішніх чинників, що формують здатність галузі реагувати на соціально-економічні,

демографічні та технологічні виклики, забезпечувати доступність медичних послуг та підтримувати стійкий розвиток. Внутрішні чинники відображають ресурсний, організаційно-кадровий та нормативно-правовий потенціал системи, тоді як зовнішні чинники характеризують умови та обмеження, що визначають можливості її розвитку на макрорівні.

Серед ключових внутрішніх чинників варто виділити структуру та організаційні механізми управління системою охорони здоров'я, які забезпечують взаємодію центральних і регіональних органів влади, закладів первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Значне значення мають кадрові ресурси, включно з професійною кваліфікацією медичних працівників, їхньою готовністю до впровадження інноваційних технологій та адаптації міжнародних стандартів. Фінансово-економічна база, що включає державне фінансування, механізми закупівель та системи медичного страхування, виступає фундаментом забезпечення безперебійного функціонування галузі. Окрему роль відіграє інформаційно-комунікаційний потенціал, який визначає здатність системи до цифровізації процесів управління, електронного документообігу та аналітичного моніторингу надання медичних послуг.

До внутрішніх обмежень, що негативно впливають на ефективність стратегічного потенціалу, належать недостатнє фінансування більшості медичних закладів, нерівномірний розподіл медичних кадрів та ресурсів між регіонами, обмеженість інфраструктурних можливостей для впровадження сучасних технологій, а також часткова фрагментація інформаційних систем, що знижує ефективність управлінських рішень та контроль за якістю надання медичної допомоги.

Серед зовнішніх чинників, які визначають функціонування та перспективи розвитку системи охорони здоров'я, слід відзначити соціально-економічні умови, державну політику у сфері охорони здоров'я, міжнародну інтеграцію та впровадження передових технологій. Можливості залучення інвестицій, участь у міжнародних програмах обміну досвідом, розвиток

телемедицини та електронних сервісів створюють умови для підвищення ефективності та стійкості системи. До загроз зовнішнього середовища належать військова агресія, демографічні зміни, соціально-економічна нестабільність, а також глобальні виклики охорони здоров'я, зокрема поширення інфекційних та хронічних захворювань, зміни клімату та епідеміологічні ризики.

Отже, ефективність стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України визначається синергетичною взаємодією внутрішніх ресурсних та організаційних можливостей із зовнішніми умовами та обмеженнями. Подальший розвиток галузі вимагає комплексного підходу до оптимізації фінансово-економічних, організаційно-кадрових та інформаційно-комунікаційних механізмів управління, а також адаптації до зовнішніх факторів через посилення нормативного забезпечення, інтеграцію цифрових технологій і активне залучення міжнародного досвіду та інвестиційних ресурсів.

Аналіз сильних та слабких сторін є важливим етапом стратегічного планування, оскільки дозволяє виявити ключові фактори, що сприяють або перешкоджають досягненню поставлених цілей (табл. 2.15). Система охорони здоров'я України має значний стратегічний потенціал, який формується під впливом як нормативно-правових, так і організаційно-управлінських чинників. Однією з ключових сильних сторін є сучасна нормативна база, яка визначає правові рамки функціонування медичної системи та регулює всі основні аспекти – від стандартизації послуг і організації медичної допомоги до фінансування та контролю якості.

Прикладами можуть слугувати Закон України «Про охорону здоров'я» (1992, № 2801-XII), Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017, № 2168-VIII), а також численні постанови Кабінету Міністрів України щодо закупівлі ліків і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів. Ці нормативні документи

створюють підґрунтя для прогнозованого управління системою та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 2.15

Сильні та слабкі сторони стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України*

Показники / Фактори	Опис та деталізація
Сильні сторони (Strengths)	
Нормативна база	Законодавство та постанови КМУ регулюють всі ключові аспекти охорони здоров'я, включно зі стандартизацією, фінансуванням та організацією медичної допомоги.
Багаторівнева система управління	Чітко розмежовані центральний, регіональний та місцевий рівні забезпечують ефективну координацію та контроль.
Професійні медичні кадри	Висококваліфіковані лікарі, медсестри та управлінці в великих містах та спеціалізованих закладах.
Державне фінансування ключових програм	Централізовані закупівлі ліків, вакцинація, програми боротьби з хронічними захворюваннями.
Слабкі сторони (Weaknesses)	
Розгалужена мережа медичних закладів	Наявність лікарень, поліклінік, центрів екстреної допомоги, спеціалізованих установ.
Неоднорідність якості послуг	Значні відмінності у рівні доступності та якості медичної допомоги між містами та селами.
Кадровий дефіцит у регіонах	Нестача лікарів, медсестер та адміністративного персоналу у віддалених областях.
Застаріла інфраструктура	Необхідність модернізації обладнання та будівель лікарень, особливо у регіонах.
Недостатнє фінансування	Частина програм залежить від річних бюджетних видатків та зовнішньої допомоги.
Складна інтеграція інформаційних систем	Недостатнє впровадження електронного здоров'я (eHealth) ускладнює ефективний аналіз медичних даних.

*Джерело: власна розробка автора

Іншою значущою сильнішою стороною є багаторівнева система управління, яка охоплює центральний, регіональний та місцевий рівні. Центральний рівень, представлений МОЗ України та НСЗУ, відповідає за формування політики та централізоване фінансування програм. Регіональні департаменти охорони здоров'я забезпечують реалізацію цих програм на рівні областей, а місцеві ради та заклади охорони здоров'я здійснюють управлінські та оперативні функції. Така структуризація дозволяє ефективно координувати діяльність, контролювати виконання програм і оперативно реагувати на

регіональні виклики. Наприклад, у 2020–2021 рр. під час пандемії COVID-19 така багаторівнева система управління забезпечила оперативний розподіл кисневих станцій та лікарняних ліжок по всіх регіонах.

Суттєвою сильнішою стороною є професійні медичні кадри, які формують людський потенціал системи охорони здоров'я. Упродовж 2015–2023 рр. в Україні спостерігалось поступове зниження концентрації середнього медичного персоналу на одного лікаря – з 2,00 у 2015 р. до 1,61 у 2023 р., що свідчить про системне скорочення забезпеченості лікарів молодшими фахівцями (рис. 2.8).

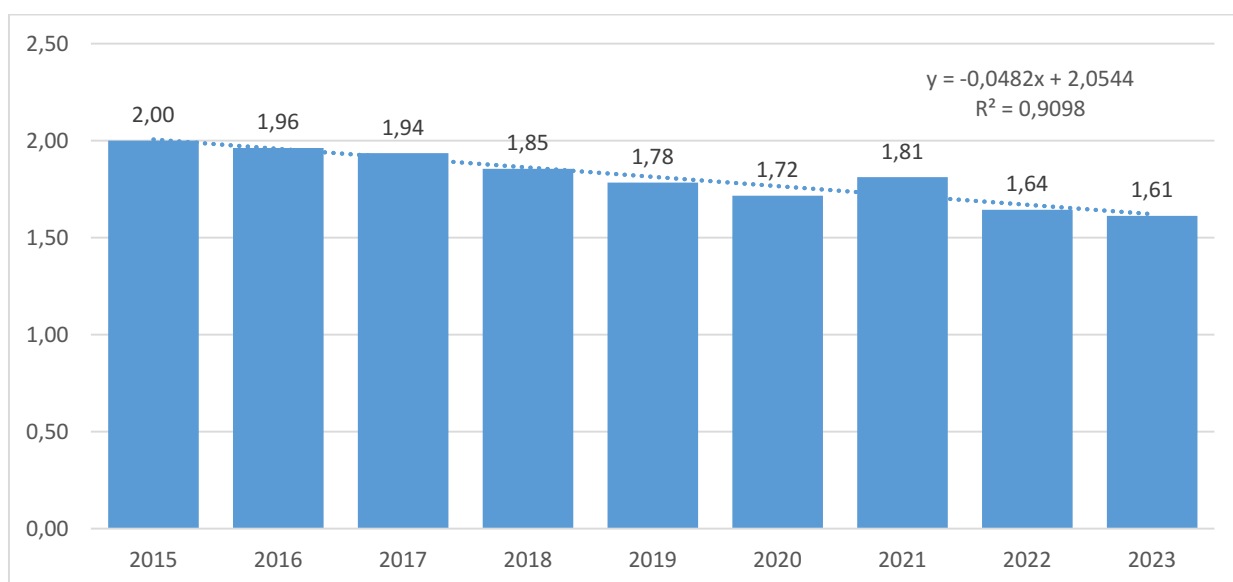


Рис. 2.8. Концентрація кількості середнього медичного персоналу на одного лікаря, осіб*

*Джерело: розраховано автором за даними [160]

У докризовий період (2015–2019 рр.) показники залишалися відносно стабільними (1,78–2,00 осіб), однак тенденція до зменшення відображала поступове скорочення набору медсестер і міграційні процеси. Під час пандемії COVID-19 (2020–2021 рр.) співвідношення знизилося до 1,72 осіб у 2020 р., що зумовлено підвищенням навантаженням і впливом кадрів, з подальшим частковим відновленням до 1,81 у 2021 р. завдяки адаптації системи та залученню резервного персоналу. Воєнні події 2022–2023 рр. спричинили

найглибше падіння показника (до 1,61), що відображає масштабний дефіцит середнього медичного персоналу через міграцію, втрату інфраструктури та загальну дестабілізацію сфери охорони здоров'я. Рівняння апроксимації $y = -0,0482x + 2,0544$ показує лінійну залежність концентрації середнього медичного персоналу на одного лікаря від часу (x). Від'ємний коефіцієнт при $x = -0,0482$ свідчить про поступове зменшення кількості середнього медичного персоналу на одного лікаря з часом. Високе значення $R^2 = 0,9098$ вказує на добру точність апроксимації та сильну кореляцію між змінними.

Загалом динаміка демонструє стійку тенденцію до погіршення кадрового балансу, яка в умовах високого навантаження створює критичні ризики для ефективності роботи лікарів та якості медичних послуг. У великих містах та спеціалізованих закладах країни працюють висококваліфіковані лікарі, медсестри та адміністративні управлінці. Наприклад, у провідних клініках Києва, Львова та Харкова забезпечено доступ до сучасних методів діагностики та лікування, що дозволяє здійснювати високоякісну медичну допомогу. Проте концентрація кадрів у великих містах також підкреслює регіональні диспропорції.

Ще однією сильною стороною є державне фінансування ключових програм охорони здоров'я, що включає централізовані закупівлі ліків, вакцинацію та програми боротьби з хронічними захворюваннями. Наприклад, завдяки централізованим закупівлям через Державне підприємство «Медичні закупівлі України» вдається забезпечити лікарські засоби для онкологічних та інфекційних хворих по всій країні. У 2024 році обсяг закупівель досяг 10,9 млрд грн, що значно перевищує 2,55 млрд грн за весь 2023 рік [95]. Це дозволяє гарантувати рівний доступ населення до необхідних медичних послуг незалежно від місця проживання.

Водночас система має ряд слабких сторін, що знижують її стратегічну ефективність. Однією з таких є розгалужена мережа медичних закладів, що на перший погляд є перевагою, але водночас створює проблеми координації та ефективності. Велика кількість лікарень, поліклінік та спеціалізованих центрів

часто ускладнює управління ресурсами та потребує високих адміністративних витрат. Прикладом є нерівномірне завантаження лікарень: великі міські клініки перевантажені, тоді як районні лікарні працюють із низьким завантаженням.

Ще однією слабкою стороною є неоднорідність якості медичних послуг, що значною мірою обумовлена територіальними та соціально-економічними відмінностями. Населення великих міст має доступ до сучасного обладнання та висококваліфікованих спеціалістів, тоді як у сільській місцевості якість медичної допомоги залишається низькою. Так, у віддалених областях, таких як Закарпатська чи Чернівецька, зафіксовані суттєві затримки з наданням спеціалізованих послуг та дефіцит ліків.

Слабкі сторони також пов'язані з кадровим дефіцитом у регіонах, що ускладнює забезпечення рівного доступу до медичної допомоги. Віддалені райони стикаються із нестачею лікарів, медсестер та адміністративного персоналу. Наприклад, у 2022–2023 рр. у південних та східних областях України були зафіксовані вакансії на понад 30% лікарських посад у районних лікарнях.

Не менш критичною є застаріла інфраструктура, особливо у регіонах, де лікарні потребують модернізації будівель та обладнання. Середній вік медичного обладнання у багатьох районних закладах перевищує 15–20 років, що негативно впливає на якість діагностики та лікування. Наприклад, у центральних лікарнях сільських районів Дніпропетровської та Харківської областей зафіксовано значний дефіцит сучасних апаратів ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії.

Ще однією слабкістю є недостатнє фінансування окремих програм, яке часто залежить від річних бюджетних видатків або зовнішньої допомоги. Наприклад, програми з боротьби із серцево-судинними захворюваннями та діабетом фінансуються нерівномірно, що призводить до нестабільного забезпечення пацієнтів ліками та медичними послугами.

Нарешті, проблемою залишається складна інтеграція інформаційних систем, яка обмежує ефективний аналіз медичних даних і ухвалення управлінських рішень на основі доказової медицини. Незважаючи на впровадження eHealth, багато регіональних лікарень все ще використовують паперову документацію або локальні електронні системи, що ускладнює централізований моніторинг та статистичну обробку даних. Наприклад, у віддалених сільських амбулаторіях електронна система часто функціонує частково або не використовується через відсутність інтернет-з'єднання та недостатню цифрову підготовку персоналу.

Таким чином, стратегічний потенціал системи охорони здоров'я України поєднує в собі наявність міцної нормативної бази, професійних кадрів та централізованого фінансування ключових програм з одночасним існуванням серйозних структурних, кадрових та фінансових проблем, які вимагають комплексного підходу до реформування та модернізації галузі.

Поряд із сильними та слабкими сторонами система має значні можливості для розвитку (табл 2.16).

Цифровізація та впровадження інновацій, таких як електронні медичні карти, телемедицина та аналітичні системи управління, здатні підвищити ефективність надання медичних послуг і оптимізувати використання ресурсів. У 2020–2024 рр. цифровізація системи охорони здоров'я України набула системного характеру, що проявилось у масштабному впровадженні електронних сервісів, розширенні функціоналу Єдиної державної електронної системи у сфері охорони здоров'я (ЕСОЗ) та зростанні обсягів оброблюваних даних. Згідно з офіційними даними МОЗ України та eHealth (2024), станом на кінець 2024 р. у системі ЕСОЗ зареєстровано понад 3,8 млрд електронних медичних записів, що майже у 60 разів більше, ніж у 2020 р. (приблизно 65 млн) [29, 170].

Кількість унікальних пацієнтів, зареєстрованих у системі, перевищила 37 млн осіб, що охоплює майже все населення країни. Суттєво зріс обсяг використання електронних рецептів – з 21 млн у 2020 р. до понад 87 млн у

2024 р. [99], що свідчить про повноцінне впровадження електронної програми «Доступні ліки». Кількість електронних направлень збільшилася з 10 млн у 2020 р. до понад 650 млн у 2024 р., що засвідчує повсюдне застосування цифрових інструментів у взаємодії між лікарями та пацієнтами [99].

Таблиця 2.16

Можливості та загрози стратегічного потенціалу системи охорони здоров’я України*

Показники / Фактори	Опис та деталізація
Можливості (Opportunities)	
Цифровізація та інновації	Електронні медичні карти, телемедицина, аналітичні системи для прийняття управлінських рішень.
Міжнародна підтримка	Залучення грантів і ресурсів від ЄС, ВООЗ, Світового банку для модернізації та навчання персоналу.
Розвиток приватного сектора	Партнерство між державними та приватними медичними закладами для підвищення ефективності послуг.
Підвищення стандартів освіти	Інтеграція сучасних методів підготовки лікарів та управлінських кадрів.
Профілактична медицина	Розширення програм вакцинації, скринінгів, формування здорового способу життя населення.
Загрози (Threats)	
Військові конфлікти та кризи	Впливають на доступність медичних послуг, логістику та ресурси системи охорони здоров’я.
Економічна нестабільність	Обмеження державного фінансування, затримки зарплат медичним працівникам.
Міграція медичних кадрів	Втрати висококваліфікованих лікарів та медсестер через виїзд за кордон.
Епідемічні ризики	Пандемії та поширення інфекційних хвороб ставлять під загрозу ресурси та якість послуг.
Низький рівень довіри населення	Недовіра до державних медичних установ зменшує ефективність профілактичних та лікувальних програм.

*Джерело: власна розробка автора

Інфраструктура цифрового охоплення також розширилася: до ЕСОЗ підключено понад 16 тис. медичних закладів і понад 37 медичних інформаційних систем (МІС), інтегрованих із центральною базою даних. Пропускна здатність системи у 2024 р. досягла 2500 запитів за секунду, що забезпечує стабільну роботу навіть у пікові навантаження.

Таким чином, за останні п'ять років цифровізація охорони здоров'я в Україні трансформувалася з експериментального етапу в дієвий елемент національної системи управління медичними послугами. Це сприяло підвищенню прозорості, ефективності фінансування через НСЗУ, зручності для пацієнтів і наближенню до європейських стандартів eHealth. Міжнародна підтримка у вигляді грантів та ресурсів від Європейського Союзу, Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку відкриває перспективи для модернізації інфраструктури, навчання персоналу та впровадження сучасних медичних технологій. Розвиток приватного сектора та створення партнерств між державними та приватними медичними закладами можуть значно підвищити ефективність надання послуг і забезпечити більш оптимальний розподіл ресурсів. Підвищення стандартів освіти, зокрема інтеграція сучасних методів підготовки лікарів і управлінців, сприяє формуванню стійкого кадрового потенціалу, здатного відповідати на виклики сучасної медицини. Водночас розвиток профілактичної медицини, включно з розширенням програм вакцинації, скринінгів та формуванням здорового способу життя населення, дозволяє зменшити навантаження на систему та підвищити рівень здоров'я громадян.

У контексті проведеного SWOT-аналізу стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України важливо відзначити, що одним із найактуальніших напрямів розвитку галузі є формування ефективної, інклюзивної та стійкої системи медичної реабілітації, здатної забезпечити відновлення здоров'я населення, яке зазнало фізичних і психологічних травм унаслідок воєнних дій. За даними Міністерства охорони здоров'я України, понад 250 тисяч осіб щороку потребують фізичної реабілітації через війну з Росією [111]. Така динаміка свідчить про критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я та водночас демонструє потребу в системних змінах у сфері управління, фінансування та організації реабілітаційних послуг.

Показовим прикладом комплексного підходу до вирішення цих проблем є реалізація міжнародного проєкту Rehab4U, який спирається на досвід організації Momentum Wheels for Humanity та її партнерів – Results for Development (R4D), Project Hope, Національної асамблеї людей з інвалідністю України (NAPD) і компанії Deloitte [159]. Цей проєкт спрямований на створення стійкої, інклюзивної системи реабілітації, що сприятиме підвищенню функціональних можливостей, соціальній інтеграції та економічній активності осіб, які потребують тривалого відновлення після поранень і травм.

У межах реалізації ініціативи визначено три стратегічні напрями, які безпосередньо корелюють із виявленими у SWOT-аналізі можливостями розвитку галузі. По-перше, зміцнення управління у секторі реабілітації передбачає розбудову управлінського потенціалу на національному, регіональному та місцевому рівнях, що підвищує ефективність прийняття рішень і посилює інституційну спроможність системи. По-друге, розширення доступу до якісних та доступних послуг і допоміжних засобів дозволяє зменшити територіальні та соціально-економічні бар'єри для отримання реабілітаційної допомоги. По-третє, сприяння інклюзії забезпечує інтеграцію людей з інвалідністю та ветеранів війни у суспільне життя та процеси економічного відновлення країни.

Реалізація цих завдань відбувається шляхом впровадження багаторівневої моделі управління та обслуговування, що включає створення регіональних планів дій, розвиток кадрового потенціалу, запровадження магістерських програм із протезування, ортопедії, фізичної та трудової терапії, розроблення стандартів стаціонарної реабілітаційної допомоги відповідно до міжнародних практик, а також зміцнення потенціалу громадських організацій у сфері захисту прав людей з інвалідністю.

Таким чином, проєкт Rehab4U є не лише інструментом подолання наявних слабких сторін системи охорони здоров'я (нестача ресурсів, нерозвиненість реабілітаційної інфраструктури, кадровий дефіцит), але й

водночас відкриває нові можливості для її інституційного розвитку. Його реалізація формує підґрунтя для створення сучасної, ефективної, соціально орієнтованої системи реабілітації, що є невід'ємною складовою стратегічного потенціалу охорони здоров'я України в умовах післявоєнного відновлення.

Дослідження було проведене Київським міжнародним інститутом соціології у співпраці з Фондом «Соціальні індикатори» завдяки підтримці Благодійної фундації «Здорові рішення», Міністерства охорони здоров'я України та Всесвітньої організації охорони здоров'я

Разом із можливостями існують зовнішні загрози, що можуть негативно впливати на стратегічний потенціал системи. Військові конфлікти та кризові ситуації обмежують доступність медичних послуг, порушують логістику та ускладнюють розподіл ресурсів, змушуючи систему мобілізувати ресурси для екстреної допомоги. Економічна нестабільність зумовлює обмеження державного фінансування та затримки виплат заробітних плат медичним працівникам, що негативно впливає на мотивацію та утримання кадрів. Масова міграція медичних фахівців за кордон створює дефіцит висококваліфікованих лікарів і медсестер, особливо у віддалених регіонах, що знижує ефективність системи. За оцінками, в районах, що зазнали бойових дій або були тимчасово окуповані, до 15 % персоналу первинної ланки могли залишити свої робочі місця або переїхати, що підтверджується польовими обстеженнями й оперативними висновками ВООЗ у перші місяці після загострення воєнних дій [18].

У міжнародних і наукових джерелах також фіксується відтік медпрацівників за кордон і зростання числа заявок на працевлаштування в країнах-приймачах (наприклад, понад 1,600 заявок від українських лікарів до німецької системи визнання дипломів за період після 2022 р.) [149]. Одночасно численні повідомлення та аналітика від міжнародних агенцій (IOM, WHO) описують значну шкоду інфраструктурі (уражено/знищено сотні закладів) і відтік кадрів із постраждалих областей, що прямо вплинуло на доступність і кваліфікацію послуг [187].

Пандемія COVID-19 і подальші спалахи інфекцій значно збільшили навантаження: за період пандемії в Україні було зафіксовано мільйони випадків COVID-19 і десятки тисяч пов'язаних летальних випадків, що ставило додаткове навантаження на обмежений персонал та ресурси закладів. ВООЗ у своїх апілах відзначала зростання проблем у забезпеченні доступу до спеціалізованої допомоги та дефіцит медикаментів у зонах впливу кризи [18]. Низький рівень довіри населення до окремих державних інституцій охорони здоров'я. Соціологічні дослідження останніх років фіксують коливання довіри до суспільних інституцій загалом; спеціалізовані опитування показують, що довіра до сімейних лікарів і певних медичних сервісів варіює (наприклад, частка тих, хто довіряє сімейному лікарю в окремих дослідженнях – близько 16 % у питаннях ментального здоров'я), що ускладнює реалізацію профілактичних програм і репатріацію пацієнтів у державні заклади [236].

Сумарно, офіційні і міжнародні джерела (ВООЗ, ІОМ, наукові публікації) підтверджують, що поєднання міграційних процесів, ушкоджень інфраструктури й підвищеного епідемічного навантаження спричинило реальний дефіцит кваліфікованих кадрів та зниження ефективності системи охорони здоров'я в певних регіонах. Водночас точні чисельні оцінки міграції та регіонального дефіциту потребують подальшого крос-перевіреного збору даних (реєстри працівників, адміністративні звіти облдержадміністрацій, опитування національного рівня), оскільки публічні джерела наразі дають фрагментарну картину [18].

Враховуючи попередній аналіз сильних і слабких сторін, а також можливостей і загроз, доцільним є комплексне узагальнення стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України у вигляді матриці SWOT. Така матриця дозволяє наочно співставити внутрішні ресурси та обмеження системи з зовнішніми можливостями та ризиками, що виникають у соціально-економічному та політичному середовищі. Вона слугує інструментом стратегічного планування, який допомагає визначити пріоритетні напрямки реформування, посилення сильних сторін, мінімізації впливу слабких сторін,

максимально ефективного використання наявних можливостей і протидії потенційним загрозам, що впливають на розвиток та стійкість галузі. Представлена нижче матриця узагальнює ключові фактори, що формують стратегічний потенціал охорони здоров'я України, та слугує базою для обґрунтованих управлінських рішень (табл. 2.17).

Таким чином, SWOT-аналіз демонструє, що стратегічний потенціал системи охорони здоров'я України формується на базі міцної нормативної та кадрової основи, багаторівневої структури управління та державного фінансування ключових програм. Водночас існують серйозні внутрішні слабкі сторони та зовнішні загрози, які потребують комплексного підходу до модернізації інфраструктури, цифровізації, підвищення кваліфікації персоналу та ефективного використання міжнародної підтримки. Використання наявних можливостей дозволяє підвищити стійкість і ефективність системи, забезпечити доступність та якість медичних послуг, а також формувати довгострокові стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні.

SWOT-аналіз стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України показує, що галузь володіє значними внутрішніми ресурсами та можливостями для розвитку, водночас стикаючись із суттєвими проблемами та зовнішніми загрозами. Система характеризується міцною нормативно-правовою базою, багаторівневою організаційною структурою, наявністю професійних медичних кадрів і державним фінансуванням ключових програм, що створює фундамент для ефективного управління та реагування на виклики. Разом із тим, внутрішні слабкі сторони, такі як нерівномірний розподіл кадрів, застаріла інфраструктура, недостатнє фінансування окремих програм та складна інтеграція інформаційних систем, обмежують потенціал галузі та знижують її ефективність.

Таблиця 2.17

Матриця SWOT-аналізу стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України*

Сильні сторони (Strengths)	Слабкі сторони (Weaknesses)
Нормативна база: законодавство та постанови КМУ регулюють стандартизацію, фінансування та організацію медичної допомоги. Багаторівнева система управління: чітке розмежування повноважень між центральним, регіональним та місцевим рівнями забезпечує ефективну координацію. Професійні медичні кадри: висококваліфіковані лікарі, медсестри та управлінці у великих містах та спеціалізованих закладах. Державне фінансування ключових програм: централізовані закупівлі ліків, вакцинація та програми боротьби з хронічними захворюваннями.	Розгалужена мережа медичних закладів, що ускладнює управління та контроль за якістю послуг. Неоднорідність якості послуг між містами та селами, що створює соціальну нерівність у доступі до медичної допомоги. Кадровий дефіцит у регіонах: нестача лікарів, медсестер та адміністративного персоналу у віддалених областях. Застаріла інфраструктура медичних закладів, особливо у регіонах, що потребує модернізації обладнання та будівель. Недостатнє фінансування частини програм, залежність від річних бюджетних видатків та зовнішньої допомоги. Складна інтеграція інформаційних систем, недостатнє впровадження електронного здоров'я (eHealth).
Можливості (Opportunities)	Загрози (Threats)
Міжнародна інтеграція: участь у програмах обміну досвідом, залучення інвестицій та передових технологій. Цифровізація та телемедицина: розвиток електронних сервісів для підвищення доступності та ефективності послуг. Реформування фінансування: запровадження нових механізмів фінансування медичних послуг та програм.	Військова агресія та руйнування медичної інфраструктури, що знижує доступність послуг. Соціально-економічна нестабільність: дефіцит державного фінансування, зменшення ресурсів для галузі. Глобальні виклики охорони здоров'я: поширення інфекційних та хронічних захворювань, зміни клімату, епідеміологічні ризики.

*Джерело: власна розробка автора

Зовнішнє середовище формує як можливості, так і загрози: цифровізація, телемедицина, міжнародна підтримка, розвиток приватного сектора та підвищення стандартів освіти створюють умови для модернізації та стійкого розвитку системи, тоді як військові конфлікти, економічна нестабільність, міграція медичних кадрів, епідемічні ризики та низький рівень довіри населення до державних установ ставлять під загрозу ефективність надання медичних послуг.

Отже, стратегічний потенціал системи охорони здоров'я України формується через синергію сильних сторін і наявних можливостей, але для його повної реалізації необхідне комплексне подолання внутрішніх слабких сторін та адаптація до зовнішніх викликів. Це вимагає модернізації інфраструктури, цифровізації процесів, підвищення кваліфікації кадрів, ефективного використання міжнародного досвіду і ресурсів, а також формування довгострокових стратегій, спрямованих на забезпечення доступності, якості та стійкості медичної допомоги для всього населення України. SWOT-аналіз стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України демонструє наявність значних внутрішніх ресурсів та можливостей для розвитку, сформованих міцною нормативно-правовою базою, багаторівневою організаційною структурою, професійними кадрами та державним фінансуванням ключових програм. Водночас система стикається з низкою внутрішніх слабких сторін, серед яких нерівномірний розподіл кадрів, застаріла інфраструктура, обмежене фінансування окремих програм та недостатня інтеграція інформаційних систем.

Зовнішні чинники створюють як можливості, зокрема цифровізацію, телемедицину, міжнародну підтримку та розвиток приватного сектору, так і загрози, зокрема військові конфлікти, економічну нестабільність, міграцію медичних кадрів, епідемічні ризики та низький рівень довіри населення до державних установ. Повноцінна реалізація стратегічного потенціалу потребує комплексного подолання внутрішніх обмежень, модернізації інфраструктури, цифровізації процесів, підвищення кваліфікації персоналу та ефективного

використання міжнародного досвіду й ресурсів, що забезпечить стійкість, доступність та якість медичної допомоги в Україні.

Висновки до розділу 2

1. Система публічного управління охороною здоров'я України має чітко визначені функції та повноваження на центральному, регіональному та місцевому рівнях і за останнє десятиліття зазнала суттєвих трансформацій, спрямованих на підвищення ефективності, прозорості та доступності медичних послуг. Реформи стали відповіддю на структурні недоліки централізованої моделі, обмежені фінансові ресурси, потребу гармонізації з європейськими стандартами та кризові виклики, зокрема пандемію COVID-19 і повномасштабне вторгнення Росії. Основними пріоритетами було зміцнення стратегічного потенціалу системи, інституційної стійкості та здатності адаптуватися до змін у соціально-економічному середовищі.

2. Аналіз даних за 2015–2023 рр. демонструє скорочення чисельності лікарів і середнього медичного персоналу, оптимізацію лікарняних закладів та ліжкового фонду, зростання фінансування системи та її адаптивність до криз. Пандемія та війна підкреслили необхідність комплексного підходу, що включає фінансову стабілізацію, кадрову підтримку, телемедицину та міжнародну допомогу, прискорили цифровізацію та модернізацію, заклавши основу для стійкої, сучасної та інтегрованої в європейський та глобальний медичний простір системи охорони здоров'я.

3. Система публічного управління охороною здоров'я України забезпечує координацію, ресурсне забезпечення та контроль на центральному, регіональному та місцевому рівнях через організаційно-кадровий, фінансово-економічний та інформаційно-комунікативний механізми. Центральний рівень формує політику, стандарти та фінансування, регіональний координує їх реалізацію, а місцевий організовує безпосереднє надання медичних послуг. Механізми забезпечують планування кадрів, ефективне використання ресурсів

та цифрову взаємодію, проте зберігаються дисбаланси у розподілі спеціалістів та ресурсів. Їхня інтеграція створює гнучку систему, здатну реагувати на виклики та реалізовувати державну політику у сфері охорони здоров'я.---

4. Система охорони здоров'я України пройшла значні трансформації для підвищення ефективності, прозорості та доступності послуг на всіх рівнях управління. SWOT-аналіз показує сильні сторони у цифровізації та впровадженні принципу «гроші йдуть за пацієнтом», слабкі – скорочення персоналу та ресурсні обмеження, можливості – інновації та міжнародна інтеграція, загрози – пандемії та війна. Ключові реформи, включно з НСЗУ та автономізацією закладів, підвищили якість і доступність медичної допомоги. Пандемія та війна прискорили цифровізацію та розвиток телемедицини, заклавши основу для стійкої та адаптивної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Зарубіжний досвід удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я та можливості його імплементації в Україні

У країнах Європейського Союзу та Організації економічного співробітництва та розвитку сформовано цілісні підходи до публічного управління у сфері охорони здоров'я, які ґрунтуються на засадах універсальності доступу, соціальної справедливості та орієнтації на потреби пацієнта. Пріоритетність цих засад закріплена у низці стратегічних документів ВООЗ, Європейської комісії та ОЕСР, що підкреслюють важливість забезпечення рівних можливостей у доступі до медичної допомоги, зниження нерівностей між регіонами та соціальними групами, а також підвищення якості послуг на основі доказової медицини та інноваційних технологій. Відповідно до європейської моделі управління охороною здоров'я, визначальною є інтеграція медичних і соціальних послуг, що дозволяє ефективніше реагувати на демографічні виклики, зокрема старіння населення, та забезпечувати сталість фінансування. ОЕСР, своєю чергою, пропонує уніфіковані підходи до оцінювання ефективності системи охорони здоров'я, серед яких ключовими є витрати на душу населення, середня тривалість життя та індикатори задоволеності пацієнтів (табл.3.1).

Універсальність доступу до медичної допомоги в країнах ЄС та ОЕСР розвивається від початкового розуміння рівного права на базові послуги до комплексної гарантії, що поєднує доступність, фінансовий захист і цифрову інклюзію.

Таблиця 3.1

Базові принципи публічного управління у сфері охорони здоров'я в країнах
ЄС та ОЕСР*

Принцип	Характеристика	Приклади впровадження
Універсальність доступу	Рівні права на медичні послуги, гарантії фінансового захисту від надмірних out-of-pocket витрат	NHS у Великій Британії; соціальне страхування у Франції та Німеччині; програми обмеження платежів у Естонії [211; 253]
Соціальна справедливість (Health Equity)	Зменшення нерівностей у здоров'ї між групами населення, моніторинг equity-індикаторів	couverture maladie universelle complémentaire у Франції; субсидії страхових внесків у Нідерландах; стратегія Health Equity 2030 ЄС
Децентралізація / Resilience	Автономія регіонів, здатність системи адаптуватися до криз через регіональні інститути	21 регіон Швеції з автономним фінансуванням; федеральні землі Німеччини; кризове реагування під час COVID-19 [220]
Орієнтація на пацієнта	Права пацієнтів, інформована згода, доступ до даних і транскордонного лікування	Європейська хартія прав пацієнтів [307], Directive 2011/24/EU; Regulation (EU) 2025/327 EHDS; персоналізовані плани у Данії та Нідерландах; безкоштовне тестування в Ірландії [235]
Цифрова трансформація	Використання e-Health, телемедицини, Big Data та AI як стратегічного ресурсу	Електронні рецепти в Естонії; національна система Kanta у Фінляндії; Health Data Hub у Франції; телемедицина у Великій Британії [163]
Прозорість і підзвітність	Відкритість даних, незалежний аудит, антикорупційні механізми	ЄС – Регламент про прозорість даних лікарських засобів; незалежні аудити у системі NHS
Value-based healthcare	Орієнтація на результати лікування та якість життя, а не на обсяг послуг	Нідерланди – пакети фінансування за показниками результативності; Швеція – національні реєстри результатів
Стійкість системи охорони здоров'я	Забезпечення готовності до кризових ситуацій, мобілізація ресурсів, резервне фінансування, функціонування кризових планів	Регламент (EU) 2022/2371 про створення Європейського органу з підготовки та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я (HERA); досвід Литви з Національним центром електронного здоров'я
Інклюзивність	Забезпечення рівного доступу до послуг для вразливих груп (люди з інвалідністю, ВПО, мешканці сільських територій)	Стратегії ЄС «Leave no one behind»; програми первинної допомоги у віддалених районах Фінляндії та Іспанії
Соціальна адаптованість	Здатність системи реагувати на зміни потреб населення, демографічні та міграційні зрушення	Моделі інтегрованих соціально-медичних послуг у Данії та Швеції; адаптивні стратегії під час міграційної кризи 2015 р.
Етичність і дотримання прав пацієнтів	Юридичне та практичне забезпечення принципів медичної етики, захисту даних і прав пацієнта	Європейська хартія прав пацієнтів; General Data Protection Regulation (GDPR); Clinical Trials Regulation (EU) 536/2014

Екологічність	Дотримання стандартів утилізації медичних відходів, «зелені» технології у медзакладах	Програми «Green Hospital» у Німеччині; стандарти ВООЗ з безпечного поводження з медичними відходами; національні екостратегії охорони здоров'я у Скандинавії

**Джерело: сформовано автором на основі [163; 211; 220; 235; 253; 307]*

Якщо National Health Service Act 2006 у Великій Британії або Health Insurance Act 2002 в Естонії забезпечували універсальність через формальне закріплення базових пакетів, то нині універсальність оцінюється не лише за обсягом покриття, а й за рівнем захисту від надмірних out-of-pocket витрат та доступом до e-Health сервісів. У середньому прямі платежі в країнах ОЕСР становлять 18 %, у Естонії сягають 22 %, що зумовлює відмову від лікування у 8 % дорослих проти 2–3 % середнього рівня [211; 253].

Це означає, що універсальність у XXI ст. = базові послуги + фінансовий захист + цифровий доступ. Соціальна справедливість (health equity) традиційно розумілася як етичний принцип, але нині перетворюється на вимірюваний індикатор у політиках ЄС. У Франції програма couverture maladie universelle complémentaire гарантує повне покриття витрат малозабезпеченим, а в Нідерландах закон Zorgverzekeringswet 2006 встановлює адресні субсидії на страхування. Європейська комісія через програму Health Equity 2030 визначила конкретну ціль – скоротити розрив у тривалості життя між соціальними групами до трьох років. Таким чином, equity стає не лише принципом справедливості, а й статистичною метою, закріпленою у стратегічних документах ЄС.

Децентралізація, яка раніше розглядалася як спосіб пристосувати систему до регіональних відмінностей, у сучасних умовах набула функції інституційної стійкості (resilience). У Швеції Health and Medical Services Act 2017 гарантує автономію 21 регіону у фінансуванні й плануванні медичних послуг, у Німеччині компетенції федеральних земель визначені у Grundgesetz і деталізовані у Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Під час пандемії COVID-19 саме такі механізми дозволили швидко перерозподіляти ресурси,

що підтвердило їхню роль як інструменту кризової адаптації [220]. Децентралізація тепер трактується не лише як децентрація повноважень, а як гарант стійкості системи.

Орієнтація на пацієнта набуває якісно нових рис завдяки правовій інституціоналізації. Європейська хартія прав пацієнтів 2002 року [307] визначає 14 ключових прав, включаючи доступ, інформацію, інформовану згоду, конфіденційність, інновації та компенсацію. Ці положення посилені Directive 2011/24/EU, яка гарантує право на транскордонне лікування з компенсацією витрат, та Regulation (EU) 2025/327 про Європейський простір даних здоров'я, що закріплює право пацієнтів контролювати використання своїх даних. У Нідерландах закон WGBO вимагає надання письмової інформованої згоди із зазначенням діагнозу, ризиків і альтернатив, у Данії це регламентує Health Act 2019, а Clinical Trials Regulation (EU) 536/2014 встановлює обов'язок перевіряти розуміння пацієнтом умов участі у дослідженні. Пандемія COVID-19 в Ірландії стала прикладом розширення цього принципу: уряд запровадив безкоштовне тестування й консультації незалежно від страхового статусу, що забезпечило реальну рівність у доступі [235]. Орієнтація на пацієнта трансформується з декларації у юридично забезпечену систему правового захисту й контролю над даними.

Цифрова трансформація систем охорони здоров'я в ЄС перестає бути лише інструментом оптимізації й стає стратегічним ресурсом управління. В Естонії Health Information System Act 2008 заклав основу для національного e-Health порталу, у Фінляндії Act on the Electronic Processing of Client Data 2007 створив систему Kanta, у Франції Loi n° 2019-774 «Ma Santé 2022» започаткувала Health Data Hub, у Великій Британії цифрові реформи були інтегровані у Health and Social Care Act 2012, у Німеччині Digitale-Versorgung-Gesetz 2019 дозволив офіційне використання мобільних додатків e-Health як частини терапії. Під час пандемії у Великій Британії понад 70 % консультацій проводилися онлайн [163]. Сьогодні цифрова трансформація означає не лише електронний запис чи рецепт, а й використання big data, штучного інтелекту

та блокчейну для управління ризиками, прогнозування захворюваності та захисту медичних записів.

Стійкість системи охорони здоров'я стає окремим стратегічним принципом, що передбачає готовність до пандемій, воєнних загроз чи природних катастроф. Європейські країни розробляють кризові плани, створюють резерви лікарських засобів та мобільні госпіталі, а Регламент (EU) 2022/2371 інституціоналізував HERA як інструмент спільної європейської відповіді на майбутні кризи.

Інклюзивність охорони здоров'я набуває характеру конкретної політики, що орієнтується на подолання бар'єрів доступу для вразливих груп. У Фінляндії діють програми мобільних медичних бригад у віддалених регіонах, у Нідерландах запроваджено механізми компенсацій для малозабезпечених, а ініціативи ЄС спрямовані на усунення нерівностей для людей з інвалідністю та мігрантів.

Соціальна адаптованість проявляється у здатності системи швидко змінюватися відповідно до нових потреб населення. Після міграційної кризи 2015 року в Данії та Швеції були розроблені інтегровані моделі надання соціально-медичних послуг, а під час війни в Україні країни ЄС створили спеціальні програми обслуговування біженців.

Етичність і дотримання прав пацієнтів піднімаються до рівня системного принципу. Окрім традиційних положень про інформовану згоду та конфіденційність, сьогодні це включає захист персональних даних відповідно до GDPR, право пацієнтів контролювати обіг медичної інформації та гарантії від дискримінації.

Екологічність охорони здоров'я розглядається як складова європейської «зеленої угоди». У Німеччині та Франції розвиваються програми «Green Hospitals», спрямовані на енергоефективність, скорочення викидів і безпечну утилізацію відходів. Стандарти ВООЗ щодо поводження з медичними відходами імплементуються у національні стратегії, формуючи новий вимір сталого розвитку медичної сфери.

Класичні принципи управління охороною здоров'я – універсальність, справедливість, децентралізація, орієнтація на пацієнта, цифровізація – залишаються фундаментом, проте їхня сучасна інтерпретація включає нові акценти: фінансову захищеність і цифрову інклюзію, вимірювану equity, resilience як інституційну норму, юридично закріплені права пацієнтів і контроль за даними, цифрову трансформацію як інтелектуальний ресурс, а також сталість, інклюзивність, соціальну адаптованість, етичність і екологічність. У цьому полягає новизна сучасного підходу: принципи охорони здоров'я перестають бути деклараціями й перетворюються на багатовимірні управлінські інструменти, інтегровані у концепцію adaptive governance, яка поєднує правові гарантії, цифрові технології, соціальну справедливість і екологічну відповідальність для забезпечення стійкості та ефективності системи охорони здоров'я.

Організація систем охорони здоров'я в різних країнах світу має відмінності, зумовлені історичними традиціями, політичними режимами та рівнем соціально-економічного розвитку. Водночас усі системи ґрунтуються на базових інституційно-правових механізмах, які регламентують доступ до медичної допомоги, визначають джерела фінансування та закріплюють відповідальність держави чи приватних структур за надання послуг. Юридичне підґрунтя цих систем закладається на конституційному рівні, а деталізація реалізується через спеціальні закони, кодекси та підзаконні акти. Класично виділяють три основні моделі – Beveridge, Bismarck і приватно-страхову – та їхні змішані форми, які поєднують різні джерела фінансування і форми регулювання. Beveridge-модель заснована на принципі універсальності доступу, гарантованого за рахунок податків, Bismarck-модель функціонує на основі обов'язкового соціального страхування, а приватно-страхова модель орієнтована на добровільне страхування з державним регулюванням мінімальних стандартів. Змішані моделі, поширені у Скандинавії та Канаді, демонструють спробу збалансувати публічні й приватні інтереси у сфері охорони здоров'я (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Інституційно-правові моделі організації систем охорони здоров'я за
кордоном*

Модель	Джерела фінансування	Нормативно-правові інструменти	Приклад	Ефективність (показники)
Beveridge (державна)	Податки, централізовані бюджетні асигнування	Закони про національну службу охорони здоров'я, урядові програми та стратегії	NHS у Великій Британії, державні системи Італії та Іспанії	Витрати на охорону здоров'я 9–11 % ВВП; частка out-of-pocket < 10 %; середня тривалість життя у Великій Британії 81 рік
Bismarck (соціально-страхова)	Обов'язкові внески працівників і роботодавців	Законодавство про соціальне медичне страхування, регламенти діяльності страхових кас	Німеччина, Франція, Бельгія, Нідерланди	Витрати 11–12 % ВВП; частка out-of-pocket 11–15 %; середня тривалість життя у Франції 82,5 року
Приватно-страхова	Добровільні внески у приватні страхові компанії	Закони про приватне медичне страхування, угоди про надання медичних послуг	США, Швейцарія	США – витрати понад 16 % ВВП; out-of-pocket ~28 %; тривалість життя 77 років; Швейцарія – витрати 12,2 % ВВП; out-of-pocket 27 %; тривалість життя 83,8 року
Змішані моделі	Поєднання бюджетних, соціально-страхових та приватних механізмів	Комбіновані законодавчі акти з багаторівневим регулюванням	Скандинавські країни (Швеція, Данія), Канада	Витрати 10–11 % ВВП; out-of-pocket 12–14 %; тривалість життя у Швеції 83 роки, у Канаді 82 роки

*Джерело: сформовано автором на основі [77; 81; 96; 113; 269; 271; 311]

На практиці Beveridge-модель найбільш яскраво представлена у Великій Британії через Національну службу охорони здоров'я (NHS), що фінансується з податків і гарантує універсальний доступ до послуг. Основна логіка її роботи полягає у безоплатності більшості медичних втручань для пацієнта та централізованому плануванні ресурсів. У 2022 році витрати на NHS склали 12,4 % ВВП країни, проте перевантаженість системи призвела до того, що

середній час очікування планових госпіталізацій перевищив 13 тижнів, і це змусило державу укласти контракти з приватними клініками для зменшення черг [265]. У середньому частка out-of-pocket платежів у Великій Британії не перевищує 9 %, а середня очікувана тривалість життя становить близько 81 року. Подібний принцип діє в Італії та Іспанії: базове фінансування надходить із податків, але регіони відповідають за організацію медичної допомоги. Це забезпечує врахування місцевих потреб (наприклад, у Ломбардії Італії діє розвинена мережа кардіологічних центрів), але водночас породжує суттєві відмінності у якості послуг між регіонами [308].

Bismarck-модель функціонує на основі обов'язкового медичного страхування, що чітко видно у Німеччині. Понад 87 % населення охоплені системою Gesetzliche Krankenversicherung, яка фінансується солідарними внесками працівників і роботодавців. Страхові каси (Krankenkassen) конкурують між собою за клієнтів, але водночас зобов'язані приймати всіх громадян незалежно від їхнього стану здоров'я. Держава встановлює єдині стандарти пакету послуг, а механізми перерозподілу забезпечують підтримку менш заможних груп [289]. У Франції після запровадження у 2016 році Protection Universelle Maladie (PUMA) будь-який резидент, незалежно від статусу зайнятості, отримує доступ до базового страхового пакета. Держава компенсує вартість більшості послуг через систему відшкодувань, при цьому у 2023 році державні витрати досягли 11,3 % ВВП, а приватні залишилися на рівні 9,5 % [181; 255]. Середня тривалість життя у Франції перевищує 82 роки, а частка out-of-pocket платежів не перевищує 12 %, що свідчить про високий рівень фінансового захисту.

Приватно- страхова модель має найбільш виразний прояв у США. Тут основою системи є приватні страхові компанії, і доступ до послуг без поліса обмежений. Affordable Care Act (ACA) 2010 року розширив ринок за рахунок державних субсидій, що дозволило знизити частку незастрахованих громадян із 16 % у 2010 році до 8 % у 2022 році [313]. Водночас система залишається дорогою: у 2022 році витрати на охорону здоров'я перевищили 16 % ВВП, а

середні out-of-pocket витрати становили понад 2800 доларів на людину на рік, що створює фінансові бар'єри для багатьох [249]. Очікувана тривалість життя в США є нижчою, ніж у країнах ЄС, і становить 77 років. Інший приклад – Швейцарія, де базове страхування є приватним, але обов'язковим для всіх резидентів. Держава компенсує витрати малозабезпеченим через субсидії, що дозволило досягти універсального покриття на рівні 99 % населення. У швейцарській практиці пацієнт вільно обирає страхову компанію та лікаря, а конкуренція стимулює підвищення якості послуг [251]. Тут витрати на охорону здоров'я сягають 12,2 % ВВП, середня тривалість життя становить майже 84 роки, а частка прямих платежів домогосподарств – близько 27 %.

У країнах, де застосовуються змішані моделі, практикується поєднання публічного фінансування з податків і приватних страхових механізмів. Такий підхід дозволяє з одного боку гарантувати базовий рівень медичних послуг для всіх громадян, а з іншого – забезпечити додаткові можливості через добровільне страхування та приватний сектор. Це можна відобразити у вигляді узагальненої схеми (рис.3.1). Як видно з рис. 3.1, ключовим елементом змішаної моделі є подвійний канал фінансування: держава забезпечує універсальний пакет базових послуг, а приватні страхові компанії покривають додаткові потреби. У Данії близько 40 % населення купують такі поліси, що дозволяє скоротити черги на спеціалізовані втручання [250].

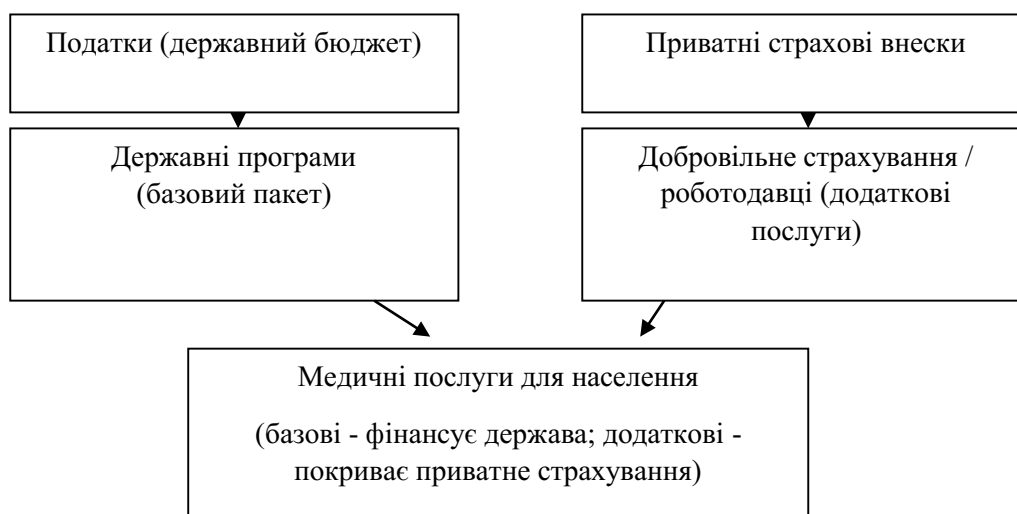


Рис.3.1. Узагальнена структура змішаної моделі охорони здоров'я*

*Джерело: власна розробка автора

У Швеції муніципалітети відповідають за первинну допомогу, а регіони – за високоспеціалізовану, при цьому приватні витрати залишаються низькими (3,5 % ВВП у 2021 році), що підкреслює соціальну орієнтацію системи [193]. У Канаді базові послуги фінансуються з податків, проте понад 65 % населення мають додаткові приватні поліси для стоматологічної та фармацевтичної допомоги [40]. В Україні система охорони здоров'я історично розвивалася за моделлю Семашка, яка була характерна для радянського простору й передбачала повне державне фінансування з бюджету та жорстку централізацію управління. Проте після 2017 року в результаті медичної реформи почався поступовий перехід до змішаної моделі, де базові послуги фінансуються державою через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), а додаткові послуги покриваються за рахунок приватних страхових продуктів чи прямих платежів пацієнтів. Прикладом цього є програма «Програма медичних гарантій», яка щорічно затверджується Кабінетом Міністрів України і визначає перелік безоплатних для пацієнта послуг, що фінансуються з державного бюджету [166]. На практиці це означає, що сімейні лікарі та первинна допомога оплачується за рахунок державних коштів, тоді як стоматологічні послуги чи більшість лікарських засобів часто потребують додаткових витрат пацієнтів. Така система наразі перебуває на етапі трансформації у бік більшої прозорості й відповідності європейським стандартам. Узагальнюючи, можна відзначити, що інституційно-правові механізми організації охорони здоров'я поступово зближуються: навіть класичні моделі на практиці адаптуються до викликів, поєднуючи універсальні гарантії з ринковими механізмами. Це створює гібридний характер регулювання, де держава зберігає провідну роль у гарантуванні доступності, а приватний сектор доповнює її інноваціями, конкуренцією та гнучкістю.

У сучасних системах охорони здоров'я ЄС та країн ОЕСР організаційно-кадрові й фінансово-економічні інструменти управління визначають

ефективність функціонування галузі та її здатність адаптуватися до демографічних і технологічних викликів. В умовах глобалізації та мобільності пацієнтів і медичного персоналу держава та приватний сектор поєднують зусилля для забезпечення сталості фінансування, збалансування попиту й пропозиції медичних кадрів та підтримки соціальної справедливості. Серед основних тенденцій виокремлюються диверсифікація фінансування через поєднання бюджетних ресурсів і обов'язкового медичного страхування, зростання ролі приватного сектору у співфінансуванні послуг, а також формування політик кадрової мобільності для подолання дефіциту лікарів та медсестер. Водночас проблеми старіння населення, відтоку кадрів до економічно привабливіших держав та високої вартості медичних технологій вимагають нових управлінських рішень, спрямованих на баланс між доступністю, якістю та фінансовою стійкістю системи (табл. 3.3).

Організаційно-кадрові та фінансово-економічні інструменти управління в системах охорони здоров'я ЄС та ОЕСР формують багатовимірний простір політик, у якому поєднуються історично сформовані моделі та нові виклики, зумовлені демографічними, соціальними й технологічними трансформаціями.

Найгострішим питанням є кадрове забезпечення: за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, глобальна нестача медичних працівників до 2030 року може перевищити 10 мільйонів [243]. Для Європейського Союзу це питання набуває особливої ваги, оскільки швидке старіння населення посилює попит на медичні послуги, водночас у більшості держав-членів спостерігається дефіцит персоналу, зокрема у сільських і віддалених районах, де доступність медичної допомоги стає системною проблемою [240]. ЄС намагається компенсувати цей дисбаланс через механізми мобільності, закріплені у Директиві 2005/36/ЄС про взаємне визнання професійних кваліфікацій [206], проте на практиці це призводить до відтоку кадрів із менш заможних країн Центральної та Східної Європи до більш розвинених держав, що поглиблює регіональну нерівність у доступі до медичних ресурсів.

Таблиця 3.3.

**Організаційно-кадрові та фінансово-економічні інструменти управління
охороною здоров'я в країнах ЄС та ОЕСР***

Напрямок	Підвид	Пояснення	Приклад країни
Державне фінансування	Податкова модель	Базове фінансування охорони здоров'я формується з державного бюджету, послуги для пацієнта здебільшого безоплатні	Велика Британія (NHS), Італія, Іспанія
	Дотаційна модель	Бюджетні кошти поєднуються зі страховими внесками, держава частково компенсує витрати фондів	Польща, Чехія
Приватне фінансування та співфінансування	Обов'язкове страхування	Медичне страхування є законодавчо обов'язковим, внески сплачують роботодавці та працівники	Німеччина, Франція
	Добровільне страхування	Додаткові поліси покривають послуги поза базовим пакетом, наприклад стоматологію	Данія, Фінляндія
	Прямі платежі пацієнтів	Послуги оплачуються пацієнтом напряму без участі страхових механізмів	США
Роль страхових фондів	Солідарне фінансування	Внески акумулюються та перерозподіляються на принципах солідарності	Німеччина (Krankenkassen)
	Конкуренція фондів	Страхові компанії конкурують за клієнтів, але працюють у межах єдиного регулювання	Нідерланди
	Державне регулювання фондів	Фонди формально незалежні, проте їхні тарифи та послуги визначає держава	Франція (Caisses d'Assurance Maladie)
Кадрове планування	Державне замовлення	Держава фінансує підготовку визначеної кількості лікарів у вишах	Польща
	Квоти на спеціалізації	Встановлюється максимальна кількість місць для певних медичних спеціальностей	Нідерланди
	Прогнозування потреб	Використовуються моделі прогнозу на 10–15 років для балансування кадрів	Норвегія
Мобільність персоналу	Визнання дипломів	Спрощене взаємне визнання медичних кваліфікацій у межах ЄС	Директива 2005/36/ЄС
	Трудова міграція	Лікарі з менш розвинених країн працюють у більш економічно привабливих	Румунія, Болгарія → Німеччина, Велика Британія
	Професійні обміни	Програми стажування та обміну для підвищення кваліфікації	Erasmus+ для медиків
Політика щодо дефіциту кадрів	Фінансові стимули	Бонуси та пільги для роботи у віддалених регіонах	Франція
	Залучення іноземних лікарів	Програми інтеграції та підтримки фахівців з-за кордону	Естонія
	Телемедицина	Використання цифрових технологій для подолання кадрового браку	Канада

* Джерело: сформовано автором на основі [188; 232; 238; 239; 301]

Відмінності у кадрових стратегіях зумовлені різним рівнем економічного розвитку та політичними пріоритетами: країни з вищими податковими доходами здатні фінансувати програми утримання й мотивації

кадрів, тоді як менш заможні держави часто обмежуються короткотерміновими стимулами, що не вирішують проблему системно.

Фінансова основа систем охорони здоров'я у країнах ЄС та ОЕСР характеризується суттєвою диференціацією. У Німеччині, Франції та Нідерландах домінує соціально-страхова модель, де кошти акумулюються у фондах, що фінансуються обов'язковими внесками роботодавців і працівників [255]. Вибір цієї моделі історично пов'язаний із високим рівнем індустріалізації та сильною роллю профспілок, які ще у XIX столітті заклали традицію колективної відповідальності за охорону здоров'я. У Великій Британії, Швеції та Данії переважає податкове фінансування, що відображає традицію соціальної держави та високий рівень суспільної довіри до державних інституцій, де громадяни готові делегувати уряду повноваження у сфері перерозподілу ресурсів. Водночас рівень державних витрат відрізняється: у Швеції на охорону здоров'я витрачається понад 10 % ВВП, у Великій Британії близько 9 %, тоді як у країнах Центральної Європи цей показник іноді не перевищує 6 % [202]. Це пояснюється не лише рівнем економічного розвитку, а й пріоритетами бюджетної політики: країни з нижчим ВВП намагаються збалансувати видатки між охороною здоров'я, освітою та обороною, що обмежує можливості для збільшення медичного бюджету. Європейська обсерваторія підкреслює, що держави стикаються з подвійним тиском: необхідністю нарощувати інвестиції у медицину на тлі старіння населення та обмеженістю фіскальних ресурсів [284].

Приклади Польщі та Франції ілюструють, як конкретні національні умови визначають вибір інструментів. Польща з її великими сільськими територіями та обмеженою щільністю населення робить ставку на телемедицину та розширення первинної допомоги [227]. Франція, маючи більш розвинену економіку та традицію територіальної рівності, застосовує складніші пакети фінансової мотивації, включно з податковими пільгами та компенсаціями для лікарів у віддалених регіонах [257]. Обидва приклади свідчать, що практичні рішення залежать від поєднання фінансових

можливостей держави, структури населення та політичних пріоритетів. У свою чергу цифрові технології набувають значення універсального інструменту, здатного частково нівелювати структурні відмінності, проте їх ефективність на пряму залежить від рівня цифрової інфраструктури та ступеня інтеграції у національні стратегії розвитку кадрового потенціалу [295].

В Україні диференціація інструментів пояснюється подвійним тиском внутрішніх та зовнішніх факторів. З одного боку, історична спадщина централізованої моделі Семашка зумовлює сильну залежність від державного бюджету і водночас обмежує роль приватного сектору. З іншого боку, війна та економічна нестабільність посилюють дефіцит ресурсів і прискорюють відтік кадрів. За даними ВООЗ, країна стикається з критичною нестачею медичних працівників, особливо у сільській місцевості [198]. Державні витрати на охорону здоров'я у 2017 році становили 3,5 % ВВП, у 2021 році - 4,1 % ВВП, із часткою державного фінансування близько 50 % [317], а у 2022 році прогнозувалося зростання до 5,6 % ВВП [247]. Водночас зафіксовано понад 1940 атак на заклади охорони здоров'я станом на серпень 2024 року, що створює додатковий тиск на систему [309]. У таких умовах в Україні формується гібридна модель, де держава бере на себе фінансування базових послуг через Програму медичних гарантій та НСЗУ, тоді як додаткові витрати покриваються прямими платежами та приватними страховими продуктами. Причини цього вибору криються у поєднанні економічних обмежень, соціальної потреби в універсальному доступі та зовнішньополітичних викликів. Це визначає потребу в адаптації європейських практик, зокрема у сфері стимулювання кадрів, цифрової охорони здоров'я та захисту інфраструктури, проте з урахуванням локального контексту війни та трансформації економіки.

Рівень фінансування охорони здоров'я у різних країнах суттєво відрізняється залежно від моделі організації системи та економічної спроможності. За даними OECD Health at a Glance 2023, середній показник витрат на охорону здоров'я серед країн ОЕСР у 2022 році становив 9,2 % ВВП,

тоді як у Німеччині та Франції він перевищував 12 % [245]. Для Польщі та Естонії цей показник коливався на рівні 6,5–6,6 % ВВП [231]. В Україні ж частка витрат на охорону здоров'я у 2022 році оцінювалася приблизно у 4,1 % ВВП [252]. Окрім загального рівня фінансування, ключовим є питання структури витрат: у країнах ЄС та ОЕСР частка прямих платежів населення становить близько 9–18 %, тоді як в Україні вона перевищує 40 % [155] (рис.3.2). Порівняльний аналіз свідчить, що країни з вищим рівнем ВВП інвестують у систему охорони здоров'я більші ресурси, забезпечуючи нижчий рівень прямих витрат пацієнтів. Наприклад, у Франції та Німеччині понад 12 % ВВП спрямовується на охорону здоров'я, що дозволяє утримувати рівень прямих платежів нижче 12 %. У Центральній та Східній Європі фінансування є нижчим, проте держава намагається обмежувати навантаження на домогосподарства.

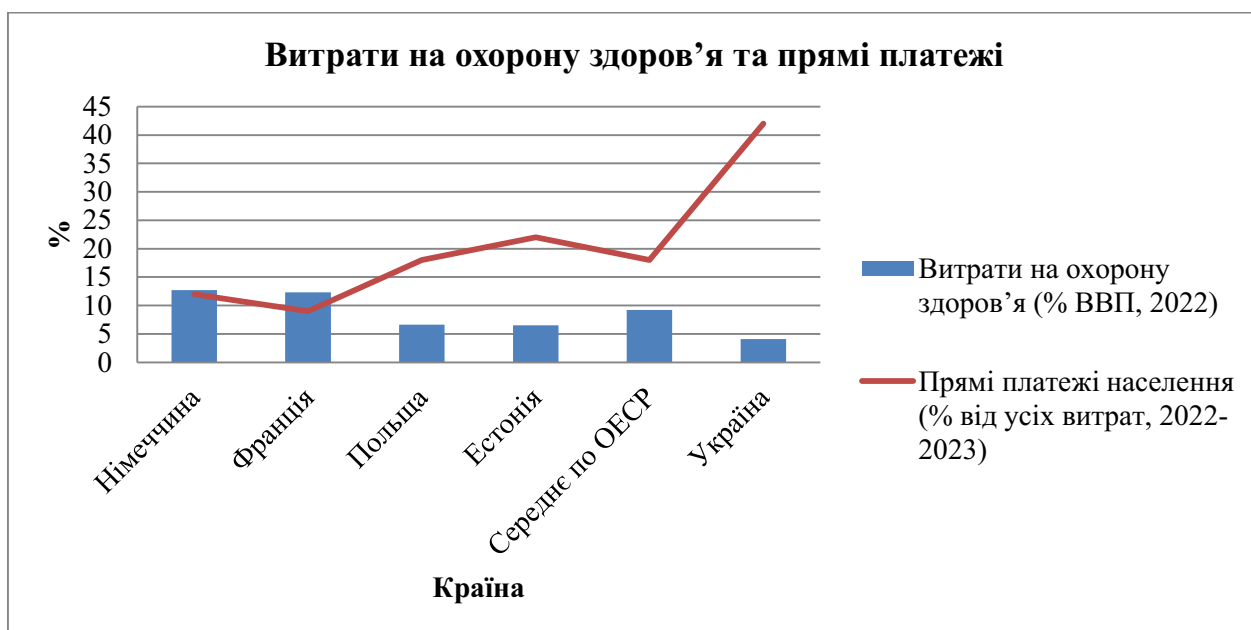


Рис. 3.2 Витрати на охорону здоров'я та прямі платежі*

*Джерело: сформовано автором за даними [155; 231; 245; 252]

В Україні ж спостерігається подвійний дефіцит - як низька частка витрат від ВВП, так і надмірно висока частка прямих платежів. Це свідчить про обмеженість фінансових гарантій держави та підкреслює необхідність збільшення бюджетного фінансування й поступового зниження тягаря для пацієнтів.

Цифрова трансформація систем охорони здоров'я є ключовим напрямом розвитку сучасного публічного управління в країнах Європейського Союзу та ОЕСР. Інформаційно-комунікаційні технології забезпечують підвищення ефективності управління, доступності медичних послуг та прозорості використання ресурсів. Особливе значення мають електронні медичні записи, телемедицина, інтегровані системи «e-Health», а також використання технологій штучного інтелекту та Big Data для прогнозування, моніторингу й ухвалення управлінських рішень. Електронні інструменти формують основу нової моделі взаємодії між пацієнтом, лікарем і державою, у якій доступ до медичної інформації поєднується із забезпеченням безпеки та конфіденційності даних (табл.3.4).

Таблиця 3.4

Інформаційно-комунікаційні технології та цифрові рішення в системах охорони здоров'я країн ЄС та ОЕСР*

Напрямок	Характеристика	Приклади реалізації	Ефект
Електронні медичні записи	Централізований доступ до даних пацієнтів, інтеграція між рівнями медичної допомоги	Естонія - національна система e-Health; Данія - електронна база Sundhed.dk	Зменшення дублювання процедур, підвищення безпеки та якості лікування
Телемедицина	Дистанційні консультації та моніторинг стану пацієнтів	Нідерланди - віддалений контроль хронічних хвороб; Велика Британія - віртуальні прийоми GP	Оптимізація витрат, підвищення доступності у віддалених регіонах
Інтегровані e-Health системи	Єдина цифрова інфраструктура для громадян, лікарів та органів влади	Данія - національний портал; Естонія - блокчейн-верифікація даних	Підвищення прозорості, довіри та ефективності адміністрування
Big Data та ШІ	Аналіз великих масивів даних для прогнозування потреб і ухвалення управлінських рішень	Франція - Health Data Hub; Німеччина - ШІ для діагностики онкології	Персоналізація лікування, раннє виявлення захворювань, ефективна політика

*Джерело: сформовано автором на основі [22; 97; 152; 207; 281; 302]

Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я в ЄС та ОЕСР демонструє чітку тенденцію: від фрагментованих локальних рішень - до інтегрованих національних систем, що охоплюють усі рівні медичної допомоги та забезпечують багаторівневу взаємодію між пацієнтами, лікарями й органами влади. Найяскравішим прикладом виступає Естонія, де електронні медичні записи охоплюють майже все населення країни і формують єдину базу даних, доступну для лікарів та пацієнтів у режимі реального часу [204]. Така централізована модель дозволила не лише підвищити безпеку даних, а й зменшити дублювання обстежень, що за підрахунками міністерства охорони здоров'я Естонії щороку економить до 2 % державних витрат на охорону здоров'я. Подібний досвід реалізований у Фінляндії: національний портал Kanta охоплює рецепти, діагностичні результати, плани лікування і навіть історію вакцинацій, надаючи громадянам контроль над інформацією та можливість ділитися нею з будь-яким лікарем.

У Данії єдиний національний портал Sundhed.dk виконує функцію цифрового «шлюзу» до системи охорони здоров'я: громадяни мають доступ до своєї історії лікування, результатів аналізів, електронних рецептів, календаря візитів та комунікації з лікарями [234]. У Швеції аналогічна платформа 1177 Vårdguiden забезпечує можливість онлайн-запису, отримання порад і навіть подачі скарг, тим самим розширюючи роль пацієнта у системі.

Нідерланди й Велика Британія стали піонерами у впровадженні телемедицини: у Нідерландах дистанційний моніторинг стану пацієнтів із хронічними хворобами охоплює понад 70 % осіб із діабетом і серцево-судинними захворюваннями, тоді як у Великій Британії після пандемії COVID-19 понад 60 % консультацій у системі NHS відбуваються онлайн [222; 294]. Цей тренд підхопили й інші країни: у Франції у 2022 році було проведено понад 10 млн телемедичних консультацій, а в Німеччині з 2020 року законодавчо закріплено право пацієнтів отримувати дистанційну допомогу навіть у вузьких спеціалізаціях.

Франція зробила ще один крок уперед, створивши Health Data Hub - національний центр обробки медичних даних, що об'єднує інформацію з різних реєстрів для наукових досліджень і державних рішень [182]. У Німеччині Ініціатива медичної інформатики об'єднала понад 30 університетських клінік, стандартизуючи дані та роблячи їх доступними для міжінституційної роботи [278]. Іспанія активно розвиває регіональні системи цифрового здоров'я: у Каталонії функціонує інтегрована база, яка поєднує дані лікарень, аптек та первинної ланки, що дозволяє пацієнтам отримувати послуги без дублювання процедур.

Застосування штучного інтелекту стає одним із найдинамічніших напрямів. У Німеччині AI-технології вже допомагають у діагностиці онкології, скорочуючи час встановлення діагнозу на 20–30 % [205]. У Франції алгоритми Health Data Hub використовуються для прогнозування потреб у ліках на регіональному рівні. В Іспанії пілотні програми з використання AI у кардіології дозволили на ранніх стадіях виявити аритмії у 12 % випадків, які раніше залишалися непоміченими. OECD у своїх оглядах зазначає, що штучний інтелект відкриває можливості для персоналізованої медицини, проте водночас потребує посилення регуляцій у сфері етики та захисту даних [203].

Цифрові рішення стають і складовою кризової стійкості систем. Італія під час пандемії інтегрувала регіональні дані в національну COVID-платформу для оперативного моніторингу госпіталізацій, а Південна Корея (як член ОЕСР) застосувала мобільні додатки для відстеження контактів, скоротивши час ідентифікації з кількох днів до кількох годин. В Україні телемедицина у 2024 році стала інструментом підтримання безперервності лікування в регіонах, де інфраструктура зруйнована [47].

На цьому тлі український досвід цифровізації є показовим. ЕСОЗ охоплює електронні декларації, рецепти та медичні записи, забезпечуючи інтеграцію між закладами охорони здоров'я та НСЗУ [43]. Програма «Доступні ліки», реалізована через електронні рецепти, довела, що цифрові

сервіси можуть бути дієвим інструментом забезпечення доступності медикаментів [119]. В умовах воєнного стану телемедицина стала критично важливою: нормативні зміни 2024 року закріпили право на дистанційні консультації, що дозволило уникнути зриву лікування в прифронтових регіонах. Це підтверджує, що цифровізація в Україні поєднує європейські стандарти з адаптацією до надзвичайних умов і є ключовим чинником стійкості системи [150].

Наведені приклади з ЄС, ОЕСР та України показують, що цифровізація не є периферійним явищем, а формує нову архітектуру системи охорони здоров'я. Електронні записи гарантують універсальність і зменшують фінансові та часові витрати; телемедицина забезпечує справедливість і вирівнює регіональні диспропорції; інтегровані платформи підсилюють прозорість і довіру; AI та Big Data стають інструментами інноваційності та ефективності; а кризові цифрові рішення підтверджують роль цифровізації як гаранта стійкості. Саме тому сучасну систему охорони здоров'я варто розглядати в контексті базових принципів, які завдяки цифровим рішенням отримують реальний зміст і практичне втілення.

Імплементація зарубіжного досвіду у сфері публічного управління охороною здоров'я в Україні супроводжується численними проблемами, що мають системний і комплексний характер. Найбільшою перешкодою залишається обмеженість фінансових ресурсів, адже навіть у період зростання бюджетних витрат на охорону здоров'я їхня частка у відсотках до ВВП істотно відстає від середнього рівня країн ЄС та ОЕСР. Це зумовлює недостатнє фінансування інфраструктури, хронічний дефіцит сучасного обладнання та обмежені можливості розширення пакету медичних гарантій [68]. До цього додається висока частка прямих платежів домогосподарств, що створює бар'єри для доступу малозабезпечених груп населення до якісних медичних послуг та поглиблює соціальну нерівність.

Нерівномірність доступу до медичної допомоги є ще однією ключовою проблемою [151]. Сільські регіони та території, які зазнали воєнних дій,

відчувають суттєвий дефіцит лікарів, лікарень та амбулаторій, що різко контрастує з великими містами. Така диспропорція посилюється в умовах внутрішнього переміщення населення й руйнування інфраструктури, а отже, впровадження моделей, запозичених із країн ЄС, потребує врахування територіальних і демографічних особливостей України.

Недосконалість нормативно-правової бази проявляється у фрагментарності та непослідовності реформ. Українське законодавство часто лише частково гармонізоване з директивами ЄС, що ускладнює адаптацію інструментів, ефективних у зарубіжних системах. Відсутність сталих механізмів регуляції, зокрема у сфері приватного страхування чи публічно-приватного партнерства, гальмує розвиток альтернативних джерел фінансування і не дозволяє забезпечити довгострокову фінансову стійкість [146].

Серйозним викликом залишається кадровий відтік. Значна кількість українських медичних працівників виїжджає за кордон у пошуках вищої оплати праці, кращих умов та перспектив професійного розвитку [57]. Це призводить до дисбалансу на ринку праці, старіння медичного персоналу та зростання навантаження на тих, хто залишається працювати в країні. Така тенденція ускладнює впровадження сучасних європейських підходів, що ґрунтуються на високому рівні кваліфікації кадрів і сталому кадровому забезпеченні.

Низький рівень цифровізації також становить суттєву перешкоду. Попри успішні кроки у впровадженні електронних медичних записів та електронних рецептів, система залишається фрагментованою, нерідко відсутня інтероперабельність між різними платформами та реєстрами. У воєнних умовах значна частина цифрової інфраструктури зазнала кібератак чи пошкоджень, що знижує її ефективність [24]. Водночас міжнародний досвід демонструє, що саме цифрові рішення забезпечують прозорість фінансування, підвищують доступність послуг і підтримують безперервність лікування навіть у кризових ситуаціях.

До цих проблем додаються й інституційні обмеження. Нестача стратегічного планування, надмірна централізація управління, політична залежність ключових рішень та нестабільність нормативного поля перешкоджають довгостроковому впровадженню зарубіжних практик. Крім того, високий рівень тінізації економіки знижує податкову базу, з якої формується фінансування охорони здоров'я, а корупційні ризики послаблюють ефективність витрачання наявних ресурсів.

Перспективні напрями імплементації зарубіжного досвіду в системі публічного управління охороною здоров'я України мають ґрунтуватися на комплексному поєднанні інституційних, фінансових та технологічних інновацій, що вже довели свою ефективність у країнах ЄС та ОЕСР. Насамперед важливим є поступове наближення національного законодавства до директив Європейського Союзу, оскільки саме правова гармонізація створює основу для сумісності регуляторних рамок, обміну інформацією та доступу до європейських механізмів фінансування. Приклад країн Центральної та Східної Європи показує, що приведення правових норм у відповідність до європейських стандартів дозволило їм інтегруватися у єдині професійні простори та забезпечити визнання дипломів і кваліфікацій на рівні ЄС.

Важливим стратегічним кроком є розвиток системи медичного страхування, що дозволяє створити фінансово стійку основу для охорони здоров'я. Соціально-страхові моделі, успішно реалізовані у Німеччині чи Франції, демонструють здатність поєднувати принцип солідарності з елементами ринкової конкуренції. Для України це означає необхідність поступового зміцнення ролі Національної служби здоров'я як ключового платника та водночас створення умов для розвитку добровільного страхування, яке могло б покривати додаткові послуги. Такий підхід зменшив би фінансовий тиск на державний бюджет і одночасно розширив би доступ пацієнтів до інноваційних медичних технологій.

Цифровізація системи охорони здоров'я залишається одним із найбільш перспективних напрямів. Розширення платформи «e-Health» на основі естонської та данської моделей здатне забезпечити інтеграцію електронних медичних записів, електронних рецептів, телемедицини та інструментів аналітики. Це не лише підвищує прозорість і контроль за фінансовими потоками, але й розширює доступність послуг у віддалених регіонах, де фізичні ресурси залишаються обмеженими. Застосування технологій штучного інтелекту та великих даних може сприяти переходу до проактивної медицини, орієнтованої на попередження захворювань, а не лише на лікування.

Ключовою умовою є також стимулювання кадрового потенціалу через програми професійного розвитку, фінансові стимули та створення сприятливих умов праці. Досвід скандинавських країн доводить, що інвестиції в медичну освіту, підтримка молодих спеціалістів і гнучка система перепідготовки кадрів дозволяють компенсувати демографічні ризики та забезпечити сталість медичної системи. Для України, яка стикається з масштабною трудовою міграцією медиків, такі заходи є критично важливими для запобігання втраті кваліфікованих кадрів.

Інтеграція міжнародних стандартів ВООЗ та ОЕСР здатна стати основою для оцінки ефективності реформ і підвищення якості управлінських рішень. Використання індикаторів цих організацій дозволить здійснювати моніторинг прогресу в динаміці та порівнювати досягнення України з міжнародними орієнтирами, що є важливим елементом підзвітності й довіри до системи охорони здоров'я.

Нарешті, формування державно-приватного партнерства відкриває додаткові можливості для модернізації медичної інфраструктури та впровадження інновацій. Досвід багатьох європейських країн свідчить, що залучення приватного сектору до будівництва лікарень, оснащення їх сучасною технікою та розробки цифрових сервісів дозволяє пришвидшити оновлення системи та знизити навантаження на державні фінанси. Для

України важливо створити чіткі та прозорі правила таких партнерств, які б гарантували баланс інтересів держави, бізнесу та пацієнтів. Перспективна імплементація зарубіжного досвіду в Україні потребує поєднання правових реформ, фінансової стійкості, технологічних інновацій та людського капіталу. Лише за умови комплексного підходу, що враховує реалії українського суспільства і водночас спирається на найкращі міжнародні практики, можливо сформувати конкурентоспроможну та соціально орієнтовану систему охорони здоров'я.

Щоб забезпечити системність імплементації зарубіжного досвіду, доцільно представити процес у вигляді покрокової схеми. Вона відображає не лише послідовність дій, але й логіку переходу від нормативно-правових змін до практичної реалізації через інституційні, фінансові та кадрові інструменти. Такий підхід дозволяє уникнути фрагментарності реформ і сформувати єдину стратегічну траєкторію розвитку системи охорони здоров'я України (рис.3.3).



Рис.3.3. Етапи впровадження міжнародних практик у публічному управлінні охороною здоров'я України*

*Джерело: власна розробка автора

Запропонована покрокова модель відображає поступальний рух від створення необхідної нормативної бази до практичної реалізації міжнародних стандартів у щоденній роботі медичної системи. Початковий етап гармонізації законодавства гарантує сумісність українських правил із правовим полем ЄС, що відкриває доступ до фінансових і технічних інструментів європейської інтеграції. Наступні кроки забезпечують фінансову основу та технологічні умови функціонування системи, а кадровий блок гарантує її життєздатність.

Використання стандартів ВООЗ і ОЕСР створює об'єктивну базу для оцінки прогресу та прозорості реформ. Завершальним елементом є партнерство держави й приватного сектору, яке дозволяє прискорити оновлення інфраструктури та розширити доступ до інновацій. Така схема забезпечує не лише адаптацію зарубіжного досвіду, а й формування власної моделі охорони здоров'я, здатної відповідати сучасним викликам і гарантувати сталий розвиток.

3.2. Стратегічні напрями удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні

У сучасних умовах трансформації української системи охорони здоров'я визначення стратегічних пріоритетів удосконалення механізмів публічного управління набуває ключового значення. Йдеться не лише про формальне декларування намірів, а про системне окреслення тих напрямів, що здатні забезпечити довгострокову стійкість, прозорість та ефективність функціонування галузі. Особливого значення це завдання набуває в умовах війни та післявоєнного відновлення, коли медична інфраструктура зазнала масштабних втрат, а кадровий і фінансовий потенціал істотно обмежений. Водночас саме стратегічне бачення дозволяє координувати дії державних інституцій, органів місцевого самоврядування, приватного сектора та міжнародних партнерів, спрямовуючи їх у єдине русло. Пріоритети повинні враховувати баланс між потребою у швидких антикризових рішеннях і

довгостроковим розвитком системи, яка має відповідати європейським стандартам і принципам сталості [77]. Визначення таких пріоритетів має базуватися на критичному аналізі проблем, що накопичилися упродовж десятиліть, включно з неефективністю фінансування, диспропорціями у доступі до медичної допомоги, відтоком кадрів і низьким рівнем цифровізації, а також на інтеграції сучасних управлінських інструментів (табл.3.5).

У практичній площині визначені стратегічні пріоритети вже імплементуються через національні та європейські документи. Принцип доступності та рівності закріплено в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII, який установлює програму медичних гарантій, принципи оплати та обсяг безоплатних послуг [61]. Щорічні параметри реалізації програми конкретизуються постановою КМУ № 1503 від 24.12.2024 для 2025 року, а також поточними змінами до Порядку реалізації, ухваленими постановою № 409 від 11.04.2025 з урахуванням воєнних і післявоєнних умов [63; 67]. Це формує інституційну основу для універсального доступу, таргетованого фінансування та зниження частки прямих платежів домогосподарств.

Пріоритет якості та безпеки медичної допомоги інтегрований у стратегічну рамку сектору: розпорядження КМУ № 34-р від 17.01.2025 схвалило Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та Операційний план 2025–2027 рр., які передбачають стандартизацію клінічної практики, індикатори результативності, моніторинг безпеки пацієнтів і незалежний аудит якості [91]. Оприлюднений МОЗ текст Стратегії деталізує механізми управління якістю, включно з розробленням настанов, впровадженням систем вимірювання результатів лікування та підзвітності закладів [213]. На рівні європейського права суміжні гарантії прав пацієнтів і вимоги до безпеки в контексті транскордонної допомоги визначені Директивою 2011/24/ЄС, яка задає орієнтири для гармонізації процедур та відшкодування [214].

Таблиця 3.5

Стратегічні пріоритети удосконалення публічного управління охороною
здоров'я України*

Пріоритет	Зміст	Очікуваний ефект
Доступність та рівність	Забезпечення універсального доступу до базових медичних послуг незалежно від місця проживання та соціального статусу	Зменшення регіональних і соціальних диспропорцій, підвищення довіри до системи
Якість і безпека	Запровадження стандартів доказової медицини, моніторинг якості та безпеки лікування	Підвищення результативності медичних втручань, зниження рівня ускладнень
Фінансова стійкість	Розвиток багатоканальної системи фінансування, включно з держбюджетом, страховими механізмами та державно-приватним партнерством	Зниження частки прямих платежів, стабільність фінансових потоків
Кадровий потенціал	Підготовка, перепідготовка та мотивація медичних працівників, протидія міграції кадрів	Формування стійкої системи кадрового забезпечення, підвищення престижу професії
Цифровізація	Розвиток електронної охорони здоров'я, телемедицини, використання великих даних та AI	Прозорість управління, доступність послуг, ефективність прийняття рішень
Стійкість до криз	Інституційна готовність до реагування на надзвичайні ситуації, включно з воєнними діями та пандеміями	Безперервність надання медичних послуг у кризових умовах
Сталість системи	Довгострокова здатність системи витримувати демографічні, фінансові та технологічні виклики	Забезпечення стабільності й прогнозованості функціонування галузі
Інклюзивність	Урахування потреб уразливих груп (люди з інвалідністю, ВПО, ветерани, літні люди) у політиках і послугах	Зменшення соціальної нерівності, формування суспільної згуртованості
Соціальна адаптованість	Гнучке налаштування системи до нових соціальних умов, міграційних потоків, післявоєнних трансформацій	Підвищення здатності системи реагувати на зміни в структурі населення
Етичність та права пацієнтів	Інституційне забезпечення прав пацієнтів, дотримання стандартів етики, контроль за використанням даних	Зміцнення довіри, підвищення легітимності управлінських рішень
Екологічність	Енергоефективність закладів, утилізація медичних відходів, «зелені» стандарти лікарень	Зниження екологічних ризиків, відповідність політикам ЄС (Green Deal)

*Джерело: власна розробка автора

Фінансова стійкість забезпечується комбінацією інструментів стратегічного планування та диверсифікації джерел: Стратегія-2030 та її операційний план передбачають розвиток багатоканальної моделі (держбюджет, страхові механізми, державно-приватне партнерство), прозору тарифікацію та посилення закупівельних практик [91; 213]. Додаткові можливості для інвестицій і зміцнення системи створює програма EU4Health (Регламент (ЄС) 2021/522), що фінансує проекти громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій і цифровізації, які узгоджуються з пріоритетами відновлення України [216]. Для бенчмаркінгу ресурсів і результатів реформ використовуються компаративні показники OECD «Health at a Glance 2023», що дозволяє співвідносити українські тенденції з європейськими орієнтирами ефективності та фінансового захисту [211].

Стійкість до криз інституціоналізується через імплементацію підходів ЄС до готовності та реагування. Регламент (ЄС) 2022/2371 формує правову рамку координації у випадку серйозних транскордонних загроз здоров'ю, включаючи епіднагляд, раннє попередження, спільні закупівлі та обмін даними; офіційні матеріали ЄК і стислий огляд підкреслюють посилений мандат для узгоджених дій і швидких реакцій на пандемічні, біологічні та хімічні ризики [64; 215; 219]. Для української системи це означає необхідність інтеграції механізмів громадського здоров'я з логістикою резервів і цифровими каналами сповіщення для забезпечення безперервності надання послуг у кризових умовах.

Цифрова трансформація просувається через оновлення нормативної архітектури eHealth. Базові засади електронної системи охорони здоров'я встановлено постановою КМУ № 411 від 25.04.2018, а в 2024–2025 роках модернізовано вимоги до інтероперабельності, захисту даних і функціоналу (постанови № 756 від 28.06.2024 та № 112 від 31.01.2025) [60; 62; 65]. Критичну ланку управління запасами лікарських засобів і виробів закрито через запровадження «e-Stock» (постанова № 262 від 07.03.2025), що підвищує прозорість і точність планування потреб [218]. На рівні ЄС Регламент про

Європейський простір даних здоров'я (EHDS) 2025/327 установлює правила безпечного первинного та вторинного використання даних, транскордонного обміну та кіберзахисту - це визначає вектор подальшої гармонізації українських стандартів інтероперабельності [44]. На практичному рівні масштабуються сервіси електронного рецепта, е-направлення та інтеграція повідомлень у «Дію», що підтримує доступність послуг у воєнний час і розширює дистанційну взаємодію пацієнта з системою [45; 66].

Кадровий потенціал позиціонується як системоутворювальний ресурс. План заходів до Стратегії людського розвитку (розпорядження КМУ № 1617-р від 09.12.2021) передбачає інструменти підготовки, утримання та мотивації фахівців, синхронізовані з реформами освіти й регіональної політики [217]. Аналітика Європейської обсерваторії та ВООЗ фіксує дисбаланси за спеціальностями і територіями, підвищений попит на первинну ланку та реабілітацію, що вимагає адресного планування і політик мобільності кадрів [252]. Для цифрових і алгоритмічних рішень у кадровому менеджменті (розклад, навантаження, безперервний професійний розвиток) застосовні вимоги Регламенту (ЄС) 2024/1689 («AI Act») щодо управління ризиками, прозорості та захисту прав працівників і пацієнтів у випадку використання високоризикових систем [263].

Якщо базові напрями - доступність, якість, фінансова стійкість, кадровий потенціал, цифровізація та кризова готовність - забезпечують фундамент функціонування галузі, то сталість, інклюзивність, соціальна адаптованість, етичність і екологічність формують другий рівень її стратегічної зрілості. Сталість системи гарантує, що навіть за умов війни чи економічних коливань система не втратить спроможності виконувати свої ключові функції. Це відповідає сучасним європейським підходам, де сталість визначається як здатність витримувати довгострокові демографічні та технологічні виклики. Інклюзивність і соціальна адаптованість посилюють соціальну орієнтацію системи: вони дозволяють включати вразливі групи

(ВПО, ветерани, особи з інвалідністю) у поле медичних гарантій та гнучко перебудовувати послуги під змінні післявоєнні умови [77].

Етичність і права пацієнтів виходять за межі формального закріплення й означають реальне впровадження Європейської хартії прав пацієнтів, права на доступ до інформації, контроль за персональними даними та інституційні механізми захисту від зловживань. Це посилює легітимність управлінських рішень і підвищує рівень довіри населення. Екологічність стає новим пріоритетом, особливо в контексті європейського Зеленого курсу: вона вимагає впровадження стандартів утилізації медичних відходів, енергоефективності лікарень і раціонального використання ресурсів. Для України, де в умовах війни зросли обсяги небезпечних відходів, це питання є не лише стратегічним, а й безпековим. У сукупності ці нові пріоритети доповнюють класичні й демонструють перехід української системи охорони здоров'я від «мінімального забезпечення функціонування» до моделі сталого та соціально орієнтованого розвитку, гармонізованої з європейськими підходами. Сформульовані стратегічні пріоритети не лише фіксуються у документах, а й вибудовують послідовну логіку управління, яка забезпечує перехід від стратегічних рішень до реальних результатів. Цю логіку доцільно представити у вигляді узагальненої схеми, що ілюструє взаємозв'язок основних елементів системи публічного управління охороною здоров'я (рис. 3.4).

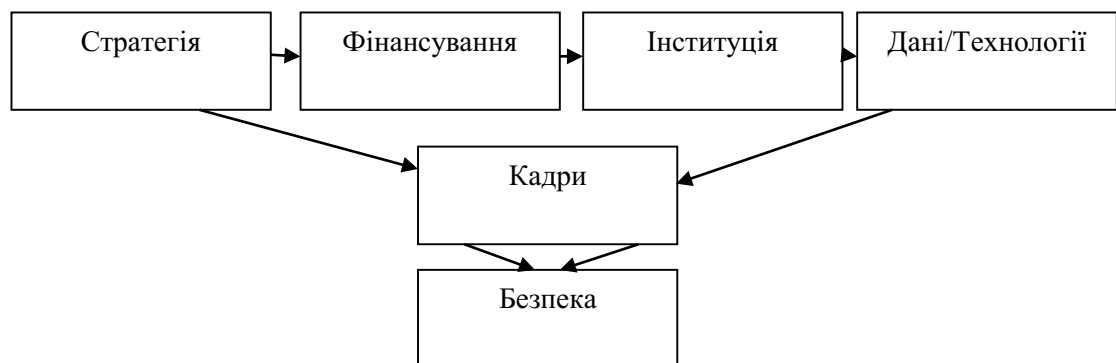


Рис. 3.4. Операційна логіка удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я*

*Джерело: власна розробка автора

Рис. 3.4 демонструє, що ефективність реформ визначається не ізольованими рішеннями, а цілісністю ланцюга «стратегія – ресурси – інституційна реалізація – цифрові інструменти – кадровий потенціал». Саме така узгодженість створює умови для підвищення якості й безпеки медичних послуг, а також для зменшення розриву між декларованими намірами реформ і практичними результатами. У воєнних та післявоєнних умовах ця схема стає ключовим орієнтиром для підвищення стійкості та керованості системи охорони здоров'я.

Розвиток і гармонізація нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я визначають не лише стабільність функціонування галузі, а й перспективи її модернізації. У сучасних умовах воєнних викликів та майбутнього післявоєнного відновлення правове поле стає критичним чинником, що формує рамки для реалізації стратегічних реформ. Національне законодавство, адаптоване до вимог Європейського Союзу та міжнародних організацій, має забезпечити баланс між захистом прав громадян, ефективністю інституційних механізмів і здатністю системи реагувати на кризові ситуації. Відтак гармонізація нормативно-правової бази не може обмежуватися формальним прийняттям законів, вона має будуватися як комплексна стратегія, спрямована на інтеграцію України у європейський простір охорони здоров'я, розвиток цифрових технологій та зміцнення кадрового потенціалу (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Пріоритетні напрями розвитку та гармонізації нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я*

Напрямок удосконалення	Сутність завдання	Очікуваний ефект	Перспективи практичної реалізації	Необхідні нормативно-правові акти в Україні
Актуалізація базових законів	Оновлення положень «Основ законодавства України про охорону	Забезпечення актуальності та юридичної визначеності	Перегляд тарифів Програми медичних гарантій, розширення	Нова редакція «Основ законодавства України про охорону здоров'я»; зміни до Закону «Про державні фінансові гарантії медичного

	здоров'я» та суміжних законів з урахуванням сучасних викликів		співфінансування послуг	обслуговування населення»
Євроінтеграційна гармонізація	Імплементація положень директив і регламентів ЄС, особливо щодо якості та безпеки медичних послуг	Сумісність зі стандартами ЄС, розвиток транскордонного співробітництва	Впровадження механізмів обміну медичними даними, узгодження клінічних протоколів	Законодавча імплементація Директиви 2011/24/ЄС; адаптація Регламенту (EU) 2025/327 про EHDS; узгодження клінічних протоколів з нормами ЄС
Цифрове регулювання	Нормативне закріплення розвитку eHealth, телемедицини, електронних реєстрів і захисту даних	Прозорість, підзвітність, зручність для пацієнтів	Інтеграція з Європейським простором даних здоров'я (EHDS), посилення кіберзахисту	Закон «Про електронну охорону здоров'я та телемедицину»; зміни до Закону «Про захист персональних даних»; законодавче закріплення «e-Stock» та інтероперабельності реєстрів
Кадрово-правове забезпечення	Прийняття закону про професійну діяльність лікарів, унормування ліцензування та безперервного розвитку	Зміцнення кадрового потенціалу, підвищення мотивації	Введення системи акредитації та професійного ліцензування за моделлю ЄС	Закон «Про професійну діяльність лікарів»; зміни до Закону «Про освіту» та «Про вищу освіту» щодо безперервного професійного розвитку
Кризове регулювання	Закріплення протоколів дій у надзвичайних ситуаціях, воєнних умовах, пандеміях	Стійкість і мобільність системи охорони здоров'я	Розробка алгоритмів мобілізації ресурсів та евакуації пацієнтів	Закон «Про громадське здоров'я та біобезпеку»; зміни до Кодексу цивільного захисту України; законодавче закріплення мобільних госпіталів та резервних фондів медикаментів

**Джерело: власна розробка автора*

Практична імплементація пріоритетів розвитку та гармонізації нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я свідчить, що правові акти мають виконувати не лише регулятивну, а й стратегічну функцію, стаючи механізмами управлінських змін. Яскравим прикладом є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування

населення» [24], який започаткував Програму медичних гарантій. Однак виклики воєнного часу виявили обмеження цього закону – зокрема у сфері тарифної політики, обсягу безоплатних послуг і фінансової гнучкості. Це вимагає його оновлення з урахуванням запровадження змішаних моделей фінансування, де поряд із держбюджетом зростатиме роль місцевих бюджетів і приватного сектору.

Не менш актуальним є блок євроінтеграційних змін. Імплементация положень Директиви 2011/24/ЄС [61] та адаптація Регламенту (EU) 2025/327 про Європейський простір даних здоров'я [126] формують нову парадигму транскордонної співпраці: від визнання клінічних протоколів до інтеграції медичних даних. Водночас практика підтверджує, що без ухвалення спеціальних законів про сумісність електронних реєстрів та гарантії кіберзахисту ці норми ризикують залишитися декларативними.

У сфері цифрового регулювання визначальне значення має Постанова КМУ про функціонування електронної системи охорони здоров'я [67], яка дала старт eHealth. Система довела свою дієвість у кризових умовах – під час переміщення населення чи втрати доступу до медичних закладів. Наступним кроком має стати ухвалення спеціального Закону «Про електронну охорону здоров'я та телемедицину», який би закріпив правила функціонування електронних сервісів, використання великих даних і штучного інтелекту відповідно до стандартів ЄС [91].

Кадрово-правове забезпечення потребує якісного посилення. Прийняття Закону «Про професійну діяльність лікарів» створить основу для запровадження системи ліцензування, акредитації та безперервного професійного розвитку за європейськими моделями. Це сприятиме зниженню міграції кадрів, формуванню прозорого механізму кар'єрного зростання та відповідатиме рекомендаціям ВООЗ [67]. Додатково мають бути внесені зміни до законів «Про освіту» та «Про вищу освіту» у частині розвитку медичної освіти й перепідготовки.

Кризове регулювання вже частково інституціоналізоване через Національний план дій у сфері громадського здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій [213], однак його нормативна база потребує оновлення. Прийняття закону «Про громадське здоров'я та біобезпеку», а також внесення змін до Кодексу цивільного захисту України дозволять закріпити нові протоколи мобілізації ресурсів, евакуації пацієнтів, створення мобільних госпіталів і резервних фондів медикаментів. Це забезпечить не лише готовність системи до пандемій та воєнних викликів, а й довгострокову стійкість.

Так, гармонізація нормативно-правового поля стає не просто технічною адаптацією актів, а всеосяжною стратегією модернізації української системи охорони здоров'я. Вона передбачає оновлення базових законів, інтеграцію з європейським правовим простором, створення нових рамкових актів у сфері цифровізації, кадрового розвитку та кризового реагування. Це формує цілісну архітектуру правового забезпечення, здатну гарантувати сталість, ефективність і конкурентоспроможність української медицини у післявоєнний період.

Оптимізація інституційно-організаційної структури управління та механізмів децентралізації у сфері охорони здоров'я є ключовим напрямом реформування, оскільки від ефективності розподілу повноважень, чіткості взаємодії між рівнями влади та здатності територіальних громад забезпечувати потреби населення залежить результативність усієї системи. Україна протягом останніх років здійснює масштабну децентралізацію, що створює нові можливості для розвитку медичної інфраструктури на місцях. Проте практика свідчить про наявність низки проблем: нечітке визначення ролі центральних органів у координації, недостатня фінансова автономія громад, дублювання управлінських функцій та слабкі механізми контролю якості послуг. Удосконалення організаційної структури має бути спрямоване на досягнення балансу між централізованим стратегічним управлінням та

автономією регіонів, підкріпленою реальними ресурсами і відповідальністю (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Пріоритетні напрями оптимізації інституційно-організаційної структури управління та механізмів децентралізації*

Напрямок удосконалення	Сутність завдання	Очікуваний ефект	Перспективи практичної реалізації
Чіткий розподіл повноважень	Визначення відповідальності між МОЗ, НСЗУ, обласними радами та громадами	Зменшення дублювання функцій, підвищення керованості	Закріплення функціоналу у нормативних актах і регіональних положеннях
Посилення фінансової автономії громад	Надання громадам більшої свободи у використанні бюджетних ресурсів	Збільшення інвестицій у місцеву інфраструктуру	Формування місцевих програм розвитку охорони здоров'я
Створення регіональних координаційних рад	Інституалізація механізмів співпраці влади, лікарень та громадських організацій	Узгодженість стратегій і оперативних рішень	Розробка та ухвалення регіональних стратегій охорони здоров'я
Удосконалення системи управління лікарнями	Впровадження сучасних моделей госпітальних округів	Раціональне використання ресурсів, підвищення доступності послуг	Розвиток госпітальних рад і спільне управління мережами
Підвищення ролі місцевого самоврядування	Делегування управлінських функцій громадам	Більш адресне реагування на потреби населення	Запровадження місцевих фондів підтримки медицини
Запровадження системи контролю якості	Встановлення незалежних механізмів оцінки роботи закладів	Підвищення прозорості та довіри до медичних послуг	Використання цифрових індикаторів якості та публічної звітності

*Джерело: власна розробка автора

Удосконалення інституційно-організаційної структури управління у сфері охорони здоров'я в Україні є логічним продовженням реформи децентралізації та водночас відповідає європейським принципам субсидіарності й багаторівневого врядування. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24] визначив нову роль Національної служби здоров'я України як центрального розпорядника коштів, однак не врегулював достатньо чітко механізми співпраці між МОЗ,

НСЗУ, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я. На практиці це призводить до дублювання повноважень і невизначеності у відповідальності, що потребує законодавчого уточнення функціональних обов'язків кожного рівня.

У межах реформи децентралізації громади отримали нові фінансові інструменти для підтримки місцевих лікарень, проте їхня реальна автономія часто обмежена регламентами та нестачею власних ресурсів. Законодавство про місцеве самоврядування [24] формально дозволяє громадам спрямовувати кошти на охорону здоров'я, але практична реалізація ускладнюється відсутністю сталих механізмів співфінансування й державної підтримки. Саме тому важливим є посилення фінансової децентралізації з одночасним впровадженням механізмів прозорого контролю за використанням ресурсів.

Створення госпітальних округів, передбачене Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [61], стало одним із ключових кроків оптимізації мережі. Проте ефективність цього інструменту залежить від здатності місцевих рад та госпітальних рад забезпечити узгоджене управління спільними ресурсами. В окремих регіонах спостерігається фрагментація рішень, коли громади конкурують між собою замість координації. Для подолання цих проблем необхідне закріплення у нормативних актах чітких процедур функціонування госпітальних рад і визначення їхніх повноважень.

Європейські підходи до децентралізації у сфері охорони здоров'я, зокрема регламентовані директивами ЄС щодо управління транснаціональними системами охорони здоров'я [61], наголошують на важливості прозорих механізмів контролю якості. В Україні це питання лише частково врегульоване наказами МОЗ, які стосуються внутрішнього аудиту та клінічних протоколів. Запровадження незалежних органів контролю якості на регіональному рівні, із залученням громадських організацій, відповідало б рекомендаціям ВООЗ [67] та сприяло б підвищенню довіри до системи.

Так, оптимізація інституційної структури управління та механізмів децентралізації має ґрунтуватися на узгодженні національних стратегій із

локальною автономією. Її сутність полягає не лише у перерозподілі функцій, а у формуванні ефективної багаторівневої моделі, де центральна влада відповідає за стандарти та стратегічний розвиток, а громади - за практичне втілення політики з урахуванням регіональних потреб. Такий підхід дозволить підвищити ефективність управління, знизити регіональні диспропорції та забезпечити інтеграцію української системи охорони здоров'я до європейського простору.

Удосконалення фінансово-економічних інструментів у сфері охорони здоров'я є одним із найважливіших напрямів підвищення стійкості системи та її здатності забезпечувати населення якісними і доступними послугами. Сучасна модель фінансування в Україні, що базується на поєднанні бюджетних асигнувань і механізмів Програми медичних гарантій, довела свою спроможність забезпечити базовий рівень медичної допомоги навіть в умовах воєнного стану. Водночас численні обмеження у вигляді дефіциту ресурсів, нерівномірності розподілу коштів між рівнями медичної допомоги та відсутності повноцінної страхової системи свідчать про необхідність пошуку нових підходів. Актуальним стає впровадження багатоканальної моделі фінансування, де поряд із державним бюджетом важливу роль відіграватимуть місцеві бюджети, обов'язкове й добровільне медичне страхування, а також механізми державно-приватного партнерства. Саме їхня синергія дозволить не лише підвищити фінансову спроможність галузі, а й сформувати передумови для стратегічних інвестицій у розвиток медичної інфраструктури, цифровізацію та кадровий потенціал (табл. 3.8).

Удосконалення фінансово-економічних інструментів у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах ґрунтується на інтеграції правових, економічних та управлінських механізмів, які мають забезпечувати баланс між доступністю медичних послуг, їх якістю та фінансовою стійкістю системи. Програма медичних гарантій, закріплена Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24], залишається базовим інструментом державного фінансування галузі. Проте практика воєнного часу

показала, що без перегляду тарифів та оновлення переліку гарантованих послуг ризику дефіциту коштів і погіршення якості допомоги лише зростають.

Таблиця 3.8

Пріоритетні напрями удосконалення фінансово-економічних інструментів і системи медичного страхування у сфері охорони здоров'я*

Напрямок удосконалення	Сутність завдання	Очікуваний ефект	Перспективи практичної реалізації	Необхідні нормативно-правові акти / ініціативи
Оптимізація Програми медичних гарантій	Перегляд тарифів, розширення переліку послуг та контроль за якістю фінансування	Фінансова збалансованість та рівність доступу	Запровадження системи моніторингу ефективності використання коштів	Зміни до Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; наказ МОЗ про методику тарифоутворення
Розвиток обов'язкового медичного страхування	Створення єдиного фонду, що акумулюватиме внески населення та роботодавців	Стійкість фінансування медичних послуг	Пілотні проєкти на регіональному рівні, поступовий перехід на національний рівень	Прийняття Закону «Про обов'язкове медичне страхування»; зміни до Бюджетного кодексу України
Стимулювання добровільного страхування	Податкові пільги та державні стимули для розвитку приватного сектору	Залучення додаткових ресурсів, підвищення конкуренції	Участь страхових компаній у покритті витрат на спеціалізовану допомогу	Зміни до Податкового кодексу (податкові знижки та пільги); оновлення Закону «Про страхування»
Розвиток державно-приватного партнерства	Залучення інвестицій у лікарні, обладнання та інноваційні проєкти	Підвищення якості інфраструктури та доступності сучасних технологій	Запровадження концесійних моделей і довгострокових контрактів	Зміни до Закону «Про державно-приватне партнерство»; застосування Закону «Про концесії» у сфері охорони здоров'я
Механізми місцевого співфінансування	Включення видатків на охорону здоров'я у пріоритети громад і регіонів	Збалансований розвиток територій, зменшення диспропорцій	Формування регіональних фондів розвитку охорони здоров'я	Зміни до Закону «Про місцеве самоврядування»; ухвалення регіональних програм охорони здоров'я
Інвестиції у профілактику та громадське здоров'я	Перенесення акценту з лікування на профілактику та скринінг	Зниження довгострокових витрат системи	Фінансування програм вакцинації, скринінгів та просвітницьких заходів	Національні цільові програми «Скринінг 2030», «Імунопрофілактика»; оновлення Національного плану дій у сфері громадського здоров'я

*Джерело: власна розробка автора

Саме тому актуальним завданням є зміна законодавства у частині тарифоутворення, розробка наказів МОЗ і НСЗУ про нову методику визначення вартості послуг, а також запровадження системи прозорого моніторингу ефективності використання коштів.

Подальший розвиток системи потребує впровадження обов'язкового медичного страхування, яке є фундаментом у більшості країн ЄС. Для України цей механізм має розгортатися поетапно – від пілотних регіональних проєктів до повноцінного національного фонду, що акумулюватиме внески населення та роботодавців. Для цього необхідне ухвалення Закону «Про обов'язкове медичне страхування» і внесення змін до Бюджетного кодексу, що дозволить закріпити сталі фінансові потоки та знизити залежність системи від держбюджету.

Добровільне медичне страхування, яке в Україні вже має певні ринкові передумови, може стати дієвим каналом залучення ресурсів за умови нормативного стимулювання. Запровадження податкових пільг для громадян і роботодавців у Податковому кодексі та оновлення Закону «Про страхування» забезпечать розвиток цього сегмента, сприятимуть диверсифікації джерел фінансування та дозволять покривати дороговартісні види допомоги, що не фінансуються з державного бюджету.

Залучення інвестицій через механізми державно-приватного партнерства відкриває нові перспективи модернізації лікарень, закупівлі обладнання та реалізації інноваційних проєктів. Для цього необхідні зміни до Закону «Про державно-приватне партнерство» та поширення практики застосування Закону «Про концесії» у медичній сфері. Запровадження концесійних угод і довгострокових контрактів дозволить державі оновлювати інфраструктуру без додаткового навантаження на бюджет, а приватному сектору – гарантувати повернення інвестицій.

Важливим напрямом є розвиток механізмів місцевого співфінансування. Хоча законодавство про місцеве самоврядування формально передбачає можливість спрямування коштів на охорону здоров'я [24], практична

реалізація потребує внесення змін до відповідного закону та ухвалення регіональних програм охорони здоров'я. Це дозволить громадам формувати власні фонди підтримки медицини, спрямовувати ресурси на розвиток місцевої інфраструктури й зменшувати територіальні диспропорції.

Не менш важливими є інвестиції у профілактику та громадське здоров'я, що повністю узгоджується з рекомендаціями ВООЗ [67]. Оновлення Національного плану дій у сфері громадського здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій [213], а також прийняття цільових програм, таких як «Скринінг 2030» чи «Імунопрофілактика», дозволять змістити акцент із лікування на профілактику. Це забезпечить довгострокове зниження витрат, збереження людського капіталу та підвищення стійкості системи до кризових ситуацій.

Так, удосконалена модель фінансування постає як багатоканальна архітектура, що інтегрує бюджетні ресурси, страхові механізми, приватні інвестиції та місцеве співфінансування. Її нормативно-правове забезпечення стає визначальним фактором реальної дієвості, адже саме ухвалення спеціальних законів і внесення змін до базових кодексів гарантує практичне втілення задекларованих реформ. У цьому полягає принципова новизна підходу - фінансова система розглядається не як технічний механізм розподілу коштів, а як цілісна стратегія, що здатна забезпечити стабільність та європейську інтеграцію української медицини.

Формування та збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є ключовим чинником стійкості й розвитку галузі, адже саме людські ресурси визначають якість і доступність медичних послуг. В умовах воєнних дій, масової міграції та зростаючого навантаження на систему, кадрова проблема набуває особливої гостроти. Недостатня кількість лікарів та медичних сестер, дисбаланс між спеціальностями, старіння медичних кадрів і відтік молодих фахівців за кордон ставлять під загрозу виконання навіть базових завдань охорони здоров'я. Водночас існує потреба у зміні підходів до професійного розвитку, атестації та мотивації персоналу відповідно до

європейських стандартів. Удосконалення кадрової політики має включати як інституційні механізми підготовки й підвищення кваліфікації, так і системні рішення щодо соціального захисту, оплати праці та створення умов для утримання спеціалістів у країні (табл.3.9).

Таблиця 3.9

Пріоритетні напрями удосконалення кадрової політики у сфері охорони
здоров'я*

Напрямок удосконалення	Сутність завдання	Очікуваний ефект	Перспективи практичної реалізації
Балансування підготовки кадрів	Коригування державного замовлення з урахуванням реальних потреб системи	Зменшення дефіциту у пріоритетних спеціальностях	Формування прогностичних моделей потреби у лікарях і медсестрах
Удосконалення системи атестації та ліцензування	Перехід від формальних атестацій до моделі професійного ліцензування	Підвищення якості та відповідальності професійної діяльності	Створення національного реєстру лікарів із системою безперервного підтвердження компетентностей
Розвиток безперервного професійного навчання	Впровадження системи CME/CPD (Continuing Medical Education/Professional Development)	Підвищення кваліфікації та адаптація до нових технологій	Використання онлайн-платформ, симуляційних центрів і міжнародних програм
Соціальний захист та оплата праці	Запровадження прозорої системи оплати, страхування та соціальних гарантій	Зниження рівня відтоку кадрів, підвищення престижу професії	Зростання рівня заробітної плати та гарантії страхування життя і здоров'я медпрацівників
Регіональна політика у сфері кадрів	Механізми підтримки медиків у сільських та віддалених районах	Подолання територіальних диспропорцій	Надання житла, пільгових кредитів та фінансових стимулів для роботи в регіонах
Залучення та повернення кадрів із-за кордону	Створення програм реінтеграції фахівців, що виїхали	Підвищення кадрового потенціалу без додаткових витрат на навчання	Укладання міжнародних угод про взаємне визнання кваліфікацій

* Джерело: власна розробка автора

Формування та збереження кадрового потенціалу системи охорони здоров'я на сучасному етапі набуває стратегічного значення, оскільки від рівня підготовки, мотивації та забезпеченості медичних працівників залежить якість усієї системи. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24], хоча і регламентує фінансування медичних послуг, опосередковано впливає й на кадрову політику: стабільність виплат за надані послуги створює основу для формування конкурентних зарплат. Однак практика показує, що навіть за наявності цієї програми залишаються значні розриви у рівні доходів медиків різних спеціальностей і регіонів, що спричиняє міграцію кадрів за кордон. Це вимагає законодавчого закріплення прозорих тарифних сіток, механізмів стимулювання молодих спеціалістів та гарантій соціального захисту.

Європейський досвід, відображений у директивах ЄС щодо професійної кваліфікації [61], підкреслює важливість регулярного підтвердження компетентностей і мобільності медичних працівників. В Україні перехід до моделі ліцензування, яка передбачає обов'язкове підтвердження кваліфікації через незалежні професійні інституції, стане ключовим кроком для підвищення якості надання медичних послуг. У цьому контексті впровадження системи безперервного професійного розвитку (CME/CPD), що вже підтримується на рівні стратегічних документів МОЗ [242], має отримати законодавче закріплення.

Особливу увагу заслуговує питання соціального захисту, що також підпадає під рекомендації ВООЗ [67]. Умови воєнного часу показали, наскільки важливою є наявність страхових механізмів для медичних працівників, які виконують завдання у небезпечних умовах. Розробка окремих законодавчих актів щодо медичного страхування персоналу та компенсацій у разі загибелі чи поранення під час виконання професійних обов'язків є необхідною передумовою збереження кадрового потенціалу.

Регіональна кадрова політика має спиратися на положення законодавства про децентралізацію, яке створює можливості для фінансового

стимулювання лікарів на рівні громад [24]. Такі механізми, як надання службового житла, компенсації транспортних витрат та пільгові кредити, можуть бути закріплені у місцевих програмах розвитку охорони здоров'я. Це дозволить зменшити диспропорції у забезпеченості кадрами між містом і селом.

Не менш актуальним є питання повернення фахівців, що виїхали за кордон. На практиці це може реалізовуватися через укладення міжнародних угод про взаємне визнання дипломів і сертифікатів, що відповідає рекомендаціям Європейської комісії та ВООЗ [67; 91]. Крім того, доцільно запровадити програми реінтеграції, які б поєднували підвищення заробітних плат з можливістю стажування у провідних клініках ЄС.

Цифрова трансформація та впровадження інноваційних технологій у публічному управлінні сферою охорони здоров'я виступають фундаментальним чинником підвищення ефективності та прозорості системи. В умовах воєнного часу цифрові рішення стали не лише засобом оптимізації управлінських процесів, а й інструментом забезпечення безперервності медичних послуг, захисту даних та координації між різними рівнями влади. Водночас наявні розробки залишаються фрагментованими: електронна система охорони здоров'я (eHealth) поки що не охоплює повного циклу управління, а цифрові сервіси часто не інтегровані між собою. Саме тому завданням є створення комплексної цифрової екосистеми, що забезпечуватиме оперативний обіг даних, інтеграцію медичних протоколів, телемедичні сервіси та інноваційні інструменти аналітики (табл. 3.10).

Розвиток цифрової трансформації в охороні здоров'я України сьогодні має чітке нормативне підґрунтя, однак залишається незавершеним у практичній площині. Базою для функціонування електронної системи охорони здоров'я (eHealth) є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24], який заклав принцип прозорого обліку наданих послуг. Проте на практиці eHealth ще не охоплює повного циклу лікування та не забезпечує інтеграції з лабораторними системами,

телемедицині сервісами чи мобільними застосунками. Це знижує ефективність управління потоками пацієнтів і потребує подальшого розвитку нормативно визначених модулів системи.

Таблиця 3.10

Пріоритетні напрями цифрової трансформації та впровадження інноваційних технологій у сфері охорони здоров'я*

Напрямок удосконалення	Сутність завдання	Очікуваний ефект	Перспективи практичної реалізації
Розширення функціоналу eHealth	Інтеграція даних первинної, спеціалізованої та екстреної допомоги	Створення єдиного цифрового простору	Розробка нових модулів і підключення всіх закладів до системи
Телемедицина та дистанційні сервіси	Забезпечення доступу до медичної допомоги у віддалених регіонах	Підвищення доступності й безперервності лікування	Масове впровадження телемедицини платформ та мобільних застосунків
Використання штучного інтелекту	Алгоритмізація діагностики, прогнозування захворювань, управління потоками пацієнтів	Оптимізація рішень, підвищення точності та швидкості	Пілотні проєкти на базі провідних лікарень, подальша масштабізація
Цифрова безпека та захист даних	Впровадження стандартів кіберзахисту й контролю доступу	Захист персональних даних, довіра пацієнтів	Розробка нормативної бази з кібербезпеки та технічних протоколів
Аналітика та великі дані	Збір і аналіз великих масивів інформації для управлінських рішень	Ефективне планування та прогнозування	Використання інструментів Big Data у НСЗУ та МОЗ
Інноваційні моделі управління	Використання цифрових близнюків, блокчейну, смарт-контрактів у системі охорони здоров'я	Підвищення прозорості та зменшення корупційних ризиків	Пілотні законодавчі ініціативи та міжнародні проєкти

*Джерело: власна розробка автора

У «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» [61] передбачено масштабування телемедицини як одного з інструментів

підвищення доступності допомоги. Воєнні умови підтвердили дієвість цього механізму, особливо у віддалених громадах, однак законодавство поки що нечітко визначає статус дистанційних консультацій та відповідальність лікарів. Удосконалення нормативної бази у цій сфері є критично важливим для захисту прав пацієнтів і лікарів та унеможливлення зловживань.

Впровадження штучного інтелекту у медичну практику вимагає синхронізації з європейськими стандартами, зокрема з AI Act [91], що регламентує безпечне використання алгоритмів у чутливих сферах. Для України це означає необхідність ухвалення підзаконних актів, які б визначали критерії якості даних, правила використання алгоритмів для підтримки клінічних рішень та механізми відповідальності. Без цього масштабне застосування інтелектуальних систем залишатиметься на рівні пілотних проєктів.

Важливим напрямом є захист персональних даних. Попри наявність положень Закону України «Про захист персональних даних», у сфері медицини досі відсутні спеціалізовані стандарти кіберзахисту. Рекомендації ВООЗ [67] підкреслюють, що без побудови цілісної системи кібербезпеки пацієнти не будуть довіряти цифровим сервісам. Це особливо актуально в умовах гібридних загроз, коли витік чутливої інформації може мати катастрофічні наслідки не лише для конкретних осіб, а й для національної безпеки. Застосування великих даних і аналітики також поступово інтегрується у систему управління. Згідно з Національним планом дій у сфері громадського здоров'я [213], збір і аналіз інформації є ключем до своєчасного прогнозування епідеміологічних ризиків. На практиці використання Big Data дозволить НСЗУ ефективніше планувати фінансування, а МОЗ - формувати адресні програми профілактики. Проте для цього необхідно розробити чіткі правові механізми обміну даними між державними та приватними структурами. Інноваційні технології, такі як блокчейн та смарт-контракти, які вже застосовуються у пілотних проєктах [214], відкривають перспективу підвищення прозорості фінансових операцій і скорочення корупційних

ризиків. Водночас вони потребують законодавчого врегулювання, щоб уникнути правових колізій і забезпечити масштабування цих рішень у державному секторі.

У сучасних умовах трансформації української системи охорони здоров'я виникає потреба не лише в окремих реформах чи ситуативних управлінських рішеннях, а у формуванні цілісної стратегії удосконалення механізмів публічного управління. Її актуальність обумовлена комплексом чинників: по-перше, необхідністю забезпечення стійкості медичної сфери в умовах війни та післявоєнного відновлення; по-друге, потребою гармонізації національного законодавства із правом Європейського Союзу та імплементації міжнародних стандартів; по-третє, нагальною вимогою інтегрувати цифрові та інноваційні технології у всі рівні управління. Відмінність запропонованої стратегії від наявних державних програм та галузевих концепцій полягає в її системності: вона не обмежується окремими сферами (наприклад, фінансуванням чи кадрами), а вибудовує багаторівневу модель, яка поєднує стратегічні пріоритети, нормативно-правове забезпечення, інституційну організацію, економічні механізми, кадрову політику та цифрову трансформацію в єдину узгоджену рамку. Побудована на аналізі чинних законів, стратегій МОЗ, урядових програм та рекомендацій ВООЗ і ЄС, ця стратегія являє собою дорожню карту розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Узагальнена стратегія удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я виглядає таким чином:

1. Стратегічне управління та пріоритети розвитку

1.1. Формування єдиної державної політики охорони здоров'я із чітко визначеними стратегічними цілями.

1.2. Синхронізація пріоритетів з міжнародними документами ВООЗ та європейськими стандартами.

1.3. Закріплення принципу стійкості системи до кризових і післякризових викликів.

2. Нормативно-правове забезпечення

2.1. Актуалізація базових законів і підзаконних актів, включно з механізмами фінансування та надання послуг.

2.2. Гармонізація національного законодавства з директивами ЄС щодо якості медичної допомоги, прав пацієнтів і захисту даних.

2.3. Створення правової бази для інноваційних технологій (телемедицини, штучного інтелекту, блокчейну).

3. Інституційно-організаційна оптимізація

3.1. Розмежування повноважень між МОЗ, НСЗУ, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я.

3.2. Розвиток госпітальних округів як механізму регіональної координації.

3.3. Запровадження незалежних механізмів оцінки та контролю якості послуг.

4. Фінансово-економічні інструменти

4.1. Запровадження багатоканального фінансування, що поєднує бюджетні, страхові та приватні ресурси.

4.2. Поступове впровадження обов'язкового медичного страхування на засадах міжнародних моделей.

4.3. Розвиток державно-приватного партнерства для модернізації інфраструктури та технологій.

5. Людський ресурс системи охорони здоров'я

5.1. Введення ліцензування медичної діяльності та безперервного професійного розвитку.

5.2. Створення мотиваційних механізмів утримання кадрів у системі (оплата праці, соціальний захист).

5.3. Програми повернення спеціалістів з-за кордону та усунення регіональних диспропорцій.

6. Цифрова трансформація та інновації

6.1. Розширення функціоналу eHealth та його інтеграція з усіма рівнями медичної допомоги.

6.2. Масове впровадження телемедицини, мобільних застосунків і цифрових платформ для пацієнтів.

6.3. Використання штучного інтелекту, Big Data та цифрових близнюків для управлінських рішень.

6.4. Розробка комплексної системи кіберзахисту медичних даних.

Запропонована стратегія створює цілісну модель публічного управління у сфері охорони здоров'я, яка поєднує стратегічне бачення з практичними інструментами реалізації. Вона забезпечує системність реформ, усуває дублювання функцій та прогалин у законодавстві, а також сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів. Її практична цінність полягає у формуванні керованої, прозорої та орієнтованої на потреби населення системи, здатної інтегруватися у європейський простір і водночас відповідати специфічним викликам воєнного та післявоєнного часу. Таким чином, стратегія виступає не лише теоретичною моделлю, а й дорожньою картою практичного реформування галузі, що визначає логіку та послідовність подальших управлінських кроків.

3.3. Формування моделі комплексного механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні

Модель комплексного механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні виступає концептуально новим підходом до організації управлінських процесів, що ґрунтується на інтеграції правових, фінансових, кадрових та цифрових контурів у єдину архітектуру управління. Вона формується у відповідь на багаторівневі виклики – від трансформації ресурсної бази до потреби забезпечення стійкості системи в умовах воєнного та післявоєнного розвитку, і вирізняється переходом від традиційної адміністративно-бюджетної логіки до результато-орієнтованого та цифрово верифікованого управління. На відміну від існуючих фрагментарних механізмів, запропонована модель функціонує як цілісна багаторівнева

мережа, у якій взаємодія державних інституцій, місцевого самоврядування, приватного сектору, професійних асоціацій та пацієнтських організацій здійснюється у рамках єдиної архітектури з чітко визначеною метою, індикаторами результативності та цифровими інструментами верифікації рішень. Актуальність моделі зумовлена необхідністю інтеграції європейських стандартів управління охороною здоров'я, що ґрунтуються на принципах доступності, справедливості, цифровізації та результато-орієнтованості, із локальними українськими реаліями, позначеними високим рівнем ризиків, нерівномірністю доступу до послуг і дефіцитом ресурсів. Концептуально важливим є запровадження адаптивної архітектури управління, яка враховує кризові сценарії та функціонує за принципом ризик-орієнтованої стійкості. Наукова основа моделі ґрунтується на синтезі зарубіжного досвіду, результатів українських реформ (Програма медичних гарантій, діяльність НСЗУ) та концепції *adaptive governance*, яка передбачає гнучке поєднання правових гарантій, цифрових рішень і фінансових механізмів. Новизна полягає у формуванні цілісної управлінської архітектури, де ці елементи інтегруються не паралельно, а в єдиній доказово-цифровій рамці (табл. 3.11).

Сконструйована як інтегративна управлінська рамка, модель комплексного механізму публічного управління в охороні здоров'я об'єднує фінансово-економічні, кадрові, логістичні та цифрово-аналітичні контури в єдиний замкнений цикл «дані – аналітика – управлінська дія – верифікація результату» [76]. На відміну від традиційних кошторисно-адміністративних підходів, запропонований механізм базується на доказових сигналах з операційних процесів (маршрути пацієнтів, виконання закупівель, навантаження на персонал) і трансформує їх у автоматизовані рішення щодо перерозподілу ресурсів, корекції контрактних умов та формування стимулів. Такий підхід знижує транзакційні витрати, підвищує підзвітність завдяки цифровому сліду управлінських дій і забезпечує стійкість системи в умовах війни та відбудови через пряме поєднання фінансування з доведеними результатами.

Таблиця 3.11

Концептуальні відмінності комплексної моделі публічного управління
в сфері охорони здоров'я України*

Ознака	Існуючі механізми	Запропонована комплексна модель
Структурність	Фрагментарні підходи (окремо – фінансування, окремо – кадрова політика)	Інтегрована архітектура з поєднанням інституційного, фінансового, кадрового, цифрово-аналітичного та комунікаційного блоків у єдиному контурі управління
Орієнтація	Домінування адміністративно-бюджетної логіки	Пацієнт-орієнтований підхід і value-based healthcare з цифровою верифікацією результатів
Гнучкість	Обмежена адаптація до кризових ситуацій	Adaptive governance: стійкість і швидке реагування на нові виклики (війна, пандемія, міграційні кризи)
Рівень взаємодії	Епізодична координація між суб'єктами	Системна багаторівнева мережа з безперервним обміном даними і координацією рішень
Використання цифрових технологій	Часткове впровадження e-Health	Єдиний цифровий контур управління: інтеграція eHealth, телемедицини, Big Data та AI у процеси стратегічного і тактичного управління
Стійкість	Залежність від бюджетних обмежень	Диверсифікація ресурсів через payment-by-results, державно-приватне партнерство, грантові й інвестиційні механізми, адаптовані до кризових сценаріїв.

*Джерело: сформовано автором на основі [8; 11; 76; 199; 263]

Емпіричним підтвердженням є інвестиційний кейс HEAL Ukraine, де використовується payment-by-results із поетапним відкриттям фінансування під досягнення верифікованих індикаторів відновленої спроможності (функціонування відділень, маршрути пацієнтів, введені в експлуатацію обладнання), що фактично формує фінансову «несучу конструкцію» моделі [173]. Паралельно бізнес-аналітика відкритих даних Prozorro (моніторинг конкуренції, виявлення цінових відхилень, контроль виконання контрактів) трансформує управління закупівлями лікарських засобів і виробів з «ручного режиму» у стандартизований доказово-цифровий процес, дозволяючи оперативно усувати логістичні «вузькі місця» та стабілізувати постачання в медичних мережах [261]. У підсумку модель постає як адаптивний механізм

real-time governance: дані реального часу безперервно живлять аналітичний контур, рішення ухвалюються на основі верифікованих показників, а їхнє виконання підтверджується повторним вимірюванням ефектів (coverage, timeliness, outcomes), що відповідає сучасним європейським практикам системності та стійкості й водночас враховує український контекст безпекових і ресурсних обмежень.

Формування архітектури комплексного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні обумовлене тим, що фрагментарні підходи, засновані на ізольованому застосуванні правових чи фінансових інструментів, не здатні забезпечити стійкість системи в умовах воєнних викликів та післявоєнного відновлення. Сучасний контекст вимагає системного поєднання різнорівневих важелів управління в єдину інтегровану модель, яка б одночасно виконувала функції стратегічного планування, регуляції, координації, моніторингу та корекції політик. Особливістю запропонованої архітектури є побудова управлінського контуру не за галузевим, а за функціонально-інтегративним принципом: нормативно-правові, фінансово-економічні, організаційно-кадрові та інформаційно-комунікаційні важелі поєднуються у спільному управлінському полі. Це дозволяє сформувати стійкі канали взаємодії між суб'єктами управління (Кабінетом Міністрів, МОЗ, НСЗУ, органами місцевого самоврядування, професійними асоціаціями) та об'єктами (закладами охорони здоров'я, кадровим потенціалом, фармацевтичним сектором, пацієнтськими потоками). Ключовим завданням є забезпечення прозорості циркуляції ресурсів і інформації: фінансування повинно бути прив'язаним до результатів, кадрова політика – до реальних потреб, цифровізація – до створення аналітичної бази для прийняття рішень, а комунікація – до підвищення рівня довіри суспільства. Така архітектура дозволяє не лише стабілізувати систему в кризових умовах, а й вибудувати траєкторію розвитку, синхронізовану з європейськими стандартами (рис. 3.5).

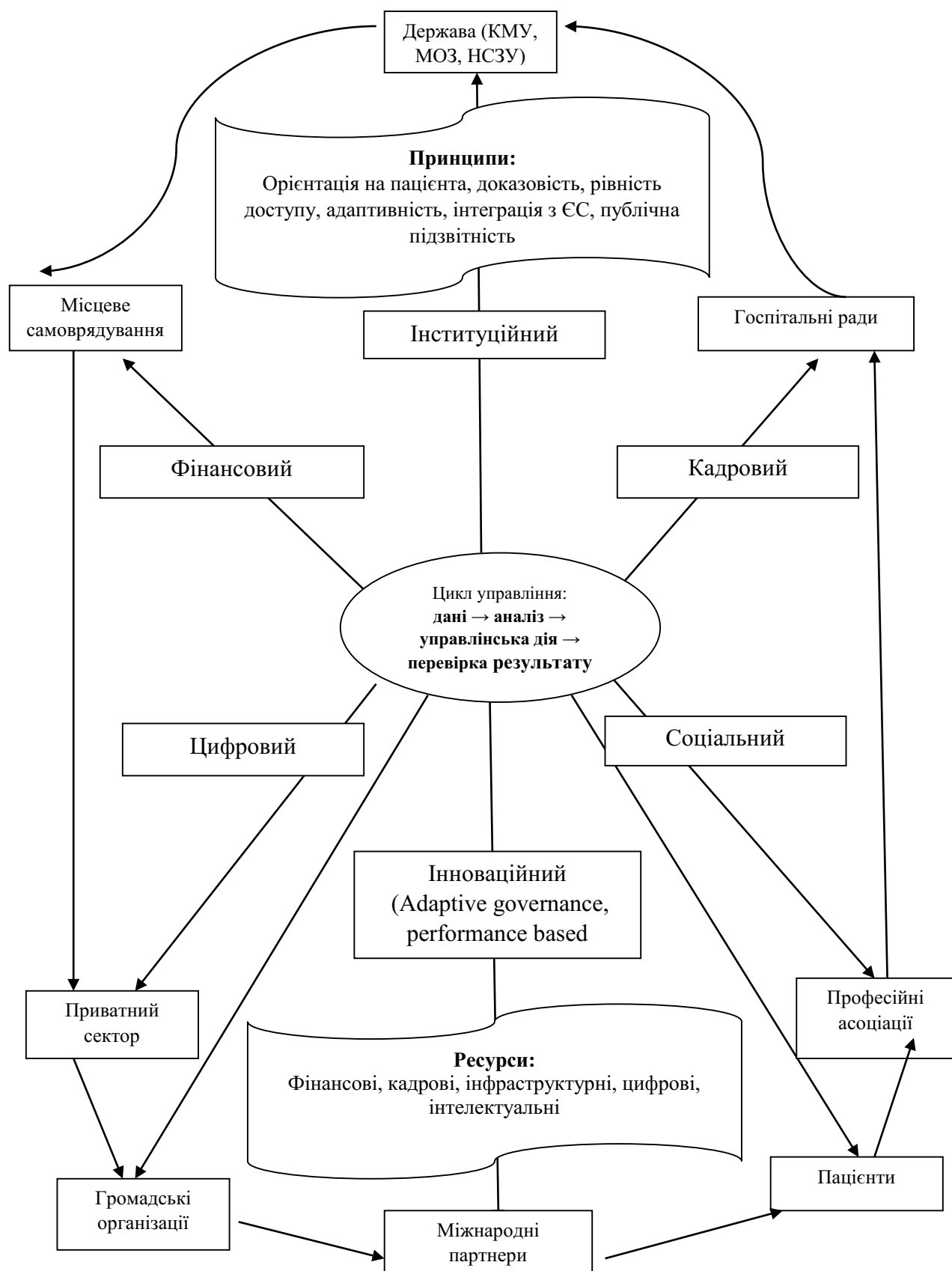


Рис.3.5. Модель комплексного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України*

*Джерело: власна розробка автора

Формування нової моделі комплексного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я є не лише теоретичною розробкою, а й критичною практичною потребою. В умовах війни та післявоєнного відновлення система охорони здоров'я стикається з комплексом багаторівневих викликів - від руйнування інфраструктури й відтоку кадрів до нерівномірності доступу до медичних послуг і хронічного дефіциту фінансових ресурсів [76].

Традиційні адміністративно-бюджетні механізми виявилися неспроможними забезпечити стабільність та розвиток у таких умовах.

Пропонована модель принципово відрізняється від попередніх підходів: замість фрагментарності вона забезпечує системність, замість орієнтації лише на процес – фокус на досягненні вимірюваних результатів для пацієнта, а замість ситуативної координації – сталі багаторівневі механізми взаємодії між державою, органами місцевого самоврядування, приватним сектором і громадськими організаціями. Її наукова основа спирається на концепцію *adaptive governance*, що передбачає гнучке поєднання правових гарантій, фінансових інструментів і цифрових рішень у форматі «реального часу». Завдяки цьому система набуває властивостей кризостійкості та здатності швидко реагувати на виклики.

Ключовим є принцип «дані – аналітика – управлінська дія – верифікація результату – корекція», що трансформує управління у замкнений цикл із постійним цифровим зворотним зв'язком. На практиці це означає ухвалення управлінських рішень на основі даних реального часу: маршрутів пацієнтів, виконання контрактів, навантаження на персонал. Після аналітичної обробки такі дані автоматично активують механізми перерозподілу ресурсів, перегляду умов договорів або зміни фінансових пріоритетів. Водночас пряме поєднання фінансування з досягнутими результатами (*performance-based financing*), апробоване в міжнародних проєктах, зокрема HEAL Ukraine, гарантує, що ресурси виділяються поступово й лише за умови досягнення перевірених індикаторів.

Важливим компонентом є цифровий контур, який забезпечує прозорість управління та довіру суспільства. Використання інструментів бізнес-аналітики на основі відкритих даних (наприклад, Prozorro) трансформує закупівлі лікарських засобів із «ручного режиму» у стандартизований доказово-цифровий процес. Це дозволяє не лише знижувати транзакційні витрати, а й оперативно виявляти та усувати логістичні «вузькі місця», забезпечуючи безперервність постачання у медичних мережах.

Концептуальні основи моделі формують підґрунтя для нової управлінської архітектури, яка поєднує наукові підходи, міжнародний досвід та українські реалії. Вона забезпечує перехід від реактивних практик до адаптивного й результатоорієнтованого управління, роблячи наступний крок – деталізацію архітектури моделі (блоки, механізми взаємодії, інструменти реалізації) – логічним продовженням розробки.

Архітектура комплексної моделі публічного управління, представлена на рис. 3.3.1, формує каркас системи, однак її життєздатність визначається тим, як саме суб'єкти реалізують цю рамку на практиці. Йдеться не про формальне закріплення ролей, а про поліцентричне управління, у якому державні інституції, громади, заклади охорони здоров'я, приватний сектор, професійні та пацієнтські організації взаємодіють у форматі динамічної мережі. Такі суб'єкти створюють канали обміну ресурсами та даними, завдяки чому стратегічні пріоритети трансформуються у конкретні управлінські рішення й результати (табл. 3.12).

Практична реалізація моделі відбувається через скоординовані дії суб'єктів, які виконують специфічні функції з прямим впливом на якість, доступність і результативність медичної допомоги. Державні інституції не лише формують законодавче поле й розподіляють фінансові потоки, а й запроваджують інноваційні механізми data-driven governance. Прикладом є контрактування медичних послуг через НСЗУ, що перетворює бюджетні видатки у результативні індикатори та забезпечує фінансову верифікацію досягнутих результатів.

Таблиця 3.12

Роль суб'єктів у реалізації комплексної моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я України*

Суб'єкти	Роль у реалізації моделі	Канали практичної дії
Державні інституції (МОЗ, НСЗУ, Центр громадського здоров'я України)	Формують стратегічні пріоритети, стандарти та фінансують систему, координують епідемічний нагляд і політики громадського здоров'я	Закони, Програма медичних гарантій, контракти НСЗУ, Національний план громадського здоров'я, цифрова інфраструктура eHealth
Органи місцевого самоврядування	Локалізують державні політики, забезпечують інфраструктуру, фінансують лікарні, адаптують стратегії до потреб громади	Регіональні програми, співфінансування, місцеві фонди підтримки медицини, цифрові реєстри пацієнтів
Госпітальні округи та госпітальні ради	Координують управління мережею лікарень на міжмуніципальному рівні, розподіляють потоки пацієнтів і ресурси	Госпітальні ради, узгоджені маршрути пацієнтів, спільне використання обладнання та кадрів
Медичні кластери	Забезпечують інтеграцію університетів, дослідницьких центрів, інноваційних стартапів і лікарень	Спільні інноваційні хаби, програми R&D, кластери «HealthTech», партнерство з IT-компаніями
Заклади охорони здоров'я (державні й приватні)	Реалізують стандарти лікування, організовують роботу персоналу, управляють потоками пацієнтів, впроваджують цифрові рішення	Контракти з НСЗУ, електронні медичні записи, телемедичні сервіси, аналітика даних
Приватний сектор (фармацевтичні компанії, IT-стартапи, інвестори)	Інвестує в інфраструктуру, розвиває фармацевтичні сервіси, телемедицину, цифрові додатки	ДПП, Prozorro.Закупівлі, стартапи у сфері eHealth («Helsi», «Doctor Online»), концесійні проекти
Професійні асоціації	Гармонізують клінічні протоколи, організовують безперервну освіту, беруть участь в акредитації	Експертні ради МОЗ, освітні програми, стандартизаційні платформи, міжнародні асоціації
Пацієнтські організації та НУО	Контролюють доступність і якість послуг, просувають інтереси пацієнтів, ініціюють зміни у політиках	Моніторинг закупівель, опитування пацієнтів, адвокаційні кампанії («100% життя», «Пацієнти України»)
Міжнародні партнери та донори (ВООЗ, ЄС, Світовий банк, USAID)	Надають фінансову, експертну та технічну допомогу, стимулюють євроінтеграційні зміни	Грантові програми, технічна допомога, пілотні проекти (наприклад, впровадження Європейського простору даних здоров'я – EHDS)

*Джерело: власна розробка автора

Додатково МОЗ і Центр громадського здоров'я України застосовують цифрову аналітику для моніторингу епідеміологічних процесів, впроваджуючи дашборди для відстеження поширення інфекцій та рівня вакцинації. Такі інструменти не лише підвищують прозорість, але й забезпечують новий рівень оперативності ухвалення рішень.

Органи місцевого самоврядування реалізують модель у форматі «гнучкої локалізації», відновлюючи пошкоджені лікарні, створюючи центри первинної медико-санітарної допомоги та мобільні пункти. Такі практики, апробовані у громадах Київської й Харківської областей, поєднали співфінансування з державними субвенціями й міжнародною технічною допомогою, утворивши модель локальної стійкості. У 2023–2024 рр. окремі громади пілотували моделі «медичних хабів» - мультифункціональних центрів, які об'єднують первинну та спеціалізовану допомогу, що відповідає європейським практикам інтегрованої медицини.

Заклади охорони здоров'я функціонують як операційне ядро, де нормативні вимоги трансформуються у клінічні протоколи, оптимізуються логістика пацієнтів та управління персоналом. Використання цифрових платформ для електронних медичних записів створює основу для верифікації процесів у реальному часі. Поступове підключення закладів до Єдиного державного порталу даних охорони здоров'я дозволяє інтегрувати інформаційні потоки, зменшувати дублювання даних та підвищувати точність статистики.

Приватний сектор, інтегрований через механізми державно-приватного партнерства, виконує роль каталізатора інновацій: постачає сучасне обладнання, розвиває телемедицину й фармацевтичні послуги. Так, у 2024–2025 роках завдяки співпраці з міжнародними виробниками діагностичного обладнання опорні лікарні отримали системи ранньої діагностики онкозахворювань, що дозволило підвищити швидкість і точність клінічних рішень. У той самий період ІТ-компанії в партнерстві з госпітальними округами розгорнули телемедичні сервіси для сільських регіонів,

забезпечивши доступ до консультацій лікарів у реальному часі через мобільні застосунки.

Професійні асоціації виконують функцію «епістемічного центру», адаптуючи клінічні протоколи, організовуючи безперервну освіту та акредитацію закладів. Це забезпечує єдність стандартів і мінімізує регіональні диспропорції у якості послуг. Прикладом є співпраця асоціацій лікарів із МОЗ у 2025 році для перегляду протоколів кардіологічної допомоги відповідно до стандартів Європейського товариства кардіологів. Також у цей час в Україні почала діяти інтегрована система CME (Continuing Medical Education), що базується на онлайн-курсах і симуляційних тренінгах, організованих професійними асоціаціями спільно з університетами.

Пацієнтські організації завершують цикл реалізації, перетворюючи громадський контроль на системний інструмент управління. Їхня діяльність виходить за межі символічного моніторингу: вони проводять незалежні оцінки доступності ліків, організовують опитування пацієнтів та ініціюють публічні дискусії. Приклад - діяльність організації «100% життя», яка домоглася розширення програм централізованих закупівель для онкохворих і пацієнтів із ВІЛ/СНІДом. Інші організації, як-от «Пацієнти України», активно впливають на політику ціноутворення на ліки, використовуючи адвокаційні інструменти на рівні парламенту й уряду.

У результаті всі суб'єкти формують поліцентричну екосистему, у якій стратегічні рішення набувають практичного втілення через цифрово верифіковані дії. Це дозволяє перетворити розрізнені практики на скоординовану систему публічного управління, де баланс між державним регулюванням, інноваційним потенціалом бізнесу та суспільним контролем забезпечує реальну стійкість галузі.

Інтегративний характер моделі комплексного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я проявляється у формуванні цілісної екосистеми ресурсів, з'єднаної єдиним цифрово-аналітичним управлінським контуром. Фінансові, кадрові, технологічні та інформаційні блоки не існують

ізолювано, а взаємно підсилюють один одного, створюючи ефект мультиплікації. На концептуальному рівні модель спирається на принципи адаптивності, системності та результатООрієнтованості, тоді як на практичному рівні вона втілює підхід data-driven governance, коли розподіл і мобілізація ресурсів здійснюються на основі доказових сигналів реального часу. Це дає змогу забезпечити не лише стабільність функціонування системи, а й resilience by design - стійкість, закладену ще на етапі проектування, що є критично важливим у період війни та післявоєнного відновлення.

Наукова новизна такої моделі полягає у відході від класичної ієрархії до поліцентричної мережі управління, яка інтегрує державні інституції, громади, бізнес, професійні спільноти, пацієнтські організації та міжнародних партнерів у єдину екосистему. Її унікальність визначається не лише багаторівневістю, а й інноваційною природою взаємодії, яка базується на цифрових інструментах, прозорості та доказовості управлінських рішень.

Фінансовий ресурс охоплює державний бюджет, місцеві фонди та міжнародну допомогу, які трансформуються з фрагментарних потоків у механізм цільового і результатООрієнтованого фінансування. Особливе місце займають інструменти сценарного фінансування, що дозволяють створювати резерви для кризових ситуацій. Кадровий ресурс - це підготовка та перепідготовка персоналу, мобільність кадрів і програми залучення молодих спеціалістів, які дедалі більше спираються на цифрові платформи безперервної освіти та симуляційні технології. Технологічний ресурс включає сучасне обладнання, телемедицину, мобільні госпіталі, інноваційні діагностичні системи, інтегровані у спільний управлінський цикл. Інформаційний ресурс об'єднано у цифровий контур (eHealth, національні реєстри, big data-аналітика), що забезпечує прозорість і контроль у реальному часі, а також відкриває можливості для predictive analytics- прогнозного моделювання потреб у кадрах, ліках чи обладнанні (табл. 3.13). Інтеграція ресурсів та механізмів реалізації моделі у сфері охорони здоров'я України є

багаторівневим процесом, у якому ключова роль належить інформаційно-комунікаційним ресурсам.

Таблиця 3.13

Інтеграція ресурсів та інструментів реалізації моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я України*

Вид ресурсу	Зміст та практичне наповнення	Інструменти реалізації	Приклади практичної реалізації
Фінансові	Бюджетні кошти, міжнародні гранти, місцеве співфінансування	Державно-приватне партнерство, результативне контрагування, сценарне резервне фінансування, прозорі тендери	Проект Світового банку «Ukraine Strengthens the Public Health System» (2025); співфінансування місцевих програм у Львівській та Дніпропетровській областях; механізм Prozorro.Закупівлі
Кадрові	Підготовка і перепідготовка медичних кадрів, кадрова мобільність, програми залучення спеціалістів	Кадрові резерви, e-learning та симуляційні програми, професійні асоціації	Освітня платформа «Дія.Освіта»; симуляційні центри у Києві, Львові, Харкові; Erasmus+ для медиків; пілотні програми мобільності з Польщею
Технологічні	Сучасне обладнання, телемедицина, мобільні госпіталі, інноваційні діагностичні системи	Трансфер технологій, партнерські проекти, міжнародні гранти	Програма Глобального фонду з діагностики туберкульозу (2025); мобільні госпіталі у Херсонській та Харківській областях; телемедичні сервіси в сільських громадах
Інформаційні	eHealth, національні реєстри, big data-аналітика, цифрові паспорти пацієнтів	Цифрові платформи, predictive analytics, онлайн-моніторинг, публічна звітність	ЕСОЗ із ЦБД та МІС; аналітичні дашборди НСЗУ; реєстр онкологічних хворих; проект e-Stock для обліку лікарських засобів; приєднання до Європейського простору даних здоров'я (EHDS)

*Джерело: власна розробка автора

Вони формують інфраструктуру для фінансових, кадрових і технологічних перетворень, забезпечують прозорість і підзвітність та дозволяють системі швидко реагувати на внутрішні й зовнішні виклики. Саме цифровий контур слугує не лише «нервовою системою» управління, але й

каталізатором взаємодії різних суб'єктів - державних інституцій, місцевих громад, медичних закладів, пацієнтських організацій і міжнародних партнерів.

У центрі цифрової екосистеми знаходиться Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), що об'єднує центральну базу даних (ЦБД) та медичні інформаційні системи (МІС), які використовуються лікарями, аптеками й закладами охорони здоров'я. ЕСОЗ забезпечує ведення електронних медичних карток, електронних рецептів та направлень, формує реєстри пацієнтів і закладів, а також є базою для Програми медичних гарантій. Саме ця система створює основу для прогностичної аналітики та визначення фінансових потреб на національному й регіональному рівнях.

Не менш важливою є діяльність Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка через відкриті дашборди надає доступ до статистики виконання медичних пакетів, фінансування, кількості декларацій і навантаження на лікарів. Ці ресурси дозволяють проводити реальний моніторинг якості надання послуг та розподілу коштів, створюючи основу для evidence-based governance.

Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України виконує роль центрального джерела нормативних документів, стратегій, програм та оперативної інформації у кризових ситуаціях. Його інтеграція з цифровими сервісами, зокрема з платформою «Дія.Освіта», відкриває доступ до сучасних освітніх курсів для медичних працівників, зокрема з цифрових навичок і роботи з МІС та ЕСОЗ. Це створює кадровий ресурс нового типу - лікарів і менеджерів охорони здоров'я, які володіють цифровими компетенціями та здатні працювати у високотехнологічному середовищі.

Важливим елементом інформаційної інтеграції є бази знань НСЗУ та МОЗ, які містять приклади кращих практик, методичні матеріали з фінансів, управління, пацієнтоорієнтованості та якості. Такі ресурси виконують функцію стандартизації управлінських процесів і дозволяють регіональним закладам орієнтуватися на єдині підходи.

У кризових умовах, особливо під час війни, інформаційні інновації показали високу ефективність. Прикладом є віртуальний триаж на основі штучного інтелекту, який було використано для швидкого сортування пацієнтів серед біженців та внутрішньо переміщених осіб. Ця технологія дала змогу оптимізувати маршрутизацію, визначати пріоритетність надання допомоги та знижувати навантаження на медичні заклади у найбільш уразливих регіонах. Іншим прикладом є впровадження системи e-Stock, яка відстежує наявність лікарських засобів та вакцин у режимі реального часу, що підвищує ефективність логістики та прозорість закупівель.

Інтеграція ресурсів виходить і на міжнародний рівень. Україна вже активно використовує доступ до таких баз, як MEDLINE і PubMed, що є фундаментальними для медичних досліджень і практики доказової медицини. Участь у створенні Європейського простору даних здоров'я (EHDS) відкриває можливість обміну клінічними даними з країнами ЄС, що важливо для лікування українських пацієнтів за кордоном, розвитку телемедицини й залучення інноваційних технологій.

Водночас стійкість моделі залежить від рівня її інституціоналізації. Це означає, що інтеграція ресурсів повинна бути закріплена у нормативно-правовій площині: законами, урядовими постановами, міжвідомчими угодами та міжнародними договорами. Уже сьогодні в Україні триває процес оновлення законодавства щодо електронної системи охорони здоров'я, захисту персональних даних, регулювання телемедицини та використання штучного інтелекту у медичній сфері. Приклади країн Балтії, зокрема створення у Литві Національного центру електронного здоров'я, доводять, що подібні інституційні механізми не лише стабілізують політику, але й захищають систему від політичних коливань, забезпечуючи її довготривалу сталість. Так, сучасна модель інтеграції ресурсів у сфері охорони здоров'я України набуває системного характеру: фінансові потоки поєднуються з технологічними інноваціями, кадровий потенціал підсилюється цифровими платформами, а інформаційні ресурси перетворюються на реальні

інструменти управління. Це створює основу для переходу до європейських стандартів, формування прозорої та пацієнтоорієнтованої системи, здатної витримати кризові виклики та забезпечити стійкий розвиток у післявоєнний період.

Ефективність інтеграції ресурсів та інформаційних платформ у сфері охорони здоров'я залежить не лише від їх технічного чи фінансового забезпечення, а й від чіткої інституційної архітектури. Для досягнення стійкості та спадковості політики необхідно визначити організаційну структуру публічного управління, у межах якої будуть закріплені повноваження, функції та механізми координації між ключовими суб'єктами. Така структура має забезпечити поліцентричну взаємодію державних органів, місцевого самоврядування, професійних асоціацій, цифрових агентств та пацієнтських організацій. Її відсутність або нечіткість призводить до фрагментації управління, дублювання функцій і, як наслідок, неефективного використання ресурсів. Тому доцільно запропонувати організаційну модель інтеграції ресурсів, яка базуватиметься на принципах субсидіарності, прозорості, координації та європейської сумісності (рис. 3.6).

Запропонована організаційна структура демонструє поліцентричний підхід, у якому функції та повноваження розподілені між різними рівнями управління, але водночас інтегровані через сучасні цифрові та інституційні механізми. Національний рівень відповідає за стратегічне бачення, законодавче забезпечення та фінансову стабільність системи. Його ключовою функцією є формування рамкової політики та інтеграція України у європейський правовий простір охорони здоров'я.

Координаційний рівень виступає сполучною ланкою між державними органами та регіонами, забезпечуючи синхронізацію рішень і швидку реакцію на кризові ситуації. Його діяльність набуває особливого значення у період воєнних викликів та епідемій, коли необхідно оперативно мобілізувати ресурси і забезпечити їх справедливий розподіл.

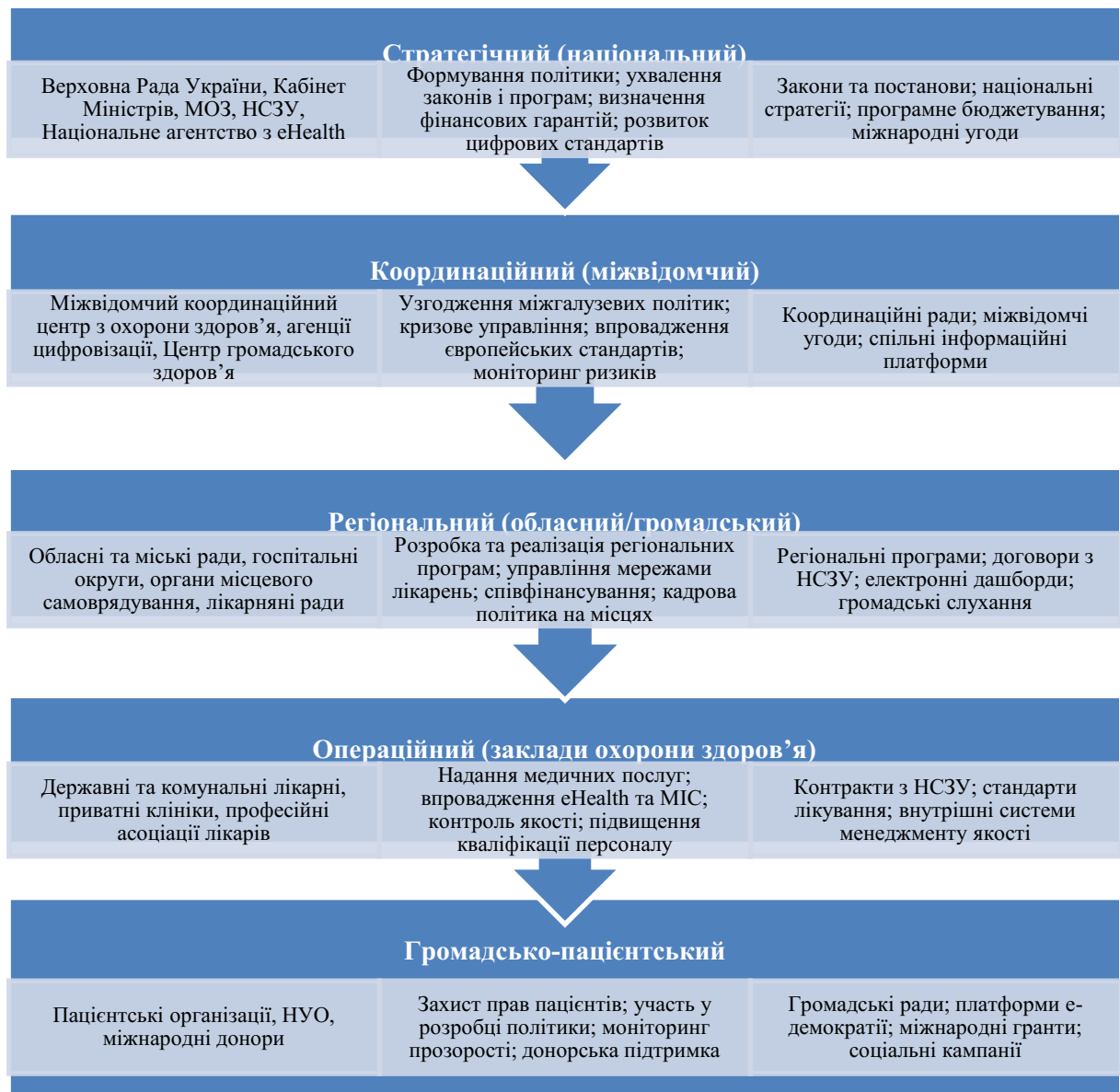


Рис. 3.6. Організаційна структура інтеграції ресурсів у сфері охорони здоров'я*

*Джерело: власна розробка автора

Регіональний рівень забезпечує адаптацію державної політики до місцевих потреб, управління госпітальними округами, розвиток інфраструктури та кадрового потенціалу. Саме тут реалізуються механізми співфінансування та партнерства з громадою, що формують сталість системи.

Операційний рівень - це безпосередні надавачі медичних послуг, які інтегрують технологічні та кадрові ресурси у практику лікування. Запровадження електронних медичних карток, протоколів лікування та

внутрішніх систем менеджменту якості дозволяє забезпечити контроль і прозорість на рівні кожного закладу.

Громадсько-пацієнтський рівень формує соціальну легітимність системи: пацієнтські організації та НУО здійснюють моніторинг прозорості, просувають стандарти етичності та прав пацієнтів, а також виконують роль комунікатора між суспільством і владою. Донорські організації підсилюють цей рівень ресурсами і технологіями, інтегруючи Україну у глобальний простір охорони здоров'я. Організаційна структура, побудована на принципах чіткої диференціації повноважень і одночасної взаємодії між рівнями, створює умови для ефективної реалізації інтегрованої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я. Вона не лише розмежовує відповідальність, але й закладає основу для стабільності, прозорості та результативності реформ у середньо- та довгостроковій перспективі.

Нарешті, стійкість моделі зміцнюється завдяки вбудованим механізмам кризового управління. Йдеться про інституційно закріплені процедури сценарного планування, мобілізації ресурсів та цифрової адаптації. В українських умовах це може бути реалізовано через інтеграцію кризових планів МОЗ і регіональних військово-цивільних адміністрацій у єдиний управлінський контур. Такі інструменти дозволяють швидко реагувати на масові виклики - від епідемій до руйнування медичної інфраструктури. Прикладом для наслідування є Естонія, де в межах eHealth-системи закладено алгоритми безперервного функціонування навіть у разі кібератак чи перебоїв з енергопостачанням [210]. Таким чином, інтеграція ресурсів у запропонованій моделі набуває інноваційного виміру: це не лише поєднання фінансів, кадрів, технологій та інформації, а й створення адаптивної, цифрово верифікованої екосистеми, здатної забезпечити сталий розвиток і кризову стійкість сфери охорони здоров'я України.

Методика оцінювання ефективності комплексної моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я є заключним і водночас ключовим етапом її розроблення, адже саме вона переводить концептуально-архітектурні

рішення у площину практичного функціонування. Її значущість визначається не лише потребами воєнного і післявоєнного відновлення України, а й необхідністю створення прозорої та підзвітної системи, що відповідає принципам *evidence-based policy* та стандартам Європейського Союзу. На відміну від традиційних оціночних підходів, зосереджених переважно на ресурсах або формальному виконанні планів, дана методика орієнтована на результативність та вплив, що вимірюються як за медичними, так і за соціально-економічними параметрами.

Її обґрунтування спирається на поєднання кількісних і якісних індикаторів, використання сучасних цифрових інструментів збору даних, а також міжнародні практики *performance-based financing* і *health system resilience assessment*. Вона побудована на принципі зворотного управлінського циклу: дані про результати функціонування системи не лише фіксують рівень ефективності, а й стають основою для корекції управлінських рішень. Для комплексності методика структурована у шість блоків оцінювання: фінансово-економічний, організаційно-кадровий, інформаційно-комунікаційний, нормативно-правовий, соціальний та інноваційний. Це дозволяє оцінити як поточний стан, так і динаміку розвитку системи в умовах кризових викликів та інтеграції до європейського простору (табл. 3.14).

Система оцінювання не зводиться до механічного підрахунку показників, а функціонує як інтегрований управлінський інструмент, що формує нову логіку взаємодії між ресурсами, інституціями та результатами. Її особливість полягає у поєднанні кількісних і якісних параметрів, що перетворює оціночний процес на безперервний управлінський цикл зворотного зв'язку. Методика структурована у десять блоків оцінювання, які охоплюють фінансово-економічний, організаційно-кадровий, інформаційно-комунікаційний, нормативно-правовий, соціальний, інноваційний, а також блоки сталості, інклюзивності, соціальної адаптованості та екологічності. Така структура забезпечує комплексність і відображає сучасні європейські підходи до аналізу ефективності системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.14

Методика оцінювання ефективності моделі комплексного механізму
публічного управління у сфері охорони здоров'я*

Блок оцінювання	Ключові індикатори	Формула / метод розрахунку	Очікуваний результат
Фінансово-економічний	Ефективність використання коштів (E); Коефіцієнт прозорості закупівель (Pz); Результативність міжнародних грантів (G)	$E = \text{результати} / \text{витрачені ресурси};$ $Pz = \text{відкриті тендери} / \text{загальна кількість} * 100\%;$ $G = \text{досягнуті індикатори} / \text{обсяг фінансування};$	Зростання ефективності витрат і прозорості
Організаційно-кадровий	Індекс кадрової спроможності (K); Індекс професійного розвитку (Pr); Коефіцієнт стабільності кадрів (Ks)	$K = \text{лікарі} / \text{потреба} * 100\%;$ $Pr = \text{лікарі, що пройшли навчання} / \text{загальна кількість} * 100\%;$ $Ks = (1 - \text{плинність кадрів}) * 100\%;$	Скорочення дефіциту, зростання професійного рівня
Інформаційно-комунікаційний	Рівень цифрового охоплення (D); Індекс використання AI-рішень (Ai); Рівень інтеперабельності (Io)	$D = \text{заклади в eHealth} / \text{загальна кількість} * 100\%;$ $Ai = \text{заклади з AI – рішеннями} / \text{загальна кількість} * 100\%;$ $Io = \text{кількість інтегрованих систем} / \text{загальна кількість} * 100\%;$	Повне цифрове охоплення, прогнозна аналітика
Нормативно-правовий	Індекс відповідності стандартам ЄС (S); Швидкість імплементації директив (Ti); Індекс громадської участі (Gr)	$S = \text{експертна оцінка (0–1)}; Ti = \text{середній час впровадження (у місяцях)};$ $Gr = \text{кількість ініціатив із громадською участю} / \text{загальна кількість} * 100\%;$	Гармонізація та зростання участі суспільства
Соціальний	Індекс задоволеності пацієнтів (Ps); Рівень довіри до системи (Tr)	$Ps = \% \text{ задоволених за результатами опитувань};$ $Tr = \text{довірчі оцінки} / \text{загальна кількість} * 100\%;$	Зростання довіри й соціальної ефективності
Інноваційний	Індекс впровадження інновацій (In); Кількість пілотних проєктів (Pl)	$In = \text{кількість інноваційних рішень} / \text{загальна кількість} * 100\%;$ $Pl = \text{реалізовані пілоти} / \text{рік};$	Стимулювання технологічних змін

Продовження табл. 3.14.

Блок оцінювання	Ключові індикатори	Формула / метод розрахунку	Очікуваний результат
Стійкість (Resilience)	Індекс готовності до криз (Rc); Рівень резервного фінансування (Rf); Індекс мобільності ресурсів (Rm)	$Rc = \text{виконання планів кризової готовності}$ $Rf = \frac{\text{резервні фонди}}{\text{загальний бюджет}}$ $Rm = \frac{\text{кількість мобілізованих ресурсів}}{\text{нагромаджені ресурси}} \cdot 100\%$	Підвищення здатності до реагування на надзвичайні ситуації
Інклюзивність	Індекс доступності для вразливих груп (Iv); Індекс територіальної справедливості (It)	$Iv = \frac{\text{кількість вразливих груп, охоплених послугами}}{\text{загальна кількість вразливих груп}} \cdot 100\%$ $It = \frac{\text{послуги у сільській місцевості}}{\text{послуги в міській місцевості}} \cdot 100\%$	Забезпечення рівного доступу незалежно від статусу чи місця проживання
Соціальна адаптованість	Індекс гнучкості системи (Ag); Швидкість адаптації політик (Ap)	$Ag = \frac{\text{кількість успішних змін у відповідь на виклики}}{\text{загальна кількість змін}} \cdot 100\%$ $Ap = \frac{\text{середній час від виникнення потреби до ухвалення рішення}}{\text{середній час ухвалення рішення в інших країнах}} \cdot 100\%$	Гнучкість та швидка реакція на соціальні зміни
Екологічність	Індекс утилізації медичних відходів (Ec); Рівень впровадження «зелених» технологій (Gt)	$Ec = \frac{\text{утилізовані відходи}}{\text{загальна кількість відходів}} \cdot 100\%$ $Gt = \frac{\text{заклади із зеленими технологіями}}{\text{загальна кількість закладів}} \cdot 100\%$	Підвищення екологічної безпеки та сталості системи

*Джерело: власна розробка автора

Фінансово-економічний блок трансформує фінансування з суто облікового механізму на інструмент мотивації: кожна гривня державних чи міжнародних коштів пов'язується з конкретними результатами – зниженням смертності, підвищенням доступності послуг, модернізацією інфраструктури. Організаційно-кадровий блок виконує прогностно-регулятивну функцію: показники кадрової спроможності та професійного розвитку дозволяють своєчасно коригувати політику підготовки й мобільності персоналу, що особливо важливо у післявоєнний період. Інформаційно-комунікаційний блок фактично перетворює цифровізацію на «нервову систему» управління: повне охоплення eHealth, розвиток медичних інформаційних систем та використання

AI-рішень забезпечують аналіз у реальному часі, прогнозування кризових ситуацій та оптимізацію маршрутизації пацієнтів. Нормативно-правовий блок відіграє роль інтегратора: він не лише фіксує рівень зближення із законодавством ЄС, а й інституалізує механізми громадської участі, що підвищує легітимність політики та її соціальну підтримку. Соціальний блок зосереджений на результатах для громадян: задоволеність пацієнтів, рівень довіри та суб'єктивне відчуття справедливості стають ключовими критеріями оцінки. Інноваційний блок забезпечує постійний розвиток системи через впровадження нових технологій, пілотних рішень та поширення кращих практик.

Водночас методика враховує додаткові аспекти, що відповідають сучасним викликам та європейським стандартам. Блок сталості оцінює готовність системи до кризових ситуацій, наявність резервного фінансування та мобільність ресурсів, що забезпечує адаптацію до надзвичайних умов. Блок інклюзивності фокусується на рівному доступі до медичних послуг для всіх соціальних груп, зокрема людей з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб та мешканців віддалених територій. Блок соціальної адаптованості відображає здатність системи швидко реагувати на зміни потреб населення, у тому числі демографічні та міграційні процеси, що формують нові запити на послуги. Блок екологічності підкреслює важливість безпечної утилізації медичних відходів, впровадження «зелених» технологій та дотримання стандартів екологічної безпеки, що сприяє сталому розвитку системи охорони здоров'я.

Таким чином, система оцінювання постає не лише як інструмент контролю, а й як стратегічний механізм управління, що дозволяє комплексно оцінювати функціонування галузі, підвищувати прозорість та підзвітність, а також стимулювати якісні зміни. Її практична цінність полягає у формуванні замкненого управлінського кола: дані → аналіз → управлінське рішення → перевірка результатів → корекція політик. Це мінімізує транзакційні втрати, підвищує підзвітність і забезпечує доказовість у сфері охорони здоров'я. Стратегічно методика створює підґрунтя для формування культури

оцінювання, за якої кожна реформа чи програма супроводжується чіткими критеріями результативності.

Для інтеграції різних вимірів у єдиний показник використовується агрегований інтегральний індекс ефективності (I_{ef}), що розраховується як зважене середнє значення блокових індикаторів 3.1:

$$I_{ef} = \sum_{i=1}^n w_i * i_i \quad (3.1)$$

де I_i - усереднене значення індикаторів i -го блоку, w_i - вага блоку (визначається експертним чи аналітичним методом), n - кількість блоків (у даній методиці - 10). Вагові коефіцієнти можуть бути рівномірними (по 0,1 для кожного блоку) або диференційованими залежно від стратегічних пріоритетів.

Межі інтегрального індексу визначають рівень ефективності системи:

- 0–0,49 (0–49%) - низька ефективність, що свідчить про кризовий стан;
- 0,50–0,79 (50–79%) - середня ефективність, яка потребує структурних удосконалень;
- 0,80–1,00 (80–100%) - висока ефективність, що відповідає європейським стандартам і забезпечує потенціал сталого розвитку.

У такому вигляді методика набуває системності, поєднує кількісні та якісні виміри та забезпечує інструментальну основу для впровадження evidence-based policy в українській охороні здоров'я.

Висновки до розділу 3

1. Аналіз зарубіжного досвіду удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я засвідчив, що ефективність функціонування систем країн ЄС та ОЕСР ґрунтується на принципах універсальності доступу, соціальної справедливості, орієнтації на потреби пацієнта, інтеграції медичних і соціальних послуг та розвинутій цифровій інфраструктурі. Вивчення моделей Beveridge, Bismarck, приватно-страхової та змішаної показало, що найбільш стійкими в кризових умовах є саме гібридні підходи,

які поєднують державне фінансування, страхові інструменти й приватну ініціативу. Водночас сучасні тенденції доводять, що базові принципи управління не залишаються сталими: вони еволюціонують у напрямі концепції *adaptive governance* та включають додаткові виміри – сталість системи, інклюзивність доступу, соціальну адаптованість, етичність і дотримання прав пацієнтів, а також екологічність. Для України цей досвід є цінним з огляду на можливість адаптувати апробовані практики до національних реалій, використовуючи сучасні управлінські інструменти, включно з цифрово-аналітичними платформами, підходами *data-driven governance* та принципами *resilience by design*, здатними зменшити нерівність у доступі та подолати структурні дисбаланси.

2. Визначення стратегічних напрямів удосконалення публічного управління охороною здоров'я в Україні дало змогу окреслити комплексні пріоритети, що відповідають як внутрішнім потребам, так і міжнародним вимогам. У центрі стоїть забезпечення універсального доступу до медичних послуг у воєнних та післявоєнних умовах, зміцнення фінансової стійкості системи через багатоканальне фінансування, запровадження нових страхових механізмів та створення системи прозорості фінансових потоків. Ключовим напрямом є розвиток кадрового потенціалу, що передбачає підвищення професійної кваліфікації, збереження фахівців та протидію відтоку кадрів. Цифровізація на основі платформ *eHealth* та впровадження алгоритмів штучного інтелекту визначаються як базові інструменти прозорості й результативності управління. Водночас реалізація цих напрямів вимагає гармонізації законодавчої бази з правом Європейського Союзу, розвитку державно-приватного партнерства та створення стійкої інституційної інфраструктури, яка забезпечить спадковість політики незалежно від політичних змін. Особливе значення має інституціоналізація нових принципів – інклюзивності, екологічності та етичності – через закріплення їх у національних стратегіях і законах. Це відповідає європейським тенденціям

формування довготривалої правової основи для розвитку охорони здоров'я, що гарантує стабільність і відповідність міжнародним стандартам.

3. Запропонована модель комплексного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я України є цілісним концептуальним рішенням, що поєднує інституційні, фінансові, кадрові, цифрові, соціальні та інноваційні блоки в єдину адаптивну архітектуру управління. Вона відрізняється від існуючих фрагментарних механізмів орієнтацією на пацієнта та принципи value-based healthcare, функціонуванням замкненого циклу «дані – аналіз – управлінська дія – перевірка результату – корекція» та використанням інструментів performance-based financing. Науковою основою моделі виступає концепція adaptive governance і принцип resilience by design, що забезпечує здатність системи зберігати функціональність у кризових умовах. Важливою складовою є методика оцінювання ефективності, яка розширена до десяти блоків індикаторів і охоплює фінансово-економічний, організаційно-кадровий, інформаційно-комунікаційний, нормативно-правовий, соціальний, інноваційний, а також сталість, інклюзивність, соціальну адаптованість та екологічність. Це створює можливість комплексної діагностики стану системи та прогнозування траєкторій її розвитку. Запропонований інтегральний індекс ефективності, побудований на зваженій оцінці блоків, дозволяє вимірювати не лише поточний рівень результативності, а й визначати критичні точки для управлінських втручань. Така методика забезпечує інтеграцію України у європейський простір health performance assessment, формує підґрунтя для сталого розвитку сфери охорони здоров'я та сприяє формуванню нової культури оцінювання, у якій прозорість, етичність та відповідальність стають системними стандартами управління.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження вирішено комплекс завдань, що забезпечило досягнення мети дисертаційної роботи - розроблення теоретичних, методичних і прикладних засад удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифрової трансформації, воєнних і післявоєнних викликів.

1. На основі узагальнення наукових підходів уточнено сутність, структуру та функціональне призначення категорії «стратегічний потенціал системи охорони здоров'я». Стратегічний потенціал визначено як інтегровану здатність державної, муніципальної та приватної підсистем охорони здоров'я забезпечувати стійкість, результативність і соціальну справедливість у довгостроковій перспективі. Його зміст розкрито як систему взаємопов'язаних ресурсів - кадрових, фінансових, організаційних, інституційних, інноваційних і цифрових - які у взаємодії формують адаптивність галузі до кризових і посткризових змін. Доведено, що стратегічний потенціал не є статичною сукупністю можливостей, а динамічним механізмом, який забезпечує перетворення управлінських рішень на вимірювані результати для громадян. Розвиток цього потенціалу визначено ключовою передумовою національної безпеки, соціальної стабільності й модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я.

2. Сформовано цілісну теоретико-методологічну основу управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я, яка інтегрує концепції *adaptive governance*, *good governance*, *new public management* і *data-driven decision-making*. Обґрунтовано, що ефективне публічне управління має спиратися на принципи результативності, підзвітності, інклюзивності, людиноцентричності та доказовості рішень. Запропоновано авторську схему взаємодії рівнів управління (державного, регіонального, муніципального) у межах поліцентричної системи, що забезпечує баланс між централізованим

плануванням і децентралізованою відповідальністю. Визначено, що управління стратегічним потенціалом у сфері охорони здоров'я має базуватися на синтезі стратегічного планування, ризик-менеджменту, управління знаннями та цифрової аналітики, що дозволяє формувати політику на основі даних і забезпечує перехід до проактивного, а не реактивного управління.

3. Проведений аналіз сучасного стану системи публічного управління охороною здоров'я України засвідчив, що, попри реалізовані реформи, її інституційна архітектоніка залишається надмірно централізованою, а горизонтальні зв'язки між суб'єктами управління – недостатньо розвиненими. Встановлено, що дублювання повноважень між МОЗ, НСЗУ, Центром громадського здоров'я, ДЕЦ МОЗ та місцевими органами влади знижує ефективність ухвалення рішень і ускладнює реалізацію політики єдиного медичного простору. Аналіз функціонування реформованої системи фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» показав позитивний вплив на прозорість бюджетних потоків і підзвітність закладів, але водночас виявив розрив між фінансовими механізмами, кадровим розвитком і довгостроковими стратегіями інфраструктурної модернізації. Виявлено, що головними викликами залишаються слабка координація стратегічних документів, відсутність інтегрованих баз даних і нестача аналітичних інструментів для прогностичного планування.

4. Виявлено й системно досліджено інституційно-правовий, організаційно-кадровий, фінансово-економічний та інформаційно-аналітичний механізми публічного управління системою охорони здоров'я. З'ясовано, що нормативно-правовий механізм залишається фрагментарним: відсутній єдиний законодавчий акт, який би визначав систему оцінювання ефективності управління галуззю, а підзаконні документи не відповідають темпам реформ. У кадровому аспекті встановлено, що понад 60 % керівників комунальних некомерційних підприємств не мають управлінської освіти, що знижує рівень стратегічного менеджменту. Водночас успішні практики автономізованих закладів демонструють підвищення ефективності за рахунок

впровадження KPI, внутрішнього аудиту, стратегічного планування та прозорості оплати праці. Фінансово-економічний механізм характеризується переважанням бюджетних джерел фінансування, обмеженим розвитком страхових і партнерських моделей. Інформаційно-аналітичний компонент, зокрема система eHealth, телемедичні сервіси й дашборди МОЗ, поступово формує основу для *data-based governance*. Доведено, що саме цифровізація є найбільш дієвим чинником підвищення адаптивності й результативності управлінських процесів.

5. Узагальнення зарубіжного досвіду публічного управління системами охорони здоров'я показало, що найвищої результативності досягають моделі, які поєднують державну відповідальність, солідарне страхування та автономію закладів. Зокрема, модель Beveridge забезпечує соціальну рівність і універсальний доступ, модель Bismarck гарантує фінансову сталість через страхові внески, а змішані моделі Німеччини, Франції, Нідерландів і Швеції - адаптивність, гнучкість і високу якість медичних послуг. На основі порівняльного аналізу запропоновано адаптаційний вектор для України, який передбачає розвиток державно-приватного партнерства, імплементацію страхових механізмів співфінансування, гармонізацію законодавства з директивами ЄС та створення інтегрованих регіональних платформ управління здоров'ям. Такі підходи відповідають принципам поліцентричного врядування, коли держава, громади, приватний сектор і громадянське суспільство спільно формують політику у сфері здоров'я населення.

6. На основі проведених теоретичних і аналітичних досліджень розроблено концептуальну модель комплексного механізму публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я. Модель об'єднує п'ять взаємопов'язаних блоків: нормативно-правовий (оновлення законодавства та уніфікація стратегічних документів), організаційно-кадровий (розвиток управлінських компетентностей, система безперервного навчання), фінансово-економічний (поєднання програмно-цільового бюджетування та страхових механізмів), інформаційно-аналітичний (інтеграція eHealth,

аналітики великих даних і систем раннього попередження) та соціально-комунікаційний (електронна демократія, публічна підзвітність, цифрова довіра). В межах цієї моделі побудовано замкнений управлінський цикл «дані – аналітика – рішення – верифікація», який дозволяє оцінювати ефективність управління у реальному часі. Такий підхід забезпечує узгодження стратегічних, фінансових і кадрових процесів та сприяє підвищенню управлінської зрілості галузі.

7. Розроблено методику оцінювання ефективності публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я, що базується на системі кількісних та якісних показників і враховує критерії фінансової стабільності, кадрового потенціалу, інституційної узгодженості, цифрової зрілості, прозорості управління та рівня задоволеності громадян медичними послугами. Емпіричне випробування методики, проведене у п'яти територіальних громадах, засвідчило середній рівень ефективності у межах 54–62 %, при цьому найнижчі показники зафіксовано у кадрово-компетентнісному та аналітичному блоках. Результати апробації підтвердили релевантність розроблених індикаторів і можливість використання методики як діагностичного інструменту для моніторингу ефективності управлінських реформ на місцевому й національному рівнях. Така система оцінювання сприяє формуванню доказової політики та підвищує підзвітність державних інституцій.

8. На основі узагальнення результатів розроблено комплекс практичних рекомендацій щодо вдосконалення організаційних, фінансових і аналітичних механізмів управління в системі охорони здоров'я. Запропоновано створення єдиної національної цифрової платформи моніторингу стратегічних показників, яка об'єднає дані МОЗ, НСЗУ, Центру громадського здоров'я та місцевих органів влади; удосконалення системи стратегічного планування через інтеграцію дорожніх карт розвитку з бюджетним прогнозуванням; запровадження національної програми управлінської підготовки у сфері health management; формування міжвідомчого центру стратегічного прогнозування

здоров'я населення; розбудову механізмів публічного аудиту ефективності політик. Реалізація цих рекомендацій сприятиме зміцненню інституційної стійкості галузі, підвищенню довіри громадян до системи охорони здоров'я та забезпеченню її здатності ефективно функціонувати в умовах воєнних і поствоєнних трансформацій. У цілому доведено, що стратегічний потенціал охорони здоров'я є базовим елементом національної безпеки, а його ефективне управління забезпечує перехід до стійкої, людиноцентричної та інноваційної моделі публічного управління в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агапова В., Виговська В., Городніченко Ю., Іванов О., Сологуб І. Біла книга реформ 2025. URL: <https://voxukraine.org/wp-content/uploads/2025/04/White-Book-of-Reforms-2025-ukr.pdf> (дата звернення: 9.09.2025).
2. Алькема В.Г., Сумець О.В., Кириченко О.С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. К. ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2023. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0038.pdf
3. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні. https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf
4. Андрейченко А., Журило С., Подмазко О. Механізми державного управління розвитком охорони здоров'я в Україні: регіональний вимір (на прикладі ізмаїльської територіальної громади). Економічний масштаб. 2025. № 201. С. 259–263. <https://doi.org/10.30838/ep.201.259-263>.
5. Аніщенко М. А. Основні тенденції сучасного реформування законодавства України у сфері охорони здоров'я. Актуальні питання фармації та медицини: наука і практика. 2020. № 2. <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2020.2.207205>.
6. Аніщенко М. А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2023. N 34. С. 31-37. <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.5>.
7. Антонова О., Серьогін С., Літвінов О., Кривенкова Р. Цифрова трансформація публічного сектора в забезпеченні регіонального партнерства Public administration aspects. 2023. Т. 11, № 3. С. 91–101. <https://doi.org/10.15421/152340>.
8. Бабенко М. М., Немченко А. С., Назаркіна В. М., Косяченко К. Л. Сучасні моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації.

Соціальна фармація в охороні здоров'я. 2023. Т. 9, № 2. С. 19–25. DOI: <https://doi.org/10.24959/sphhcj.23.290>

9. Багмет М., Гаркуша А. Досвід країн ЄС повністю розроблення та реалізація моделей державної інформаційної політики. Державне управління та регіональний розвиток. 2020. № 8. С. 515–539. <https://doi.org/10.34132/pard2020.08.08>.

10. Бакай А. Е. Міжвідомча взаємодія як публічний інструмент управління галуззю охорони здоров'я в Україні. Аспекти державного управління. 2018. Т. 5, № 10. С. 29–38. <https://doi.org/10.15421/15201732> (

11. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.2.134>

12. Бачинська О.М., Винниченко-Кумкова Л.О. Формування системи управління якістю медичної допомоги в Україні в реаліях сьогодення. Інклюзивна економіка. 2024. № 2 (04). С. 10–15. URL: https://doi.org/10.32782/inclusive_economics.4-2.

13. Бойко С. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. Національний інститут стратегічних досліджень (НІСД). 2024. https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh?utm_source

14. Бойко С., Власенко Р. Новації Програми медичних гарантій у 2025 році. Ризики та можливості. URL: <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/novatsiyi-prohramy-medychnykh-harantiy-u-2025-rotsi-ryzyky-ta>

15. Бойко С.Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya> (дата звернення 5.09.2025)

16. Борщ В.І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. Public administration and management:

modern scientific discussions. 2020. P. 51–76. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-022-3-4>.

17. Буга В. В., Полтавець А. А. Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2024. № 4. С. 633–638. <https://doi.org/10.32842/2078-3736/2024.4.89>.

18. Будзин В. Управлінські принципи фінансування охорони здоров'я в суспільному контексті гуманітарної політики: європейський досвід та перспективи. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Екологія. Публічне управління та адміністрування»*. 2023. № 4. С. 52–57. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-5681-2023-4.08>

19. Будзин В.Р. Нормативно-правові аспекти реалізації державної політики в соціально-гуманітарній сфері з охорони та підвищення рівня громадського здоров'я. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. № 3. С. 9–15. <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2023.3.2>

20. Бурик З. Реформа системи охорони здоров'я в сучасних умовах. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2025. № 11. С. 27–46. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-11-27-46>.

21. Вальчук М. С. Цифровізація сфери охорони здоров'я в Україні на шляху до забезпечення клієнто- та пацієнтоорієнтованості. *Центральноукраїнський вісник права та публічного управління*. 2024. № 3. С. 14–22. <https://doi.org/10.32782/cuj-2024-3-2>.

22. Вальчук, М., & Києнко-Романюк, Л. Роль цифрових сервісів в управлінні сферою охорони здоров'я України. . *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*. 2024. С. 50–53. DOI: <https://doi.org/10.36074/logos-19.07.2024.008>

23. Васюк Н.О. Юрочко Т.П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах ре-формування в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2019. № 1. С. 78–84. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/items/98c22617-ba9d-4fc1-a9ac-7d31641e82b8>

24. Верховна Рада України. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 26.09.2025).
25. Видатки держбюджету України (2014-2025). Ставки, індекси, тарифи. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expense>
26. Видатки зведеного бюджету України (2014-2025). Ставки, індекси, тарифи. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/cons/expense> (дата звернення: 23.09.2025).
27. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. Аптека online. <https://www.apteka.ua/article/579552>
28. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/362077>
29. Гавриченко, Д. Г. Сучасні підходи до реформування публічних механізмів у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2022. Вип. 1, № 75. С. 12–17. DOI: <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2022.1.2>
30. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. Аналітично-порівняльне правознавство. 2023. №6. С. 189–194. <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>.
31. Гбур З. Механізм та інструменти менеджменту медичного закладу комунального неприбуткового підприємства в умовах реформи охорони здоров'я. Публічне урядування. 2020. Т. 23, № 3. С. 75–94. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-3\(23\)-75-94](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-3(23)-75-94).
32. Горбань Д. А. Реформування сфери охорони здоров'я: практика України. Детермінанти відновлення та розвитку України. Збірник матеріалів

II Міжнародної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 28 червня 2024 року). 2024. https://doi.org/10.54929/conf_28_06_2024-06-06 .

33. Гуржий П.О. Стратегічне управління закладом охорони здоров'я в умовах невизначеності ринку медичних послуг. Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету. 2025. № 1(10). С. 65–74. [https://doi.org/10.31319/2709-2879.2025iss1\(10\).332422pp65-74](https://doi.org/10.31319/2709-2879.2025iss1(10).332422pp65-74)

34. Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники) - Набори даних - Портал відкритих даних. Головна сторінка - Data.gov.ua. URL: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>.

35. Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uk/derzhavna-strategija-protidii-vil-infekciisnidu-tuberkulozu-ta-virusnim-gepatitam-do-2030-roku->

36. Держбюджет–2023: видатки на охорону здоров'я в бюджеті воєнного часу. Аптека online. <https://www.apteka.ua/article/651969>

37. Держбюджет–2024: загальні показники та видатки на охорону здоров'я. Аптека online. <https://www.apteka.ua/article/681435>

38. Деякі питання забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану : Постанова Каб. Міністрів України від 23.03.2022 № 351 : станом на 29 берез. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/351-2022-п#Text> (дата звернення: 13.09.2025).

39. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році, Постанова Кабінету Міністрів України No. 1503 (2025). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-п#Text>

40. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році. 503-2024-п від 05.09.2025. Верховні рада України: офіційний портал. 2025. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.09.2025).

41. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Каб. Міністрів України від 17.02.2010 № 208 : станом на 9 квіт. 2011 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-п#Text> (дата звернення: 03.09.2025).

42. Доступні ліки. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/dev-dostupni-liky>

43. «Доступні ліки»: електронний рецепт. МОЗ України: вебсайт. 2024. <https://moz.gov.ua/uk/dev-dostupni-liky> (дата звернення: 24.09.2025).

44. ДП «Електронне здоров'я». Е-рецепт: практичні інструкції (добірка матеріалів). URL: <https://ehealth.gov.ua/2024/06/27/chy-mozhna-otrymaty-e-retsept-bez-povtornogo-vizytu-do-likarya/>; <https://ehealth.gov.ua/2024/07/12/e-retsept-na-dostupni-liky-shho-potribno-znaty/> (дата звернення: 26.09.2025).

45. ДП «Електронне здоров'я». Сповідання про е-рецепт та е-направлення в «Дії». URL: <https://ehealth.gov.ua/2025/09/10/otrymujte-spovishhennya-pro-e-retsept-na-liky-chy-e-napravlennya-v-diyi/> (дата звернення: 26.09.2025).

46. Дячук М. Д. Професійна інтеграція як інструмент підвищення якості медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. № 2. С. 41–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.2.15505>.

47. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). МОЗ України: вебсайт. 2025. <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 24.09.2025).

48. Ефективний контроль якості медичної допомоги є пріоритетом МОЗ Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/efektyvnyi-kontrol-iyakosti-medychnoi-dopomohy-ie-priorytetom-moz>

49. Європейська соціальна хартія (переглянута) : Хартія Ради Європи від 03.05.1996 : станом на 7 верес. 2016 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text (дата звернення: 28.09.2025). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення: 28.09.2025).

50. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. № 1. URL: <https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/34033/1/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D0%BA.pdf>

51. Журавель В. 2.2. Менеджмент закладу охорони здоров'я. Менеджмент закладу охорони здоров'я : підручник. Житомир, 2021. С. 39–50.

52. Засульська М. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я в умовах війни. URL: <https://medconstructor.org/analytics/dzherela-finansuvannya-zakladiv-oxoroni-zdorovya-v-umovax-vijni/> (дата звернення 5.09.2025)

53. Звірич В.Г. Генезис та еволюція наукових підходів до організації публічного управління персоналом у сфері охорони здоров'я. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2020. № 2. С. 56–61. <https://doi.org/10.36030/2664-3618-2020-2-56-61>.

54. Звіт Національної служби здоров'я України: 2024. URL: https://medplatforma.com.ua/images/96374/zvit_nszu_2024.pdf?utm_source

55. Звіт про виконання Програми медичних гарантій. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). 2024. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-nszu-2024-final-2.pdf?1757704902> (дата звернення: 9.09.2025)

56. Звіт Проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/uk/zviti-partneriv?utm_source

57. Іванчов П. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Актуальні проблеми економіки*. 2020. № 228. С. 133–145. DOI: 10.32752/1993-6788-2020-1-228-133-145
58. Індекс здоров'я. Україна. URL: <https://healthindex.com.ua/reports>
59. Індекс здоров'я. Україна–2023: Результати загальнонаціонального дослідження. URL: https://healthindex.com.ua/HI_Report-UA_2023.pdf
60. Кабінет Міністрів України. Постанова № 112 від 31.01.2025 «Про внесення до деяких постанов змін щодо функціонування електронної системи охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/112-2025-%D0%BF> (дата звернення: 26.09.2025).
61. Кабінет Міністрів України. Постанова № 1503 від 24.12.2024 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1503-2024-%D0%BF> (дата звернення: 26.09.2025).
62. Кабінет Міністрів України. Постанова № 262 від 07.03.2025 «Про затвердження Порядку функціонування електронної системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів “e-Stock”». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/262-2025-%D0%BF> (дата звернення: 26.09.2025).
63. Кабінет Міністрів України. Постанова № 409 від 11.04.2025 «Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення». URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-poriadku-realizatsii-prohramy-derzhavnykh-harantii-medychnoho-t110425> (дата звернення: 26.09.2025).
64. Кабінет Міністрів України. Постанова № 411 від 25.04.2018 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/411-2018-%D0%BF> (дата звернення: 26.09.2025).
65. Кабінет Міністрів України. Постанова № 756 від 28.06.2024 «Про внесення змін до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/756-2024-%D0%BF> (дата звернення: 26.09.2025).

66. Кабінет Міністрів України. Розпорядження № 1617-р від 09.12.2021 «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії людського розвитку на 2021–2023 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1617-2021-%D1%80> (дата звернення: 26.09.2025).

67. Кабінет Міністрів України. Розпорядження № 34-р від 17.01.2025 «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/go/34-2025-%D1%80> (дата звернення: 26.09.2025).

68. Карлаш, В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 161–164. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.1.161

69. Козаченко Г.В., Сологуб О.В. Механізми державного управління в секторі охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та створення системи. *Бізнес Інформ*. 2024. № 2(553). С. 36–46. <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2024-2-36-46>

70. Конвенція про права дитини : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 20.11.1989 : станом на 16 листоп. 2023 р. URL:

71. Коноплянко Д. Сутність та методи оцінки стратегічного потенціалу підприємства. *Економіка та суспільство*. 2021. № 34. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-34-89>.

72. Конституція України : від 28.06.1996 № 254к/96-ВР : станом на 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 28.09.2025).

73. Криничко Л. Етапи реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні. *Litopys Volyni*. 2021. № 22. С. 104–111. URL: <https://doi.org/10.32782/2305-9389/2020.22.17> .

74. Криничко Л. Розвиток кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3. <https://doi.org/10.32702/2307-2156-2020.3.40>.

75. Корчовий Д.В. Трансформація системи публічного управління охороною здоров'я в Україні: реалії та перспективи. Суспільство та національні інтереси (Серія «Публічне управління та адміністрування») №1(21) 2026. С. 624-636. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1\(21\)-624-636](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1(21)-624-636)

76. Корчовий Д.В. Концептуалізація цілісної моделі публічного управління у вітчизняній сфері охорони здоров'я. *Національні інтереси України* (Серія «Публічне управління та адміністрування»). №1 (2026) С. 1156-1168. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1\(18\)-1156-1168](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1(18)-1156-1168)]

77. Корчовий Д.В. Стратегічні вектори удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. *Наукові інновації та передові технології* (Серія «Управління та адміністрування»). №1 (53) 2026. С. 124-137. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1\(53\)-124-137](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1(53)-124-137).

78. Лехан В., Гінзбург В., Борвінко Е. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 61(4). С. 99-105. URL: <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/99>

79. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pd>

80. Литовченко І. Розвиток охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 4(64). С. 62–69. [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-4\(64\)-9](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-4(64)-9)

81. Лісовська, О. О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник. Серія: Фінанси*,

облік, оподаткування. 2020. № 4. С. 96–103. DOI: 10.33244/2617-5932.4.2020.96-103

82. Літвак А.І. Система охорони здоров'я як об'єкт управління та аналізу. *Новини медицини та фармації*. 2022. №1 (778). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/51628>

83. Медична реформа – складова реформи децентралізації. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/medichna-reforma-%E2%80%93-skladova-reformi-decentralizacii>. дата звернення: 5.09.2025).

84. Медичні інформаційні системи як складова ЕСОЗ. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/medichni-informacijni-sistemi-yak-skladova-esoz>

85. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. *Вісник економіки*. 2022. № 2. С. 111. <https://doi.org/10.35774/visnyk2022.02.111>.

86. Методичні рекомендації для закладів охорони здоров'я з розробки та впровадження процедур управління персоналом. МОЗ України. USAUD. URL: <https://surl.lt/nwgovd>

87. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Міністерство охорони здоров'я України . 14.04.2017, n0001282-17. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001282-17#Text>

88. Миколенко О. М. Ефективність державного управління в сфері охорони здоров'я. *Конституційна держава*. 2019. № 35. С. 44–53. <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2019.35.181346>.

89. Михальчук В.М., Коломєць А.В., Толстанов О.К., Гбур З.В. Концептуальні засади логістики нового часу в сучасній українській медицині. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 67–73. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11625>.

90. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : Пакт Орг. Об'єдн. Націй від 16.12.1966 : станом на 19 жовт. 1973 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення: 28.09.2025).

91. Міністерство охорони здоров'я України. «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» (текст). URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 26.09.2025).

92. Міністерство охорони здоров'я України. Документи. URL: <https://moz.gov.ua/uk/dokumenty>

93. Міністерство фінансів України. Статистичний збірник. URL: <https://mof.gov.ua/uk/statistichnij-zbirnik>

94. Міністерство Фінансів України. У 2024 році видатки загального фонду держбюджету становили 3,5 трлн грн. https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2024_rotsi_vidatki_zagalnogo_fondu_derzh_biudzhetu_stanovliat_35_trln_grn-4990

95. Мінфін: У 2024 році видатки на охорону здоров'я становили 238,7 млрд гривень. URL: https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2024_rotsi_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_stanovili_2387_mlrd_griven-4999

96. Монастирський, Г., Демчишин, Я. Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*. 2025. Вип. 7, № 11–12. DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>

97. Мохова, Ю. Л., & Токаренко, В. Л. Європейський досвід використання електронних послуг у сфері охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 188–195. DOI: <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.29>

98. Муляр Г. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративно-правовий аспект. Юридичний вісник. 2020. № 1. С. 51–57. <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i1.1559>.
99. Муляр, Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. С. 43–52. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf (дата звернення: 24.09.2025).
100. Національна служба здоров'я України. Документи НСЗУ (звіти, накази). URL: <https://nszu.gov.ua/arxiv-dokumentiv?groups%5B2%5D%5Battributes%5D%5B%5D=1> (дата звернення 25.09.2025)
101. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uk/nacionalna-strategija-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku#!>
102. Немченко А.С., Бабенко М.М., Назаркіна В.М., Косяченко К.Л. Сучасні моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації. Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної дистанційної конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи». 23 квітня 2023 р. С. 81–93. URL: <https://surl.li/zdfgut>
103. Нефьодов О., Васьківський С. Еволюція державного управління у сфері охорони здоров'я. Вісник Дніпровської академії безперервної освіти. Серія: Державне управління та адміністрування. 2024. Т. 1 № 1 (2024). С. 6–11. <http://dx.doi.org/10.54891/2786-698X-2024-1-1>.
104. Нормативно-правові акти, якими Держлікслужба керується у роботі :Держлікслужба. Держлікслужба. URL: <https://www.dls.gov.ua/нормативні-документи/нормативно-правові-акти-якими-держлі/> (дата звернення: 26.09.2025).

105. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 28 серп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 9.09.2025).

106. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 27 верес. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 28.09.2025).

107. Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації : методичні рекомендації / Укл.: В.В. Чорна, Н.Д. Корольова, О.А. Серебреннікова, Н.І. Гуменюк, В.М. Махнюк, М.В. Матвійчук та ін. – Вінниця : ТВОРИ, 2022. 44 с. URL: <https://surli.cc/msyytq>

108. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf

109. Покращення Програми медичних гарантій в Україні: вдосконалення процесів, підвищення прозорості та підзвітності. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2025. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381028/WHO-EURO-2025-10840-50612-76546-ukr.pdf?sequence=1>

110. Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей: команди МОЗ та Світового банку підбили підсумки співпраці за одним із ключових проєктів. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/polipshennia-okhorony-zdorovia-na-sluzhbi-u-liudei-komandy-moz-ta-svitovoho-banku-pidbyly-pidsumky-spivpratsi-za-odnym-iz-kliuchovykh-proiektiv> (дата звернення: 9.09.2025)

111. Понад 14 млрд доларів потрібно у найближчі 10 років для відновлення української медичної системи – Віктор Ляшко. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ponad-14-mlrd-dolariv->

[potribno-u-najblizhchi-10-rokiv-dlya-vidnovlennya-ukrayinskoyi-medichnoyi-sistemi-viktor-lyashko](#)

112. Приймак Л. Реформа охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах. *Philosophy and Governance*. 2025. № 3(7). <https://doi.org/10.70651/3041-248x/2025.3.03/>

113. Притула, М. О. Компаративний аналіз світового досвіду функціонування системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 12. С. 164–168. DOI: 10.32702/2306-6814.2023.12.163

114. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка і суспільство*. 2018. № 19. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2018-19-137>.

115. Про внесення змін до деяких законів України у сфері національної безпеки і оборони щодо надання допомоги на догоспітальному етапі та здійснення цивільно-військового співробітництва : Закон України від 20.11.2024 № 4068-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4068-20#Text> (дата звернення: 4.09.2025).

116. Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації, інших питань у сфері охорони здоров'я : Закон України від 09.01.2025 № 4203-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4203-20#Text> (дата звернення: 5.09.2025).

117. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я : Закон України від 12.02.2025 № 4246-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4246-20#Text> (дата звернення: 12.09.2025).

118. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 13.09.2025).

119. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695 та затвердження Змін до Порядку надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях. № 77 від 15.01.2024. Верховна Рада України: вебсайт. 2024. <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0350-24> (дата звернення: 24.09.2025).

120. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань : Постанова Каб. Міністрів України від 17.08.1998 № 1303 : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-п#Text> (дата звернення: 29.09.2025).

121. Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 : Постанова Каб. Міністрів України від 09.12.2020 № 1236 : станом на 24 жовт. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1236-2020-п#Text> (дата звернення: 29.09.2025).

122. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 28 серп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 6.09.2025).

123. Про доведення до державного підприємства «Медичні закупівлі України» переліку напрямів профілактики, діагностики та лікування 2025 року. Наказ МОЗ України від 13.01.2025 №86. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-13-01-2025-86-pro-dovedennya-do-derzhavnogo-pidpriyemstva-medichni-zakupivli-ukrayini-pereliku-napryamiv-profilaktiki-diagnostiki-ta-likuvannya-2025-roku>

124. Про запобігання корупції : Закон України від 14.10.2014 № 1700-VII : станом на 1 верес. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text> (дата звернення: 13.09.2025).

125. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині : Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII : станом на 8 лют. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> (дата звернення: 28.09.2025).

126. Про затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України) № 782 від 27.10.2014, v0782282-14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0782282-14#Text> (дата звернення: 9.09.2025)

127. Про затвердження Державної цільової програми "Цукровий діабет" на 2009-2013 роки : Постанова Каб. Міністрів України від 19.08.2009 № 877 : станом на 26 квіт. 2013 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-2009-п#Text> (дата звернення: 29.09.2025).

128. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, Постанова Кабінету Міністрів України No. 1075 (2019) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-п#Text>

129. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників : Постанова Каб. Міністрів України від 14.07.2021 № 725 : станом на 4 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-п#Text>

130. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Каб. Міністрів України від 15.07.1997 № 765 : станом на 22 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-п#Text> (дата звернення: 9.09.2025).

131. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 № 1645-III : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 28.09.2025).

132. Про захист персональних даних : Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI : станом на 14 черв. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> .

133. Про лікарські засоби : Закон України від 28.07.2022 № 2469-IX : станом на 5 черв. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text> (дата звернення: 28.09.2025).

134. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 № 2402-III : станом на 6 лип. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text> (дата звернення: 28.09.2025).

135. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII : станом на 14 трав. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>.

136. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Про реформу охорони здоров'я в Україні" : Постанова Верхов. Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#Text> .

137. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 13.09.2025).

138. Про страхування : Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> .

139. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text> (дата звернення: 13.09.2025).

140. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р : станом на 6 верес. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text> (дата звернення: 4.09.2025).

141. Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 14.07.2023 № 625-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/625-2023-p#Text> (дата звернення: 4.09.2025).

142. 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 : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-p#Text> (дата звернення: 02.09.2025).

143. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Каб. Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 : станом на 31 груд. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-p#Text> (дата звернення: 02.09.2025).

144. Програма медичних гарантій. URL: <https://moz.gov.ua/uk/categories/programa-medichnih-garantij>

145. Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»: результати та перспективи. URL: <https://moz.gov.ua/uk/proekt-polipshennja-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-na-sluzhbi-u-ljudej-rezultati-ta-perspektivi>

146. Радченко, О., & Лагодієнко, В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. Вип. 20, № 47. С. 34–48. DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1\(47\).226925](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1(47).226925)

147. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. INgenius. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> .

148. Романюк Н.Є., Романюк Л.М., Мартинишин Т.В., Панчишин Н.Я., Слободян Н.О. Перспективи та проблеми якісного управління в системі громадського здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони

здоров'я України. 2025. № 1. С. 93–99. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.1.15351>.

149. Рудік, О. Досвід ЄС щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я (на прикладі інтегрованої медичної допомоги). *Аспекти публічного управління*. 2022. Т. 10, № 1. С. 12–19. DOI: <https://doi.org/10.15421/152271>

150. Сабецька, Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2022. № 40. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-40-26>

151. Савостенко, Т. О., Шевченко, Л. Г., & Соломаха, О. А. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання: стан і проблеми. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. № 2. С. 38–45. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.2.6>

152. Самофалов, Д. О. Проблемні питання публічного управління імплементації медичних телекомунікаційних технологій для досягнення універсального покриття медичною послугою в охороні здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 11. DOI: 10.32702/2307-2156-2021.11.32

153. Сафонов Ю., Коротун О. Цифровізація медичного сектору як інструмент забезпечення якості медичних послуг. *Вісник УНУ. Міжнародні економічні відносини та світова економіка*. 2024. № 51. <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2024-51-14>.

154. Сенюта І.Я. Стандарти у сфері охорони здоров'я як джерело правовідносин із надання медичної допомоги. URL: <https://medcom.unba.org.ua/publications/2975-standarti-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya-yak-dzherelo-pravovidnosin-iz-nadannya-medichnoi-dopomogi.html>/(дата звернення: 9.09.2025)

155. Сміянов В.А., Брич В.В. Інформаційно-комунікаційні технології в охороні здоров'я: європейський досвід, можливості для України. *Україна*.

Здоров'я нації. 2022. Вип. 4, № 70. С. 65–69. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277068

156. Соколовський С. С. Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні : публічно-управлінський аспект: автореф. Дніпро, 2024. 259 с. URL: <https://ir.nmu.org.ua/server/api/core/bitstreams/64f88808-d4ba-494a-85bb-5b4648220bf4/content>.

157. Станіславська С. Державне управління у сфері охорони здоров'я як структурний та функціональний засіб підвищення якості життя громадян. Державотворення. 2024. Т. 2, № 36. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-41>.

158. Станіславська С. Публічне управління у сфері охорони здоров'я як структурно-функціональний засіб підвищення якості життя громадян. Державне будівництво. 2024. Т. 2, №. 36. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-41>

159. Стартував п'ятирічний проєкт з реабілітації «Rehab4U». Міністерство охорони здоров'я України. <https://moz.gov.ua/uk/startuvav-p-yatirichnij-proyekt-z-reabilitaciyi-rehab4u?hl=uk-UA>

160. Статистичний щорічник України – 2023. Державна служба статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

161. Ткаченко В. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно+правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Family Medicine. 2022. №59. С.12-17. URL: https://www.researchgate.net/publication/360653327_Istoria_rozvitku_ta_sucasnij_stan_pervinnoi_medicnoi_dopomogi_za_kordonom_ta_v_Ukraini_normativnopravova_baza_vprovadzenna_simejnoi_medicini_v_Ukraini

162. Устінов О.В. Медична реформа: особливості впровадження в найближчій перспективі. Український Медичний Часопис - новини медицини і здоров'я. Медична практика в Україні. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-116240-medichna-reforma-osoblivosti-vprovadzhennya-v-najblizhchij-perspektivi> (дата звернення: 8.09.2025).

163. Філіпова, Н. В., Левчук, Ю. М. Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2024. Вип. 11. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07>
164. Хромцев К. Методи та організаційні складові підвищення рівня мотивації персоналу медичного закладу в умовах невизначеності. *Економіка: реалії часу*. 2024. Т. 4, № 74. С. 20–28. <https://doi.org/10.15276/etr.04.2024.3>.
165. Чальцева О. М., Лобода Д. О. Державно-приватне партнерство як перспективний механізм повоєнного відновлення України. *Public networks and communications*. 2024. № 2. С. 11–18. <https://doi.org/10.31558/3083-5895.2024.2.2>.
166. Червінська, Л., Каліна, І., Червінська, Т., Сафонов, Ю., Ліщенко, А., & Шуляр, Н. Вимушена міграція в умовах війни: виклики, фінансово-економічні ризики, напрями роз'язання проблем. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики*. 2024. Вип. 2, № 55. С. 531–545. <https://doi.org/10.55643/fcaptp.2.55.2024.4331>
167. Чорна В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 45–49. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12142>.
168. Шевців М. До питання медичного страхування в Україні. *Вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2025. Т. 2, № 86. С. 264–269. <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.86.2.41>.
169. Шевчук Р. Сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 6(66). С. 79–85. [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-6\(66\)-11](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-6(66)-11).
170. Шульга, О. А. Зарубіжний досвід управління нововведеннями в організації сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2023. Вип. 3, № 73. С. 47–51.

URL:

https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/47730/1/O_Shulha_BN_3_73_2023_FEU.pdf

(дата звернення: 24.09.2025).

171. Юкало М. В. Інновації у правовому механізмі публічного управління державно-приватним партнерством у галузі охорони здоров'я в Україні. *Efficiency of public administration*. 2024. № 76/77. С. 57–61. URL: <https://doi.org/10.36930/507609>.

172. Юнгер В. Розробка стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 2. С. 325–333. <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.47>.

173. Ягельська К. Ю. Організаційно-економічні особливості трансформаційної моделі охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2020. Т. 31, № 70. С. 83–88. DOI: <https://doi.org/10.32838/2523-4803/70-6-14>

174. Як впроваджувати нові клінічні протоколи: інструкція для лікарів. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/jak-vprovadzhuвати-novi-klinichni-protokoli-instrukcija-dlja-likariv> (дата звернення: 9.09.2025)

175. Яковенко І.В. Реформа системи охорони здоров'я: в очікуванні перших результатів. URL: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/14938.pdf>

176. Янчук А. Децентралізація і реформування системи охорони здоров'я: до постановки питання. *Вісник АПСВТ*. 2018. №1/ С.72-74 URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1_2018-72-74.pdf

177. Яремко І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. № 3(2). С. 127–139. <https://doi.org/10.23939/smeu2021.02.127>

178. Яценко В. Стратегічне управління системою охорони здоров'я в контексті сучасних реформ в Україні. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2019. № 25. С. 77–85. <https://doi.org/10.35432/tisb.v0i25.184848>.

179. A short history of the GP contract and its evolution in England. Nuffield Trust. URL: https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/a-short-history-of-the-gp-contract-and-its-evolution-in-england?utm_source.
180. About Canada's health care system. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
181. About the Affordable Care Act. U.S. Department of Health & Human Services: вебсайт. 2023. URL: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html> (дата звернення: 24.09.2025).
182. About the Medical Informatics Initiative. Medical Informatics Initiative (Germany): вебсайт. 2025. <https://www.medizininformatik-initiative.de/en/about-initiative> (дата звернення: 24.09.2025).
183. Anderson, R. J., Pickens, S., Bond, E. C., Kohler, P. O., & Galvin, R. (2005). A health system for the twenty-first century. In D. Detmer & E. Steen (Eds.), *The Academic Health Center: Leadership and Performance* (pp. 26–72). chapter, Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543487.004>
184. Balabanova D., Roberts B., Richardson E., Haerpfer C., McKee M. Health Care Reform in the Former Soviet Union: Beyond the Transition. *Health Services Research*. 2011. Vol. 47(2). P. 840–864. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01323.x>.
185. Barney J. Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*. 1991. Vol. 17, №. 1. P. 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>.
186. Barzelay Michael. *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*. 2001. <http://dx.doi.org/10.1525/9780520925274>
187. Belfroid, E., Roßkamp, D., Fraser, G., Swaan, C., Timen, A. Towards defining core principles of public health emergency preparedness: scoping review and Delphi consultation among European Union country experts. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20, № 1. Article 1482. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09307-y>

188. Biel, M., Grondys, K., Androniceanu, A. M. A crisis in the health system and quality of healthcare in economically developed countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 20, № 1. Article 469. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010469>
189. Brand H. Good governance for the public's health. *The European Journal of Public Health*. 2007. Vol. 17, no. 6. P. 541. URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm104> (date of access: 12.09.2025).
190. Bredenkamp C., Dale E., Doroshenko O. et al. Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>
191. Brenna E. Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: The Lombardy model of Italy. *Health Policy*. 2011. Vol. 103, no. 2-3. P. 209–218. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.003>.
192. Bryson J., George B. Strategic Management in Public Administration. Oxford Research Encyclopedia of Politics. 2020. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1396>
193. Canada's health care system. Government of Canada: вебсайт. 2023. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system.html> (дата звернення: 24.09.2025).
194. Caryn B., Dale E., Doroshenko O., et al. Health financing reform in Ukraine: progress and future directions: overview. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2022. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/357171>.
195. Cherviak S. Conceptual approaches to the system of principles for formation and implementation of public health policy. *Entrepreneurship, Economy and Law*. 2023. No. 8. P. 80–84. <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2023.8.13>.
196. Cortez R., Cetinkaya V. Georgia: health sector organization and public disclosure authorized strategic purchasing. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099802505242216398/pdf/IDU07bfa-c40d035c20431a0bc1b0755ced4057df.pdf>

197. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf (дата звернення 9.09.2025)

198. Current health expenditure (% of GDP) – Ukraine. World Bank Data: вебсайт. 2025. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=UA> (дата звернення: 24.09.2025).

199. Савченко О. Р. Системно-функціональна модель публічного адміністрування реформування галузі охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. 2020. Т. 31, № 70. С. 66–70. DOI: <https://doi.org/10.32838/2523-4803/70-5-10>

200. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe, Arbetsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies. URL: https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html

201. Danaee Fard H., Moshabbaki A., Abbasi T., Hassanpoor, A. Strategic Management in the Public Sector: Reflections on It's Applicability to Iranian Public Organizations. Public Organization Review. 2010. Vol. 11, no. 4. P. 385–406. URL: <https://doi.org/10.1007/s11115-010-0140-5>.

202. Data and digital health in the WHO European Region in 2022. WHO Regional Office for Europe: вебсайт. 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371068/WHO-EURO-2023-7393-47159-69055-eng.pdf> (дата звернення: 24.09.2025).

203. Data and digital health in the WHO European Region in 2023: a year in review. WHO Regional Office for Europe: вебсайт. 2024. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-9125-48897-72827> (датазвернення: 24.09.2025).

204. Denmark: Health System Review 2024. European Observatory on Health Systems and Policies: вебсайт. 2024. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024> (дата звернення: 24.09.2025).
205. Digital health. OECD: вебсайт. 2025. <https://www.oecd.org/en/topics/digital-health.html> (дата звернення: 24.09.2025).
206. Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications (consolidated). EUR-Lex: вебсайт. 2024. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/2024-06-20/eng> (дата звернення: 24.09.2025).
207. e-Health Records in Estonia. e-Estonia: вебсайт. 2024. <https://e-estonia.com/solutions/e-health-2/e-health-records/> (дата звернення: 24.09.2025).
208. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977. Vol. 196, no. 4286. P. 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
209. Erwin P. C., Brownson R. C. The Public Health Practitioner of the Future. American Journal of Public Health. 2017. Vol. 107, no. 8. P. 1227–1232. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.303823>.
210. Estonia 2025 Digital Decade Country Report. European Commission, Digital Strategy: вебсайт. 2024. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/factpages/estonia-2025-digital-decade-country-report> (дата звернення: 30.09.2025).
211. Estonia: Health System Review 2023. European Observatory on Health Systems and Policies: вебсайт. 2023. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/estonia-health-system-review-2023> (дата звернення: 24.09.2025).
212. EU4Health. European Society of Endocrinology Company Limited by Guarantee. URL: <https://surl.lt/vdaupu>
213. EUR-Lex. Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj/eng> (дата звернення: 26.09.2025).

214. EUR-Lex. Regulation (EU) 2021/522 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme'). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX%3A32021R0522> (дата звернення: 26.09.2025). Огляд: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/eu4health-programme-2021-2027.html>.

215. EUR-Lex. Regulation (EU) 2022/2371 – повний текст (PDF). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX%3A32022R2371> (дата звернення: 26.09.2025).

216. EUR-Lex. Regulation (EU) 2022/2371 on serious cross-border threats to health. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2022/2371/oj/eng> (дата звернення: 26.09.2025).

217. EUR-Lex. Regulation (EU) 2024/1689 — Artificial Intelligence Act. URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=OJ%3AL_202401689 (дата звернення: 26.09.2025).

218. EUR-Lex. Regulation (EU) 2025/327 on the European Health Data Space (EHDS). URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/eng> (дата звернення: 26.09.2025).

219. EUR-Lex. Serious cross-border threats to health — summary. URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/serious-cross-border-threats-to-health.html> (дата звернення: 26.09.2025).

220. European Charter of Patients' Rights. Active Citizenship Network: вебсайт. 2002 (оновл. 2022). URL: <https://www.activecitizenship.net/charter-of-rights.html> (дата звернення: 24.09.2025).

221. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system reform in Europe: trends and lessons. Brussels, 2021. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/>

222. FAQ (English). Health Data Hub (France): вебсайт. 2024. <https://www.health-data-hub.fr/page/faq-english> (дата звернення: 24.09.2025).

223. Favoreu C., Carassus D., Maurel C. Strategic management in the public sector: a rational, political or collaborative approach?. *International Review of Administrative Sciences*. 2016. Vol. 82(3). P. 435–453. <https://doi.org/10.1177/0020852315578410>.

224. Ferdousi F., Qiu L. New Public Management in Bangladesh: Policy and Reality. *iBusiness*. 2013. Т. 05, № 03. С. 150–153. URL: <https://doi.org/10.4236/ib.2013.53b032> (дата звернення: 12.09.2025).

225. France – Health at a Glance 2023: Country Note (PDF). OECD: вебсайт. 2025. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/france_329e3fd9/646ad469-en.pdf (дата звернення: 24.09.2025).

226. France Health Care & Long-Term Care Systems. URL: https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/72871a4e-3e76-4c91-8e8d-37d99a7490ff_en?filename=joint-report_fr_en.pdf&prefLang=hu

227. France: Country Health Profile 2023. OECD/European Observatory: вебсайт. 2023. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/france-country-health-profile-2023_4ec07458/07c48f9f-en.pdf (дата звернення: 24.09.2025).

228. Garcia-Diaz R. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*. 2022. Vol. 22, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08417-0>.

229. Gellert, G. A., Kuszczynski, K., Gellert, G. L., Kabat-Karabon, A., Nowicka, A., Price, T. AI-Based Virtual Triage and Telemedical Health Care for Ukrainian War Refugees and Displaced Persons. *JAMA Network Open*. 2025. Vol. 8, № 5. Article e258839. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.8839> (дата звернення: 30.09.2025).

230. Gill-McLure, Whyeda. Professional Bureaucracy and/or New Public Management? Theory and Practice of UK local government administration. 2017.

https://www.researchgate.net/publication/320191572_Professional_Bureaucracy_and_New_Public_Management_Theory_and_Practice_of_UK_local_government_administration

231. Global Health Expenditure Database. World Health Organization: вебсайт. 2024. URL: <https://apps.who.int/nha/database> (дата звернення: 24.09.2025).

232. Global Health Workforce statistics database. World Health Organization: вебсайт. 2024. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce> (дата звернення: 24.09.2025).

233. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Report by the Director-General. World Health Organization. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_10-en.pdf

234. Government encouraging the use of eHealth (telehealth). Government of the Netherlands: вебсайт. 2016. <https://www.government.nl/topics/ehealth/government-encouraging-use-of-ehealth> (дата звернення: 24.09.2025).

235. GP Patient Survey 2021. NHS England: вебсайт. 2021. URL: <https://www.england.nhs.uk/statistics/2021/07/08/gp-patient-survey-2021/> (дата звернення: 24.09.2025).

236. Greer, S. L., Jarman, H. What is EU public health and why? Explaining the scope and organization of public health in the European Union. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2021. Vol. 46, № 1. P. 23–47. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-8706591>

237. Griffith J. R. The Well-Managed Healthcare Organization. – Chicago: Health Administration Press, 2015. URL: https://www.homeworksmontana.com/wp-content/uploads/edd/2019/03/the_well_managed_healthcare_organization_pdf-1.pdf.

238. Guerrazzi, C. An international perspective on health information exchange: adoption in OECD countries with different health care system configurations. *Medical Care Research and Review*. 2020. Vol. 77, № 4. P. 299–311. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558719858245>
239. Gutiérrez-Hernández, P., Abásolo-Alessón, I. The health care sector in the economies of the European Union: an overview using an input–output framework. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021. Vol. 19. Article 4. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00258-8>
240. Health and care workforce in Europe: time to act. WHO Regional Office for Europe: вебсайт. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362379/9789289058339-eng.pdf> (дата звернення: 24.09.2025).
241. Health at a Glance: Europe 2020. Paris: OECD Publishing, 2020. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en.html <https://iris.who.int/handle/10665/326254>.
242. Health at a Glance: Europe 2023. Paris: OECD Publishing, 2023. OECD <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
243. Health at a Glance: Europe 2024. OECD & European Commission: вебсайт. 2024. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html (дата звернення: 24.09.2025).
244. Health Care in Germany. SBK Siemens-Betriebskrankenkasse | Wir sind auf deiner Seite. URL: <https://surli.cc/xsmqew>.
245. Health expenditure in relation to GDP. OECD: вебсайт. 2023. URL: https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_e3566919.html (дата звернення: 24.09.2025).
246. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379548/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964-eng.pdf?sequence=14&isAllowed=y>

247. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. WHO Regional Office for Europe: вебсайт. 2024. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> (дата звернення: 24.09.2025).

248. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> (дата звернення: 9.09.2025).

249. Health insurance. Federal Office of Public Health (Switzerland): вебсайт. 2025. URL: <https://www.bag.admin.ch/en/health-insurance> (дата звернення: 24.09.2025).

250. Health spending – Indicator. OECD: вебсайт. 2024. URL: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html> (дата звернення: 24.09.2025).

251. Health system in Denmark. Ministry of Health Denmark: вебсайт. 2023. URL: <https://www.sum.dk/english/health> (дата звернення: 24.09.2025).

252. Health systems in action: Ukraine 2024. European Observatory on Health Systems and Policies: вебсайт. 2024. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024> (дата звернення: 24.09.2025).

253. Health systems in transition (HiT) series. European Observatory on Health Systems and Policies: вебсайт. 2025. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews> (дата звернення: 24.09.2025).

254. Health Systems in Transition. Spain Health system review. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f6261846-9306-40e1-8bd3-3f1cee146584/content>

255. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places. OECD: вебсайт. 2016.

https://www.oecd.org/en/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en.html (дата звернення: 24.09.2025).

256. Healthcare in Poland – Welcome Point. Welcome Point – Welcome Point. URL: https://welcome.uw.edu.pl/healthcare-in-poland/?utm_source.

257. Healthcare workforce shortages in the EU. European Parliament Research Service: вебсайт. 2025. https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/767231/EPRS_ATAG%282025%29767231_EN.pdf (дата звернення: 24.09.2025).

258. Hellowell M., Demeshko O., Hrevtsova R., et al. Private provision of health services in Ukraine: A qualitative exploration of current policy challenges, and considerations for reform. *Health Policy*. 2025. Vol. 158. P. 105349. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105349>

259. Horbatova D.I. Forms of public administration in the field of health care. *Law and society*. 2019. Vol. 4. P. 166–173. <https://doi.org/10.32842/2078-3736-2019-4-24>.

260. How does health spending in the U.S. compare to other countries? - Peterson-KFF Health System Tracker. Peterson-KFF Health System Tracker. URL: <https://surl.lu/averao> (date of access: 28.09.2025).

261. *How to make better public procurement decisions with business intelligence: insights from Ukraine*. Open Contracting Partnership: вебсайт. 2024. URL: <https://www.open-contracting.org/2024/12/04/how-to-make-better-public-procurement-decisions-with-business-intelligence-insights-from-ukraine/> (датазвернення: 30.09.2025).

262. Huebner C., Flessa S. Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19(14). P. 8617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148617>.

263. *Implementation Status & Results Report: Health Enhancement and Lifesaving (HEAL) Ukraine Project (P180245)*. The World Bank: вебсайт. 2025. URL:

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099092025154039038/pdf/P180245-d6cc3af1-00f6-4e09-a145-7eb191499fcb.pdf> (дата звернення: 30.09.2025)С

264. Institutionalising Health Accounts in Brazil. OECD Reviews of Health Systems/ URL: https://www.oecd.org/en/publications/2025/06/institutionalising-health-accounts-in-brazil_7e69dec6/full-report/overview-of-the-brazilian-health-system_8b67128b.html

265. Italy: health system review 2022. European Observatory on Health Systems and Policies: вебсайт. 2022. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/italy-health-system-review-2022> (дата звернення: 24.09.2025).

266. Jakovljevic, M., Sugahara, T., Timofeyev, Y., Rancic, N. Predictors of (in)efficiencies of healthcare expenditure among the leading asian economies—comparison of OECD and non-OECD nations. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2020. P. 2261–2280. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266386>

267. Japan Health Policy NOW – 3.1 Japan’s Health Insurance System. Japan Health Policy NOW. URL: <https://japanhpn.org/en/section-3-1/> (date of access: 28.09.2025).

268. .Karpenko L.M., Izha M.M., Korchovyi D.V., Korchova T.P. Medical Insurance in the Financial Security of Social Guarantees for the Population of Ukraine. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління»)*.2024. 2(44) 2024. С.28-42. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/215/306>. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)-28-42](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44)-28-42)

269. ахуванняKey facts and figures about the NHS. The King’s Fund: вебсайт. 2025. URL: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/key-facts-figures-nhs> (дата звернення: 24.09.2025).

270. Lawry L L., Janvrin M., Korona-Bailey J.,et al. Health System Organization and Logistics of Trauma Care Since the Russian Invasion of Ukraine: A Qualitative Assessment. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2025. Vol. 62. <https://doi.org/10.1177/00469580251333327>.

271. Leite, A. M. R., de Almeida Leite, E. M., Ribeiro, H. N. R., Alves, S. R. P., & Sardinha, L. F. (2022). From bismarck to beveridge: contributions for the understanding of different social security models. *Economic and Social Development: Book of Proceedings*, P. 255-264. https://www.bib.irb.hr:8443/1213219/download/1213219.Book_of_Proceedings_e_sdRabat2022_Online.pdf#page=261
272. Lekhan V., Rudy V., Shevchenko M., Nitzan D., Richardson E. Ukraine: health system review. *Health systems in transition*. 2015. №17. P.1-154. <https://iris.who.int/handle/10665/176099>
273. Lithuania: Country Health Profile 2021. European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/lithuania-country-health-profile-2021>.
274. Malakhov K. S. Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. *International Journal of Telerehabilitation*. 2023. T. 15, № 2. <https://doi.org/10.5195/ijt.2023.6599>.
275. McAlearney, Scheck A., Kovner A. *Health Services Management : Cases, Readings, and Commentary*. 10th ed. Chicago, Ill: Health Administration Press, 2013. URL: https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9916068423406676/01NLM_INST:01NLM_INST
276. Mechanic D. The Managed Care Backlash: Perceptions and Rhetoric in Health Care Policy and the Potential for Health Care Reform. *The Milbank Quarterly*. 2001. Vol. 79, no. 1. P. 35–54. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00195>.
277. Murauskienė L. Lithuania. *Health Politics in Europe*. 2021. P. 456–472. URL: <https://doi.org/10.1093/oso/9780198860525.003.0021> .
278. OECD Artificial Intelligence Review of Germany. OECD: вебсайт. 2024. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/06/oecd->

[artificial-intelligence-review-of-germany_c1c35ccf/609808d6-en.pdf](#) (дата
звернення: 24.09.2025).

279. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

280. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Poland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD, 2023. Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/poland-country-health-profile-2023_80434439/f597c810-en.pdf

281. Ondogan, A. G., Sargin, M., & Canoz, K. Use of electronic medical records in the digital healthcare system and its role in communication and medical information sharing among healthcare professionals. *Informatics in Medicine Unlocked*. 2023. Vol. 42. Article 101373. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.imu.2023.101373>

282. Panda H. S., Rout H. S., Jakovljevic M. Catastrophic health expenditure of inpatients in emerging economies: evidence from the Indian subcontinent. *Health Research Policy and Systems*. 2024. Vol. 22, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01202-x> (date of access: 28.09.2025).

283. Phelps C., Madhavan G., Rappuoli R., Levin S., Shortliffe E., Colwell R. Strategic Planning in Population Health and Public Health Practice: A Call to Action for Higher Education. *The Milbank Quarterly*. 2016. Vol. 94(1). P. 109–125. <http://www.jstor.org/stable/24869158>

284. Poland: health system summary 2024. European Observatory on Health Systems and Policies: вебсайт. 2024. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/poland-health-system-summary-2024> (дата звернення: 24.09.2025).

285. Porter D. Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times. URL: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/65938/1/99.pdf.pdf>

286. Private health insurance and Medicare. Services Australia. URL: <https://www.servicesaustralia.gov.au/private-health-insurance-and-medicare?context=60092>
287. Privatizing health care in Georgia. World Bank Blogs. URL: https://blogs.worldbank.org/en/psd/privatizing-health-care-in-georgia?utm_source.
288. Public Health: Innovation and Intellectual Property Rights. 2006. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43460/a88438_eng.pdf
289. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma). Service-Public.fr: вебсайт. 2024. URL: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308> (датазвернення: 24.09.2025).
290. Rechel B., Jakubowski E., McKee M. et al. Organization and financing of public health services in Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2018.
291. Rechel B., Lessof S., Busse R., et al. A Framework for Health System Comparisons: The Health Systems in Transition (HiT) Series of the European Observatory on Health Systems and Policies. Rechel Health Services Evaluation. New York, NY, 2019. P. 279–296. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-8715-3_15.
292. Rechel B., McKee M. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. The Lancet. 2009. Vol. 374, no. 9696. P. 1186–1195. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61334-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61334-9).
293. Refining primary health care financing in Ukraine: examining provider costs and impact of war. World Health Organization (WHO). URL: https://www.who.int/europe/news/item/21-05-2024-refining-primary-health-care-financing-in-ukraine--examining-provider-costs-and-impact-of-war?utm_source.
294. Remote consulting. NHS England: вебсайт. 2024. <https://www.england.nhs.uk/long-read/remote-consulting/> (дата звернення: 24.09.2025).
295. Results of initial health labour market analysis in Ukraine. WHO Regional Office for Europe: вебсайт. 2024.

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10458-50230-75692> (дата звернення: 24.09.2025).

296. Romaniuk P., Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Globalization and Health*. 2018. Vol. 14, no. 1. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0439-5>.

297. Ronda-Pupo G. A., Guerras-Martin L. Á. Dynamics of the evolution of the strategy concept 1962-2008: a co-word analysis. *Strategic Management Journal*. 2011. Vol. 33, no. 2. P. 162–188. <https://doi.org/10.1002/smj.948>.

298. Rudawska I. New public management in healthcare – conception and application. *Economics & Sociology*. 2011. Vol. 4, no. 1a. P. 9–26. <https://doi.org/10.14254/2071-789x.2011/4-1a/2>.

299. Scicluna H. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2000. Vol. 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.3>.

300. Scutchfield F. D., Lawhorn N., Ingram R., et al. Public Health Systems and Services Research: Dataset Development, Dissemination, and Use. *Public Health Reports*. 2009. Vol. 124, no. 3. P. 372–377. <https://doi.org/10.1177/003335490912400305>.

301. Sfakianakis, G., Grigorakis, N., Galyfianakis, G., Katharaki, M. The impact of macro-fiscal factors and private health insurance financing on public health expenditure: evidence from the OECD countries for the period 2000–2017. *EuroMed Journal of Business*. 2021. Vol. 16, № 1. P. 1–24. DOI: <https://doi.org/10.1108/EMJB-03-2020-0029>

302. Sheikh, A., Anderson, M., Albala, S., Casadei, B., Franklin, B. D., Richards, M., ... & Mossialos, E. Health information technology and digital innovation for national learning health and care systems. *The Lancet Digital Health*. 2021. Vol. 3, № 6. Article e383–e396. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00232-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00232-4)

303. Shevchuk R. V. Ways of improving public administration in the sphere of health protection in Ukraine. *Expert: Paradigm of Law and Public Administration*.

2022. Vol. 24, no. 6. P. 87–93. [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2022-6\(24\)-87-93](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2022-6(24)-87-93).

304. Shortell S. M., Kaluzny A. D. Health Care Management: Organization Design and Behavior. – Albany: Delmar, 2000

305. Slobodian O. From war to recovery: strengthening Ukraine's healthcare for a resilient future. Policy Brief. 2025. FEPS. URL: <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2025/02/Strengthening-Ukraines-healthcare-for-a-resilient-future.pdf> (дата звернення: 9.09.2025)

306. Solar O., Irwin A.A. Conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). 2010. World Health Organization Geneva. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf

307. State of Health in the EU: Ireland Country Health Profile 2023. European Commission: вебсайт. 2023. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/2023_chp_ie_english.pdf (дата звернення: 24.09.2025).

308. Statutory health insurance (SHI). Federal Ministry of Health (Germany): вебсайт. 2024. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/statutory-health-insurance-shi.html> (дата звернення: 24.09.2025).

309. Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – dashboard. World Health Organization: вебсайт. 2025. <https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx> (дата звернення: 24.09.2025).

310. Sydorenko A. Y., Kiel L., Spindler H. Psychosocial Challenges of Ukrainian Healthcare Professionals in Wartime: Addressing the Need for Management Support. Social Science & Medicine. 2024. C. 117504. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117504>.

311. Tabish, S.A. (2024). Health Systems of the World. In: Health Care Management: Principles and Practice. Springer, Singapore. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-97-3879-3_1

312. The Public Healthcare System And How It Relates To Your Private Health Insurance Decisions. | Spratt Financial Group. Spratt Financial Group. URL: <https://www.spratt.co.nz/articles/health-insurance-decision> (.

313. The United States – Health at a Glance 2023: Country Note (PDF). OECD: вебсайт. 2025. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/united-states_1bd99de8/4268c3ef-en.pdf
(датазвернення: 24.09.2025).

314. The World Health Report Health Systems Financing. 128.WHO, 2010. https://www.researchgate.net/publication/271524818_The_World_Health_Report_HEALTH_SYSTEMS_FINANCING

315. Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., Karanikolos, M. Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies. WHO Regional Office for Europe, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716618/>

316. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. 2009. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/326415>

317. Ukraine – Country data. World Health Organization: вебсайт. 2025. <https://data.who.int/countries/804> (дата звернення: 24.09.2025).

318. Ukraine Health Financing Reform : Progress and Future Directions - Overview (Vol. 2) : Main Report. World Bank. URL: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099432307132236329?utm_source .

319. Ukraine Strengthens the Public Health System to Tackle New Challenges. World Bank: вебсайт. 2025. URL:

<https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges> (дата звернення: 30.09.2025).

320. Vaughan P. Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times. Bulletin of the World Health Organization. 2000. Vol. 78 (9). P. 1170. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/268226>

321. Weber M. Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology. Readings in Economic Sociology. Oxford, UK. 1978. P. 24–37. <https://doi.org/10.1002/9780470755679.ch3>.

322. WHO Country Office in Ukraine annual report 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380911/WHO-EURO-2025-11954-51726-79169-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

323. Windak A., Oleszczyk M. Poland. Building primary care in a changing Europe: Case studies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459007/>

324. Winslow C. E. A. The untilled fields of public health. Science. 1920. Vol. 51, no. 1306. P. 23–33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>.

325. Wongsin U., Pannoi T., Prutipinyo C., et al. Strategic planning and organizational performance in public health sector: a scoping. BMC Health Services Research. 2025. Vol. 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13206-6>.

326. World Bank Group. Ukraine Strengthens the Public Health System to Tackle New Challenges. World Bank. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges> (date of access: 25.09.2025).

327. World Bank Group. Сектор охорони здоров'я України зміцнюється за підтримки Світового банку. World Bank. URL: <https://www.worldbank.org/uk/news/press-release/2024/12/09/ukraine-health-sector-to-strengthen-with-world-bank-support> (дата звернення: 9.09.2025).

328. World Bank Group. Україна зміцнює систему громадського здоров'я для подолання нових викликів. World Bank. URL:

<https://www.worldbank.org/uk/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges> (дата звернення: 25.09.2025).

329. Xia M. Features of the modern healthcare management system. *Public Administration and Regional Development*. 2024. Vol. 25. P. 900–920. <https://doi.org/10.34132/pard2024.25.09>.

330. Yefimenko K. O. The mechanism of public-private partnership in the context of reforming the public investment management system in Ukraine. *Analytical and Comparative Jurisprudence*. 2025. Vol. 2, no. 3. P. 94–99. <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2025.03.2.14>.

331. Yusiuk M. Y., Yusiuk A. M., Yusiuk L. A. Health system reform in Ukraine and foreign experience of financing models. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2020. Vol. 8, no. 1. P. 100–107. [https://doi.org/10.21272/eumj.2020;8\(1\):100-107](https://doi.org/10.21272/eumj.2020;8(1):100-107).

ДОДАТКИ

Додаток А

Довідки про впровадження результатів дисертаційної роботи



вих. № 03/2026 від 15.01.2026 р.

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Корчового Дмитра Вадимовича
на тему: «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом
системи охорони здоров'я»

Громадська організація «Східно-Європейська спілка науковців» підтверджує, що результати дисертаційного дослідження «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я», виконаного Корчовим Д. В., впроваджені у діяльність громадської організації у межах розробки пропозицій щодо удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і повоєнних викликів.

Зокрема, наукові положення та практичні рекомендації автора використані при розробці аналітичних матеріалів та пропозицій щодо:

- удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах глобальних трансформацій та цифровізації;
- формування поліцентричної та адаптивної моделі управління, що дозволяє системі охорони здоров'я оперативно реагувати на воєнні та повоєнні виклики;
- соціально орієнтованого наповнення стратегій розвитку, які забезпечують стійкість та результативність надання медичних послуг населенню.

Методологічне та прикладне наповнення дослідження Корчового Д. В. сприяло підвищенню експертного рівня проектів ГО «Східно-Європейська спілка науковців», спрямованих на реформування галузі охорони здоров'я та впровадження сучасних інструментів публічного адміністрування.

Результати дослідження мають високу практичну цінність та безпосередньо корелюють із пріоритетними напрямками діяльності Спілки щодо підтримки наукового забезпечення державного управління. Матеріали дисертації Дмитра Корчового мають прикладне значення, характеризуються науковою новизною та сприяють удосконаленню механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я.

Висновки та практичні рекомендації, сформульовані у дослідженні, дозволили розширити наукову базу через розробку практичних рекомендацій щодо створення національної цифрової платформи моніторингу стратегічних показників (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, ОМС), інтеграції дорожніх карт розвитку з бюджетним прогнозуванням, запуску програм управлінської підготовки та запровадження системи публічного аудиту й оцінювання ефективності політик. У роботі узагальнено, що реалізація запропонованих підходів забезпечує перехід системи охорони здоров'я України до стійкої поліцентричної моделі, яка поєднує принципи прозорості, соціальної справедливості, цифрової інтегрованості та відповідальності перед громадянами, створюючи основу для післявоєнного відновлення та інтеграції у європейський простір охорони здоров'я.

Голова правління



Мирослав БУРИК



АСОЦІАЦІЯ ДОСЛІДНИКІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
неприбуткова громадська організація
офіс 135К, 5, вул. Дюківська, м. Одеса, 65029, Україна
ЄДРОПУ 25997827, зареєстрована 02.05.2001

ASSOCIATION OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCHERS
5, Diukivska Street, Office 135K, Odesa, 65029, Ukraine,
DUNS 364552248, CCR (NCAGE) – A0JHJ, SAM registration

тел./tel. +380487059764; +380634808158
E-mail: aparukr2001@gmail.com

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи

Корчового Дмитра Вадимовича

на тему: «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я»

22 листопада 2025 р. № 42

Асоціація дослідників державного управління засвідчує факт впровадження результатів дисертаційної роботи Корчового Дмитра Вадимовича на тему: «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я» в практичну діяльність Асоціації в межах дослідницьких та експертно-аналітичних проектів. У дисертації вирішено актуальне наукове завдання, що полягає в удосконаленні механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і поствоєнних викликів. Теоретичне, методологічне та прикладне наповнення дослідження спрямоване на формування поліцентричної, адаптивної та соціально орієнтованої моделі управління, яка забезпечує стійкість і результативність системи охорони здоров'я.

Результати дослідження, викладені у трьох розділах роботи, були використані:

1. При формуванні окремих науково-методичних положень щодо концептуалізації підходів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я. Зокрема, було використано теоретичні матеріали з Розділу 1, п.1.1, п.1.3 (стор.28-51; 71-88) щодо диференціації механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні - типологія, функції та особливості в умовах реформ.

2. В частині аналізу функціонування організаційно-кадрового, інформаційно-комунікативного та фінансово-економічного механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я (Розділ 2, п.2.3), а також для формування моделі комплексного механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні (Розділ 3, п.3.3).

3. Під час обговорення питань зарубіжного досвіду удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я та можливостей його імплементації в Україні (матеріали з Розділу 3).

4. Окремі положення, статистичні дані та аналітичні висновки було включено до публічних виступів на вітчизняних та міжнародних форумах.

Впровадження результатів роботи сприяло: удосконаленню механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і поствоєнних викликів.

Голова



С.Є.Саханенко



УКРАЇНА

ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЕКОНОМІКИ

пр. Шевченка, 4, м. Одеса, 65032, тел./факс: (048) 718-94-66, тел. 718-93-60

E-mail: eko@od.gov.ua веб-сайт: <https://eko.od.gov.ua/> Код ЄДРПОУ 39917856

від 05.02.2026 № 1824/02/2-03/-26

На № _____ від ____ . ____ . ____ р.

У спеціалізовану вчену раду
Навчально-наукового
Інституту публічної служби та управління
Національного університету
«Одеська політехніка»

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи

Корчового Дмитра Вадимовича на тему:

«Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом
системи охорони здоров'я» у практику роботи Одеської обласної державної
адміністрації

Результати дисертаційного дослідження «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я», виконаного Корчовим Д.В., мають практичну цінність, і у дисертації вирішено актуальне наукове завдання, що полягає в удосконаленні механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і поствоєнних викликів.

Теоретичне, методологічне та прикладне наповнення дослідження спрямоване на формування поліцентричної, адаптивної та соціально орієнтованої моделі управління, яка забезпечує стійкість і результативність системи охорони здоров'я.

У дисертації проведено комплексну оцінку функціонування галузі у 2014–2024 рр. у контексті децентралізації, фінансових реформ, цифровізації та воєнних викликів.

Досліджено фінансово-економічний механізм через аналіз структури витрат Програми медичних гарантій, механізмів співфінансування, залучення

донорських коштів і міжнародної допомоги. Показано, що фінансова стійкість системи залежить від поєднання бюджетних, страхових і донорських потоків та впровадження цифрових індикаторів якості.

Оцінено організаційно-кадровий та інформаційно-комунікаційний механізми - виявлено дефіцит управлінських компетентностей керівників КНП, проблеми диференціації оплати праці, а також значний потенціал цифровізації (електронні медичні записи, телемедицина, аналітика великих даних, публічні панелі МОЗ).

Проведено SWOT-аналіз стратегічного потенціалу системи охорони здоров'я України, який засвідчив, що цифровізація є ключовим драйвером підвищення адаптивності, прозорості та ефективності публічного управління, а розвиток людського капіталу та фінансової децентралізації - головними умовами її сталості.

Результати дисертаційної роботи створили аналітичне підґрунтя для моделювання комплексного механізму стратегічного управління, також мають місце як додаткові допоміжні матеріали при роботі відділів Департаменту.

Наукові здобутки мають практичну цінність, відповідають викликам сучасності та дозволяють розробити стратегічні напрями удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні.

Директор Департаменту економіки
Одеської обласної державної
адміністрації, магістр з публічного
управління та адміністрування



Олексій ДМИТРЕНКО



Україна
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

КОД ЄДРПОУ 43861328

пр.Шевченка, 1, м.Одеса, 65044
Україна
тел. +38 048 7223474
факс. +38 048 7221992
E-mail: mail@op.edu.ua

ДОВІДКА

21.01.2026 № 137/183-67
на № _____ про використання результатів дисертаційної роботи
Корчового Дмитро Вадимовича

на тему: «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи
охорони здоров'я» у науково-дослідницької діяльності
Національного університету «Одеська політехніка»

Довідка видана в тому, що у науково-дослідницькій діяльності Національного університету «Одеська політехніка» використані наступні наукові результати, що отримані у дисертаційної роботи Корчового Дмитро Вадимовича:

- подано авторське визначення стратегічного потенціалу як інтегрованої динамічної здатності системи охорони здоров'я забезпечувати довгострокову стійкість і ефективність через синергію кадрових, фінансових, інноваційних та інституційних ресурсів;
- виокремлені базові положення методології стратегічного планування як елементу системи управління соціально-економічним розвитком на мезорівні;
- логічно систематизовані механізми публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я в Україні, в частині типологізації, функціональної складової та особливостей в умовах реформ.

У дисертації запропоновано авторське визначення стратегічного потенціалу як інтегрованої динамічної здатності системи охорони здоров'я забезпечувати довгострокову стійкість і ефективність через синергію кадрових, фінансових, інноваційних та інституційних ресурсів. Розроблено класифікацію механізмів публічного управління стратегічним потенціалом, яка охоплює адміністративно-організаційні, економічно-фінансові, нормативно-правові, соціально-комунікаційні та аналітичні інструменти, а також удосконалено підхід до їх типологізації за рівнями управління – державним, регіональним і місцевим. Виявлено ключові фактори невизначеності (людські, технологічні, правові, економічні, соціальні) та обґрунтовано, що адаптація управлінських механізмів до таких умов потребує поєднання інструментів стратегічного планування, цифрового моніторингу й розвитку кадрового потенціалу. На основі узагальнення теоретичних підходів доведено доцільність переходу до поліцентричної моделі управління, у межах якої держава, органи місцевого самоврядування, госпітальні ради, приватний сектор і громадські організації виступають рівноправними акторами системи. Цей підхід уперше обґрунтовано як базовий теоретико-методологічний фундамент управління стратегічним потенціалом.

Дисертацію виконано згідно тематичного плану НДР ОНПУ за період 2022-2024 рр., окремі положення дисертаційного дослідження відображені в результатах науково-дослідної роботи №221-185, № держреєстрації 0122U002497, закріпленою за кафедрою місцевого самоврядування та розвитку територій Навчально-наукового інституту публічної служби та управління, згідно наказу Одеської політехніки від 06.04.2021 р. № 164-в.

Проректор з наукової та
науково-педагогічної роботи,
доктор технічних наук, професор



Дмитро ДМИТРИШИН



Національний університет «Одеська політехніка»
Навчально-науковий інститут публічної служби та управління

65062, м. Одеса, вул. Генуезька, 22
тел./факс (048) 705-97-00, E-mail: dec.ipsu@op.edu.ua,

29.12.2025 № 183-39/57
на № _____ від _____

ДОВІДКА

Центр підвищення кваліфікації кадрів Національного університету «Одеська політехніка» засвідчує, що результати дисертаційної роботи на тему: «Розвиток механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я», підготовленої Корчовим Дмитро Вадимовичем на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», були використані під час реалізації короткострокових програм підвищення кваліфікації публічних службовців, зокрема: при розробці змісту навчальних модулів, присвячених удосконаленню механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифрової трансформації.

У дисертації вирішено актуальне наукове завдання, що полягає в удосконаленні механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я України в умовах реформ, цифровізації, воєнних і поствоєнних викликів. Теоретичне, методологічне та прикладне наповнення дослідження спрямоване на формування поліцентричної, адаптивної та соціально орієнтованої моделі управління, яка забезпечує стійкість і результативність системи охорони здоров'я.

Використання результатів дослідження сприяло посиленню практичної орієнтації навчального процесу, підвищенню обізнаності службовців щодо сучасних інституційних підходів у сфері державного управління та розширенню змісту професійної підготовки кадрів публічної служби.

Т.в.о. директора Центру _____

Дар'я КОСТЕНКО

«29» грудня 2025 року

Додаток Б

Основні законодавчі акти реформування системи охорони здоров'я України

Назва законодавчого акта	Ключові положення	Значення для реформування
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [105]	Визначив правові, організаційні та соціально-економічні засади охорони здоров'я; закріпив права громадян у сфері медичної допомоги	Став базовим нормативним актом, на основі якого будувалися подальші реформи
Закон України «Про запобігання корупції» [124]	Встановлення антикорупційних механізмів у сфері публічного управління, у т. ч. медичної галузі	Забезпечення прозорості управління і підзвітності у сфері охорони здоров'я
Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України» [139]	Визначила поетапність переходу до нової моделі фінансування; запровадження первинної ланки реформування	Створено підґрунтя для реалізації медичної реформи на практиці
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122]	Запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом»; гарантія безоплатного пакету медичних послуг; створення НСЗУ	Початок системної фінансової реформи, орієнтованої на ефективність і прозорість
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122]	Розширено перелік гарантованих медичних послуг; започатковано програму «Безкоштовна діагностика»	Поглиблення фінансової автономії закладів охорони здоров'я
Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» [140]	Автономізація закладів охорони здоров'я, розвиток електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), підвищення прозорості управління та контролю якості медичних послуг	Сприяє впровадженню цифрових технологій у медицину, підвищуючи доступність, ефективність та прозорість медичних послуг.
Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [118]	Підвищення фінансової автономії медичних закладів, розширення повноважень НСЗУ, впровадження електронного документообігу та покращення умов праці медичних працівників.	Забезпечує фінансову стійкість закладів, підвищує якість медичних послуг, стимулює модернізацію інфраструктури та створює умови для залучення інвестицій у галузь охорони здоров'я.
Постанова КМУ «Деякі питання забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану» [38]	Регламентация роботи медичних закладів в умовах війни; механізми фінансування та забезпечення медичних послуг для ВПО та військових	Адаптація реформи охорони здоров'я до кризового контексту

Закон України «Про систему громадського здоров'я» [137]	Визначив організаційно-правові засади функціонування громадського здоров'я, профілактики та моніторингу ризиків	Спрямований на інтеграцію профілактичних підходів у стратегію розвитку галузі
Постанова КМУ № 625-р від 14.07.2023 «Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні» [141]	Визначено стратегічні напрями розвитку телемедицини, інтеграцію в eHealth, розширення доступності медичних послуг через цифрові технології	Сприяє інтеграції телемедицини, підвищує доступність та ефективність медпослуг через цифрові технології.
Закон України «Про внесення змін до деяких законів України у сфері національної безпеки і оборони щодо надання допомоги на догоспітальному етапі та здійснення цивільно-військового співробітництва» [115]	Регламентує організацію надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, включно з умовами воєнних дій, забезпеченням стандартів екстреної медицини	Закон інтегрує медичні послуги цивільного та військового секторів для підвищення ефективності догоспітальної допомоги.
Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації, інших питань у сфері охорони здоров'я» [116]	Спрямований на правове та організаційне вдосконалення системи охорони здоров'я, розширення можливостей високотехнологічної медичної допомоги, підвищення ефективності трансплантаційних процедур та інтеграцію їх у загальну систему реформування галузі.	Сприяє оптимізації трансплантації, раціональному використанню ресурсів та підвищенню ефективності медичної допомоги в реформованій системі охорони здоров'я.
Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я» [117]	Встановлено сучасні стандарти підготовки та безперервного професійного розвитку медичних кадрів, посилено вимоги до якості та компетентності	Підвищує якість медпослуг через професійні стандарти, обов'язковий БПР і інтеграцію освітніх вимог для ефективної кадрової політики

Джерело: сформовано автором на основі [105, 124, 139, 122, 140, 118, 38, 137, 141, 115, 116, 117]

Додаток В

**Видатки для Міністерства охорони здоров'я України, передбачені
Державним бюджетом України, 2020-2024 рр.**

Найменування згідно з відомчою і програмною класифікаціями видатків та кредитування державного бюджету	2020	2021	2022	2023	2024	Темпи зміни, %
Міністерство охорони здоров'я України	116371	159190	194396	176326	198959	71,0
<i>Апарат Міністерства охорони здоров'я України</i>	<i>27165</i>	<i>35241</i>	<i>36679</i>	<i>33295</i>	<i>39845</i>	46,7
Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	93	93	143	116	162	72,9
Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я	163	178	194	173	175	7,4
Громадське здоров'я та заходи боротьби з підемоїями	3748	2645	4339	3799	4926	31,4
Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти, підвищення кваліфікації кадрів науковими установами	6109	7064	8076	7601	6825	11,7
Загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти	102	362	171	138	139	36,5
Спеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1109	1488	2082	2054	2138	92,7
Спеціалізована медична допомога, що надається в амбулаторних умовах закладами охорони здоров'я наукових установ та закладів вищої освіти, а також загальнодержавними закладами охорони здоров'я	180	204	313	319	374	107,3
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8072	10304	11534	10008	12106	50,0
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	641	733	1372	2178	1715	167,7
<i>Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками</i>	<i>105</i>	<i>116</i>	<i>123</i>	<i>102</i>	<i>182</i>	73,6

Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	105	116	123	102	182	73,6
Національна служба здоров'я України	89102	123832	157594	142929	158933	78,4
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	88 882	123 494	157 298	142 748	158 752	78,6
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	16857	3498	2431	2035	2771	-83,6
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	1523	2943	2190	1571	1734	13,8
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання реконструкції та розвитку спільного з Міжнародним банком проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	659	555	241	464	37	-94,4
Усього	133228	162688	196827	178360	201731	51,4

Додаток Г

Основні закони України, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я

Назва закону / нормативного акта	Основні положення	Вплив на систему охорони здоров'я
Конституція України	Гарантує право на охорону здоров'я, медичну допомогу; закріплює обов'язок держави забезпечувати профілактику та лікування	Основний конституційний фундамент для всіх законів та нормативів у сфері охорони здоров'я
Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон № 2801-ХІІ, 1992)	Визначає принципи організації охорони здоров'я, права та обов'язки громадян, державні гарантії медичної допомоги.	Формує правовий фундамент для всієї системи охорони здоров'я; забезпечує безоплатний доступ до медичних послуг.
Закон України «Про охорону дитинства»	Державні гарантії медичного обслуговування дітей, профілактика захворювань, розвиток педіатричної допомоги	Забезпечує спеціалізовану медичну підтримку дитячого населення
Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»	Заходи профілактики, контролю та ліквідації інфекційних хвороб	Забезпечує правові підстави для епідеміологічного нагляду та реагування на спалахи
Закон України «Про лікарські засоби»	Виробництво, обіг, контроль якості лікарських препаратів	Гарантує безпечність і ефективність лікарських засобів, державний контроль
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Регламентує фінансування медичних послуг через НСЗУ, механізм «гроші йдуть за пацієнтом»	Забезпечує доступність безоплатної та якісної медичної допомоги
Закон України «Про громадське здоров'я»	Концепція громадського здоров'я, профілактика хвороб, управління ризиками	Підвищує ефективність державної політики у сфері профілактики та здорового способу життя
Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»	Визначенні правові засади трансплантації, встановленні принципу презумпції незгоди, регламентації діяльності трансплант-центрів і координаторів, створенні Єдиної державної інформаційної системи, забезпеченні державного фінансування та введенні відповідальності за незаконні дії у цій сфері.	Сприяв створенню прозорої та регламентованої системи трансплантації, що підвищила доступність високоспеціалізованої допомоги, зменшила залежність від закордонних операцій і сприяла розвитку національної медичної інфраструктури.
Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки,	Механізми спрощеного/тимчасового залучення інтернів, резидентів, студентів та фармацевтів; зміни в правилах безперервного	Дозволяє оперативно залучати кваліфікований персонал у критичні періоди, знижує бар'єри для тимчасової мобілізації

безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я»	професійного розвитку з урахуванням НС/воєнного стану.	кадрів, підвищує гнучкість кадрового реагування.
Закон України «Про медичне страхування» (проект)	Система обов'язкового та добровільного медичного страхування	Планується як інструмент фінансової стабілізації та підвищення доступності медичних послуг

Джерело: сформовано автором на основі [72, 106, 122, 125, 131, 133, 134, 137]

Додаток Д

Основні постанови Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я

№	Назва постанови / дата	Основний зміст / положення	Вплив на систему охорони здоров'я
	Постанова КМУ № 955 від 17.08.1998 «Про затвердження переліку лікарських засобів та виробів медичного призначення, що можуть закуповуватися за бюджетні кошти»	Визначила механізм централізованих закупівель лікарських засобів і виробів медичного призначення.	Забезпечила контроль за ефективним використанням бюджетних коштів та підвищила прозорість у сфері лікарського забезпечення.
	Постанова КМУ № 228 від 17.03.2011 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми “Цукровий діабет”»	Регламентувала заходи з профілактики, діагностики й лікування цукрового діабету.	Забезпечила доступність інсулінів і спеціалізованої допомоги для пацієнтів.
	Постанова КМУ № 280 від 21.03.2018 «Про затвердження Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення»	Визначила порядок реалізації Програми державних гарантій та механізм фінансування медичних послуг через НСЗУ.	Стала ключовим елементом медичної реформи, закріпивши принцип «гроші йдуть за пацієнтом».
	Постанова КМУ № 410 від 25.04.2018 «Про утворення Національної служби здоров'я України»	Визначила організаційно-правові засади діяльності НСЗУ.	Створила центральний орган фінансування медичної системи, що координує оплату медичних послуг.
	Постанова КМУ № 641 від 22.07.2020 «Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів»	Встановила правила реагування на пандемію COVID-19 і запровадження карантину.	Забезпечила правове підґрунтя для протидії пандемії та впровадження протиепідемічних заходів.
	Постанова КМУ № 1440 від 27.12.2022 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для реалізації програми медичних гарантій в умовах воєнного стану»	Визначила механізм фінансування медичних послуг у воєнний час.	Адаптувала систему медичного фінансування до потреб воєнного стану, забезпечивши її стійкість.
	Постанова КМУ № 471 від 05.05.2023 «Про запровадження електронної	Створила єдину електронну систему обліку донорської крові та компонентів.	Підвищила прозорість, контроль і ефективність системи донорства крові.

	системи обліку донорської крові та компонентів крові»		
	Постанова КМУ № 88 від 09.02.2025 «Про вдосконалення механізмів кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану»	Встановила правила тимчасового залучення студентів, інтернів і резидентів до практики.	Забезпечила гнучкість кадрової політики та оперативне реагування на виклики воєнного стану.
1	Постанова КМУ № 1503 від 24.12.2024 «Деякі питання реалізації Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році»	Затверджує Порядок реалізації Програми медичних гарантій у 2025 році. Визначає механізми використання залишків коштів, правила оновлення переліку лікарських засобів, умови фінансування закладів охорони здоров'я.	Закріплює правове підґрунтя для реалізації «гроші йдуть за пацієнтом» у 2025 році, формує тарифи, пакети послуг, порядок контрастування з НСЗУ, адаптує систему до актуальних фінансових і організаційних умов.
2	Постанова КМУ № 122 від 24.01.2025 «Про внесення змін до деяких постанов КМУ щодо медичного обслуговування населення»	Вносить зміни до декількох постанов, зокрема до порядку використання бюджетних коштів з медичного обслуговування (наприклад, доповнення пункту про попередню оплату спеціалізованої, паліативної допомоги, медичної реабілітації тощо).	Удосконалює механізми бюджетного фінансування у межах Програми медичних гарантій, дозволяє закладам отримувати попередню оплату в певних випадках, що підвищує оперативність забезпечення послуг.
3	Постанова КМУ № 569 від 16.05.2025 «Про внесення змін у додаток 1 до Порядку реалізації Програми медичних гарантій у 2025 році»	Вносить конкретні зміни до додатку 1 порядку, зокрема переглядає позиції, які стосуються операцій із травмою ока та інших медичних послуг, їхню складність, тарифні значення.	Коригує тарифи й склад пакету послуг у межах медичних гарантій для окремих процедур, забезпечуючи адекватне фінансування за зміненим клінічним навантаженням.
4	Постанова КМУ № 44 від 16.01.2024 «Про внесення змін до переліку закладів охорони здоров'я та програм, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій»	Вносить зміни до переліку закладів охорони здоров'я та програм, які отримують видатки з державного бюджету як заклади, що виконують загальнодержавні функції.	Оновлює перелік закладів, що фінансуються з державного бюджету, впливає на пріоритети підтримки науки, досліджень і спеціальних медичних програм на національному рівні.
5	Постанова КМУ № 501 від 16.05.2011 «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм..., що	Визначає базовий перелік закладів охорони здоров'я та програм, що отримують бюджетне фінансування з державного бюджету за умови виконання загальнодержавних функцій.	Служить нормативною основою для фінансування окремих державних медичних закладів і програм, оновлюється через внесення змін

	забезпечують виконання загальнодержавних функцій»		(наприклад, Постанова № 44 внесла такі зміни).
6	Постанова КМУ № 376 від 21.04.2023 «Про зміни до Переліку забезпечення належного рівня надання медичних послуг за договорами з НСЗУ»	Встановлює мінімальні вимоги для закладів охорони здоров'я щодо інфекційного контролю, протидії поширенню антимікробної резистентності, якості бактеріологічних досліджень та інші стандарти.	Підсилює стандарти якості медичних послуг, особливо в частині інфекційного контролю; змушує заклади адаптувати свою інфраструктуру та процедури до нових вимог, щоб мати право на контракт із НСЗУ.
7	Постанова КМУ № 511 від 02.05.2025 «Про внесення змін до постанови КМУ від 25 квітня 2018 р. № 410»	Уточнює, як часто НСЗУ може вносити зміни до умов закупівлі та специфікацій послуг (не частіше одного разу в півріччі), змінює порядок звітування, порядок штрафів за порушення умов договорів з НСЗУ тощо.	Обмежує можливість частих змін з боку НСЗУ до контрактних умов, забезпечує стабільність контрактів; підсилює вимоги до звітності закладів та відповідальність за порушення.
8	Постанова КМУ № 409 від 11.04.2025 «Про внесення змін до Порядку реалізації Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році»	Вносить зміни у порядок реалізації Програми медичних гарантій, уточнює окремі положення щодо контракування, застосування механізмів фінансування тощо.	Коригує процедури та правила в процесі реалізації медичних гарантій, адаптує механізми до практичних викликів у 2025 році.
9	Постанова КМУ № 769 від 27.06.2025 «Про внесення змін до порядку реалізації Програми медичних гарантій»	Вносить зміни до порядку реалізації програми: нові норми щодо оплат адміністраторів, членів експертних команд, уточнення звітності тощо.	Актуалізує нормативну базу впродовж року, коригує фінансові та організаційні положення, щоб система реагувала на зміну потреб і реальних умов надання медичних послуг.

Джерело: сформовано автором на основі [117, 121, 120, 127, 130, 143]

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Karpenko L.M., Izha M.M., Korchovyi D.V., Korchova T.P. Medical Insurance in the Financial Security of Social Guarantees for the Population of Ukraine. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління»)*. 2024. 2(44) 2024. С.28-42. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/215/306>

DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)-28-42](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44)-28-42)

2. Корчовий Д.В. Трансформація системи публічного управління охороною здоров'я в Україні: реалії та перспективи. *Суспільство та національні інтереси (Серія «Публічне управління та адміністрування»)* №1(21) 2026. С. 624-636

DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1\(21\)-624-636](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-1(21)-624-636)

3. Корчовий Д.В. Стратегічні вектори удосконалення механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. *Наукові інновації та передові технології (Серія «Управління та адміністрування»)*. №1 (53) 2026. С. 124-137

DOI : [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1\(53\)-124-137](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1(53)-124-137)

4. Корчовий Д.В. Концептуалізація цілісної моделі публічного управління у вітчизняній сфері охорони здоров'я. *Національні інтереси України (Серія «Публічне управління та адміністрування»)*. №1 (2026) С. 1156-1168

DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1\(18\)-1156-1168](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-1(18)-1156-1168)

Публікації, що засвідчують апробацію результатів дисертації:

5. Карпенко Л.М., Корчовий Д.В. Удосконалення механізмів публічного управління стратегічним потенціалом системи охорони здоров'я шляхом змін у фінансовій сфері. *Проблеми раціонального використання соціально-*

економічного, еколого-енергетичного потенціалу України та її регіонів : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. ГО «ІЕЕЕД» (м. Луцьк, 15 лют. 2023 р.). Луцьк, 2023. С. 295–299. ISBN 978-617-8279-07-3

6. Korchovi D.V., Karpenko L.M. Implementation of health insurance based on digital standards for the development of the economy insurance sector: international practice. [Впровадження медичного страхування на основі цифрових стандартів розвитку страхового сектору економіки: міжнародна практика]. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Одеса, 18 трав. 2023 р.)*. Одеса : НУ «Одеська політехніка», 2023. С. 203-205

7. Korchovi D.V., Korchova T.P. Medical insurance in the financial security of social guarantees for the population of ukraine. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 трав. 2024 р.)*. Одеса : НУ «Одеська політехніка», 2024. С. 255–258. URL: https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolymconf/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf

8. Korchovi D. V. Review of international experience in managing the strategic potential of the healthcare system. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Ін-ту публ. служби та упр. Нац. ун-ту «Одеська політехніка» (м. Одеса, 18 жовт. 2025 р.)*. Одеса, 2025. С. 590–593. URL: https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolymconf/mnpk_17.10.2025.pdf

Наукові праці, що додатково відображають результати дослідження

1. Корчовий Д.В. Базові положення методології стратегічного планування як елементу системи управління соціально-економічним

розвитком на мезорівні // Моделювання інвестиційних детермінант розвитку територій: імперативи адаптації до умов світового ринку : Монографія за міжнародною участю / Л.М. Карпенко, М.М.Іюса, А.Г. Ахламов, Рудольф Кухарчик, Михайло Августін. Також наукова участь: О.І.Бурдейний, Д.А.Вербицький, О.І. Гласенко, М.В.Гороховський, Т.В.Дамашкова, Д.О. Зінченко, Т.П.Зубро, С.В. Корчовий, Д.В.Корчовий, Т.П.Корчова, І.В.Конопельський, Д.Л.Попович, О.О.Ліпач; за заг. ред.: д.е.н., проф. Л.М. Карпенко, д.е.н., проф. А.Г. Ахламова. – Одеса : ІПСУ НУ «Одеська політехніка», 2024. – 361 с. ISBN 978-617-692-889-8

Рекомендовано до друку Вченою радою Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» . Протокол № 11 від 26.03.2024 року.

2. Lidiia Karpenko, Rudolf Kucharcík, Katarína Brocková, Peter Jančovič ,Dmytro Korchovy, Tetiana Korchova. The Impact of International Grants and EU Programs on the Development of the Tourism Industry in Ukraine. OIDA International Journal of Sustainable Development, 18 (07), 81-92, 2025. URL:<https://oidaijsd.com/wp-content/uploads/2025/05/18-07-07-15-3-UR-IJSD-25.pdf> /**Scopus** /