

Міністерство освіти і науки України  
Університет митної справи та фінансів

Факультет управління  
Кафедра публічного управління та митного адміністрування

## **Кваліфікаційна робота**

на здобуття освітнього ступеня магістр  
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

за темою: МОДЕРНІЗАЦІЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В  
СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Виконала: студентка  
групи ПУ24-1зм  
Спеціальність 281  
«Публічне управління та  
адміністрування»  
Бучко Ірина Сергіївна  
(прізвище та ініціали)

Керівник  
д.н. держ.упр. доц. Квеліашвілі І.М.  
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Рецензент «Дніпровська політехніка»  
(місце роботи)  
професор кафедри державного  
управління і місцевого самоврядування  
ННІ державного управління  
(посада)  
доктор наук з державного управління,  
професор ХОЖИЛО Ірина Іванівна  
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Дніпро – 2026

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ**

Факультет / ННІ управління  
Кафедра публічного управління та митного адміністрування  
Рівень вищої освіти магістр  
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування  
Освітня програма Публічне управління та адміністрування

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри публічного управління  
та митного адміністрування

\_\_\_\_\_ / Антонова О. В. /  
„ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**ЗАВДАННЯ  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ  
здобувачу вищої освіти**

Бучко Ірина Сергіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1

Терівник роботи Ірина Миколаївна Квеляшвілі, доктор наук з державного управління доцент.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по УМСФ від “24” листопада 2025 року № 977 кс

р. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 30.12.2025 р. – 06.01.2026 р.

о

б. Вихідні дані до роботи: чинні нормативно-правові акти України;

Міжнародні договори, конвенції, стандарти та рекомендації у сфері надання

медичних послуг; Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного

обслуговування населення” (№2168-VIII), Деякі питання реалізації програми

**МОДЕРНІЗАЦІЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ**

**НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ** державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році

(розпорядження КМУ №1503-р від 4 грудня 2024 р), Про затвердження

Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики

(постанова КМУ №285 від 2 березня 2016 р). Методика розробки системи

індикаторів якості медичної та реабілітаційної допомоги Наказ Міністерства

охорони здоров'я України 28 вересня 2012 року № 751 (у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я України від 30 січня 2025 року № 175). Про затвердження Примірною переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги Наказ МОЗ України № 716 від 17.04.2023.

4. Зміст роботи (перелік питань для розробки) –

визначити теоретичні засади публічного управління у сфері надання медичних послуг;

обґрунтувати напрями адаптації міжнародного досвіду публічного управління у сфері надання медичних послуг в умовах правового режиму воєнного стану;

удосконалити підходи до застосування комплексного механізму інтеграції фінансових, організаційних та управлінських інструментів у сфері охорони здоров'я;

уточнити концептуальні положення стратегії розвитку медичних послуг у системі охорони здоров'я України;

сформулювати напрями модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг із акцентом на розвиток державно-приватного партнерства;

удосконалити модель підвищення ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

5. Перелік графічного матеріалу 10 таблиці, 7 рисунків, що ілюструють ключові аспекти дослідження

6. Дата видачі завдання 13.07.25-19.07.2025

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи *	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Визначення теми кваліфікаційної роботи	23.01.25-01.02.2025	
	Складання змісту роботи, оформлення та затвердження завдання	13.07.25-19.07.2025	
	Опрацювання літературних джерел, нормативних документів	до 10.11.25	
	Збір та обробка статистичних і звітних даних	до 10.11.25	
	Проведення розрахунків та аналізу	до 10.11.25	
	Написання вступу	до 10.11.25	
	Написання розділу 1	до 10.11.25	
	Написання розділу 2	до 10.11.25	
	Написання розділу 3	до 12.12.25	
	Підготовка висновків	до 20.12.25	
	Оформлення роботи	до 03.01.25	
	Подання на кафедру електронного варіанту роботи для перевірки на плагіат	до 04.01.25	
	Підготовка тексту доповіді і демонстраційного матеріалу	до 16.01.26	
	Подання на кафедру кваліфікаційної роботи	до 06.01.25	

**Здобувач освіти** \_\_\_\_\_

**Бучко І.С.**

**Керівник роботи** \_\_\_\_\_

**Квеляшвілі І.М.**

( підпис )

## АНОТАЦІЯ

*Бучко І.С.* Модернізація публічного управління в сфері надання медичних послуг

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2026.

У кваліфікаційній роботі досліджено модернізацію публічного управління у сфері надання медичних послуг в Україні в умовах триваючого реформування системи охорони здоров'я та дії правового режиму воєнного стану. Метою дослідження визначено наукове обґрунтування теоретико-методичних засад і розроблення практико орієнтованих рекомендацій щодо оновлення управлінських механізмів у зазначеній сфері. Об'єктом виступає сфера надання медичних послуг у контексті реформи, предметом - теоретико-методичні та прикладні аспекти її публічного

У межах роботи конкретизовано завдання, що охоплюють адаптацію міжнародного досвіду, інтеграцію фінансових, організаційних і управлінських інструментів, уточнення стратегічних підходів до розвитку медичних послуг, посилення державно-приватного партнерства, а також удосконалення регіональної моделі управління й формування концепції модернізації. Методологічну основу становить комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, зокрема компаративний аналіз для зіставлення моделей управління, а також діяльнісний підхід для оцінювання взаємодії суб'єктів і процедур у системі надання послуг.

Емпірична база включає нормативно-правові акти, судову практику, міжнародні стандарти та аналітичні матеріали, що дає змогу обґрунтувати системні управлінські рішення щодо підвищення доступності й якості медичних послуг.

**Ключові слова:** публічне управління; медичні послуги; охорона здоров'я; реформа; воєнний стан; Національна служба здоров'я України; Програма медичних гарантій; державно-приватне партнерство; регіональне управління; якість і доступність.

## SUMMARY

### *Buchko I.S.* **Modernization of public administration in the field of healthcare provision.**

Qualification work for the Master's degree in the specialty 281 «Public Management and Administration». University of Customs and Finance, Dnipro, 2026.

In the qualification paper, the modernization of public administration in the field of medical service delivery in Ukraine is examined in the context of the ongoing healthcare reform and the legal regime of martial law. The aim of the study is to provide a scholarly substantiation of theoretical and methodological foundations and to develop practice-oriented recommendations for updating governance mechanisms in this area. The object of the study is the field of medical service delivery within the reform framework, while the subject comprises the theoretical-methodological and applied aspects of its public governance.

The paper specifies research objectives covering the adaptation of international experience, the integration of financial, organizational, and managerial instruments, the refinement of strategic approaches to the development of medical services, the strengthening of public–private partnerships, as well as the improvement of the regional governance model and the formulation of a modernization concept. The methodological framework is based on a combination of general scientific and specialized methods, including comparative analysis to contrast governance models and an activity-based approach to assess interactions among actors and procedures within the service delivery system.

The empirical basis includes regulatory legal acts, case law, international standards, and analytical materials, which makes it possible to substantiate systemic governance decisions aimed at improving the accessibility and quality of medical services.

**Keywords:** public administration; medical services; healthcare; reform; martial law; National Health Service of Ukraine (NHSU); Medical Guarantees Program; public–private partnership; regional governance; quality and accessibility.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	15
1.1 Публічно-управлінські основи надання медичних послуг в Україні	15
1.2 Концептуалізація публічного управління у сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг	27
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	36
2.1 Публічна політика у сфері надання медичних послуг населенню та зв'язок із ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я	36
2.2 Оцінка діяльності медичних закладів у контексті реформування системи охорони здоров'я	50
РОЗДІЛ 3 МЕХАНІЗМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	60
3.1. Концептуальні положення стратегії розвитку надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України	60
3.2 Моделі модернізації публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні	72
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я.
- ГО — госпітальний округ.
- ДКСУ — Державна казначейська служба України.
- DRG — Diagnosis-Related Groups (діагностично споріднені групи).
- ДСГ — діагностично споріднені групи (аналог DRG).
- ЕСОЗ — Електронна система охорони здоров'я.
- ЄС — Європейський Союз.
- IPCHS — Integrated People-centred Health Services (інтегровані, орієнтовані на людину медичні послуги).
- КМУ — Кабінет Міністрів України.
- МОЗ — Міністерство охорони здоров'я України.
- МСЕК — медико-соціальна експертна комісія.
- НСЗУ — Національна служба здоров'я України.
- ОМТ — оцінка медичних технологій.
- НТА — Health Technology Assessment (оцінка медичних технологій).
- ПМГ — Програма медичних гарантій.
- ЗОЗ — заклад охорони здоров'я.
- USAID — United States Agency for International Development (Агентство США з міжнародного розвитку).
- eHealth — цифрова інфраструктура/екосистема електронної охорони здоров'я України.

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Система надання медичних послуг є базовим елементом соціальної держави, оскільки безпосередньо впливає на якість життя населення та виступає інституційним механізмом реалізації конституційних прав людини і громадянина. На сучасному етапі державотворення в Україні об'єктивно актуалізується потреба у комплексному реформуванні сфери охорони здоров'я, спрямованому на підвищення якості медичної допомоги, забезпечення її доступності та приведення організаційно-управлінських практик у відповідність до міжнародних стандартів. У цьому контексті гарантування права на якісну медичну допомогу має розглядатися як пріоритет державної політики та ключовий орієнтир формування ефективної національної моделі публічного управління галуззю. Важливим ресурсом для досягнення зазначених цілей є системний аналіз та критичне осмислення управлінського досвіду провідних європейських країн, системи охорони здоров'я яких демонструють стабільно високі результати за міжнародними порівняльними індикаторами.

Практика реформування медичної системи України виявила наявність низки системних дисфункцій, серед яких: фрагментарність і непослідовність державної політики, корупційні ризики, недостатня результативність управлінських інструментів, а також обмежена спроможність інституцій до впровадження сучасних підходів, сумісних із європейськими принципами організації охорони здоров'я. Національна система охорони здоров'я значною мірою характеризується інституційною інерцією, моральною та технічною застарілістю окремих управлінських практик, що зумовлює потребу в комплексній модернізації з урахуванням глобальних трендів розвитку медичних систем і кращих практик розвинених держав.

Модернізація публічного управління в охороні здоров'я доцільно розглядати як багатовимірний процес, що має реалізовуватися в нормативно-правовому, економічному та організаційно-управлінському напрямах.

Водночас оцінювання ефективності реформ не може обмежуватися короткостроковими фінансовими показниками або параметрами бюджетної економії. Концептуально обґрунтованим є підхід, за якого ключовими критеріями результативності виступають довгострокові соціально значущі наслідки: поліпшення показників здоров'я населення, зростання очікуваної тривалості життя, зниження поширеності та тягаря соціально значущих захворювань. Саме такі індикатори мають визначати логіку стратегічного планування, пріоритети державної політики та дизайн управлінських рішень у сфері охорони здоров'я України. Сукупність зазначених проблем і викликів зумовлює актуальність цього дослідження, спрямованого на формування науково обґрунтованих підходів до побудови сучасної, ефективної та справедливої системи охорони здоров'я, здатної забезпечити належну якість і доступність медичних послуг та відповідність вимогам глобальних стандартів.

Питання функціонування медичної сфери та надання медичних послуг, зокрема в розвинених країнах, є предметом широкого наукового дискурсу. Вагомий внесок у вивчення цієї проблематики зробили, зокрема, Барзелович А., Бойко О., Дзюрах Ю., Карковська В., Крикун О., Криничко Л., Мельниченко О., Музика-Стефанчук О., Малігон Ю., Сидорчук О., Філіпова Н., Хижинська Г., Худоба О., Шелеміна Н. та ін. Окремий масив досліджень присвячено аналізу механізмів державного управління та організації медичного обслуговування населення; відповідні напрацювання представлені у працях Бондар В., Гбур З., Гладкової О., Кожемякіної Т., Коробчинської Н., Мельника І., Лужецької Н., Ніколюк О., Посилкіної О., Романченко Н., Ситенко О., Смірної Т., Стефанишин Л., Цветкової Н., Чурпія І., Чурпія Н. та інших авторів.

У сучасних публікаціях дослідники переважно фокусуються на комплексному аналізі публічних адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема на специфіці їх надання, інструментах забезпечення якості та механізмах моніторингу ефективності на місцевому рівні. Значна увага приділяється теоретико-правовим аспектам реформування системи охорони

здоров'я, включно з дослідженням зарубіжного досвіду державного регулювання діяльності приватних медичних закладів, моделей фінансування галузі в європейських країнах і потенціалу адаптації відповідних практик до українських умов. Важливе місце також посідають праці, присвячені перспективам упровадження медичного страхування в Україні на основі апробації успішних міжнародних рішень, а також аналізу фінансових механізмів функціонування національної системи охорони здоров'я у зіставленні з іноземними моделями.

Окремий напрям наукових пошуків становлять дослідження чинних проблем реформування охорони здоров'я України, зокрема ресурсного забезпечення, організаційно-управлінських дисфункцій та недоліків нормативно-правового регулювання. Узагальнюючи наявні підходи, слід відзначити, що сучасні наукові напрацювання обґрунтовують стратегічні напрями удосконалення публічного управління у цій сфері, серед яких: упровадження інноваційних управлінських технологій, підвищення фінансової стійкості галузі, розвиток страхових механізмів, підтримка децентралізованих моделей управління, а також гармонізація національного законодавства з міжнародними стандартами.

Сучасні соціально-економічні та безпекові умови безперервно продукують нові ризики й виклики для національної системи охорони здоров'я та організації медичного обслуговування населення. Це об'єктивно зумовлює потребу в постійному поглибленому науковому аналізі та оновленні управлінських рішень, спрямованих на підвищення спроможності публічного управління у сфері охорони здоров'я.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є наукове обґрунтування теоретико-методичних засад та розроблення практико орієнтованих рекомендацій щодо модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг у контексті реформування системи охорони здоров'я України. Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

визначити теоретичні засади публічного управління у сфері надання медичних послуг;

обґрунтувати напрями адаптації міжнародного досвіду публічного управління у сфері надання медичних послуг в умовах правового режиму воєнного стану;

удосконалити підходи до застосування комплексного механізму інтеграції фінансових, організаційних та управлінських інструментів у сфері охорони здоров'я;

уточнити концептуальні положення стратегії розвитку медичних послуг у системі охорони здоров'я України;

сформулювати напрями модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг із акцентом на розвиток державно-приватного партнерства;

удосконалити модель підвищення ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

**Об'єкт дослідження** – сфера надання медичних послуг у контексті реформування системи охорони здоров'я України.

**Предмет дослідження** – теоретико-методичні та прикладні аспекти модернізації публічного управління у сфері надання медичних послуг у контексті реформування системи охорони здоров'я України.

**Методи дослідження.** Теоретико-методологічну основу дослідження становить сукупність загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на пізнання явищ і процесів публічного управління та адміністрування у сфері надання медичних послуг в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Методологія роботи ґрунтується на комплексному підході, що забезпечує багатовимірний аналіз досліджуваної проблематики та підвищує обґрунтованість сформульованих висновків і рекомендацій.

Ключове значення має компаративний аналіз, застосований для зіставлення структурних, інституційних, інфраструктурних і правових параметрів моделей публічного управління у сфері надання медичних послуг.

Його використання дає змогу ідентифікувати спільні риси та відмінності управлінських практик, визначити їхні інституційні передумови та окреслити можливості релевантного запозичення для українського контексту. Діяльнісний підхід використано для дослідження публічно-управлінських відносин як сукупності взаємодій суб'єктів, процедур і інструментів, що забезпечують ініціювання, реалізацію та коригування управлінських рішень у системі надання медичних послуг. У межах цього підходу акцентовано увагу на механізмах координації та партнерської взаємодії між органами публічної влади, закладами охорони здоров'я, приватним сектором і громадськістю, що є критично важливим для підвищення результативності управлінських інтервенцій.

Важливим елементом методології є діахронний аналіз, який дозволяє відтворити логіку та етапність трансформацій у системі охорони здоров'я, простежити зміну регуляторних підходів до надання медичних послуг у процесі реформ, а також оцінити вплив правового режиму воєнного стану на управлінські пріоритети, процедури та інституційну спроможність. Застосування діахронного аналізу також забезпечує узгодженість теоретичних положень, інтегруючи концепти різних наукових підходів у цілісну методологічну рамку. Для обґрунтування управлінських рішень і оцінювання ресурсної результативності використано методи економічного аналізу та обґрунтування, що дають змогу оцінити витрати, ефективність і доцільність використання наявних ресурсів у галузі охорони здоров'я. Додатково залучено положення теорії кризи та теорії запланованої поведінки з метою аналізу поведінкових чинників населення, які впливають на сприйняття, доступність і фактичне використання медичних послуг. Це дозволяє врахувати не лише інституційні параметри системи, а й соціально-психологічні детермінанти попиту на медичну допомогу, що є суттєвим для проектування послуг, зорієнтованих на реальні потреби населення в умовах високої невизначеності.

Сукупність зазначених методичних підходів забезпечує можливість комплексного аналізу механізмів модернізації публічного управління у сфері

охорони здоров'я та формування системних рішень, спрямованих на підвищення доступності й якості медичних послуг у контексті реформування галузі. Емпірична та фактологічна база дослідження охоплює нормативно-правові акти, судову практику, міжнародні стандарти та угоди, а також дані міжнародних рейтингів, аналітичні звіти й матеріали, що відображають управлінський досвід і практики зарубіжних країн у сфері публічного управління медичними послугами на міжнародному, наднаціональному, національному та регіональному рівнях.

**Апробація матеріалів дипломної роботи.** Основні положення та висновки дипломної роботи були представлені у доповідях та обговоренні на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях: Міжнародна науково-практична конференція «ЕКОНОМІКО-ПРАВОВІ, УПРАВЛІНСЬКО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ: МОЛОДІЖНИЙ ПОГЛЯД». (м. Дніпро, 14 листопада 2025 р.) Тези «Інноваційні технології публічного управління в цифровому суспільстві». II Міжнародної науково-практичної конференції «СВІТОВИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: МИТНА БЕЗПЕКА ТА ПРОТИДІЯ КОРУПЦІЇ» (м. Дніпро, 16 травня 2025 року). Тези «Забезпечення митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС».

**Структура** дипломної роботи обумовлена метою дослідження і складається із переліку умовних скорочень, вступу, 3 розділів, які включають 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи становить 98 сторінки, із них 71 сторінки основного тексту. Робота містить 10 таблиці, 7 рисунків, список використаних джерел містить 84 найменування.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### 1.1 Публічно-управлінські основи надання медичних послуг в Україні

Публічно-управлінські основи надання медичних послуг в Україні пройшли радикальну трансформацію, починаючи з 2017 року. Цей процес був ініційований ускладненням подолання глибокої системної кризи у сфері охорони здоров'я, що відзначалося низькою тривалістю життя (69,7 років), високою смертністю від хронічних захворювань та значними фінансовими витратами [1]. Ключовим документом, що став початком нової ери, є Закон України № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», прийнятий Верховною Радою 19 жовтня 2017 року [2]. Цей закон, який набрав чинності 1 січня 2018 року, заклав правову основу для принципової зміни моделі фінансування та управління, змінивши концепцію підтримки з лікування на профілактику та забезпечення доступу до якісної допомоги без фінансового тягарю для громадян. Він встановив Програму медичних гарантій (ПМГ) як центральний механізм державного фінансування, передбачаючи безоплатне надання широкого спектру послуг, включаючи первинну, екстрену, спеціалізовану, паліативну допомогу, реабілітацію, а також медичну допомогу дітям до 16 років, вагітним та породіллям. Особливу значущість має те, що Законом внесено зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, де тепер чітко визначено поняття 'медична субсидія' та 'оцінка медичних технологій', що вказує на системний підхід до реформування.

Центральним органом, що реалізує цю програму, визначено Національну службу здоров'я України (НСЗУ). НСЗУ отримала повноваження як єдиного замовника медичних послуг, що відповідає за оформлення договорів з надавачами, оплату за результат, контроль використання коштів та функціонування Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Фінансування здійснюється за принципом «гроші слідують за пацієнтом», що означає оплату за конкретно надані послуги, а не за інфраструктуру підтримки чи штат [3]. Для забезпечення фінансової стабільності системи Закон встановив, що видатки на програму медичного забезпечення мають становити не менше 5% ВВП України і є захищеними статтями бюджету [2]. Тарифи на послуги розраховуються з урахуванням не менше 250% середньої заробітної плати в Україні за липень попереднього року, що має забезпечити адекватну оплату праці медичного персоналу. Реалізація ПМГ відбувалася поетапно: з 1 січня 2018 року - для первинної медичної допомоги, з 1 квітня 2020 року - для всіх видів захворювань, окрім трансплантації, а з 1 січня 2024 року - для трансплантації органів [2].

Рамки застосування нормативно-правового регулювання значно розширилися після початку повномасштабної війни 24 лютого 2022 року [4]. Уряд та парламент прийняли велику кількість систем нормативних актів для адаптації до умов воєнного стану. Закон України № 2347-IX від 1 липня 2022 року [5] має значення змін до законодавства, зокрема, вводячи поняття «госпітальний округ» (ГО) та поділяючи лікарні на три рівні: загальні, кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я [6]. Це стало першим кроком до побудови сприятливої мережі закладів, здатної функціонувати в умовах надзвичайних ситуацій. Однак, одночасно цей закон виключив лікувальну медичну допомогу з ПМГ, що потребує подальшого аналізу його впливу [7]. Для забезпечення функціонування цифрової інфраструктури була прийнята Постанова Кабінету Міністрів України № 351 від 23 березня 2022 року [8], яка визначає порядок забезпечення доступу до центральної бази даних ЄСОЗ на територіях, де ведуться бойові дії або які тимчасово окуповані.

Це правило було уточнене Постановою № 267 від 24 березня 2023 року, що дає чітке правове підґрунтя для таких дій. Ще одним критичним актом стала Постанова Кабінету Міністрів № 302 від квітня 2022 року, яка передбачає спрощене ліцензування медичних закладів у зоні конфлікту, що сприяє швидкому відновленню послуг.

*Таблиця 1.1.*

**Формування нормативно-правового поля надання медичних послуг в Україні**

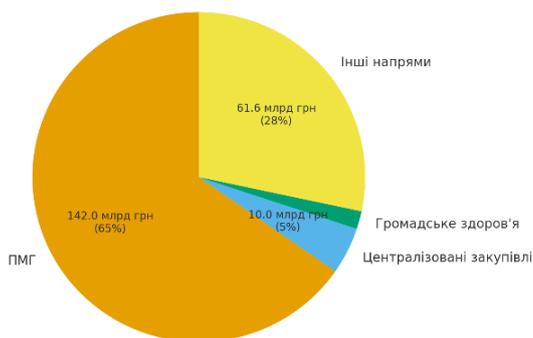
Закон України № 2168-VIII	19.10.2017 / 01.01.2018	Заснування Програми медичних гарантій, створення НСЗУ, принцип "гроші слідують за пацієнтом", мінімум 5% ВВП на охорону здоров'я.
Постанова КМУ № 351	23.03.2022	Порядок забезпечення доступу до ЕСОЗ на тимчасово окупованих територіях та в зоні бойових дій.
Закон України № 2347-IX	01.07.2022	Введення понять "госпітальний округ", "кластерний заклад", зміни до ПМГ, реімбурсація медичних виробів.
Постанова КМУ № 1221	24.11.2023	Створення наглядових рад у медичних закладах для забезпечення ефективного управління.
Розпорядження КМУ № 34-р	17.01.2025	Схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.
Постанова КМУ № 1503	24.12.2024	Порядок реалізації програми медичних гарантій у 2025 році, особливі умови для зони бойових дій.

*Джерело: узагальнено автором на основі [2; 5; 8; 10; 11; ]*

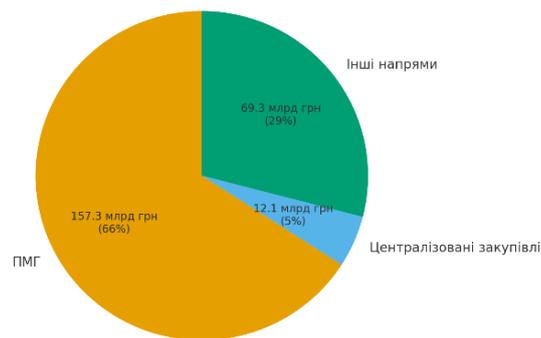
У 2023–2025 роках нормативна база продовжує активно розвиватися. Було затверджено Порядок функціонування госпітальних округів і кластерів (Постанова КМУ № 174 від 28.02.2023) [9] та створена наглядова рада в закладах охорони здоров'я (Постанова КМУ № 1221 від 24.11.2023) [10]. У 2025 році прийнято Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [11], яка визначає довгострокові цілі та пріоритети.. Значний вплив на управління має Закон «Про Державний бюджет України на 2025 рік» [12], який передбачає перехід на оплату медичних послуг за рахунок рахунків у Державній казначейській службі України (ДКСУ) з 1 березня 2025 року, що може зменшити фінансову автономність закладів. Таким чином, нормативно-правова основа державного управління є динамічною, постійно адаптуючись до зовнішніх викликів, від реформаторських ідей до військової реальності.

Фінансування системи охорони здоров'я є одним із пріоритетів державного бюджету під час ескалації бойових дій. Програма медичних гарантій отримала найбільший обсяг видатків – 139,4 млрд. грн. Основним акцентом є забезпечення спеціалізованої медичної допомоги, на яку виділено 100,6 млрд. грн. Дані кошти спрямовані на підтримку лікарень, які надають медичну допомогу для важко поранених, постраждалим внаслідок бойових дій. Видатки на екстрену медичну допомогу становлять 11,2 млрд. грн., які дозволяють забезпечувати оперативне реагування медичних бригад у найбільш критичних умовах. На первинну медичну допомогу виділено 23,7 млрд грн, що гарантує надання базових послуг громадянам, навіть у регіонах, які найбільше постраждали від війни. Пріоритетом видатків є забезпечення доступу до медичних послуг для уразливих категорій населення та підтримка функціонування медичних закладів, які перебувають під постійною загрозою обстрілів [13].

Структура видатків на охорону здоров'я, 2023 р. (млрд грн)



Структура видатків на охорону здоров'я, 2024 р. (млрд грн)



Структура видатків на охорону здоров'я, 2025 р. (млрд грн)

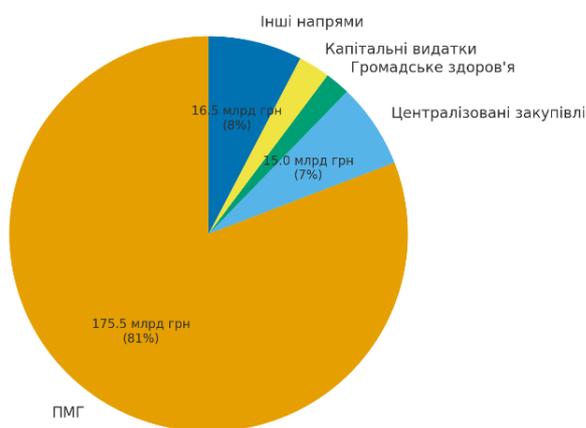


Рис. 1.1. Структура видатків на охорону здоров'я.

Складено автором на основі [14, 15, 16, 17, 18]

З початком воєнного стану в Україні значно змінилися підходи до правових механізмів публічного управління в сфері регулювання охорони здоров'я. Держава була змушена адаптувати існуючі законодавчі акти та впроваджувати нові нормативно-правові механізми для забезпечення стабільного функціонування в умовах бойових дій. Одним із основних принципів стало спрощення бюрократичних процедур, зокрема для закупівлі лікарських засобів та медичного обладнання [19].

Фінансування медичних послуг в Україні після реформи 2017 року зазнало корінних змін, перейшовши від кошторисної фінансової

інфраструктури до контрактної моделі оплати за результат. Цей механізм, відомий як «гроші слідують за пацієнтом», є краеугільним каменем нової системи. За цією моделлю кошти державного бюджету, виділені на Програму медичних гарантій, спрямовуються не на підтримку самих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), а на оплату конкретних послуг, наданих конкретним пацієнтам. Це створює прямий стимул для того, щоб медичні установи підвищували якість обслуговування та ефективність, щоб їхні доходи тепер залежали від обсягу та якості наданих послуг. Уповноваженим органом, що виконує цю функцію замовника, є Національна служба здоров'я України (НСЗУ). НСЗУ укладає договори з надавачами медичних послуг (як державними, так і приватними) та державну оплату на підставі звітів, поданих в електронній системі охорони здоров'я (eHealth).

Фінансування здійснюється за єдиними тарифами, які встановлюються щороку Кабінетом Міністрів України для кожного пакета послуг. Ці тарифи можуть мати різні форми: капітаційні (на одного пацієнта на рік, як на первинному рівні), глобальні (на весь курс лікування), на пролікований випадок або за результатом. Такий підхід дозволяє доволі гнучко реагувати на різні складні ситуації та обирати найбільш ефективні протоколи надання допомоги в залежності від різних ситуацій. Наприклад, на рівні первинної допомоги сімейні лікарі отримують, базову, фіксовану суму якщо уклали контракт з необхідною кількістю пацієнтів, що стимулює конкуренцію та постійне спостереження. На вторинному рівні впроваджена система діагностично-споріднених груп (ДСГ), аналогічна DRG, де оплата здійснюється за стандартний випадок лікування певного захворювання. Обсяг коштів, виділених на ПМГ, є захищеним і становить не менше 5% ВВП України, що забезпечує макроекономічну стабільність фінансування. За період з 2018 по 2023 рік НСЗУ перерахувала медичним закладам понад 486 млрд гривень.

Проте в умовах повномасштабної війни ця модель була суттєво модернізовано та скориговано. З метою забезпечення функціонування

закладів на окупованих територіях та в зоні бойових дій було введено тимчасове фінансування за обсягами 2021 року. Постановою КМУ № 157 від 25 лютого 2022 року встановлено, що вартість медичних послуг розраховується як 1/12 річного договору з НСЗУ, незалежно від фактично наданих послуг. Це гарантоване фінансування дозволяє закладам зберегти кадри та підтримувати базову інфраструктуру навіть при значному зниженні потоку коштів. Для переміщених закладів охорони здоров'я було створено окремий пакет «Забезпечення збереження кадрового потенціалу», за який НСЗУ залишила оплату за категоріями персоналу (наприклад, лікар - 20 000 грн, середній медперсонал - 13 500 грн).. Однак у вересні 2023 року було прийнято рішення про призупинення оплати всім постачальникам на тимчасово окупованих територіях через нарахування коштів на рахунках закладів без їх перерахування працівникам. Це зміни запровадженні у зв'язку з неспроможністю встановити реальний контроль за використання державних коштів в умовах окупації. Для закладів у зоні бойових дій встановлено підвищені коефіцієнти готовності (до 6,01), що компенсує додаткові витрати та ризики.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виявилася центральним розпорядником коштів у цій системі, виконуючи не лише функції оператора фінансування, але й стратегічного планування та контролю. НСЗУ формує Перелік лікарських засобів, що підлягають реімбурсації, в рамках програми «Доступні ліки», яка дозволила мільйонам пацієнтам, особливо з соціально уразливих верств, отримати безкоштовні препарати. Серед окремих завдань НСЗУ - забезпечення функціонування eHealth, яка є технічною основою для всієї системи фінансування та контролю.. НСЗУ також відповідає за моніторинг якості послуг, впроваджуючи автоматичні системи визначення показників необхідних для перевірки доцільності призначення окремих лікарських засобів таких як антибіотиків, антидепресантів, нарковмісних тощо. Як нами зазначалось раніше прийняття Закону «Про Державний бюджет України на 2025 рік» (№ 4059-IX), що передбачає перехід на оплату медичних

послуг за допомогою рахунків у Державній казначейській службі України (ДКСУ) з 1 березня 2025 року, може зменшити фінансову автономність закладів охорони здоров'я, оскільки вони втрачають можливість оперативно використовувати свої кошти на поточні потреби, що погіршує занепокоєння серед експертів щодо можливих затримок виплат та ускладнення стратегічного управління.

Основними проблемами, з якими держава зіштовхується в напрямках посилення доступу до медичних послуг у кризових умовах та цифровізації, є нестача ресурсів, обмежена інфраструктура і недостатня координація під час воєнного стану. У прифронтових і деокупованих регіонах медичні заклади залишаються без необхідного обладнання та лікарів, маючи забезпеченість за різними даними від 20 до 60%. За даними Міністерства охорони здоров'я, лише у першій половині 2023 року було зафіксовано понад 250 атак на медичні заклади, що призвело до їхнього знищення або пошкодження. Мобільні медичні бригади, хоч і є ключовим елементом для надання допомоги у важкодоступних районах, не можуть покрити всі потреби населення. Фінансування та матеріально-технічне забезпечення мобільних бригад досить часто є недостатнім, що ускладнює доступ до необхідних послуг для понад 1,5 мільйона осіб, які залишаються на небезпечних територіях. Централізоване постачання медичних засобів в зони конфлікту стикається з логістичними проблемами та ризиками, оскільки транспортні маршрути нерідко блокуються через активні бойові дії. Саме тому пріоритетні напрями розвитку публічного управління в сфері охорони здоров'я наведено на рис. 1.2. [13].





Рис. 1.2. Пріоритетні напрями публічного управління під час воєнного стану в сфері охорони здоров'я.

*Узагальнено автором на основі [13].*

Одним із ключових напрямків медичної реформи з 2017 року була проведена автономізація медичних закладів, спрямована на підвищення їх ефективності та відповідальності. Цей процес передбачав реорганізацію бюджетних установ охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства або державні підприємства, що надавало їм значну фінансову та управлінську самостійність. Ця автономія позначила, що заклади отримали право самостійно розпоряджатися коштами, отриманими від НСЗУ, в тому числі на капітальні ремонти, комунальні платежі та закупівлю обладнання. Власники закладів (територіальної громади або фізичної особи-підприємці) стали відповідальними за їх функціонування та розвиток. Це було частиною більш ширшої стратегії децентралізації, коли медичні заклади передавалися у

власність територіальних громад. Такий підхід має на меті зробити заклади більш чутливими до потреб місцевого населення та підвищити ефективність використання ресурсів.

Проте цей процес, хоч формально розпочався, але його реалізація не завжди мала позитивний ефект, тому що, в багатьох випадках, нормативне забезпечення відставало від потреб часу. Наприклад, ідея створення Госпітальних рад, які мають бути органами стратегічного управління та контролю, була запропонована у 2017 році, але наказ МОЗ, що визначає їхній статус, було скасовано у жовтні 2023 року, що призвело до правової невизначеності. Лише в листопаді 2023 року було затверджено Постанову КМУ № 1221 про створення наглядових рад у закладах, які надають спеціалізовану допомогу. Ці ради мають бути представлені як власниками, так і незалежними членами, що має забезпечити баланс інтересів [20]. Таким чином, нормативно-правова та інституційна база для впровадження механізмів прийняття та застосування ефективних публічно-управлінських практик сформувалася, з певними прогалинами.

Повномасштабне вторгнення Росії у лютому 2022 року кардинально змінило контекст управління медичними закладами [21]. Військовий стан став головним фактором, що визначає всі аспекти діяльності системи охорони здоров'я. До кінця червня 2024 року було ліквідовано 1523 та зруйновано 195 медичних закладів, що збільшило понад 700 пошкоджених або знищених закладів.. У Харківській області лише 30% медзакладів працюють на повну потужність. Це змусило систему перейти в режим кризового управління. Було прийнято ряд цих рішень. Наприклад, передбачено планові госпіталізації та операції, а лікарні були забезпечені автономними джерелами живлення та запасами медикаментів. Для забезпечення безперебійного надання екстреної допомоги було розгорнуто понад 30 мобільних лікарень. Реалізовано програму «амбулаторії на колесах» у 19 пунктах для надання послуг населенню в умовах руйнування інфраструктури [22].

Управління переміщеними закладами стало окремим напрямком роботи. З Луганської області було переміщено 37 закладів охорони здоров'я, а їхній персонал отримав фінансування через НСЗУ за пакетом «Забезпечення збереження кадрового потенціалу». Постанова КМУ № 302 від квітня 2022 року передбачає спрощення ліцензування таких закладів, що прискорює їх реінтеграцію.. Уряд також затвердив Порядок функціонування госпітальних округів і кластерів, який визначає спроможну мережу закладів, здатну забезпечити медичне обслуговування під час надзвичайних ситуацій. Госпітальні округи не збігаються з адміністративними межами областей, що дозволяє більш раціонально розподіляти ресурси. У 2024 році було ліквідовано медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), замінивши їх експертними командами для оцінки функціональності, що спрощує процес. Для забезпечення психологічної підтримки було запущено Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [23]. Телемедицина стала важливим інструментом для підтримки зв'язку між пацієнтами та лікарями, хоча її потенціал обмежений відсутністю українських інтерфейсів та інфраструктурних перешкод у зонах бойових дій.

Сучасна модель публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні базується на теоретичних засадах, що об'єднують елементи нової публічної управлінської парадигми (New Public Management), стратегічного управління та підходів, орієнтованих на пацієнта. Центральним принципом є перехід від класичної моделі державного управління, зосередженої на контролі та інструктуванні, до моделей, що покращують автономність, підзвітність та результативність. Це демонструє глобальну тенденцію до «державного управління як послуг», де держава виступає не як монопольний постачальник, а як стратегічний замовник та регулятор, що забезпечує якість, доступність та фінансову стійкість системи.

Ключовим теоретичним інструментом є концепція «публічної політики у сфері охорони здоров'я», яка визначає комплексність цілей, завдань, механізмів та інструментів, спрямованих на досягнення національних цілей у

галузі здоров'я. У контексті медичної реформи 2017 року ця політика реалізується через Програму медичних гарантій, яка виступає формалізованим вираженням державних зобов'язань перед громадянами. Теоретично, це відповідає моделі «оплата за результат», що забезпечує відокремлення функцій замовника (НСЗУ) та виконавця (медичні заклади), що має підвищувати ефективність витрат. Однак, як зазначається у дослідженні К. Ю. Турчин, на практиці ця модель визначає значущі корективи у воєнний період, коли НСЗУ змушена виконувати роль субсидіатора, а не лише замовника, що працює про необхідність гнучкості теоретичних моделей у кризових умовах [24].

Іншою важливою теоретичною основою є концепція децентралізації та місцевого самоврядування. Передача медичних закладів у власність територіальних громад має на меті підвищити їхню відповідальність за стан здоров'я населення на відповідній території.

Це відповідає теорії субсидіарності, згідно з якою рішення мають прийматися на найближчому до рівня громадян. Однак, як показує аналіз, ефективність цього підходу залежить від інституційної сприятливості громади, яка часто є недостатньою, що потребує підтримки з боку держави на регіональному рівні. В умовах повномасштабної війни набуває актуальності теорія кризового управління, яка передбачає швидку адаптацію інституцій до надзвичайних обставин. Це відбувається в прийнятті нормативних актів, спрощених процедурах, введеному гарантованому фінансуванні та створенні нових організаційних одиниць, таких як госпітальні округи. Такий підхід демонструє, що публічне управління в охороні здоров'я не може бути статичним, а має бути здатним до стратегічного лідерства та оперативного реагування на зовнішні виклики.

Таким чином, публічно-управлінські основи надання медичних послуг в Україні формуються на стику кількох теоретичних підходів. Вони об'єднують стратегічне планування, фінансову автономію закладів, підхід перед громадянами та гнучкість у кризових умовах. Дальший розвиток системи

залежатиме від здатності інституцій інтегрувати ці підходи в єдину, стійку та ефективну модель управління, яка буде відповідати як внутрішнім потребам, так і євроінтеграційним вимогам.

## **1.2 Концептуалізація публічного управління у сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг**

У сучасних умовах ринкової економіки, нажаль цей стан доволі умовний, бо не враховує соціальні катаклізми, такі як пандемії та збройну агресію сусідньої країни, розвиток будь-якого суспільства базується на дотриманні комплексу економічних, соціальних та юридичних закономірностей, які визначають ефективність державного управління та забезпечують баланс інтересів різних соціальних груп, зокрема громадян, держави та бізнесу. Серед усіх секторів національної економіки медична галузь займає особливе місце, оскільки система охорони здоров'я є не лише соціальним інститутом, а й стратегічним економічним активом, який безпосередньо впливає на рівень соціального добробуту, демографічну стабільність, почуття захищеності, а через них впливає на продуктивність праці та загальний темп економічного зростання. У цьому контексті медичні послуги виступають ключовим елементом функціонування системи охорони здоров'я, виступаючи мостом між державною політикою та реальними потребами населення.

Публічне управління у сфері надання медичних послуг слід розглядати як багатогранну, динамічну систему взаємодії між державними органами, приватним сектором та інституціями громадянського суспільства, спрямовану на досягнення стратегічних цілей державної політики у сфері охорони здоров'я [25]. Ця система функціонує на перетині публічного права, економіки та соціальної справедливості, що накладає на неї підвищені вимоги щодо прозорості, підзвітності та ефективності. Якість та доступність медичних послуг є ключовими індикаторами успішності державної політики в галузі

охорони здоров'я, оскільки вони безпосередньо визначають рівень реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я [26].

Однак сучасна практика публічного управління в Україні демонструє значні системні недоліки. Серед них - недостатній рівень професійної підготовки керівників у сфері охорони здоров'я, нераціональне використання бюджетних коштів, слабкий контроль за виконанням державних програм та часті порушення законодавчих норм. Ці проблеми створюють серйозні ризики для стабільності системи охорони здоров'я та загрожують здоров'ю та добробуту населення. Для їх мінімізації необхідно створити ефективні механізми моніторингу, контролю та персональної відповідальності. Це вимагає не лише вдосконалення нормативно-правової бази, а й розробки більш жорстких санкційних заходів, а також посилення функціональних обов'язків контрольних органів.

Особливу увагу слід приділити підвищенню професійної компетентності керівників у сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно розробити спеціалізовані навчальні програми та тренінги, спрямовані на вдосконалення компетенцій у таких ключових напрямках, як стратегічне управління, аналіз даних, упровадження доказової політики та інтеграція міжнародного досвіду. Впровадження сучасних інструментів управління, таких як результат-орієнтоване бюджетування, управління на основі даних (data-driven governance) та механізми соціального аудиту, дозволить сформувати прозору, адаптивну систему публічного управління, здатну ефективно реагувати на виклики сучасності, включаючи пандемії, воєнні конфлікти та демографічні кризи. У підсумку, ефективне публічне управління у сфері надання медичних послуг є не лише технічним завданням, а й фундаментальною умовою для забезпечення соціальної справедливості, економічного розвитку та національної безпеки.

Термін «медична послуга» вперше з'явився в українському законодавстві на початку 1990-х років, однак до сьогодні в більшості нормативно-правових актів переважно використовується термін «медична

допомога» [27]. Ця термінологічна невизначеність створює певну правову неоднозначність, що ускладнює розмежування цих понять у правовій практиці та науковому дискурсі. З наукової точки зору, медичну послугу можна визначити як професійну діяльність медичних установ або приватних практик, яка здійснюється відповідно до медичних стандартів і включає медичні втручання, спрямовані на поліпшення загального стану здоров'я пацієнта або окремих органів чи систем його організму, а також на досягнення певних естетичних змін зовнішності [28].

Медичні послуги охоплюють широкий спектр медичної діяльності:

- Консультаційні та лікувальні послуги, що надаються лікарями різних спеціальностей у державних, комунальних та приватних, або змішаної форми власності закладах;
- Діагностичні послуги, які включають різні методи дослідження (ультразвукове обстеження, МРТ, рентгенографія, флюорографія тощо);
- Лабораторні аналізи (досить поширеним явищем в Україні стало виконання досліджень приватними лабораторіями по програмах, що оплачуються державою );
- Послуги приватних консультантів за бажанням пацієнта;
- Швидка та невідкладна медична допомога у станах, що загрожують життю чи здоров'ю;
- Санаторно-курортні послуги, спрямовані на відновлення здоров'я за допомогою природних лікувальних факторів;
- Реабілітаційні послуги у спеціалізованих закладах [29].

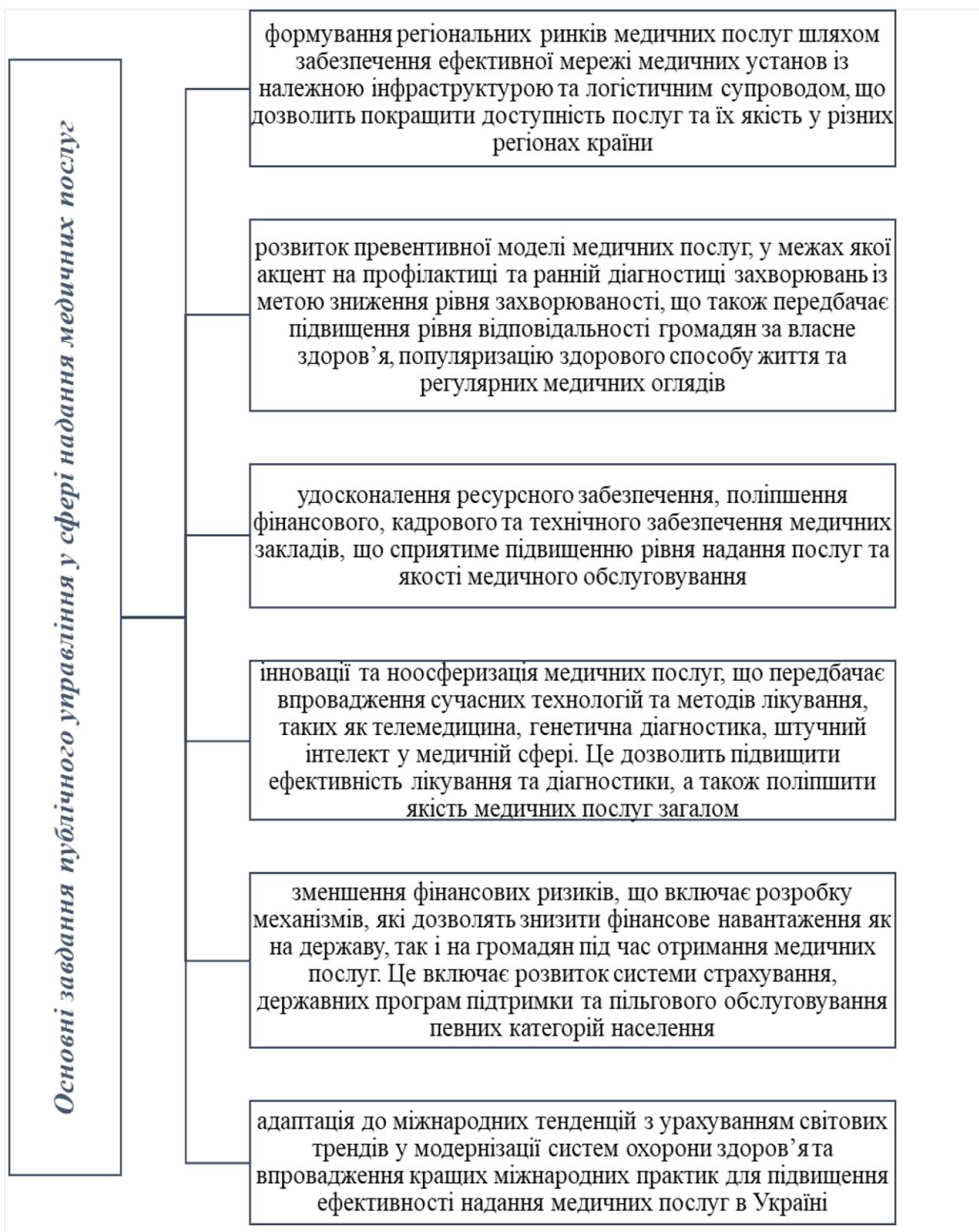


Рис. 1.3. Основні завдання публічного управління у сфері надання медичних послуг.

*Сформовано автором на основі [27]*

Загалом, медичну послугу доцільно трактувати як квазітовар - результат професійної діяльності медичних працівників, спрямований на профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію та догляд, реалізація якого в процесі взаємодії з пацієнтом призводить до отримання ним матеріальних або нематеріальних благ, спрямованих на зміну стану його психологічних та фізіологічних функцій. Це визначення підкреслює двоїсту природу медичної послуги: з одного боку, вона є об'єктом економічних відносин (товаром), а з іншого - виконує важливу соціальну функцію, спрямовану на збереження людського капіталу.

Сфера охорони здоров'я має ряд унікальних характеристик, які істотно відрізняють її від інших галузей послуг. Ці особливості формують специфічний контекст для публічного управління та вимагають відповідного підходу до регулювання. Серед ключових характеристик можна виділити наступні:

Емоційна та фізична вразливість пацієнтів. Споживачі медичних послуг зазвичай перебувають у стані фізичного або психічного дискомфорту, що супроводжується стресом, страхом, болем та відчуттям безпорадності [30]. Це робить їх особливо вразливими та підвищує вимоги до етичної поведінки медичного персоналу.

Базування на потребі, а не на бажанні. Люди звертаються за медичною допомогою не за власною волею, а через необхідність, що робить процес медичного втручання часто болючим та тривожним [31].

Втрата автономії під час стаціонарного лікування. Пацієнти, які перебувають на стаціонарному лікуванні, змушені дотримуватися внутрішніх правил лікарні, що може створювати почуття залежності та обмеження [32].

Необхідність фізичної та емоційної відкритості. Пацієнти змушені ділитися конфіденційною інформацією та допускати фізичний контакт, що вимагає від медиків високого рівня професійної етики та такту [33].

Індивідуалізація підходу. Медичні послуги повинні враховувати індивідуальні особливості пацієнта, такі як вік, психічний стан, соціально-економічний статус тощо [34].

Високий рівень ризику. Існує значний ризик медичних помилок, які можуть призвести до серйозних наслідків для здоров'я пацієнта або навіть загрози для його життя, що накладає величезну відповідальність на медичних працівників [35].

Ці особливості визначають специфічні властивості медичних послуг, які наведено в таблиці 2.

Таблиця 1.2.

### Специфічні властивості медичних послуг

1	Невідчутність (Intangibility)	Медичну послугу неможливо відчути чи виміряти до її надання, що ускладнює оцінку якості до отримання результатів.
2	Незбережуваність (Perishability)	Медичну послугу неможливо зберігати або накопичувати для подальшого використання; вона надається в момент виконання, що суттєво відрізняє від матеріального товару.
3	Нерозривність від джерела (Inseparability)	Медичну послугу не можна відокремити від фахівця, який її надає; якість послуги залежить від кваліфікації, досвіду та стану конкретного медичного фахівця.
4	Нестабільність якості (Variability)	Якість медичної послуги може варіюватися залежно від стану пацієнта, зовнішніх умов або ресурсної бази закладу, та індивідуального підходу медичного фахівця.
5	Відсутність товарної форми	Медична послуга не є товаром у звичному розумінні; вона не має чітко визначених споживчих характеристик, тому не може бути виставлена на продаж як стандартизований продукт.

Джерело: узагальнено автором на основі [36; 37].

З правової точки зору, медична послуга має низку особливостей, які відрізняють її від інших видів послуг. По-перше, вона надається винятково на підставі укладеного договору між надавачем послуг і пацієнтом. По-друге, у випадку відсутності такого договору, медична допомога може надаватися лише як екстрена або домедична, але не кваліфікується як повноцінна медична послуга з усіма правовими наслідками [38]. Це підкреслює важливість договорних відносин у сфері охорони здоров'я.

Медичні послуги можна класифікувати за різними критеріями (табл. 3), що дозволяє більш точно визначити їхню природу та особливості управління.

*Таблиця 1.3.*

### **Класифікаційні ознаки медичної послуги**

За метою надання	Лікувальні, діагностичні, профілактичні, реабілітаційні, косметичні
За формою надання	Амбулаторні, стаціонарні, на дому, телемедичні
За джерелом фінансування	Державні (безкоштовні), приватні (платні), застраховані
За рівнем складності	Первинні, вторинні, третинні (високоспеціалізовані)

*Джерело: узагальнено автором на основі [38; 39].*

Крім того, медичним послугам притаманні такі вагомні ознаки, як задоволення потреб у медичній допомозі, невизначеність необхідності, протяжність у часі, індивідуальність, комплексність, вплив на здоров'я, публічність, неможливість повної стандартизації та підвищені вимоги з боку держави до кваліфікації надавачів [39]. Ці характеристики формують унікальний профіль медичної послуги як об'єкта управління.

Якість медичних послуг є ключовим поняттям у сучасному управлінні охорони здоров'я. На нашу думку, якість медичної допомоги слід оцінювати як ступінь, у якому надані послуги сприяють підвищенню

ймовірності досягнення бажаних результатів для здоров'я як окремих пацієнтів, так і населення в цілому. Це визначення підкреслює орієнтацію на результат, а не лише на процес надання послуг.

Якісні медичні послуги повинні відповідати семи ключовим критеріям (рис. 4):



Рис. 1.4. Властивості якісних медичних послуг.

Сформовано автором на основі [24]

1. **Ефективність** - засновані на доказовій медицині.
2. **Безпека** - не завдають шкоди пацієнтам.
3. **Орієнтація на пацієнта** - враховують індивідуальні потреби.
4. **Своєчасність** - скорочують час очікування.

5. **Справедливість** - забезпечують рівний доступ.
6. **Інтегрованість** - гарантують скоординовану роботу між рівнями допомоги.
7. **Економічна ефективність** - оптимально використовують ресурси [24].

Ці критерії формують комплексну модель якості, яка враховує як клінічні, так і організаційні, економічні та етичні аспекти надання медичних послуг. Вони є основою для розробки стандартів, індикаторів якості та механізмів їхнього моніторингу.

Таким чином, теоретичні основи публічного управління наданням медичних послуг базуються на розумінні унікальної природи медичного сервісу як квазітовару, який поєднує в собі економічну, соціальну та етичну складові. Ефективне управління цією сферою вимагає від держави не лише створення відповідної нормативно-правової бази, а й формування інституційних механізмів, які забезпечують якість, безпеку, доступність та справедливість медичних послуг. Урахування специфіки медичних послуг, їхніх властивостей та вимог до якості є необхідною умовою для побудови сучасної, ефективної та людино-орієнтованої системи охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

# СУЧАСНИЙ СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 2.1 Публічна політика у сфері надання медичних послуг населенню та зв'язок із ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я

Публічна політика у сфері охорони здоров'я України в період 2022–2025 років функціонує в умовах «подвійного навантаження». З одного боку, система продовжує імплементацію стратегічної трансформаційної реформи, заснованої на принципах всеосяжної та незалежної закупівлі послуг Національною службою здоров'я України (НСЗУ). З іншого боку, система змушена оперативно реагувати на критичні виклики повномасштабної військової агресії, включаючи масовий військовий травматизм, зростання потреб у ментальному здоров'ї та системне руйнування медичної інфраструктури [40].

У цій парадигмі стійкість системи охорони здоров'я (Health System Resilience) стає ключовим об'єктом публічної політики, замінюючи первинний фокус, інколи, на питаннях суто економічної ефективності та можливості виживання всієї системи. Головним інструментом цієї стійкості є централізоване управління фінансовими фондами НСЗУ. Звіт Світового банку [41] та ВООЗ [42] підтверджує, що централізація коштів на рівні НСЗУ дозволила ресурсам оперативно надходити до найбільш постраждалих від війни районів, гарантуючи населенню доступ до критично важливих послуг, передбачених Програмою медичних гарантій (ПМГ). Це стратегічне політичне рішення ефективно нівелювало негативні наслідки фіскальних труднощів, з якими зіткнулися окремі субнаціональні (регіональні) органи влади, чия спроможність фінансування була значно підірвана конфліктом. В цьому

контексті ми можемо говорити, що система охорони здоров'я є структуроутворювальною підсистемою національної економіки, що забезпечує відтворення людського капіталу, соціальну згуртованість і стійкість інститутів держави. У фокусі сучасної публічної політики - гарантований доступ до якісних послуг, орієнтація на результат і прозорість використання ресурсів. У цьому контексті українські реформи узгоджуються з міжнародними рамками інтегрованих, орієнтованих на людину послуг (IPCHS) ВООЗ, які наголошують на першості первинної медичної допомоги, безперервності маршруту пацієнта та належному управлінні мережами закладів [43].

Незважаючи на критичне значення охорони здоров'я в умовах війни, публічна політика визначається жорсткими макрофіскальними обмеженнями. Згідно з аналітичними даними, частка видатків на охорону здоров'я у консолідованому бюджеті України скоротилася з 11% у 2021 році до 4.9% у 2023 році, що є прямим наслідком зсуву пріоритетів фінансування на сектор оборони та безпеки [41]. Ця ситуація створює значний розрив між законодавчо задекларованими потребами та фіскальною реальністю.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачає щорічне фінансування ПМГ в обсязі не менше, ніж частка валового внутрішнього продукту, хоча конкретний розмір не визначено. Однак, фактичний обсяг видатків, профінансований державою, є обмеженим. Міністерство фінансів повідомило, що видатки на охорону здоров'я у 2024 році склали 238.7 мільярда гривень [44]. Таке фіскальне навантаження, де внутрішні ресурси на охорону здоров'я зменшуються, підвищуючи при цьому загальний дефіцит бюджету, призводить до критичної залежності публічної політики від зовнішнього фінансування (міжнародних кредитів, грантів та донорських програм, як-от USAID).

В умовах обмеженості внутрішніх ресурсів політика переорієнтовується на максимізацію корисності кожного витраченого ресурсу. Це зумовлює зростання ролі таких інструментів, як Оцінка медичних технологій (ОМТ) та

цифровізація обліку (e-Stock). Такий підхід трансформує роль НСЗУ, змушуючи її діяти як більш проактивний закупник послуг. Таким чином, публічна політика в галузі охорони здоров'я концентрується не на кількісному розширенні послуг, а на їх суворій пріоритезації та забезпеченні прозорості розподілу наявних ресурсів.

Адаптація медичного законодавства до військових та післявоєнних викликів є ключовим напрямом політики 2025 року. Серед важливих регуляторних змін варто відзначити Наказ МОЗ від 18.08.2025 № 1307, що визнає низку попередніх наказів такими, що втратили чинність, та Наказ МОЗ від 24.02.2025 № 307, що затвердив зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників.

Найбільш значущою інституційною зміною стало прийняття Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15.02.2025 № 4223-IX. Це законодавче рішення інституціоналізує Всеукраїнську програму ментального здоров'я «Ти як?» та встановлює обов'язкові вимоги до ресурсного забезпечення цього напрямку (кадри, інфраструктура, фінансування пакетів ПМГ). Успішне впровадження цього Закону безпосередньо залежить від забезпечення кадрового ресурсу.

Політика формування людського капіталу відображена у змінах до організації інтернатури 2025 року (11 липня 2025 р.) [45]. Оскільки новий Закон про психічне здоров'я та пріоритет реабілітації 1 створюють гострий попит на профільних спеціалістів, реформа інтернатури є критично важливим інструментом для швидкого цільового наповнення системи необхідними фахівцями (реабілітологи, психіатричні команди). Таким чином, політичні рішення у сфері надання послуг генерують прямий тиск на систему медичної освіти та кадрового розподілу.

В умовах фіскального дефіциту державна політика фокусується на оптимізації використання матеріальних ресурсів. Одним з ключових інструментів є використання результатів Оцінки медичних технологій (ОМТ/НТА) для перегляду та оновлення Національного переліку основних

лікарських засобів у період 2024–2026 років. Застосування ОМТ забезпечує вартісну ефективність закупівель, гарантуючи, що обмежені бюджетні ресурси будуть спрямовані на найбільш клінічно та економічно обґрунтовані лікарські засоби та медичні вироби.

Паралельно, для забезпечення прозорості та контрольованості логістики ресурсів, відбувається подальше розширення функціональності електронної системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів e-Stock. У період 2024–2025 років планується розвиток модулів «потреба», «закупівлі», «облік», «звітність» та «open data». Розвиток e-Stock забезпечує жорстку управлінську вертикаль, що є необхідним для гарантованих та оперативних поставок ресурсів, особливо критичних для прифронтових областей.

Синтез політики відбору (НТА) та політики розподілу (e-Stock) дозволяє НСЗУ ефективно функціонувати як стратегічний закупник. Наявність цих інструментів підвищує загальну стійкість системи, оскільки вони мінімізують корупційні ризики та нераціональне використання бюджетних коштів, забезпечуючи підзвітність установ у сфері охорони здоров'я.

Програма медичних гарантій (ПМГ) є основним фінансовим інструментом публічної політики, що визначає обсяг та пріоритети надання послуг. Уряд затвердив механізм реалізації ПМГ на 2025 рік, що охоплює 44 пакети медичних послуг. Структура фінансування відображає гострі потреби, спричинені війною.

На 2025 рік фінансові пріоритети були розподілені таким чином:

Понад 122 мільярди гривень спрямовано на надання спеціалізованої, паліативної допомоги. Такий значний обсяг коштів обумовлений високим навантаженням на госпітальний сектор через бойові травми, а також необхідністю лікування складних, високозатратних захворювань.

Понад 25 мільярдів гривень виділено на первинну медичну допомогу (ПМД). Для стимулювання ПМД базова капітаційна ставка на 2025 рік збільшена до 306.3 грн на рік (порівняно з 289.0 грн у 2024 році). Це зростання,

однак, може бути розцінене як мінімальне інфляційне коригування, яке, ймовірно, не забезпечить достатнього інвестиційного ресурсу для якісного впровадження нових, ресурсомістких функцій, таких як інтегрована психосоціальна допомога на первинному рівні.

Майже 11 мільярдів гривень виділено на екстрену медичну допомогу.

Понад 6 мільярдів гривень спрямовано на медичну реабілітацію.

Огляд фінансової динаміки ПМГ-2025 представлено у таблиці 2.1:

*Таблиця 2.1.*

**Динаміка фінансування програми медичних гарантій (ПМГ) за основними пакетами, 2025 р.**

НАПРЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	БЮДЖЕТ ПМГ, 2025 Р. (МЛРД ГРН)	ЗМІНИ У РЕСУРСНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ	АНАЛІТИЧНИЙ ВИСНОВОК
Первинна медична допомога (ПМД)	> 25	Зростання базової капітаційної ставки до 306,3 грн	Мінімальне інфляційне коригування для підтримки імплементації нових функцій (психічне здоров'я)
Екстрена медична допомога	~ 11	Пріоритет стабільного фінансування у військовий час	Критичний ресурс для прифронтової логістики, вимагає постійного оновлення автопарку
Спеціалізована та паліативна допомога	> 122	Основний обсяг фінансування. Включає високотехнологічні послуги	Підвищений тиск на цей пакет через травматизм та демографічні зміни (Дніпропетровська область)
Медична реабілітація	> 6	Високий пріоритет, фінансування ЕКОПФО	Ресурсне забезпечення є недостатнім без зовнішніх інвестицій (USAID Rehab4U)

*Джерело: узагальнено автором на основі [46].*

Публічна політика, реалізована через ПМГ-2025, включає інноваційне закупівництво, спрямоване на підвищення якості та доступності високотехнологічних послуг. Серед нових пакетів - проведення досліджень з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (ПЕТ-сканування). На цей пакет виділено 76.74 мільйона гривень [46]. Таке політичне рішення вимагає від регіонального управління ресурсами (включно з Дніпропетровською областю) концентрації дороговартісного обладнання виключно у надкластерних медичних центрах.

Програма медичних гарантій (ПМГ) - це інституційно-правовий механізм державного закупівельного фінансування медичної допомоги, що реалізується через єдиного платника (НСЗУ) на основі стандартизованих пакетів послуг, вимог спроможності постачальників, уніфікованих тарифів та договірної моделі «гроші йдуть за пацієнтом». ПМГ покликана одночасно забезпечувати фінансовий захист домогосподарств, підзвітність витрачання публічних коштів і стимулювати якість через оплату фактично наданої послуги. Разом із тим, ПМГ не є всеосяжною «конституційною гарантією» у матеріальному сенсі: її обсяг обмежений переліком затверджених пакетів, які періодично переглядаються у межах бюджетного циклу та політики пріоритетів. В умовах війни та повоєнного відновлення така конструкція виявляє прогалини у покритті саме тих напрямів, що стають критично значущими: лікування бойових травм і опіків, рання та довготривала реабілітація, послуги з охорони психічного здоров'я, медико-соціальна підтримка поранених і їхніх родин.

Наявні державні ініціативи у сфері охорони здоров'я, попри поступ у розширенні ПМГ і модернізації мережі, ще недостатньо інкорпорують масштаби втрат інфраструктури, людського капіталу та обладнання, завданих війною, а також пов'язані з цим зрушення у структурі потреб населення. Звідси постає необхідність корекції політики: (а) розширення або спеціалізації пакетів ПМГ для травматології, опікової допомоги, реабілітації та психічного здоров'я; (б) перегляду тарифів з урахуванням реальної собівартості та

ресурсної інтенсивності послуг; (в) синхронізації операційних видатків із цільовими капітальними інвестиціями та кадровим плануванням у постраждалих регіонах; (г) інтеграції сервісів реабілітації і громадського здоров'я у єдині маршрути пацієнта; (г) застосування прозорих метрик якості та результатів лікування у закупівлях.

Відновлення і модернізація закладів, насамперед у прифронтових та деокупованих територіях, потребують узгодженого «policy mix» держави та міжнародних партнерів: цільових капітальних програм, прискорених процедур відбудови, централізованих закупівель високотехнологічного обладнання, а також гнучких інструментів підтримки персоналу (стимули для релокації, відповідна оплата праці, безперервний професійний розвиток). Паралельно слід зміцнювати правову та фінансову архітектуру системи так, щоб забезпечувати повний спектр необхідних послуг як у рутинних умовах, так і під час надзвичайних ситуацій.

Підвищення якості медичної допомоги має спиратися на безперервний контроль на всіх етапах циклу надання послуг - від структури (кадри, інфраструктура, обладнання) і процесів (дотримання клінічних протоколів, маршрутизація) до результатів (безпека пацієнтів, клінічні й функціональні наслідки, пацієнт-досвід). У контексті реалізації конституційного права громадян на якісну медичну допомогу релевантними залишаються рекомендації РНБО (див. рис. 2.1), спрямовані на підвищення ефективності, прозорості та підзвітності системи, розбудову довіри та покращення результатів лікування. Їхнє впровадження здатне одночасно підвищити якість і розширити доступність послуг, адаптувавши систему до нових безпекових і демографічних реалій [46].

Також, у рамках реформи медико-соціальної експертизи, вперше фінансуватиметься робота Експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО), які розпочали роботу з 1 січня 2025 року. Цей механізм є ключовим для соціально-медичної інтеграції, оскільки

стандартизує підхід до оцінки інвалідності та гарантує, що ресурси на реабілітацію розподіляються відповідно до функціональних потреб пацієнтів.

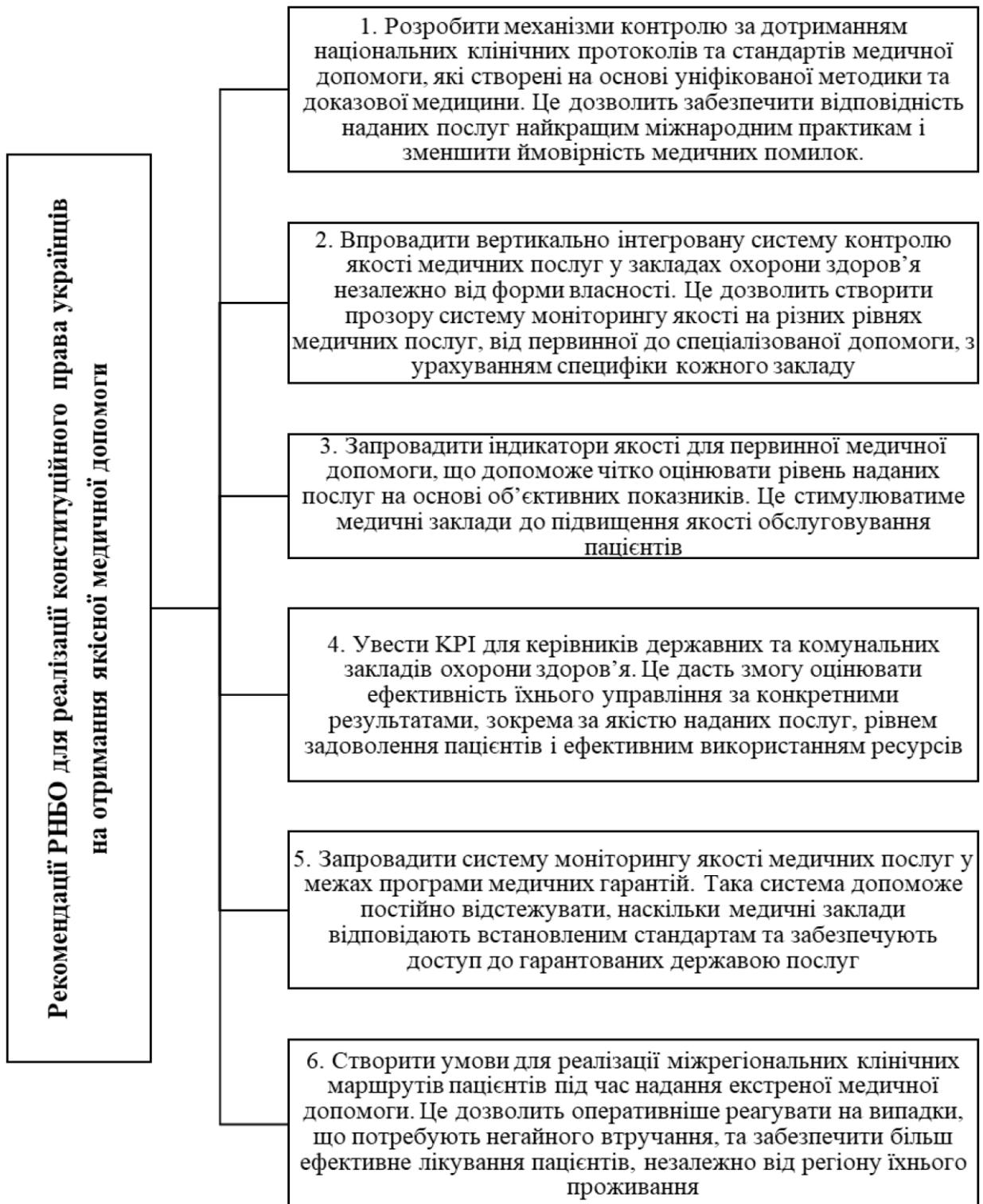


Рис. 2.1 Рекомендації РНБО для реалізації конституційного права українців на отримання якісної медичної допомоги.

Сформовано автором на основі [46]

Розширення ПМГ до 44 пакетів в умовах загального фіскального навантаження та військових викликів збільшує ризик фінансового тиску на заклади, особливо ті, що надають високозатратні послуги (реабілітація, спеціалізована хірургія). Це створює ситуацію, коли якість реабілітації залежить не лише від фінансових вливань (6 млрд грн), але й від наявності та кваліфікації людського ресурсу, навченого працювати за новими стандартами та методологіями (ЕКОПФО).

Розвиток системи реабілітаційної допомоги є пріоритетом державної політики, інтегрованим у Національну стратегію зі створення безбар'єрного простору. Політика передбачає інфраструктурний етап реформи, що включає створення сучасних безбар'єрних відділень (30–60 ліжок) у кожній кластерній та надкластерній лікарні. Очікується, що це дозволить щорічно надавати якісні, безоплатні послуги 126 тисячам пацієнтів [47].

Проте реалізація цього амбітного плану критично залежить від зовнішнього ресурсного забезпечення. З липня 2024 року розпочалася реалізація п'ятирічного проєкту USAID «Реабілітація в Україні» (Rehab4U), який став найбільшою інвестицією Уряду США у фізичну реабілітацію в Україні. Проєкт Rehab4U охоплює не менше 15 областей і спрямований на підвищення якості та доступності послуг. Фінансова та експертна підтримка USAID є основним каталізатором структурних змін у реабілітації, фактично компенсуючи значний дефіцит капітальних інвестицій з державного бюджету. Усвідомлення цієї залежності вимагає від Міністерства охорони здоров'я розробки стратегії поступової інтеграції стандартів та фінансування Rehab4U до фінансової моделі ПМГ на довгостроковий період (2026–2030 рр.) для забезпечення сталості досягнутих результатів.

Політика у сфері ментального здоров'я реалізується шляхом децентралізації послуг. Вона передбачає їх інтеграцію на рівні первинної медичної допомоги (ПМД). Це дозволяє кожному громадянину безоплатно звернутися до сімейного лікаря, терапевта або педіатра для отримання базової

психосоціальної та психіатричної допомоги, оскільки ці послуги включені до ПМГ [48].

Інфраструктурна підтримка цієї політики включає плани створення щонайменше 30 Центрів ментального здоров'я на базі кластерних лікарень у 2024-2026 роках. Така модель є ресурсно ефективною, оскільки використовує наявну мережу ПМД для раннього виявлення та лікування розладів, зменшуючи навантаження на високоспеціалізовані психіатричні установи.

Успіх як реабілітаційної, так і ментальної політики безпосередньо залежить від кадрового забезпечення. Впровадження нових, високотехнологічних і мультидисциплінарних послуг вимагає суттєвого збільшення кількості та перекваліфікації кадрів. Таким чином, ефективність публічної політики визначається не лише обсягом виділених 6 мільярдів гривень на реабілітацію в рамках ПМГ-2025, а й здатністю системи освіти швидко адаптуватися до потреб, що відображено у реформі інтернатури.

Дніпропетровська область, функціонуючи як стратегічний прифронтовий хаб, є ілюстративним прикладом взаємодії національного рівня реалізації публічної політики та специфічних регіональних ресурсних викликів. Область приймає велику кількість поранених та внутрішньо переміщених осіб, що накладає унікальне навантаження на її медичну систему.

Дніпропетровщина належить до регіонів, які зазнали найбільших втрат медичних закладів внаслідок бойових дій. Загалом, понад 2300 об'єктів медичної інфраструктури були пошкоджені або зруйновані по всій країні. Однак, з точки зору управління ресурсами, Дніпропетровська область одночасно входить до лідерів за кількістю повністю або частково відновлених медичних об'єктів [49]. Цей контраст між руйнуванням та швидким відновленням свідчить про високу оперативність регіонального управління та ефективну координацію із центральним бюджетом, субвенціями та, ймовірно, міжнародною донорською допомогою. Це підтверджує, що ефективна публічна політика на місцях здатна швидко мобілізувати ресурси для забезпечення функціональної стійкості критичної інфраструктури.

Таблиця 2.2.

**Аналіз інфраструктурних втрат та відновлення в Дніпропетровській області (2022–2024 рр.)**

ПОКАЗНИК ІНФРАСТРУКТУРИ	ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНІ ДАНІ (УКРАЇНА)	СТАТУС ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	ВПЛИВ НА РЕСУРСНУ ПОЛІТИКУ
Загальна кількість пошкоджених/зруйнованих об'єктів	Понад 2300	Один з найбільш постраждалих регіонів	Вимагає пріоритетного залучення коштів на відбудову та модернізацію
Ефективність відновлення	594 повністю, 370 частково відновлено	Входить до лідерів за кількістю відновлених об'єктів	Свідчить про високу регіональну управлінську спроможність та ефективну координацію
Потреба у спецобладнанні ЕМД	273 авто знищено, 242 пошкоджено по Україні	Критичний ресурс для прифронтової логістики (евакуація поранених)	Політика централізованої закупівлі ЕМД повинна надавати пріоритет Дніпропетровщині

*Джерело: узагальнено автором на основі [49;51;55].*

Найбільш значущим невійськовим чинником, що створює тиск на ресурси в Дніпропетровській області, є критичний демографічний дисбаланс. У 2024 році в регіоні зафіксовано перевищення рівня смертності над народжуваністю у понад три рази [50]. Такий демографічний зсув вимагає негайної регіональної корекції національної публічної політики. Ресурсне забезпечення має бути переорієнтовано на підтримку старших вікових груп: збільшення фокусу та фінансування паліативної допомоги (яка має

національний бюджет у 3.1 млрд грн 14), геріатричного догляду та лікування хронічних неінфекційних захворювань.

Епідеміологічна ситуація в області створює постійне фонове навантаження на стаціонарний ліжковий фонд. Хоча загальна захворюваність на ГРВІ, грип та COVID-19 (листопад 2024 р.) була нижче епідемічного порогу (інтенсивний показник 244.0 проти епідемічного порогу), госпіталізація пацієнтів із COVID-19 становила 10.5% – 12.5% від усіх госпіталізацій з ГРВІ у жовтні-листопаді 2024 року. Це демонструє, що невійськові медичні виклики продовжують поглинати частину критичних стаціонарних ресурсів, необхідних для лікування травм.

*Таблиця 2.3.*

**Регіональні демографічні та епідеміологічні маркери здоров'я  
Дніпропетровської області (2024 р.)**

ПОКАЗНИК	ДАНІ (2024)	АНАЛІТИЧНИЙ ВИСНОВОК ЩОДО РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
Демографічний дисбаланс	Смертність у > 3 рази вища за народжуваність	Вимагає переорієнтації бюджету ПМГ на послуги для старших вікових груп (геріатрія, паліатив)
Інтенсивний показник ГРВІ (листопад)	Нижче епідемічного порогу	Контрольована епідемічна ситуація, але необхідне збереження ресурсів на вакцинацію та моніторинг
Госпіталізація з COVID-19	10.5% – 12.5% від усіх госпіталізацій з ГРВІ	Постійний невійськовий чинник, що знижує вільний ліжковий фонд

*Джерело: узагальнено автором на основі [68].*

Для Дніпропетровської області як регіону, що поєднує військовий та демографічний тиск, політика стратегічної закупівлі послуг через НСЗУ вимагає значної адаптації. Рекомендації Світового банку та ВООЗ підкреслюють, що в умовах конфлікту НСЗУ має посилювати регіональну присутність для проведення оцінки потреб на рівні області, а також

консолідувати закупівлю складних послуг у високооб'ємних та якісних закладах, зберігаючи при цьому географічну доступність для населення.

На регіональному рівні, в Дніпропетровщині, накладення військової кризи (високий травматизм) на демографічну кризу (триразове перевищення смертності) створює експоненційне навантаження. Це обумовлює необхідність переходу від універсального національного підходу до проведення адаптивної закупівлі послуг. Це означає, що НСЗУ повинна застосовувати регіональні коригувальні коефіцієнти до тарифів ПМГ, щоб мотивувати місцеві заклади до надання пріоритетних послуг, таких як реабілітація та паліативна допомога. Це також вимагає цільового стратегічного інвестування у відновлення та перепрофілювання інфраструктури, наприклад, інтеграцію відділень реабілітації ветеранів поруч із геріатричними центрами. На рівні місцевого управління (наприклад, Кривий Ріг), відділи кадрового забезпечення відіграють вирішальну роль у ефективному розподілі фахівців, випущених прискореними програмами інтернатури.

Публічна політика у сфері надання медичних послуг в Україні у 2024–2025 роках демонструє подвійну стратегію: структурне реформування (кластеризація, НТА, інтеграція ментального здоров'я) та кризовий менеджмент. Централізована система стратегічної закупівлі послуг через НСЗУ довела свою ефективність у забезпеченні фінансової стійкості, попри значне скорочення частки видатків на здоров'я у консолідованому бюджеті. Проте, розширення Програми медичних гарантій до 44 пакетів, включаючи високотехнологічні послуги та фінансування ЕКОПФО, створює суттєвий тиск на фінансову стійкість системи. Успіх флагманських проєктів, зокрема реабілітації, критично залежить від зовнішніх ресурсів (USAID Rehab4U) та ефективності кадрової політики (реформа інтернатури 2025).

Кейс-стаді Дніпропетровської області підкреслює, що універсальна національна політика повинна бути адаптована до регіональних потреб. Накладення військових викликів та гострого демографічного дисбалансу

вимагає від НСЗУ застосування цільових інструментів стратегічної закупівлі послуг для пріоритезації паліативної допомоги, геріатричного догляду та реабілітації, а також забезпечення високої ефективності відновлення пошкодженої інфраструктури.

На основі проведеного аналізу формулюються наступні стратегічні рекомендації для підвищення стійкості та ефективності ресурсного менеджменту:

Запровадження політики фіскальної наступності: Необхідно розробити та запровадити середньострокову політику фіскального планування (2026–2030 рр.), яка передбачатиме поступове заміщення зовнішнього донорського фінансування, зокрема в секторі реабілітації, внутрішніми бюджетними ресурсами. Це забезпечить сталість нових стандартів надання послуг після завершення міжнародних проектів.

Рекомендується надати НСЗУ додаткові управлінські повноваження для запровадження адаптивної форми закупівлі послуг, включаючи застосування регіональних коригувальних коефіцієнтів до тарифів ПМГ. Це є критичним для стимулювання надання життєво важливих, але високозатратних послуг (наприклад, паліативної допомоги та спеціалізованої реабілітації) у регіонах з найбільшим військовим та демографічним навантаженням, як Дніпропетровська область.

Процеси відновлення пошкодженої медичної інфраструктури повинні бути невід’ємно інтегровані з вимогами політики кластеризації лікарень та принципами безбар’єрності. Це гарантуватиме, що кошти на відбудову є капітальними інвестиціями у майбутню, функціонально оптимізовану, мережу закладів.

Слід використати механізми реформи інтернатури 2025 року для забезпечення пріоритетного розподілу фахівців із реабілітації, психічного здоров’я та первинної ланки до регіонів, які зазнали найбільших втрат та мають критичний демографічний дисбаланс, таким чином забезпечуючи відповідність людських ресурсів потребам територій.

## **2.2 Оцінка діяльності медичних закладів у контексті реформування системи охорони здоров'я**

В умовах правового режиму воєнного стану функціонування сектору охорони здоров'я зазнало сутнісної реорганізації як у просторовому, так і в ресурсно-управлінському вимірах. Регіональна пріоритизація медичної допомоги змістилася у бік територій з високою інтенсивністю бойових дій та окупації, що зумовило переформатування мережі постачальників, логістики маршрутів пацієнта та механізмів екстреного реагування. За таких умов аналіз трансформацій і моделювання оптимізаційних рішень для закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) набувають статусу першочергового завдання державної політики та місцевого врядування.

Починаючи з 2017 р., реформа фінансування та організації медичної допомоги зумовила перехід від утримувальної моделі до державної закупівельної (квазістрахової) моделі, у межах якої Програма медичних гарантій реалізується через єдиного платника та стандартизовані пакети послуг. Її ціль - ліквідувати структурні дисфункції доступу й якості, наблизивши практики до міжнародних стандартів надання допомоги та управління системою, зокрема через інституційну консолідацію закупівель і підзвітність результатам лікування. У цьому контексті медичний заклад розглядається як організаційно-правовий суб'єкт у сфері охорони здоров'я, який, маючи визначену законом правосуб'єктність, ліцензійні спроможності та підтвержені вимоги до якості (спроможності), вступає у договірні відносини з державним платником з метою надання гарантованої медичної допомоги населенню. Така операціоналізація категорії «ЗОЗ» дозволяє уніфікувати оцінювання ресурсної забезпеченості, відповідності стандартам і ефективності використання бюджетних коштів.

Упродовж 2017–2024 рр. було реалізовано низку ключових ініціатив (рис. 2.2), що сформували поточну архітектуру системи, від первинної ланки до високоспеціалізованої допомоги [19, 51]. ЗОЗ різних форм власності

укладають договори з НСЗУ на надання визначених пакетів. Лише у 2022 р. у межах Програми медичних гарантій допомогу надавали 3499 організацій, що свідчить про інституційну диверсифікацію постачальників і конкурентність доступу.

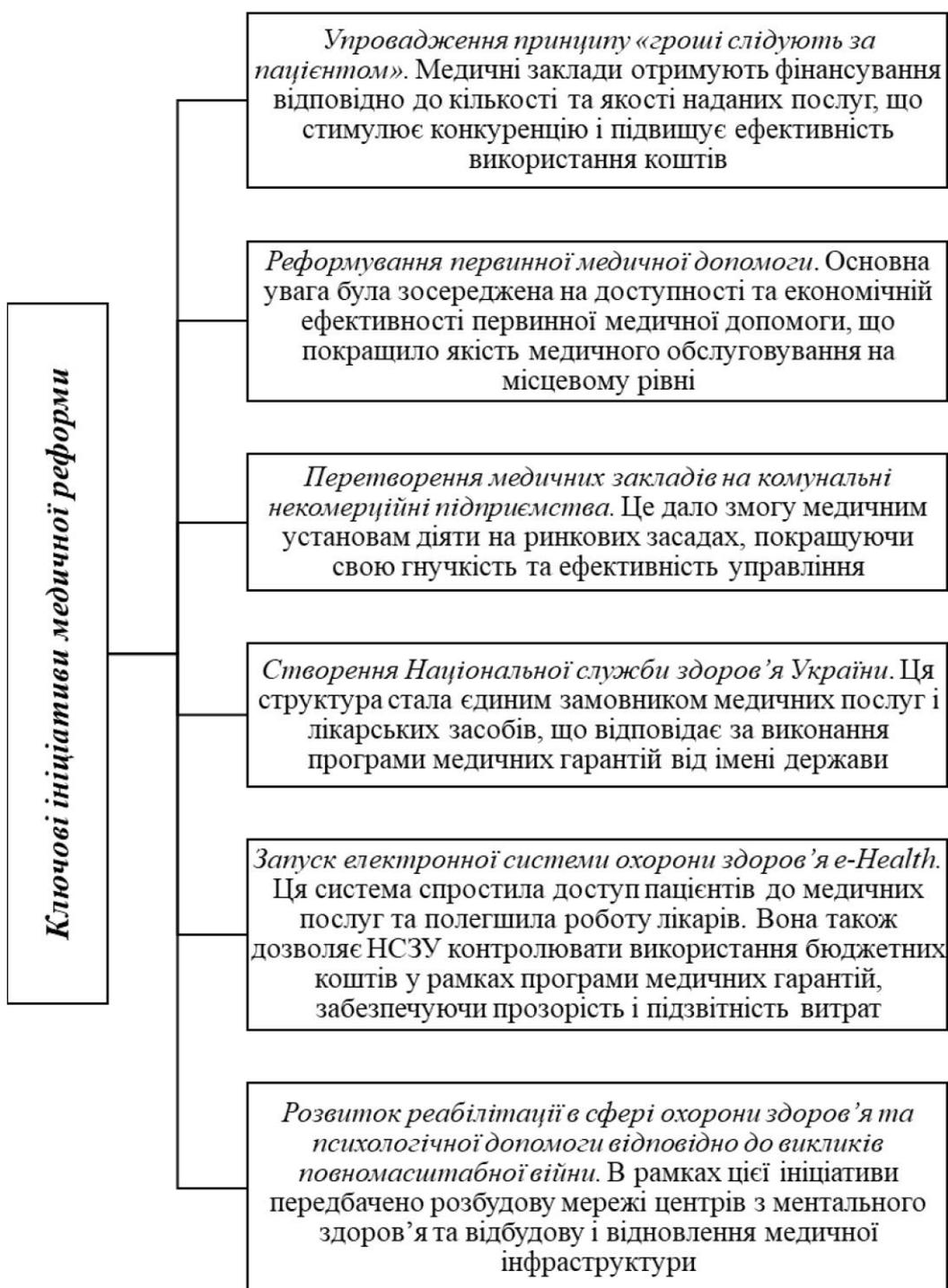


Рис. 2.2. Ключові ініціативи у рамках медичної реформи (2017-2024 рр.).

Сформовано автором на основі [19, 51].

Воєнний контекст істотно підвищив значущість транзитних реформ: забезпечення територіальної та соціальної справедливості доступу для поранених військовослужбовців, цивільного населення, внутрішньо переміщених осіб і вразливих груп потребує адаптивного контракування послуг та стаціонарних місць, корекції тарифів і цільових капітальних інвестицій у відновлення інфраструктури. Попри досягнутий поступ, система продовжує працювати під тиском війни - руйнування об'єктів, дефіцит кадрів та нерівномірність фінансових потоків на місцях вимагають подальшого переформатування мережі, посилення реабілітаційної та психіатричної компонент і інтеграції громадського здоров'я в маршрути пацієнта. Саме ці напрями визначають вектор оптимізації діяльності ЗОЗ у середньостроковій перспективі та потребують узгоджених рішень на центральному й місцевому рівнях [19, 51].

Дніпропетровська область, розташована у прифронтовій зоні, набула стратегічного значення як основний медичний тиловий та логістичний хаб для південно-східного напрямку. Це зумовлює значне диспропорційне навантаження на вторинну та третинну ланки надання медичної допомоги. У контексті повномасштабної воєнної агресії, правове регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я має адаптуватися до екстремальних викликів, серед яких - руйнування значної частки медичної інфраструктури (за оцінками, до 35%) та постійне перевантаження лікарень, що надають високоспеціалізовану допомогу постраждалим. Таке стратегічне положення регіону вимагає найвищого рівня оперативної готовності та структурної стійкості ЗОЗ.

Ключовим нормативним актом, що визначає сучасну організаційну структуру регіональної медицини, є Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.02.2023 № 174 [9]. Ця постанова встановлює механізм функціонування госпітальних округів та кластерів, визначаючи ієрархію закладів: надкластерні, кластерні та загальні лікарні. Метою формування Спроможної мережі є забезпечення ефективного та доступного медичного обслуговування

населення, включно з обслуговуванням під час надзвичайних ситуацій та воєнного стану.

Оцінка діяльності ЗОЗ Дніпропетровщини повинна проводитися в рамках їхнього функціонального призначення та місця в цій ієрархічній мережі. Голови громад несуть відповідальність за фінансову стійкість та планування розвитку тих ЗОЗ, які розміщені на їхніх територіях, оскільки статус у спроможній мережі прямо впливає на обсяги фінансування від НСЗУ.

Дніпропетровська область успішно пройшла етап структурної реорганізації та затвердження Спроможної мережі. Дніпропетровський госпітальний округ (ДГО) демонструє значну концентрацію спеціалізованих центрів. Згідно з затвердженими даними, мережа ДГО включає: 7 Надкластерних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), 8 Кластерних ЗОЗ та 13 Загальних ЗОЗ.

Це свідчить про глибоку структурну реорганізацію, оскільки регіон має одну з найбільших концентрацій надкластерних центрів у країні, що відображає його роль у наданні високоспеціалізованої допомоги. Надкластерні ЗОЗ ДГО - це, головним чином, ключові обласні установи, такі як КП "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова", а також спеціалізовані центри, включаючи онкологічні диспансери (КП "Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер", КП "Криворізький онкологічний диспансер"), КП "Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги" та КП "Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб". Ці заклади є основою для надання найскладніших медичних послуг на регіональному та міжрегіональному рівнях.

Операційна ефективність Дніпропетровщини в умовах військової агресії чітко проявилася у швидкому розгортанні реабілітаційних послуг. Кластерні та Надкластерні лікарні ДГО оперативно створили реабілітаційні відділення, орієнтовані на військових та цивільних пацієнтів, які потребують відновлення після тяжких травм, ампутацій, опіків та інсультів [52].

Масштаби розгортання є значними: амбулаторно відновлювальні послуги надаються у 13 надкластерних та кластерних лікарнях, тоді як стаціонарна реабілітація доступна в 11 закладах, які можуть одночасно прийняти понад 350 осіб. Важливим якісним показником є перехід до мультидисциплінарного підходу. Реабілітація визначається не як пасивні фізіотерапевтичні процедури, а як щоденна робота пацієнта та мультидисциплінарної команди, до якої входять лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), ерготерапевт, логопед та психолог. Це відповідає сучасним міжнародним стандартам відновлення.

Формування спроможної мережі у Дніпропетровській області, особливо визначення ключових Надкластерних центрів, прямо пов'язане з реформою маршрутів екстреної медичної допомоги (ЕМД). Згідно зі змінами, затвердженими урядом, з січня 2025 року маршрути транспортування пацієнтів ЕМД узгоджуватимуться безпосередньо з Міністерством охорони здоров'я України [53].

Це є критично важливим кроком, оскільки раніше "швидка" часто доставляла пацієнта до найближчої лікарні, яка не завжди мала необхідні потужності для лікування тяжких станів, таких як інсульт, інфаркт чи політравма. За новою системою, Надкластерні ЗОЗ Дніпропетровщини стають обов'язковими кінцевими точками стандартизованої маршрутизації для пацієнтів із критичними станами, оскільки вони мають гарантувати наявність фахівців та обладнання. Така система значно підвищує відповідальність цих центрів за постійну оперативну готовність.

Крім того, розширення єдиного медичного простору за рахунок включення до системи ПМГ відомчих закладів, таких як лікарня "Феофанія" (яка з 2025 року долучиться до ПМГ за всіма видами меддопомоги), посилює конкуренцію. Комунальні Надкластерні ЗОЗ ДГО тепер конкурують з потужними державними центрами, що вимагає від них безумовного підвищення ефективності та якості послуг.

Фінансова стійкість медичних закладів Дніпропетровщини залежить від стабільного фінансування ПМГ. Державний бюджету на 2025 рік передбачає додаткові 6,3 млрд грн на медичну сферу, що є гарантією збереження чинної моделі контракування через НСЗУ.

Стратегічні пріоритети ПМГ на 2025 рік акцентуються на високотехнологічній допомозі та ментальному здоров'ї. Зокрема, відбувається подальший розвиток радіоізотопної діагностики, включаючи ПЕТ-сканування, що є критичним для своєчасної діагностики онкологічних захворювань. Також пріоритетом є психосоціальна та психіатрична допомога, що включає розвиток центрів ментального здоров'я та мобільних мультидисциплінарних команд.

Для керівництва ЗОЗ Дніпропетровщини, особливо для спеціалізованих Надкластерних центрів, таких як онкологічні диспансери, фінансова стабільність безпосередньо залежить від їхньої спроможності оперативно законтрактувати нові високооплачувані пакети ПМГ. Нездатність освоїти та надати послуги з ПЕТ-сканування чи розгорнути повноцінну мережу психіатричної допомоги свідчатиме про нездатність керівництва ЗОЗ до стратегічного планування, що призведе до втрати значних фінансових надходжень від НСЗУ.

Перетворення державних та комунальних закладів на КНП є ключовим важелем підвищення ефективності. Приклад Національного інституту раку (НІР), який був реорганізований у КНП у лютому 2023 року, демонструє успішну модель. Завдяки цій зміні НІР зміг укласти договори з НСЗУ на 15 пакетів, збільшивши бюджет за договорами майже на 10 млн грн.<sup>14</sup> Як наслідок, кількість пролікованих пацієнтів у першому півріччі 2023 року зросла на 3 544, а кількість операцій збільшилася на 1 792 (зростання понад 50% порівняно з 2021 роком) [54].

Статус КНП надає лікарням Дніпропетровщини критичну фінансову гнучкість, зокрема можливість самостійно затверджувати штатний розпис, використовувати отримані кошти (які не зв'язані казначейськими

процедурами) та визначати розмір оплати праці та системи мотивації для співробітників. Оцінка діяльності КНП у ДГО має базуватися на тому, наскільки ефективно менеджмент закладів використовує цю автономію для підвищення конкурентоспроможності, модернізації обладнання та забезпечення гідної оплати праці.

НСЗУ здійснює моніторинг фінансових потоків у системі, зокрема публікує звіти про витрати закладів охорони здоров'я на лікарські засоби та медичні вироби [55, 56] Повна оцінка фінансової стійкості ключових Надкластерних ЗОЗ Дніпропетровщини вимагає порівняння обсягів виплат від НСЗУ (за виконаними контрактами ПМГ) та фактичних витрат на забезпечення лікувального процесу, що є важливим індикатором ефективного управління ресурсами в умовах воєнного часу.

Аналіз звернень громадян до НСЗУ є важливим індикатором якості послуг та рівня дотримання умов Програми медичних гарантій. За 9 місяців 2024 року до НСЗУ надійшло 15 440 звернень, при цьому загальна кількість звернень зросла на 47% порівняно з аналогічним періодом 2023 року [57].

*Таблиця 2.4.*

**Аналіз динаміки та структури звернень громадян до НСЗУ (2024 р.)**

Показник	I півріччя 2024 р.	9 місяців 2024 р.
Загальна кількість звернень	9 750	15 440
Звернення від Дніпропетровської обл.	162	236
Зростання звернень (YoY)	49%	47%
Місце Дніпропетровської обл. за кількістю звернень	3-тє	3-тє

*Джерело: узагальнено автором на основі [57].*

Дніпропетровська область, поряд із Києвом та Одеською областю, входить до трійки лідерів за кількістю звернень. За 9 місяців 2024 року від жителів Дніпропетровщини надійшло 236 звернень, що є третім показником

по країні. За I півріччя 2024 року цей показник становив 162 звернення, також посідаючи 3-тє місце [57].

Структура скарг громадян із Дніпропетровської області є критичним показником недоліків у функціонуванні регіональної системи охорони здоров'я. Серед найпоширеніших причин звернень (3 100 скарг за 9 місяців 2024 року) виділяються питання, які свідчать про порушення фінансового комплаєнсу та прав пацієнтів [57]:

- вимагання коштів за послуги, що покриваються ПМГ;
- скарга на неналежну якість наданих медичних послуг;
- вимоги до пацієнтів самостійно придбавати лікарські засоби та розхідні матеріали;
- відмови у наданні або безоплатному наданні медичних послуг із гарантованих пакетів.

Високий рівень звернень, особливо скарг, у Дніпропетровській області, що має потужну інституційну базу, підкреслює глибоке протиріччя між структурною організацією та операційною добросовістю.

Наявність однієї з найбільш організованих ієрархічних спроможних мереж в Україні (7 Надкластерних ЗОЗ), призначеної для забезпечення високого рівня допомоги в умовах війни, різко контрастує з високим індексом пацієнтських скарг на фінансові зловживання.

Цей дисбаланс демонструє, що проблема полягає не стільки у структурній неспроможності самої мережі чи дефіциті фінансування, скільки у системному провалі внутрішнього управління та контролю комплаєнсу в окремих КНП. Фінансова автономія, отримана КНП, яка мала бути використана для підвищення ефективності та модернізації (як у прикладі НІР), потенційно використовується для збереження тіньових фінансових схем, що є прямим порушенням умов контракту з НСЗУ та принципів ПМГ.

Такий високий рівень скарг є критичним сигналом для Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ, вимагаючи невідкладного застосування моніторингових та штрафних механізмів. Невирішення цієї проблеми підриває

довіру до реформи в регіоні та створює значний репутаційний ризик для медичної системи Дніпропетровщини.

Дніпропетровська область продемонструвала високу інституційну спроможність на рівні регіонального управління, успішно реалізувавши структурну реформу шляхом створення потужної, багатокластерної спроможної мережі з 7 Надкластерних ЗОЗ. Це дозволило оперативно розгорнути критично важливий реабілітаційний потенціал, що відповідає потребам воєнного часу. Структурний капітал регіону посилюється також завдяки стандартизації маршрутів ЕМД з 2025 року, що робить Надкластерні ЗОЗ обов'язковими центрами надання допомоги при критичних станах.

Проте, ключовим операційним ризиком залишається низька якість послуг та високий рівень фінансової недоброчесності. Дніпропетровщина посідає 3-тє місце за кількістю скарг до НСЗУ, основна маса яких стосується вимагання коштів за безоплатні послуги. Цей факт вказує на провал у внутрішньому контролі та комплаєнсі на рівні окремих КНП.

На основі проведеного аналізу, для підвищення стійкості та ефективності медичної системи Дніпропетровського госпітального округу пропонується запровадити такі управлінські та моніторингові заходи:

Необхідно запровадити індекс "Регіональної Фінансової Недоброчесності", використовуючи статистику скарг як первинний індикатор. Заклади ДГО (особливо Надкластерні та Кластерні ЗОЗ), що мають стійко високий рівень скарг на вимагання коштів, мають стати об'єктом першочергових та позапланових аудитів НСЗУ щодо дотримання умов контрактування та цільового використання державних коштів.

Керівництву ЗОЗ необхідно максимально використати переваги фінансової автономії, отриманої в статусі КНП, для встановлення прозорих та конкурентних систем оплати праці медичного персоналу. Це є превентивним та економічно обґрунтованим заходом для зниження мотивації персоналу до вимагання тіньових платежів.

На рівні Обласної військової адміністрації (ОВА) та госпітального округу слід розробити регіональні програми для прискореної реалізації нових пріоритетів ПМГ, зокрема впровадження радіоізотопної діагностики та розширення мережі психосоціальної допомоги. Це забезпечить не лише кращий доступ пацієнтів до сучасних послуг, але й гарантує фінансову стабільність ЗОЗ за рахунок нових високооплачуваних пакетів.

## РОЗДІЛ 3

### МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### 3.1 Стратегії розвитку надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України

Трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я України набули особливого значення в умовах реалізації комплексних реформ та євроінтеграційних зобов'язань. Модернізація системи є не лише вимогою часу, але й критичною необхідністю для адаптації до нових викликів, зокрема в контексті військової агресії та подальшого повоєнного відновлення. Головною передумовою для інтенсифікації структурних змін є невідповідність української системи охорони здоров'я (СОЗ) вимогам міжнародних та європейських стандартів, особливо положенням Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом.

У цьому контексті, державно-приватне партнерство (ДПП) розглядається не просто як механізм залучення додаткового фінансування, а як імператив модернізації публічного адміністрування. В умовах значних руйнувань медичної інфраструктури, що вимагають капіталомісткого відновлення (RDNA-контекст), та дефіциту державного бюджету, залучення небюджетних інвестицій є єдиним реалістичним шляхом для забезпечення стійкості та підвищення якості медичних послуг. Досвід розвинених країн переконливо доводить, що інтеграція приватного сектора є ключовим механізмом підвищення ефективності функціонування державних структур, оновлення інфраструктури та впровадження інноваційних рішень.

Сучасна українська система охорони здоров'я успадкувала значні структурні та якісні недоліки, що зумовлюють її невідповідність європейським стандартам. Це стосується як організаційних аспектів управління, так і

безпосередньо якості медичних послуг, які суттєво відстають від практик країн ЄС. Нездатність системи інтегрувати кращі європейські моделі створює інституційний тиск, що вимагає радикальних структурних змін.

Невідповідність міжнародним стандартам має пряме відображення у негативних медико-демографічних показниках. Тривалість життя в Україні залишається однією з найнижчих у Європі, а показники смертності є високими. Поширення хронічних захворювань, інфекційних хвороб, травматизму та шкідливих звичок (паління, надмірне вживання алкоголю) свідчить про низьку ефективність профілактичної та лікувальної діяльності. Така ситуація формує значний соціальний та економічний тягар, з яким існуюча, переважно державна, система не може впоратися. Цей інвестиційний попит, викликаний потребою у високотехнологічному лікуванні та оновленні застарілої матеріально-технічної бази, може бути адекватно задоволений лише через механізми ДПП [58].

Система охорони здоров'я характеризується значною фінансовою та управлінською неефективністю. Попри те, що на медичні послуги витрачається значна частка ВВП, ці витрати часто не корелюють із покращенням якості чи доступності медичної допомоги. Ця ситуація підкреслює не стільки недостатність фінансування, скільки структурну неефективність розподілу та використання ресурсів. Традиційні, застарілі процедури фінансування та громіздкі управлінські моделі обмежують доступ громадян до послуг, спричиняють затримки у наданні допомоги та унеможливають гнучке адміністрування ресурсів.

Ефективність бюджетних витрат є низькою через те, що структурна неефективність СОЗ не може бути подолана шляхом простого збільшення асигнувань. Неефективність бюджетних витрат є прямим наслідком нераціонального адміністрування державних активів. У цьому контексті, запровадження ДПП, яке вимагає орієнтованих на результат управлінських підходів та підвищення прозорості, виступає як необхідна умова для перетворення проблеми фінансування на проблему ефективного управління

державним майном. Крім того, технологічна відсталість матеріально-технічної бази державних закладів охорони здоров'я перешкоджає впровадженню інноваційних методів лікування, що вимагає залучення саме позабюджетних інвестицій [58].

Фундаментальні проблеми системи поглиблюються інституційною кризою, що проявляється у двох ключових аспектах: соціально-етичному та кадрово-технічному. Низький рівень довіри громадян до медичних закладів призводить до зростання самолікування або звернення до нетрадиційної медицини, що ускладнює боротьбу з хронічними захворюваннями та епідеміями.

Високий рівень корупції є значною перешкодою на всіх етапах функціонування системи, від медичної освіти до безпосереднього надання послуг. Цей фактор суттєво підвищує нефінансові ризики для потенційних інвесторів, оскільки створює ризики репутації, ризики виконання контракту та ризики раптової зміни регулювання. Таким чином, для залучення серйозного приватного, особливо міжнародного, капіталу органи публічного управління (центральні та регіональні) мають створити надзвичайно прозорі, захищені від корупції процедури, гарантуючи верховенство права під час виконанні партнерських угод.

Крім того, структурні та кадрові дисбаланси посилюються дефіцитом кваліфікованих фахівців та низьким рівнем мотивації. Високі вимоги до медичного персоналу не супроводжуються адекватною оплатою праці та соціальними гарантіями, що сприяє відтоку кадрів за кордон. Низький рівень матеріально-технічного забезпечення також знижує мотивацію персоналу до підвищення професійного рівня.

Державно-приватне партнерство є механізмом взаємодії держави та приватного сектора, який базується на спільному виконанні суспільно важливих проєктів, об'єднуючи зусилля, ресурси та інтереси обох сторін для досягнення максимальної ефективності [59]. Юридична основа для застосування ДПП у СОЗ чітко визначена: Закон України «Про державно-

приватне партнерство» (ч. 1 ст. 4) [60], який втрачає чинність і замість нього вводиться Закон України «Про публічно-приватне партнерство» [61] прямо рекомендує використовувати цей інструмент у галузі охорони здоров'я, а також щодо надання відповідних послуг.

Концептуально, ДПП в охороні здоров'я перетворюється на повноцінний механізм модернізації публічного адміністрування, який охоплює не лише фінансове забезпечення, але й організаційно-управлінські аспекти [58]. Такий підхід дозволяє державі не лише оптимізувати використання обмежених бюджетних ресурсів, але й створює умови для залучення інвестицій, впровадження інновацій та забезпечення стійкості системи.

Наразі досвід застосування ДПП в Україні залишається обмеженим.<sup>3</sup> Проекти функціонують переважно у сфері діагностичних або спеціалізованих центрів і лише в кількох регіонах: Кіровоградській, Сумській, Одеській, Львівській, Київській, Закарпатській областях та м. Київ. Обмеженість практики знижує інституційну спроможність органів влади розробляти та оптимізувати ефективні політики ДПП [62, 63].

На противагу цьому, інші країни Європейського регіону ВООЗ, а також Австралія, Канада та США, мають значний досвід використання ДПП для довгострокових договорів, що охоплюють надання закладів охорони здоров'я, обладнання та послуг.<sup>3</sup> Усвідомлюючи цю прогалину, ВООЗ активно публікує міркування для розробників політики в Україні щодо державно-приватних партнерств з питань інфраструктури та послуг у сфері охорони здоров'я. Досвід країн ОЕСР, зокрема застосування складних моделей на кшталт DBFO (Design-Build-Finance-Operate) [64], свідчить про потенціал ДПП у реалізації великих інфраструктурних проєктів.

В умовах військової агресії та необхідності масштабного відновлення ДПП набуває стратегічної ваги, перетворюючись із звичайного інвестиційного інструменту на критичний елемент національної стійкості. Воно дозволяє

зберегти публічну власність на стратегічну інфраструктуру, одночасно забезпечуючи її модернізацію за рахунок небюджетних інвестицій.

Особливо актуальним ДПП є для фінансування великих інфраструктурних проєктів, пов'язаних із військовим навантаженням, наприклад, створення нових високотехнологічних реабілітаційних центрів, що потребують значних та швидких капіталовкладень, недоступних державі в умовах фінансової кризи та триваючих бойових дій.

Для успішної реалізації цього потенціалу необхідна суттєва законодавча перебудова. Потреба в оновленні нормативно-правової бази, включаючи доопрацювання та запровадження проєкту Закону України «Про Стратегію розвитку державно-приватного партнерства в Україні» та проєкту Закону України «Про державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я», є нагальною. Ці документи мають забезпечити чітке визначення термінів та врегулювання організаційно-правових засад взаємодії держави з приватними партнерами.<sup>1</sup>

В Україні існує загальна система нормативно-правових актів, що регулюють ДПП у сфері охорони здоров'я. Проте, незважаючи на ґрунтовну наукову та правову опрацювання, існує нагальна потреба у подальшому законодавчому врегулюванні та інституційних змінах для успішного впровадження партнерства. Основні інституційні прогалини включають недостатню регуляторну підтримку, нечіткі та громіздкі процедури укладання контрактів, а також відсутність єдиної методології для оцінки та супроводу великомасштабних проєктів. Ці фактори ускладнюють широкомасштабну реалізацію ДПП у медичній сфері, особливо за межами пілотних регіонів.

Механізми взаємодії між державою та приватним сектором у медичній галузі визначені в Методичних рекомендаціях Міністерства охорони здоров'я України і включають: концесію, спільну діяльність, оренду, управління майном на основі договору та створення спільних підприємств.

Концесія передбачає передачу приватному сектору права на експлуатацію державної або комунальної медичної інфраструктури на

визначений термін, що відповідає довгостроковим договорам на надання послуг або інфраструктури.

Спільна діяльність та Спільні підприємства об'єднують ресурси обох партнерів для реалізації довгострокових проектів, таких як будівництво або розширення інфраструктури.

Оренда та Управління майном на основі договору дозволяють ефективно використовувати та модернізувати наявні державні ресурси, забезпечуючи державу фінансовими надходженнями.

Вибір механізму залежить від інвестиційного фокусу та профілю ризиків. Найбільш капіталомісткі механізми, як концесія, вимагають найбільш складних юридичних гарантій.

*Таблиця 3.1.*

**Порівняльна характеристика ключових механізмів ДПП у сфері ОЗ та їх ризиковий профіль**

<b>Механізм</b>	<b>Основний інвестиційний фокус</b>	<b>Розподіл ризиків (Держава/Приватний сектор)</b>	<b>Критичні аспекти для України</b>
Концесія	Капітальне будівництво та довгострокова експлуатація інфраструктури	Високий для приватного (ризик попиту); середній для держави (ризик якості)	Складність юридичного оформлення; високі вимоги до регуляторної стійкості (напр., DBFO)
Спільна діяльність	Спільне фінансування нових послуг, обладнання або розширення інфраструктури	Спільний (пропорційно внескам)	Сприяє обміну технологіями та ресурсами, підходить для реабілітації.
Оренда/Управління майном	Модернізація існуючого майна та технічне переоснащення	Низький для держави (отримує надходження); середній для приватного (ризик використання)	Швидке використання наявних державних ресурсів. Поширений механізм для діагностичних центрів.

*Джерело: узагальнено автором на основі [59-65].*

Ключовим бар'єром, що стримує широкомасштабне впровадження ДПП, є нерозвиненість механізмів розподілу ризиків. Для забезпечення стабільності та довгостроковості співпраці необхідно створити ефективні механізми розподілу ризиків між державою та приватним сектором, що вимагає детального аналізу потенційних загроз та розробки стратегій їх мінімізації [65].

Недостатня законодавча чіткість у визначенні ризиків (зокрема, валютних, політичних, а в умовах війни — воєнних) підвищує фінансове навантаження на приватних партнерів та відлякує великих міжнародних інвесторів. Без чіткого розподілу фінансового навантаження та ризиків управлінських помилок і, інвестори не зацікавлені у складних, капіталомістких проєктах (як, наприклад, концесія або DBFO). Судова практика в Україні також демонструє високі юридичні ризики для концесіонерів, особливо через нечіткість законодавства щодо комунального майна [66].

Для подолання цих бар'єрів держава має забезпечити комерційну доцільність партнерства для приватних установ, зберігаючи при цьому соціальну спрямованість медичних послуг. Це вимагає впровадження економічних, організаційних та соціальних механізмів державного управління, які гарантуватимуть стабільність угод.

Залучення приватного капіталу та управлінських інструментів через ДПП має прямий позитивний вплив на якість медичних послуг. Розширення участі приватного сектора стимулює здорову конкуренцію між державними та приватними медичними закладами. Конку rentне середовище спонукає приватних партнерів зосереджуватися на впровадженні новітніх медичних технологій, покращенні сервісу та підвищенні кваліфікації персоналу. Приватні інвестиції можуть бути спрямовані на навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, що покращує рівень медичної допомоги та знижує кадровий дефіцит.

Крім того, залучення приватного сектору сприяє розвитку медичного туризму. Надання якісних медичних послуг іноземним пацієнтам може приносити додаткові фінансові ресурси в галузь, сприяючи її стійкому розвитку.

Державно-приватне партнерство є ефективним інструментом для оптимізації державних витрат та забезпечення більш раціонального використання бюджетних коштів. Залучення приватного фінансування дає змогу модернізувати та оновлювати заклади охорони здоров'я, перекладаючи частину фінансового навантаження з державного та місцевого бюджетів на приватних партнерів.

Розподіл ризиків між державою та приватними суб'єктами також знижує ймовірність провалу проєктів через недостатнє фінансування або управлінські помилки, забезпечуючи стабільність у наданні медичних послуг. Зекономлені державні ресурси можуть бути спрямовані на інші важливі соціальні сфери або на забезпечення покращеної соціальної допомоги для малозабезпечених верств населення. Співпраця з приватним сектором дозволяє також залучати наукомісткі рішення та інновації, підвищуючи якість управління та адміністрування медичних закладів.

Ключовим завданням публічного адміністрування при впровадженні ДПП є забезпечення соціальної спрямованості та збереження універсального охоплення медичними послугами (УНС) [67]. У рамках ДПП важливо гарантувати безкоштовну невідкладну медичну допомогу та базовий пакет послуг для малозабезпечених і вразливих категорій громадян, як це передбачено Програмою медичних гарантій (ПМГ), яку адмініструє Національна служба здоров'я України (НСЗУ).

Одночасно, для населення із середнім і високим рівнем доходів має бути забезпечена можливість вибору отримання допомоги як у державних, так і у приватних медичних закладах. Це не лише розвантажує державну систему, але й стимулює високомотивовані верстви населення звертатися до приватних установ.

Створення умов для реалізації проєктів із достатньою рентабельністю для приватних партнерів, які водночас зберігають соціальні гарантії, є найбільшим викликом. Якщо приватний інвестор отримує прибуток від платних послуг, він має бути зобов'язаний забезпечувати певний обсяг безкоштовних послуг, що фінансуються через НСЗУ. Це вимагає від органів публічного управління розробки складних, але прозорих фінансових моделей, де компенсації від НСЗУ покривають соціальні ризики приватного партнера.<sup>6</sup> Такий підхід гарантує доступність для всіх верств населення, відповідно до принципів УНС.

Дніпропетровська область є одним із ключових індустріальних та економічних центрів України [68]. Однак, внаслідок військових дій, регіон перебуває під значним тиском, що критично збільшило навантаження на його медичну систему. Дніпропетровщина є одним із найбільших хабів для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що спричиняє зростання попиту не лише на первинну та спеціалізовану, але й на критично важливу реабілітаційну допомогу та послуги у сфері ментального здоров'я.

Незважаючи на високий інвестиційний потенціал та гостру потребу в модернізації, Дніпропетровська область, згідно з аналізом, не включена до переліку регіонів, де наразі активно функціонують успішні проєкти ДПП у сфері охорони здоров'я (на відміну від Кіровоградської, Сумської, Одеської, Львівської, Київської та Закарпатської областей). Це свідчить про низьку інституційну активність або відсутність успішних пілотних проєктів ДПП до 2024 року, що вимагає негайного коригування публічної політики на регіональному рівні [69].

Органи місцевого самоврядування та обласні державні адміністрації (ОВА) відіграють ключову роль у просуванні ДПП у регіонах, оскільки саме вони є ініціаторами та відповідальними за формування публічної політики на місцях. Для Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської ОДА (ДОЗ ОДА) стратегічним завданням є розробка та впровадження регіональних

програм соціально-економічного розвитку, які мають включати конкретні медичні проекти ДПП.

Відсутність Дніпропетровської області у переліку регіонів з активним ДПП вказує на значну інституційну інерцію або недостатнє забезпечення прозорості, що стримує інвесторів. Для подолання цього, ДОЗ ОДА має не лише ініціювати, а й публічно гарантувати адміністративну прозорість та захист інвестицій, забезпечуючи умови рентабельності. Крім того, критичною є потреба у підготовці висококваліфікованих управлінських команд, які здатні супроводжувати складні договори ДПП та забезпечувати ефективну координацію між учасниками партнерства.

*Таблиця 3. 2.*

### Стратегічні завдання ДОЗ Дніпропетровської ОДА для ініціації ДПП

Стратегічне завдання	Ключові дії ДОЗ ОДА	Очікуваний результат
Подолання інституційної інерції	Запуск публічного конкурсу на пілотний проєкт ДПП (наприклад, у сфері реабілітації чи ментального здоров'я). Забезпечення прозорості та спрощення процедур.	Залучення перших приватних інвестицій та демонстрація успіху ДПП як доказу його дієвості.
Розподіл ризиків та фінансові гарантії	Розробка прозорої моделі компенсації воєнних та регуляторних ризиків через механізми НСЗУ (ПМГ) для соціально значущих послуг. <sup>6</sup>	Гарантування комерційної доцільності для інвестора та соціальної спрямованості для населення.
Кадрова підготовка	Організація навчальних програм та курсів для посадовців ОДА щодо супроводу складних контрактів ДПП, управління ризиками та оцінки рентабельності.	Підвищення кваліфікації та ефективності управління проєктами.

*Джерело: запропоноване автором.*

Враховуючи високе військове та соціальне навантаження, пріоритетними напрямками для впровадження ДПП у Дніпропетровській області є:

Високотехнологічна реабілітація та ментальне здоров'я. Регіон потребує значних потужностей для відновлення військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали внаслідок конфлікту. Тут ДПП може бути реалізоване через концесію (будівництво нових центрів) або спільні підприємства. Департамент

охорони здоров'я Дніпропетровської ОДА має використовувати нові інструменти, зокрема, програми ментального здоров'я, як пілотні моделі ДПП.

Технологічна модернізація та діагностика. Для швидкого покращення матеріально-технічної бази комунальних закладів доцільно використовувати механізми оренди або управління майном. Це дозволить приватному сектору швидко оснастити діагностичні та хірургічні центри сучасним обладнанням, що відповідає існуючій практиці ДПП в Україні.

Успішність реалізації проєктів ДПП не може бути забезпечена лише зусиллями органів влади. Необхідне залучення широкого кола стейкхолдерів: представників бізнесу, громадянського суспільства, наукових установ та експертів. Участь різних зацікавлених сторін дозволяє врахувати інтереси всіх учасників та досягти балансу між економічною вигодою для приватного сектора та забезпеченням соціальних гарантій для населення.

Крім того, необхідно розкрити потенціал гендерно-чутливих підходів у проєктах ДПП, що сприятиме підвищенню соціальної справедливості та рівного доступу до медичних послуг для різних груп населення. Такий комплексний підхід дозволить залучати інноваційні рішення та сучасні управлінські інструменти для вирішення нагальних проблем у сфері охорони здоров'я Дніпропетровської області.

Модернізація публічного управління у сфері охорони здоров'я України через механізми державно-приватного партнерства є необхідною умовою для подолання системних дисфункцій та досягнення стандартів універсального охоплення (УНС) та відповідності вимогам ЄС. ДПП дозволяє поєднати обмежені державні ресурси з можливостями приватного капіталу та управлінськими компетенціями, забезпечуючи модернізацію інфраструктури та підвищення якості послуг.

Встановлено, що ключові проблеми, які стримують ДПП, полягають не лише у фінансовій недостатності, а й у глибокій інституційній кризі: застарілих моделях адміністрування, високому рівні корупції та нечіткому розподілі ризиків. Успішність ДПП залежить від здатності публічних органів

до проактивної політики та інституційної перебудови, а не лише від наявності приватного капіталу. Особливо це стосується регіонального рівня, як показано на прикладі Дніпропетровської області, де інституційна інерція гальмує використання значного потенціалу регіону.

Законодавче забезпечення. Необхідне негайне прийняття спеціалізованого Закону України «Про державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я» та уніфікованої методології оцінки проєктів. Це забезпечить чіткість процедур та знизить регуляторні ризики для інвесторів.

Управління ризиками. Створити централізований орган або механізм, відповідальний за моніторинг, розподіл та компенсацію ризиків у ДПП-проєктах, особливо тих, що пов'язані з наслідками воєнного конфлікту. Це має включати розробку моделей фінансових гарантій, які забезпечуються через НСЗУ (ПМГ), для покриття соціальних зобов'язань приватних партнерів.

Кадрова підготовка. Розробити та впровадити національну програму підвищення кваліфікації посадовців публічного адміністрування (МОЗ, ОВА, ОМС) у сфері фінансово-правового супроводу складних багатосторонніх контрактів ДПП.

Пріоритезація пілотних проєктів. ДОЗ Дніпропетровської ОДА має ініціювати пілотні проєкти ДПП у сфері високотехнологічної реабілітації та діагностики, орієнтованих на потреби великої кількості ВПО та військовослужбовців. Ці проєкти повинні мати чітко визначену соціальну спрямованість та гарантовану комерційну рентабельність.

Використання механізму оренди/управління майном. Для швидкого подолання інституційної інерції та поліпшення матеріально-технічної бази комунальних закладів (особливо тих, що приймають ВПО), рекомендується активне використання механізму оренди державного майна. Це дозволить оперативно залучати інвестиції в обладнання та підвищувати ефективність управління без необхідності складного та тривалого концесійного процесу.

Прозорість та комунікація: Необхідно забезпечити максимальну публічну прозорість усіх етапів підготовки та реалізації проєктів ДПП, щоб мінімізувати корупційні ризики та підвищити довіру приватних інвесторів.

### **3.2 Моделі модернізації публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні**

Теоретичне осмислення управління охороною здоров'я пройшло значну еволюцію, що охоплює трансформацію від класичних неокласичних парадигм, які передбачали мінімальне втручання держави, до сучасних інтердисциплінарних моделей. У європейському контексті значний вплив мали кейнсіанські соціально орієнтовані системи, які лягли в основу формування національних служб охорони здоров'я. Сучасні управлінські підходи, особливо в Україні, змушені поєднувати спадщину командно-адміністративної системи, фрагментарні ринкові реформи та надзвичайні кризові виклики [70].

Ключовим парадигмальним зсувом є перехід до Концепції Управління на Основі Цінності (Value-Based Healthcare, VBH). Цей підхід визначає, що ефективність реформування галузі має оцінюватися не лише обсягами заощадження бюджетних коштів чи кількістю наданих послуг, а насамперед за довгостроковими результатами: покращенням стану здоров'я населення, підвищенням тривалості життя та зниженням поширеності соціально значущих захворювань. У контексті України, де необхідно долати внутрішню напругу між нормативною модернізацією та фактичною інституційною інерцією, застосування VBH забезпечує чіткий ціннісний орієнтир для управлінських рішень на регіональному рівні [70].

Запропонована модель удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні реалізується в рамках цільових комплексних програм і базується на системному підході. Ця модель чітко визначає ключових стейкхолдерів та механізми їхньої взаємодії, що є

фундаментальною передумовою для досягнення стратегічної стійкості системи.

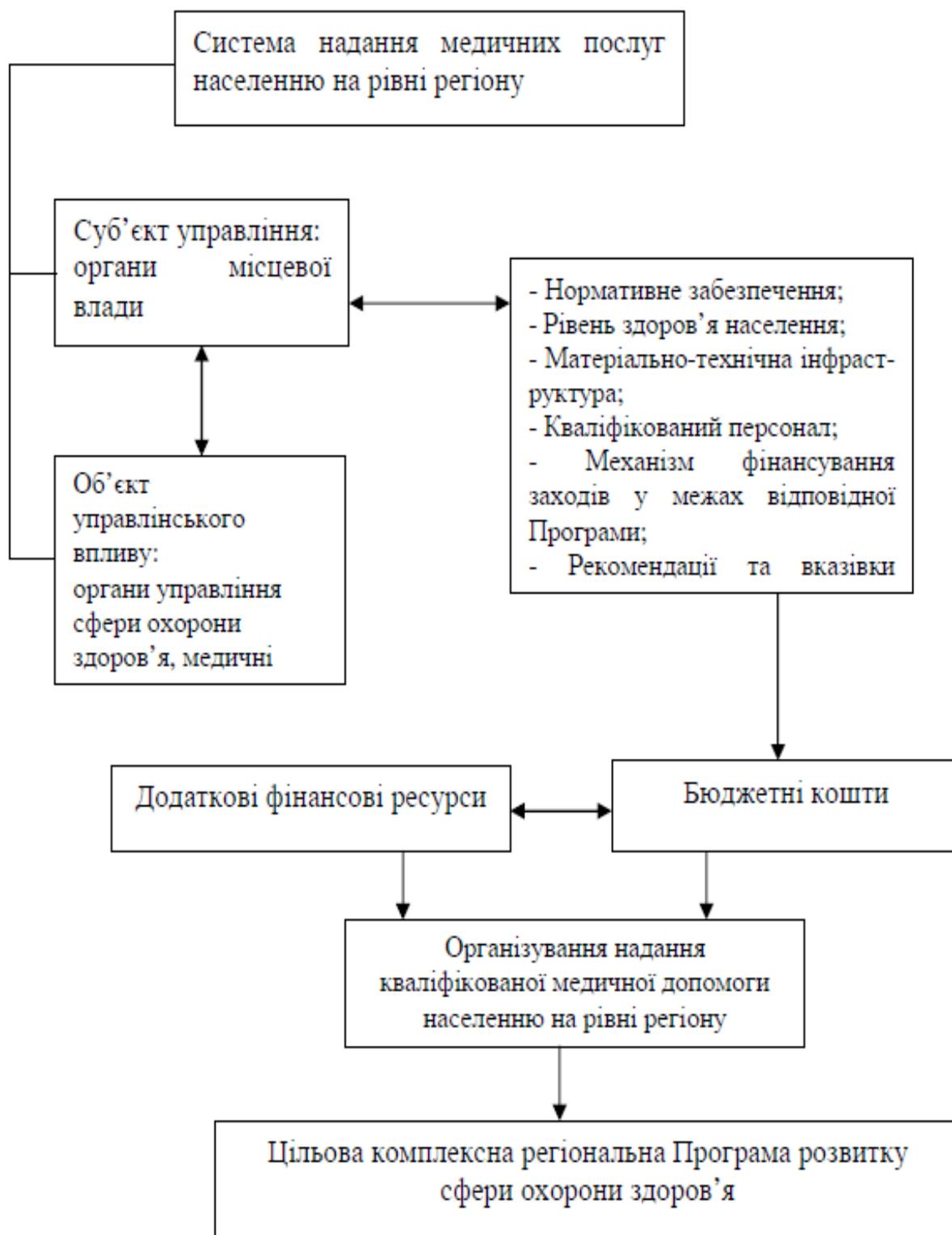


Рис. 3.1 Модель оптимізації публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

Складено автором на основі [71, 72]

Суб'єкт управління. Органи місцевої влади. Саме вони відіграють ключову роль у пошуку, координації та розподілі додаткових фінансових ресурсів та несуть кінцеву відповідальність за стан здоров'я населення на своїй території.

Об'єкт управлінського впливу. Органи управління сфери охорони здоров'я та регіональні медичні заклади, які трансформуються у комунальні некомерційні підприємства (КНП).

Фактори впливу та ресурси. Вони охоплюють нормативне забезпечення, рівень здоров'я населення, матеріально-технічну інфраструктуру, кваліфікований персонал, механізми фінансування (бюджетні та додаткові кошти) та інтеграцію рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Мета функціонування цієї моделі полягає не лише у забезпеченні належної медичної допомоги населенню, але й у покращенні ресурсного забезпечення для реалізації державних програм через залучення додаткових джерел фінансування.

Успішна реалізація моделі вимагає парадигмального зсуву від централізованого адміністративного контролю до децентралізованого стратегічного менеджменту, орієнтованого на потреби споживачів медичних послуг. Це вимагає, щоб регіональні програми були адаптовані до унікального історичного та культурного контексту кожної громади. Таке розуміння забезпечує необхідну гнучкість управління, дозволяючи місцевому самоврядуванню ефективно обирати методи та інструменти співпраці, а також підвищує відповідальність громади за стан здоров'я на своїй території.

Таким чином, регіональна цільова програма розвитку ОЗ виступає як інструмент адаптивного врядування, здатний перетворити загальнонаціональні реформи на конкретні, чутливі до локальних потреб рішення.

Таблиця 3.3.

**Ключові елементи та взаємозв'язки Моделі покращення публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні**

Суб'єкт управління	Об'єкт управлінського впливу	Фактори впливу та ресурси	Стратегічна мета
Органи місцевої влади	Органи управління сфери охорони здоров'я, медичні регіональні заклади	Нормативне забезпечення; Рівень здоров'я населення; Матеріально-технічна інфраструктура; Кваліфікований персонал; Механізм фінансування; Рекомендації та вказівки ВООЗ	Організування надання кваліфікованої медичної допомоги населенню на рівні регіону
Бюджетні кошти; Додаткові фінансові ресурси	Цільова комплексна регіональна Програма розвитку сфери охорони здоров'я	Система надання медичних послуг населенню на рівні регіону	Підвищення якості медичних послуг та стійкості системи

*Джерело: запропоноване автором.*

Ефективна регіональна програма розвитку охорони здоров'я має бути стратегічним документом, що не тільки визначає поточні потреби, але й включає чіткі плани їх задоволення у коротко-, середньо- та довгостроковій перспективі. Вона структурується навколо двох основних, взаємодоповнюючих розділів: розвиток системи медичної допомоги та розвиток системи громадського здоров'я.

Вектор І. Розвиток системи медичної допомоги: структурні та кадрові пріоритети

Цей розділ зосереджений на створенні системи медичної допомоги, яка забезпечує населенню доступ до якісних медичних послуг, адаптованих до демографічних, економічних та соціальних вимог регіону.

Основним напрямом структурної реформи є реформування медичних установ за рівнями надання допомоги: модернізація первинного, вторинного та третинного рівнів. Це передбачає створення ефективної мережі медичних закладів із пріоритетом на розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на основі загальної практики сімейної медицини.

Ключовим елементом реформування інфраструктури є впровадження госпітальних округів для організації оптимальних маршрутів пацієнтів. Це дозволяє раціонально розподілити ресурси і технології відповідно до найпоширеніших захворювань. Особливу увагу слід приділити розвитку пріоритетних для регіону спеціалізованих послуг, серед яких традиційно виділяються перинатальна, кардіологічна, фтизіатрична, онкологічна, неонатологічна, психіатрична та стоматологічна допомога.

Фундаментальне значення для сталості системи має запровадження ефективної кадрової політики. Це включає залучення і утримання кваліфікованих лікарів через впровадження системи соціальних гарантій і місцевих стимулів, зокрема надання облаштованого житла та інших пільг молодим фахівцям. Паралельно має функціонувати система безперервного підвищення кваліфікації медичних працівників для забезпечення актуальності їхніх знань і навичок.

Фінансова модернізація передбачає впровадження сучасних фінансових моделей для медичних закладів, де оплата праці медичних працівників визначатиметься обсягами та якістю виконаної роботи. Це стимулює підвищення якості медичної допомоги та сприяє раціональному використанню наявних ресурсів.

Вектор II. Розвиток системи громадського здоров'я: міжсекторальна та профілактична стратегія

Розділ, присвячений громадському здоров'ю (ГЗ), має орієнтуватися на профілактичну роботу, раннє виявлення ризиків та формування в населення культури відповідального ставлення до здоров'я.

Основою реалізації цього вектору є створення регіонального центру громадського здоров'я (ЦГЗ) та відповідних підрозділів на рівні адміністративно-територіальних одиниць, забезпечених кваліфікованим персоналом.

Ключовим стратегічним завданням, виходячи з міжсекторального характеру системи ГЗ, є налагодження дієвої взаємодії між ЦГЗ та різними суб'єктами: регіональними та місцевими органами влади, правоохоронними структурами, приватним сектором, засобами масової інформації та неурядовими організаціями. Така співпраця є критичною, оскільки регіональні проблеми часто мають комплексний і міжсекторальний характер та розподіляються між різними рівнями управління.

Успіх регіональної програми розвитку ОЗ залежить від спроможності місцевого самоврядування інтегрувати охорону здоров'я у всі політики громади, що є концепцією «Здоров'я в усіх політиках» (Health in All Policies). Кожне рішення, ухвалене місцевими органами, повинно враховувати вплив на фізичне та психічне благополуччя жителів.

Інвестування у детермінанти здоров'я. Місцеві органи влади мають виділяти ресурси на створення сприятливого середовища для зміцнення здоров'я, що включає забезпечення доступу до зелених зон, місць для активного відпочинку, а також поліпшення якості природних ресурсів (чисте повітря та вода). Це вимагає від органів публічного управління відійти від традиційного адміністративно-господарського менталітету та усвідомити, що інвестування у середовище є прямим інвестуванням у здоров'я населення.

Програми профілактики та освіти. Розробка регулярних скринінгових програм, кампаній вакцинації, а також освітніх програм, спрямованих на боротьбу з палінням, зловживанням алкоголем та популяризацію здорового способу життя. Впровадження програм навчання та підвищення

відповідальності за власне здоров'я має відбуватися у школах, громадських організаціях та медичних установах.

Органи місцевого самоврядування, отримавши нові повноваження та ресурси внаслідок децентралізації та реформи ОЗ, мають можливість поставити здоров'я та добробут мешканців в основу всіх прийнятих рішень.

Дніпропетровська область, як один із найбільших регіонів України, активно впроваджує структурні зміни, передбачені реформою, що є прямою імплементацією першого вектору регіональної програми розвитку ОЗ.

Дніпропетровська область має ряд специфічних характеристик, які потребують особливого підходу при реалізації Концепції модернізації публічного управління в сфері охорони здоров'я. Згідно з дослідженням Інституту проблем охорони здоров'я при Національній академії медичних наук України (2023), що було відображено в стратегії розвитку Дніпропетровської області до 2027 року, регіон характеризується високим рівнем індустріалізації, що впливає на профіль захворювань населення [73]. Відповідно до даних Дніпропетровської державної адміністрації, у регіоні спостерігається висока поширеність професійних захворювань, пов'язаних з промисловим виробництвом, що становить 15,2% від загальної кількості захворювань [74]. Одним із ключових викликів для Дніпропетровської області є необхідність адаптації медичної інфраструктури до воєнного стану. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на квітень 2024 року в регіоні було зруйновано 12 медичних закладів, а 47 – пошкоджено [75]. Це створює серйозні проблеми для забезпечення населення медичною допомогою, особливо в районі, який є стратегічно важливим через своє розташування та роль у логістичних маршрутах [73]. Крім того, Дніпропетровська область характеризується високим рівнем міграції населення. За останні три роки кількість постійного населення зменшилася на 8,7%, зокрема через військову мобілізацію та виїзд населення зі східних регіонів [76]. Це створює додаткові виклики для системи охорони здоров'я, яка повинна адаптуватися до змін у демографічній структурі та забезпечити

медичну допомогу як для місцевого населення, так і для переміщених осіб [77]. Особливу увагу варто приділити системі первинної медичної допомоги. За даними Дніпропетровської обласної державної адміністрації, у регіоні функціонує 243 заклади первинної медичної допомоги, з яких лише 62% мають електронну систему медичної інформації [78]. Це вказує на необхідність прискореного впровадження цифрових технологій для підвищення ефективності роботи первинної ланки [79]. Важливим аспектом для Дніпропетровської області є розвиток онкологічної допомоги. Регіон має високий рівень захворюваності на онкологічні захворювання (28% від загальної смертності), що вище середнього показника по Україні (25,6%) [80]. Національний онкологічний центр у Дніпропетровську може стати базою для розвитку онкологічної допомоги на регіональному рівні, але для цього необхідно забезпечити достатнє фінансування, модернізацію обладнання та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Формування спроможної мережі медичних закладів у Дніпропетровській області відбувається за принципом госпітальних округів. Мета полягає у створенні єдиного медичного простору, який гарантує всім мешканцям рівний та безперешкодний доступ до необхідної медичної допомоги.

Попередній план формування Дніпропетровського госпітального округу передбачає включення 33 медичних закладів [81]. Ці заклади поділяються на три рівні, відповідно до складності медичних послуг:

Надкластерні лікарні: 7 закладів. Призначені для надання високоспеціалізованої (третинної) допомоги.

Кластерні лікарні: 16 закладів. Надають спеціалізовану (вторинну) допомогу, повинні мати мінімум 20 напрямків надання медичної допомоги та бути укомплектовані відповідним обладнанням.5

Загальні лікарні: 21 закладів. Лікують найпростіші захворювання, розташовані максимально близько до пацієнта.

Системне значення цього планування полягає в оптимізації маршрутів пацієнтів. У разі складних проблем зі здоров'ям (наприклад, інсульти та інфаркти) пацієнт має потрапляти виключно до кластерних та надкластерних лікарень, де розташовані сучасні кардіоцентри. Це критично важливо, враховуючи, що в Україні щороку від інсультів помирає до 30 000 пацієнтів, часто через несвоєчасну або неякісну допомогу. Структурна трансформація спрямована на забезпечення того, щоб пацієнт отримував допомогу у закладі, що відповідає його стану та має необхідне обладнання для діагностики і лікування.

Одним із ключових компонентів авторської Концепції модернізації є радикальна оптимізація та дебіюрократизація адміністративних процесів. На рівні Дніпропетровської області це знаходить пряме відображення у запланованому реформуванні системи медико-соціальної експертизи.

Міністерство охорони здоров'я України анонсувало, що з 1 січня 2025 року функції Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) як окремих юридичних осіб будуть призупинені, а їхні повноваження перейдуть до кластерних та надкластерних лікарень. Це рішення є управлінською відповіддю на системні проблеми, пов'язані з корупцією та надмірною бюрократизацією у сфері встановлення інвалідності.

Передача функцій МСЕК до 18 кластерних і надкластерних закладів Дніпропетровської області є не лише адміністративною зміною, але й інструментом для підвищення якості та прозорості послуг. Пацієнт зможе отримувати експертний висновок безпосередньо у закладі, де йому надається лікування, що суттєво спрощує маршрут пацієнта.

Успіх цього процесу залежить від подолання викликів кадрової інтеграції та інфраструктурного навантаження. Кластерні лікарні повинні не лише фізично розмістити нові функції, але й забезпечити їх виконання кваліфікованим управлінським персоналом, здатним інтегрувати складне юридичне та соціальне навантаження. Це вимагає від регіональної влади Дніпропетровщини прискореної реалізації заходів із системного розвитку

людського капіталу, з особливим акцентом на управлінські компетенції, що є необхідною передумовою для уникнення інституційної інерції та забезпечення системного управління якістю в нових адміністративних процесах.

Модернізація публічного управління вимагає перегляду підходів до фінансування, забезпечуючи його прозорість, підзвітність та орієнтацію на результат.

Хоча основою фінансового забезпечення медичної системи залишаються кошти державного та місцевих бюджетів, регіональні системи охорони здоров'я повинні активно залучати додаткові джерела: міжнародні гранти, благодійні внески та фінансування з боку приватних суб'єктів. Органи місцевого самоврядування відіграють ключову роль у координації та розподілі цих позабюджетних надходжень. Стратегічні напрями оптимізації фінансового забезпечення, визначені у моделі, підкреслюють необхідність:

Орієнтації на покращення здоров'я населення. Усі ресурси мають бути спрямовані на досягнення конкретних позитивних змін у стані здоров'я регіональної громади.

Справедливого та прозорого розподілу ресурсів. Це дозволить уникнути диспропорцій у фінансуванні між КНП та гарантувати рівний доступ до послуг.

Підвищення прозорості та підзвітності. Створення механізмів, які забезпечують громаді та партнерам можливість стежити за ефективністю використання коштів.

Ці напрями корелюють із підходами ВООЗ, які передбачають об'єднання ресурсів з різних джерел, консолідацію фінансування на рівні громади та підвищення її відповідальності. Впровадження фінансової автономії для керівників медичних закладів (КНП) дозволяє їм коригувати структуру фінансування, інтегруючи додаткові надходження з бюджетними асигнуваннями для спрямування коштів на першочергові потреби, такі як модернізація матеріально-технічної інфраструктури (МТІ) чи забезпечення обладнанням.

Впровадження прозорих механізмів фінансування, орієнтованих на результат, та залучення додаткових ресурсів через ДПП є ключовим компонентом Концепції модернізації. Державно-приватне партнерство визнається взаємовигідною та рівноправною співпрацею, спрямованою на реалізацію соціально значущих проєктів, зокрема, через використання концесійних договорів [82].

ДПП може стати системним механізмом реформування, забезпечуючи ефективну інтеграцію державних і приватних ресурсів. У контексті Дніпропетровської області, де відбувається формування спроможної мережі з високими вимогами до оснащення кластерних та надкластерних лікарень, ДПП є критично важливим для:

- модернізації матеріально-технічної бази;
- залучення високотехнологічного медичного обладнання;
- фінансування розвитку пріоритетних медичних послуг (наприклад, кардіологічних чи онкологічних центрів).

Однак, залучення позабюджетних коштів створює пряму залежність між фінансовою автономією КНП та необхідністю управлінської прозорості з боку місцевої влади. Модель публічного управління має забезпечити такі нормативно-організаційні рамки, які гарантують ефективне і прозоре використання цих ресурсів, мінімізуючи корупційні ризики, виявлені у застарілих моделях управління.

Комплексна цифровізація управління через розширення функціоналу Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) є однією з семи ключових напрямів модернізації, передбачених Концепцією.

Максимальне використання потенціалу ЕСОЗ забезпечує автоматизацію процесів, підвищення аналітичних можливостей та прийняття рішень на основі обґрунтованих даних. Станом на 2024 рік, ЕСОЗ охоплює первинну, спеціалізовану медичну допомогу та аптечні заклади. Медичні інформаційні системи (МІС) автоматизують роботу реєстратури, спрощують запис пацієнтів та забезпечують функціонал для взаємодії з НСЗУ.

Управлінський контекст моделі передбачає, що інформаційне забезпечення (включаючи нормативно-правові документи, наукові дослідження та внутрішню інформаційну базу управлінських структур) є життєво необхідним для ефективної роботи суб'єктів управлінського впливу (місцевих органів влади, головних лікарів, представників громадських організацій) [83].

Більше того, цифровізація є стратегічним активом забезпечення стійкості (resilience) системи в умовах війни. Оскільки візія Дніпропетровського центру контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) включає стійкість і адаптивність, використання ЕСОЗ дозволяє підтримувати безперервність надання послуг та швидко реагувати на кризові ситуації, навіть коли фізична інфраструктура зазнає порушень [84]. Прийняття рішень на основі даних, а не суб'єктивного адміністрування, є фундаментальним для підвищення ефективності публічного управління.

Впровадження другого вектору регіональної програми — розвиток системи громадського здоров'я — є особливо актуальним, зважаючи на епідеміологічну динаміку у Дніпропетровській області.

Актуальні дані Державної установи «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» за 46-й тиждень 2024 року демонструють високу динаміку захворюваності на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), включно з COVID-19.10

За звітний період (11–17 листопада 2024 року) на ГРВІ/COVID-19 захворіло 7548 осіб, що свідчить про зростання захворюваності на 5.0% порівняно з попереднім тижнем. Незважаючи на те, що інтенсивний показник (244.0) залишався нижче епідемічного порогу, критично високою є частка захворюваності серед дітей: 3526 осіб, що становить 46.7% від загальної кількості хворих. Зростання госпіталізації серед дітей склало 2.4%.10

Ці дані підтверджують необхідність посилення профілактичних програм, як це передбачено Розділом II регіональної програми. Пріоритетним напрямом є охоплення вакцинацією. Станом на 46-й тиждень 2024 року в

області було вакциновано 8822 особи проти грипу, при цьому медичний персонал складав значну частину імунізованих (3633 особи).

ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» виступає ключовою інституцією, відповідальною за реалізацію політики громадського здоров'я у регіоні. Його місія включає запобігання загрозам (інфекційним, хімічним, радіаційним) та реагування на спалахи хвороб із застосуванням сучасних наукових методів, а ключовими цінностями є стійкість та адаптивність. Діяльність ЦКПХ, що охоплює моніторинг якості питної води, протиепідемічні заходи (кір, сказ) та ініціативи з психічного здоров'я, ілюструє міжсекторальний характер системи ГЗ.

Проте, аналіз епідеміологічних даних за 2024 рік, які демонструють високу захворюваність серед дитячого населення (майже половина випадків), вказує на можливу невідповідність між стратегічними завданнями та фактичною ефективністю превентивних заходів. Це свідчить про недостатнє охоплення або ефективність поточних програм профілактики та освітніх кампаній, які мали б реалізовуватися в освітніх установах та громадських організаціях, як того вимагає модель.

Таким чином, регіональне управління Дніпропетровської області має здійснити аудит впровадження програм навчання та підвищення відповідальності за власне здоров'я, щоб скоригувати стратегію ГЗ. Необхідний акцент не лише на моніторингу, а й на активній інтервенційній політиці у найбільш уразливому середовищі (дитячі колективи), що вимагає посилення взаємодії між ЦКПХ, місцевими органами освіти та соціального захисту. Це забезпечить ефективне використання впливу публічної влади регіону на здоров'я та добробут населення.

На основі проведеного дослідження та виявлених управлінських викликів, органам публічного управління Дніпропетровської області доцільно вжити наступних заходів:

З огляду на заплановану передачу функцій МСЕК до кластерних та надкластерних лікарень з 2025 року, необхідно терміново розробити та

впровадити цільові, прикладні програми розвитку управлінських компетенцій для керівного складу цих закладів. Ці програми мають бути сфокусовані на управлінні складними адміністративними та юридичними процесами, системному управлінні якістю та запобіганні корупційним ризикам.

Активізація державно-приватного партнерства (ДПП): Необхідно посилити інституційні та нормативні механізми на регіональному рівні для активного залучення приватного капіталу через ДПП (зокрема, концесійні договори). Додаткові кошти слід спрямувати на модернізацію матеріально-технічної інфраструктури надкластерних медичних центрів, що є критичним для забезпечення їхньої спроможності надавати високоспеціалізовану допомогу згідно з госпітальним планом.

Корекція стратегії громадського здоров'я (ГЗ): Зважаючи на високу захворюваність серед дитячого населення регіону (46.7% випадків ГРВІ/COVID-19 у 46-му тижні 2024 р.), необхідно провести аудит ефективності профілактичних та освітніх програм, передбачених Розділом II регіональної програми. Слід посилити інтервенційну політику шляхом розширення охоплення вакцинацією та впровадженням цільових освітніх програм у школах та дошкільних закладах, забезпечуючи дієву міжсекторальну взаємодію з органами освіти.

Посилення прозорості та прийняття рішень на основі даних: Органи місцевого самоврядування повинні максимально використовувати аналітичний потенціал ЕСОЗ та механізми відкритих даних для оцінки ефективності використання фінансових ресурсів та моніторингу якості послуг. Це сприятиме реалізації принципів прозорості та підзвітності, що є ключовими для відновлення довіри та забезпечення раціонального використання ресурсів.

## ВИСНОВКИ

У роботі уточнено теоретико-правові засади публічного управління у сфері надання медичних послуг в Україні та показано, що базовим інституційним ядром реформи стала контрактна модель «закупівлі послуг» із визначенням НСЗУ як єдиного замовника та запровадженням принципу «гроші слідують за пацієнтом», що зміщує акцент з утримання інфраструктури на оплату фактично наданого результату. Доведено, що в умовах повномасштабної війни система охорони здоров'я функціонує в режимі «подвійного навантаження»: одночасного продовження структурної реформи та реагування на виклики воєнного часу (травматизм, зростання потреб у ментальному здоров'ї, руйнування інфраструктури), що потребує адаптивних управлінських рішень і спеціальних регуляторних режимів.

Обґрунтовано, що ключовою управлінською логікою воєнного періоду стає підвищення стійкості системи (Health System Resilience), де критичне значення має централізоване управління фінансовими ресурсами через НСЗУ, яке дає змогу оперативніше спрямовувати фінансування до найбільш уражених територій і підтримувати доступ до послуг ПМГ. Здійснено аналіз еволюції нормативної бази впродовж 2022–2025 років та показано її роль у модернізації управлінських механізмів (включно з режимами роботи ЕСОЗ у зоні бойових дій, оновленням мережі закладів через госпітальні округи/кластери, створенням наглядових рад, а також визначенням довгострокових векторів через Стратегію розвитку СОЗ до 2030 року).

Уточнено концептуальні положення стратегічного розвитку медичних послуг через застосування підходу Value-Based Healthcare (управління на основі цінності), відповідно до якого результативність реформ має оцінюватися насамперед довгостроковими медико-соціальними ефектами (стан здоров'я, тривалість життя, зниження поширеності соціально значущих хвороб), а не лише економією коштів чи кількістю послуг. Аргументовано доцільність розвитку державно-приватного партнерства як інструменту

модернізації публічного адміністрування в охороні здоров'я, що забезпечує не тільки додаткові інвестиції, а й організаційно-управлінські інновації та підвищення стійкості системи з огляду на обмеженість бюджетних ресурсів.

Запропоновано та концептуально описано модель удосконалення публічного управління на регіональному рівні, яка базується на системному підході й реалізується через цільові комплексні програми; у моделі чітко визначено ключових стейкхолдерів (зокрема роль органів місцевої влади у координації ресурсів і відповідальності за результати) та механізми взаємодії з регіональними закладами (КНП). Сформульовано практико орієнтовані рекомендації щодо прискорення модернізації на рівні ОВА та госпітальних округів через регіональні програми реалізації пріоритетів ПМГ (зокрема розвиток високотехнологічної діагностики та розширення мережі психосоціальної допомоги), що одночасно підвищує доступність послуг і зміцнює фінансову спроможність ЗОЗ.

Визначено управлінські ризики подальшого етапу реформи, пов'язані з бюджетно-казначейськими змінами (зокрема переходом на оплату медичних послуг через рахунки ДКСУ), що може впливати на фінансову автономію закладів, і потребує додаткових компенсаторних механізмів в управлінні та контролі.

Перспективи подальших досліджень доцільно пов'язати з:

- а) розробленням системи індикаторів VВН для ПМГ та регіональних програм;
- б) емпіричною оцінкою ефективності ДПП у медичній інфраструктурі та сервісах;
- в) аналізом впливу воєнних регуляторних режимів і цифрових інструментів (ЕСОЗ) на доступність/якість послуг;
- г) вивченням наслідків змін фінансового адміністрування для автономії та стійкості медичних закладів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Юрочко Т. та ін. Система охорони здоров'я в Україні (СОЗ). *UAReforms*. URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-655> (дата звернення: 20.12.2025).
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 20.12.2025).
3. Шість років Закону про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : новина. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/shist-rokiv-zakonu-pro-derzhavni-finansovi-garantii-medichnogo-obslugovuvannja-naselennja--> (дата звернення: 20.12.2025).
4. Функціонування ЕСОЗ під час воєнного стану : роз'яснення. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/funkcionuvannya-esoz-pid-chas-voynennogo-stanu> (дата звернення: 20.12.2025).
5. 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: 20.12.2025).
6. Панов І. В. Вплив децентралізації на організацію роботи закладів системи охорони здоров'я України та надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2024. № 8. С. 164–169. DOI: 10.32782/2524-0374/2024-8/36.
7. Рогова О. Г. Особливості правового режиму системи охорони здоров'я України в умовах воєнного часу. *Публічне право*. 2022. № 4 (48). С. 198–209. DOI: 10.32062/2306-9082/2022-48-23.
8. Деякі питання забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану : постанова Кабінету Міністрів України від 23.03.2022 № 351. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP220351> (дата звернення: 20.12.2025).

9. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/174-2023-%D0%BF> (дата звернення: 20.12.2025).
10. Про наглядову раду закладу охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2023 № 1221. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1221-2023-%D0%BF> (дата звернення: 20.12.2025).
11. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-%D1%80> (дата звернення: 20.12.2025).
12. Про Державний бюджет України на 2025 рік : Закон України від 19.11.2024 № 4059-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4059-20> (дата звернення: 20.12.2025).
13. Yaitska D. Public participation: International standards and perspectives for Ukraine. *Theory and Practice of Jurisprudence*. 2023. No. 1 (23). DOI: 10.21564/2225-6555.2023.23.282101.
14. У 2023 році видатки на охорону здоров'я становили 217,4 млрд гривень : новина. Міністерство фінансів України, 11.03.2024. URL: [https://mof.gov.ua/uk/news/minfin\\_u\\_2023\\_rotsi\\_vidatki\\_na\\_okhoronu\\_zdorovia\\_stanovili\\_2174\\_mlrd\\_griven-4492](https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2023_rotsi_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_stanovili_2174_mlrd_griven-4492) (дата звернення: 20.12.2025).
15. У 2024 році видатки на охорону здоров'я становили 238,7 млрд гривень : новина. Міністерство фінансів України, 31.01.2025. URL: [https://mof.gov.ua/uk/news/minfin\\_u\\_2024\\_rotsi\\_vidatki\\_na\\_okhoronu\\_zdorovia\\_stanovili\\_2387\\_mlrd\\_griven-4999](https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2024_rotsi_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_stanovili_2387_mlrd_griven-4999) (дата звернення: 20.12.2025).
16. Державний бюджет на 2025 рік прийнято парламентом: видатки на сферу охорони здоров'я становлять понад 217 млрд грн : новина. Міністерство охорони здоров'я України, 19.11.2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzheth-na-2025-rik-prijnyato-parlamentom-vidatki-na-sferu-ohoroni-zdorov-ya-stanovlyat-ponad-217-mlrd-grn> (дата звернення: 20.12.2025).

17. В проєкті бюджету на 2025 рік передбачено майже 211 млрд грн видатків на охорону здоров'я : новина. Міністерство охорони здоров'я України, 13.09.2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-proyekti-byudzhetu-na-2025-rik-peredbacheno-majzhe-211-mlrd-grn-vidatkiv-na-ohoronu-zdorov-ya> (дата звернення: 20.12.2025).

18. Виклики війни... пріоритети бюджету-2025 : новина. Міністерство охорони здоров'я України, 20.09.2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vikliki-vijni-pidgotovka-do-zimi-ta-planuvannya-na-2025-rik-u-moz-projshla-zustrich-iz-kerivnikami-regionalnih-pidrozdiliv-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 20.12.2025).

19. Лопаткіна О. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Публічне управління і політика*. 2024. № 2. С. 21–28. DOI: 10.70651/3041-2498/2024.2.03.

20. Панов І. В. Вплив децентралізації на організацію роботи закладів системи охорони здоров'я України та надання соціальних послуг у сфері охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2024. № 8. С. 164–169. DOI: 10.32782/2524-0374/2024-8/36.

21. Функціонування ЕСОЗ під час воєнного стану : офіційні роз'яснення. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/funkcionuvannya-esoz-pid-chas-voyennogo-stanu> (дата звернення: 20.12.2025).

22. Reforma ohoroni zdorov'a v Ukraini v sucasnih umovah = Healthcare reform in Ukraine under modern conditions. *ResearchGate*. URL: [https://www.researchgate.net/publication/390615858\\_REFORMA\\_OHORONI\\_ZDOROV'A\\_V\\_UKRAINI\\_V\\_SUCASNIH\\_UMOVANHEALTHCARE\\_REFORM\\_IN\\_UKRAINE\\_UNDER\\_MODERN\\_CONDITIONS](https://www.researchgate.net/publication/390615858_REFORMA_OHORONI_ZDOROV'A_V_UKRAINI_V_SUCASNIH_UMOVANHEALTHCARE_REFORM_IN_UKRAINE_UNDER_MODERN_CONDITIONS) (дата звернення: 20.12.2025).

23. Максимович М. І., Литвин Н. А. Актуальні проблеми доступу до медицини під час воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 9. С. 330–332. DOI: 10.32782/2524-0374/2022-9/80.

24. Турчин К. Ю. Публічне управління наданням медичних послуг в умовах трансформації системи охорони здоров'я : дис. ... д-ра філософії : 28 Публічне управління та адміністрування. Львів : Нац. ун-т «Львів. політехніка», 2025. 253 с. URL: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2025/radaphd/32401/disertaciya-turchin-kyu.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).
25. Pollitt C., Bouckaert G. *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford : Oxford University Press, 2004 (online edn, Oct. 2023). DOI: 10.1093/oso/9780199268481.001.0001.
26. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.
27. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 20.12.2025).
28. Класифікація видів економічної діяльності ДК 009:2010 : затв. наказом Держспоживстандарту України від 11.10.2010 № 457. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/vb457609-10> (дата звернення: 20.12.2025).
29. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. *Медичне право України : підручник*. Київ : Правова єдність, 2008. 507 с. URL: [https://library.nlu.edu.ua/POLN\\_TEXT/KNIGI-2012/medpravo2008.pdf](https://library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/KNIGI-2012/medpravo2008.pdf) (дата звернення: 20.12.2025).
30. Mechanic D. The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *J. Health Polit. Policy Law*. 1998. Vol. 23, No. 4. P. 661–686. DOI: 10.1215/03616878-23-4-661.
31. Arrow K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 1963. Vol. 53, No. 5. P. 941–973.
32. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York : Anchor Books, 1961.
33. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford : Oxford University Press, 2019.

34. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC) : National Academies Press, 2001.
35. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC) : National Academies Press, 2000.
36. To Err is Human: Building a Safer Health System / eds. L. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson. Washington (DC) : National Academies Press, 2000. PMID: 25077248.
37. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988. Vol. 260, No. 12. P. 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.
38. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/435-15> (дата звернення: 20.12.2025).
39. Ткач К. Д. Генезис розвитку правового регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні. *Юридичний вісник «Право» (КРОК)*. 2022. № 49. С. 66–71. URL: <https://lbku.krok.edu.ua/index.php/legal-bulletin/article/view/299> (дата звернення: 20.12.2025).
40. Втрати медичної інфраструктури через війну: понад 2300 об'єктів медзакладів пошкоджені або зруйновані : новина. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-infrastrukturi-cherez-vijnu-ponad-2300-ob-yektiv-medzakladiv-poshkodjeni-abo-zrujnovani> (дата звернення: 20.12.2025).
41. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Washington, D.C. : World Bank, 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).
42. Strengthening primary health care (PHC). WHO and World Bank launch new report assessing progress in health financing reforms. *United Nations in Ukraine*, 2024. URL: <https://ukraine.un.org/en/284053-who-and-world-bank-launch-new-report-assessing-progress-health-financing-reforms> (дата звернення: 20.12.2025).

43. Framework on Integrated, People-Centred Health Services. *World Health Organization*. URL: [https://data.who.int/countries/804?utm\\_source=chatgpt.com](https://data.who.int/countries/804?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 20.12.2025).

44. У 2024 році видатки на охорону здоров'я становили 238,7 млрд гривень : новина. Міністерство фінансів України, 31.01.2025. URL: [https://mof.gov.ua/uk/news/minfin\\_u\\_2024\\_rotsi\\_vidatki\\_na\\_okhoronu\\_zdorovia\\_stanovili\\_2387\\_mlrd\\_griven-4999](https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2024_rotsi_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_stanovili_2387_mlrd_griven-4999) (дата звернення: 20.12.2025).

45. Інтернатура-2025 в Україні: спеціальності та особливості організації. *Медична справа*, 11.07.2025. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/101416-oznaiomtesia-zi-zminamu-u-medychnomu-zakonodavstvi-za-serpen-2025-roku> (дата звернення: 20.12.2025).

46. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30.07.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text> (дата звернення: 20.12.2025).

47. Уряд визначив механізм реалізації Програми медичних гарантій у 2025 році : новина. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-viznachiv-mehanizm-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-u-2025-roci> (дата звернення: 20.12.2025).

48. Послуги з охорони психічного здоров'я на «первинці»: що зміниться у 2025 році? : новина. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/poslugi-z-ohoroni-psihichnogo-zdorov-ya-na-pervinci-sho-zminitsya-u-2025-roci> (дата звернення: 20.12.2025).

49. Торік відбудували 124 медичні об'єкти, які були пошкоджені росією, — МОЗ. *Укрінформ*, 2024. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-vidbundle/3963630-torik-vidbuduvali-124-medicni-obekti-aki-buli-poskodzeni-rosie-u-moz.html> (дата звернення: 20.12.2025).

50. У 2024 році Дніпропетровська область зафіксувала значне перевищення смертності над народжуваністю. *Укр.нет*, 2024. URL: <https://www.ukr.net/news/details/society/109375726.htm> (дата звернення: 20.12.2025).

51. Міністерство охорони здоров'я України : офіційний сайт. 2025. URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 20.12.2025).

52. Реабілітація після тяжких травм та хвороб на Дніпропетровщині: як скористатися послугою військовим і цивільним. *Суспільне Дніпро*. URL: <https://susplne.media/dnipro/598477-reabilitacia-pisla-tazkih-travm-ta-hvorob-na-dnipropetrovsini-ak-skoristatisa-poslugou-vijskovim-i-civilnim/> (дата звернення: 20.12.2025).

53. Маршрути екстреної медичної допомоги тепер узгоджуватимуться з МОЗ. *Український медичний часопис*. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-260188-marshruti-ekstrenoyi-medichnoyi-dopomogi-teper-uzgodzhuvatimutsya-z-moz> (дата звернення: 20.12.2025).

54. Після реорганізації Національний інститут раку на понад 50% збільшив кількість проведених операцій : новина. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/pislja-reorganizacii-nacionalnij-institut-raku-na-ponad-50-zbilshiv-kilkist-provedenih-operacij#> (дата звернення: 20.12.2025).

55. Звіт НСЗУ про надходження та використання коштів загального фонду Державного бюджету разом зі звітом незалежного аудитора. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zvit-nszu-pro-nadhodzhennya-ta-vikoristannya-koshtiv-zagalnogo-fondu-derzhavnogo-byudzhetu-razom-zi-zvitom-nezalezhnogo-auditora> (дата звернення: 20.12.2025).

56. На сайті НСЗУ оприлюднили звіт про витрати закладів охорони здоров'я на ліки та медичні вироби у 2024 році : новина. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/na-sajti-nszu-oprilyudnili-zvit-pro-vitrati-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-na-liki-ta-medichni-virobi-u-2024-roci> (дата звернення: 20.12.2025).

57. Звіт про результати розгляду звернень громадян у Національній службі здоров'я України за I півріччя 2024 року. *НСЗУ*. URL: [https://service.e-health.gov.ua/storage/editor/files/zvit-pro-rezultati-rozglyadu-zvernen-gromadyan-u-natsionalniy-sluzhbi\\_1721295486.pdf](https://service.e-health.gov.ua/storage/editor/files/zvit-pro-rezultati-rozglyadu-zvernen-gromadyan-u-natsionalniy-sluzhbi_1721295486.pdf) (дата звернення: 20.12.2025).

58. Гбур З. Формування рекомендацій щодо вдосконалення механізмів реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні. *Філософія та управління*. 2025. № 5 (9). DOI: 10.70651/3041-248X/2025.5.13.

59. Кучеренко В. О. Міжнародний та вітчизняний досвід державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2025. № 15. DOI: 10.54929/2786-5746-2025-15-02-05.

60. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 20.12.2025).

61. Про публічно-приватне партнерство : Закон України від 19.06.2025 № 4510-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20#Text> (дата звернення: 20.12.2025).

62. Державно-приватні партнерства з питань інфраструктури та послуг у сфері охорони здоров'я: міркування для розробників політики в Україні. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5522556d-a5b1-4868-b683-2f08bf8b2cd0/content> (дата звернення: 20.12.2025).

63. Public-private partnerships for health care infrastructure and services: considerations for policymakers in Ukraine. *WHO*, 2022. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362282/WHO-EURO-2022-5713-45478-65597-ukr.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

64. Curtis V. A., Thomas A. Public-private partnerships for health: a review of the best practices in the health sector. Washington, DC : World Bank. URL:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/250041468139510541> (дата звернення: 20.12.2025).

65. Попов М., Комаровський І., Супрунець Д. Державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2025. С. 71–87. DOI: 10.35432/tisb332025323996.

66. Турченко І. В. Окремі проблеми сучасного правового регулювання концесійних відносин за чинним законодавством України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Вип. 86, ч. 2. С. 347–354. DOI: 10.24144/2307-3322.2024.86.2.52.

67. Ukraine Health Financing Policy Note: Progress and Outlook (Draft for consultation). WHO, 2024. URL: [https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/vii---ukraine-hf-final-july-03-upd-authors.pdf?sfvrsn=fc4cbbda\\_2&download=true](https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/vii---ukraine-hf-final-july-03-upd-authors.pdf?sfvrsn=fc4cbbda_2&download=true) (дата звернення: 20.12.2025).

68. Dnipropetrovsk\_region\_2024-ENG : регіональний звіт. URL: [https://dia.dp.gov.ua/wp-content/uploads/2025/04/Dnipropetrovsk\\_region\\_2024-ENG.pdf](https://dia.dp.gov.ua/wp-content/uploads/2025/04/Dnipropetrovsk_region_2024-ENG.pdf) (дата звернення: 20.12.2025).

69. Самофалов Д. О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект. Odesa : OrIDU NADU, 2022. URL: [https://www.researchgate.net/publication/361757416\\_FORMUVANNA\\_MODELI\\_KOMUNIKATIVNOI\\_DIALNOSTI\\_V\\_PUBLICNOMU\\_ADMINISTRUVANNI\\_OHORONOU\\_ZDOROV'A\\_V\\_UKRAINI\\_TEORETIKO-METODOLOGICNIJ\\_ASPEKT](https://www.researchgate.net/publication/361757416_FORMUVANNA_MODELI_KOMUNIKATIVNOI_DIALNOSTI_V_PUBLICNOMU_ADMINISTRUVANNI_OHORONOU_ZDOROV'A_V_UKRAINI_TEORETIKO-METODOLOGICNIJ_ASPEKT) (дата звернення: 20.12.2025).

70. Маркевич Ю. О. Еволюція теоретичних підходів до управління охороною здоров'я в системі економічної науки. *Zenodo*, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.15353222.

71. Гавриченко Д. Г. Сучасні підходи до реформування публічних механізмів у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах. *Держава та*

регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2022. № 1. С. 12–17. DOI: 10.32840/1813-3401.2022.1.2.

72. Гавриченко Д. Г. Стратегічне планування реформування сфери охорони здоров'я та його адаптація під час війни. *Публічне адміністрування та регіональний розвиток*. 2022. Вип. 15. С. 68–86. DOI: 10.34132/pard2022.15.03.

73. Стратегія розвитку Дніпропетровської області до 2027 року (оновлена редакція, 2025). Дніпро : Дніпропетровська ОДА, 2025. URL: [https://adm.dp.gov.ua/storage/app/media/Pro%20oblast/Rozvytok%20rehionu/Stratehiia%20rozvytku/strategiya-rozvytku-2027\\_20250114.pdf](https://adm.dp.gov.ua/storage/app/media/Pro%20oblast/Rozvytok%20rehionu/Stratehiia%20rozvytku/strategiya-rozvytku-2027_20250114.pdf) (дата звернення: 20.12.2025).

74. Цільові програми у сфері охорони здоров'я. Дніпро : Дніпропетровська ОДА, 2023. URL: <https://adm.dp.gov.ua/dniprooda/prooda/departamenti-ta-upravlinnya/departament-ohoroni-zdorovya/cilovi-programi-ohorona-zdorov> (дата звернення: 20.12.2025).

75. Божик Г. «Тільки дзеркала розбивали». Як війна змінила дендропарк і інші медзаклади Дніпропетровщини: інтерв'ю з директором департаменту охорони здоров'я ОВА. *Відомо.Медіа*, 03.07.2024. URL: <https://vidomosti.media/ne-tikly-doctoru-kazaly-lysh-zerkala-razbyvaly/> (дата звернення: 20.12.2025).

76. Чисельність наявного населення (за оцінкою) по регіонах, районах, територіальних громадах та населених пунктах. Державна служба статистики України, 2024–2025. URL: <https://data.gov.ua/dataset/46ca2741-b4e8-4939-98ec-83199de5e502> (дата звернення: 20.12.2025).

77. Ukraine Response — Regional Analysis: Access to Health Care for Displaced Populations. Annual Health Snapshot (Jan–Dec 2023). Geneva : IOM DTM, 2024. 8 р. URL: <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/IOM%20DTM%20Ukraine%20Response%20Regional%20Annual%202023%20Health%20Snapshot.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

78. Спроможна мережа медзакладів : офіційний портал. Міністерство охорони здоров'я України, 2024–2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha> (дата звернення: 20.12.2025).

79. Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я : презентація. Міністерство охорони здоров'я України, 07.02.2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-presentuvano-ramku-tsyfrovoi-kompetentnosti-pratsivnyka-okhorony-zdorovia> (дата звернення: 20.12.2025).

80. Рак в Україні, 2022–2023 : бюлетень Національного канцер-реєстру України № 25. Київ : Національний інститут раку, 2024. URL: [https://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_25/PDF/BULL\\_25.pdf](https://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/BULL_25.pdf) (дата звернення: 20.12.2025).

81. Спроможна мережа медзакладів : опис концепції. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha> (дата звернення: 20.12.2025).

82. Шевчук Р. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2022. № 4 (64). С. 109–114. DOI: 10.32689/2523-4625-2022-4(64)-14.

83. Квітка С., Шебанов В. Цифровізація системи охорони здоров'я в сільських територіальних громадах України: інтегрований підхід. *Аспекти публічного управління*. 2025. Т. 13, № 2. С. 75–84. DOI: 10.15421/152522.

84. Вальчук М. С. Цифровізація сфери охорони здоров'я в Україні на шляху до забезпечення клієнто- та пацієнтоорієнтованості. *Центральноукраїнський вісник права та публічного управління*. 2024. Вип. 3 (7). С. 14–22. DOI: 10.32782/cuj-2024-3-2.