

**Міністерство освіти і науки України
Дніпровський державний аграрно-економічний університет
Факультет менеджменту і маркетингу
Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування**

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ:**

**Завідувач(ка) кафедри,
д.держ.упр., проф.**

_____ Наталія БОНДАРЧУК

« ____ » _____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО
УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ступінь вищої освіти: Магістр

Здобувачка

Анна ТРОФИМУК

**Науковий керівник,
к.держ.упр., доцент**

Анна МУНЬКО

Дніпро – 2025

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Менеджменту і маркетингу

Кафедра: Менеджменту, публічного управління та адміністрування

Освітньо-професійна програма: «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Ступінь вищої освіти: Магістр

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри _____

« ____ » _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ

на підготовку кваліфікаційної роботи

Трофимук Анні Владиславівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я

Науковий керівник: Мунько А.Ю. к.н.держ.упр., доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по ДДАЕУ від « ____ » _____ 2025 року № _____

2. Термін подання здобувачем роботи: 02 грудня 2025 року

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови КМУ, Укази Президента України та інші нормативні документи, навчальні посібники, підручники, періодична література, праці провідних вчених

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

1. Засади публічного управління у сфері охорони здоров'я. 2. Сучасний стан публічного управління у сфері охорони здоров'я. 3. Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. Висновки і пропозиції

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Механізм взаємодії органів місцевого самоврядування з органами виконавчої влади та іншими суб'єктами щодо реалізації повноважень у сфері охорони здоров'я

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання 12 жовтня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми і об'єкта дослідження, розробка завдання і графіка робіт	жовтень 2024 р.	
2.	Пошук та опрацювання літературних джерел	листопад-грудень 2024 р.	
3.	Засади публічного управління у сфері охорони здоров'я	січень - березень 2024 р.	
4.	Сучасний стан публічного управління у сфері охорони здоров'я	квітень - травень 2025 р.	
5.	Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні	червень - вересень 2025 р.	
6.	Вступ	жовтень 2025 р.	
7.	Висновки	листопад 2025 р.	
8.	Оформлення роботи	листопад 2025 р.	

Здобувачка

_____ (підпис)

Анна ТРОФИМУК

(прізвище та ініціали)

Науковий керівник

_____ (підпис)

Анна МУНЬКО

(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Тема: Удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Кваліфікаційна робота містить: 89 с., 2 табл., 1 рис., 72 літературних джерела, 1 додаток.

Об'єкт дослідження – суспільно-економічні відносини у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я

Метою роботи є обґрунтування напрямів удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. У кваліфікаційній роботі використано комплекс методів, що поєднує аналітичні, порівняльні та прикладні підходи.

У результаті дослідження обґрунтовано системи стратегічних і організаційних заходів для удосконалення публічного управління системою охорони здоров'я України з урахуванням міжнародних стандартів, принципів сталого розвитку, євроінтеграційного курсу країни та специфіки контексту національних проблем обмеженості бюджетного фінансування, структурної незбалансованості медичних послуг, потребі відновленні та модернізації інфраструктури, кадровому забезпеченні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, ІНСТИТУЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ, СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ, ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО, ЦИФРОВІЗАЦІЯ, ВІЙНА

KEYWORDS

PUBLIC ADMINISTRATION MECHANISM, HEALTH CARE, MEDICAL SERVICES, INSTITUTIONAL MECHANISMS, STRATEGIC PLANNING, PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP, DIGITIZATION, WAR

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Сутність і зміст публічного управління у сфері охорони здоров'я	9
1.2. Повноваження органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я	18
1.3. Нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я	27
Висновки до розділу 1	33
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	34
2.1. Особливості публічного управління охороною здоров'я на сучасному етапі в Україні	34
2.2. Роль центрів первинно-медико-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я України (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Юріївський центр первинної медико-санітарної допомоги»)	41
2.3. Світовий досвід упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я	48
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	55
3.1. Сценарне планування розвитку публічного управління охороною здоров'я в Україні	55
3.2. Розвиток публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	61
3.3. Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в контексті міжнародних стандартів	67
Висновки до розділу 3	73
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Публічне управління у цій сфері відіграє ключову роль у забезпеченні конституційного права громадян на доступ до медичних послуг, ефективного використання державних ресурсів та реалізації політики громадського здоров'я. В умовах глобалізаційних процесів, демографічних змін та зростання потреб населення в медичних послугах виникає необхідність удосконалення управлінських механізмів, здатних забезпечити сталість і якість медичної допомоги. Реформування системи охорони здоров'я в Україні, включно із впровадженням електронних сервісів, механізмів державних закупівель, публічно-приватного партнерства та децентралізації повноважень, створює як можливості, так і виклики щодо координації дій державних органів, фінансового забезпечення та контролю якості надання послуг. Сучасні виклики, включаючи війну, пандемії, економічні труднощі та потребу інтеграції гуманітарних ресурсів, підкреслюють критичну необхідність ефективних, прозорих та адаптивних механізмів публічного управління, здатних швидко реагувати на зміни та забезпечувати соціальну стабільність. Тому дослідження та удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я є актуальним, оскільки спрямоване на підвищення ефективності державної політики, оптимізацію використання ресурсів та забезпечення доступності якісних медичних послуг для всіх верств населення, що має стратегічне значення для сталого розвитку суспільства.

Різні аспекти проблем публічного управління, сутності реалізації його принципів, механізми реформування сучасної системи охорони здоров'я, розвиток стратегічного та сценарного планування, впровадження державно-приватного партнерства та цифрових технологій у медичній сфері досліджуються в працях українських та зарубіжних учених. Значний внесок у розуміння теоретико-методологічних засад публічного управління охороною здоров'я внесли В. Авраменко, Т. Блащук, З. Гладун, М. Білинська, Я. Радиш,

О. Качмар, І. Кринична, І. Хожило, В. Воробйов, Л. Криничко, А. Байрак, Ю. Козаченко, В. Шарий та інші. У наукових працях розглядаються такі напрями, як інституційне та нормативно-правове забезпечення публічного управління, механізми децентралізації та делегування повноважень між органами влади, фінансування та забезпечення медичних послуг у контексті сталого розвитку, впровадження та оцінка державно-приватного партнерства, розвиток стратегічного управління у сфері охорони здоров'я, а також цифровізація та електронні сервіси. Разом з тим кількість і глибина досліджень не виключає того, що динамічний розвиток системи охорони здоров'я в кризових умовах не повною мірою відповідають сучасним потребам.

Метою роботи є обґрунтування напрямів удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Відповідно до мети, в роботі заплановано виконати **такі завдання:**

- розкрити сутність і зміст публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати повноваження органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я;
- визначити особливості публічного управління охороною здоров'я на сучасному етапі в Україні;
- обґрунтувати роль центрів первинно-медико-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я України (на прикладі КНП «Юріївський ЦПМСД»)
- проаналізувати світовий досвід упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я;
- спрогнозувати розвиток публічного управління охороною здоров'я в Україні на основі сценарного планування;
- запропонувати напрями розвитку публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я;
- визначити шляхи удосконалення публічного управління у сфері

охорони здоров'я в контексті міжнародних стандартів.

Об'єкт дослідження – суспільно-економічні відносини у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я

Методи дослідження. У дослідженні застосовано системний аналіз для виявлення структурних проблем та взаємозв'язків у сфері охорони здоров'я, методи сценарного планування для розробки та оцінки трьох можливих сценаріїв розвитку галузі, контент-аналіз нормативно-правових актів і міжнародних стандартів для визначення прогалин та напрямів удосконалення, а також порівняльний аналіз досвіду європейських країн. Доповнюють дослідження статистичні методи обробки даних про фінансування, кадровий потенціал і ефективність медичних послуг.

Інформаційну базу дослідження сформовано на основі офіційних документів та нормативно-правових актів України; статистичних даних про фінансування медичних закладів, кадровий потенціал, доступність та якість медичних послуг, результати моніторингу реформ та публічних ініціатив у сфері охорони здоров'я; наукові публікації, аналітичні звіти, дослідження міжнародних організацій і матеріали експертних оцінок для порівняльного аналізу та адаптації передового досвіду до українського контексту.

Наукова новизна полягає в обґрунтуванні системи стратегічних і організаційних заходів для удосконалення публічного управління системою охорони здоров'я України з урахуванням міжнародних стандартів, принципів сталого розвитку, євроінтеграційного курсу країни та специфіки контексту національних проблем обмеженості бюджетного фінансування, структурної незбалансованості медичних послуг, потребі відновленні та модернізації інфраструктури, кадровому забезпеченні. Основні положення, що мають елементи наукової новизни, полягають у такому:

уперше:

– обґрунтовано сценарне планування розвитку системи охорони здоров'я

України на основі трьох сценаріїв (оптимістичний– стратегічна модернізація, базовий – контрольована адаптація, песимістичний – функціональне виживання та кризова стабілізація) з урахуванням впровадження інструментів публічно-приватного партнерства, модернізації інфраструктури, цифровізації управління та адаптації до міжнародних стандартів;

удосконалено:

– модель розвитку публічно-приватного партнерства як інструменту підвищення ефективності управління, модернізації інфраструктури, залучення інноваційних технологій та кадрового оновлення системи, що поєднує ресурси державного та приватного секторів і забезпечує рівний доступ громадян до медичних послуг;

дістало подальшого розвитку:

– способи інтеграції міжнародних стандартів і практик управління охороною здоров'я у національний контекст, включаючи орієнтацію на профілактику, первинну медичну допомогу, доказову медицину та багаторівневу структуру надання медичних послуг.

Апробація результатів роботи. Основні теоретичні положення і практичні результати кваліфікаційного дослідження доповідались та обговорювались на IV Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Актуальні проблеми економіки, управління та маркетингу в аграрному бізнесі» (м. Дніпро, 06-07 жовтня 2025 року), на 13-й Всеукраїнській науково-практичній конференції «Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 08-09 листопада 2025 року) та опубліковано статтю в фаховому журналі категорії Б «Публічне адміністрування та національна безпека».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 72 найменування. Основний зміст кваліфікаційної роботи магістра викладено на 89 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність і зміст публічного управління у сфері охорони здоров'я

У науковій літературі категорія «публічне управління» традиційно трактується у двох взаємопов'язаних площинах. З одного боку, нею позначають специфічну сферу суспільної діяльності, пов'язану з розробленням, прийняттям і впровадженням управлінських рішень, державних політик та соціально значущих програм, що реалізуються через органи влади, державні інституції та інші публічні організації. З іншого боку, цей термін означає наукову та освітню галузь, яка забезпечує підготовку фахівців і розроблення теоретико-методологічних засад функціонування публічної влади [48].

Особливою сферою публічного управління, що має вирішальне значення для соціальної стабільності, національної безпеки та суспільного розвитку, є система охорони здоров'я. Її унікальність полягає в тому, що управлінські рішення в цій галузі безпосередньо впливають на стан фізичного та психічного здоров'я населення, які є базисом людського капіталу та економічної спроможності держави. У сучасних умовах, зокрема в період повномасштабної війни, охорона здоров'я виконує не лише класичну соціальну функцію, а й набуває статусу стратегічного інструменту забезпечення обороноздатності країни, збереження трудового потенціалу, організації системи медичного захисту цивільного населення й військовослужбовців.

Охорона здоров'я як сфера публічного управління відзначається складною структурою, оскільки перебуває на перетині інтересів багатьох соціальних інститутів, секторів та зацікавлених сторін. Саме тому державна політика у цій сфері має враховувати багатовимірність інтересів, забезпечуючи їх збалансування і координацію для уникнення конфліктів та досягнення соціального консенсусу. Це особливо важливо у післявоєнний період, коли від

ефективності системи охорони здоров'я залежатиме якість реабілітації постраждалих, відновлення демографічного потенціалу та сталий розвиток суспільства.

Специфіка управління у сфері охорони здоров'я визначається низкою ключових характеристик. Передусім результат діяльності медичних установ має нематеріальний характер і виражається у вигляді послуг, що передбачають безпосередню взаємодію з пацієнтом, його участь у процесі лікування та профілактики. Зумовлюється потреба у гнучких управлінських підходах, які враховують індивідуальні потреби пацієнтів і високу соціальну значущість медичних послуг. Крім того, медичні послуги належать до категорії соціальних благ, доступ до яких є одним із ключових зобов'язань держави [19, с. 50].

Формування теоретико-методологічної бази публічного управління потенціалом системи охорони здоров'я є складним завданням, оскільки зміст відповідної категорії формується на перетині різних наук. Медичні науки визначають принципи збереження, профілактики та відновлення здоров'я людини; економічні – досліджують механізми функціонування ринку медичних послуг, фінансування галузі, ефективність використання ресурсів і роль медицини в соціально-економічному розвитку; соціологія аналізує громадське здоров'я як соціальний феномен, рівень доступу до послуг і соціальні наслідки хвороб; правові науки створюють нормативно-правову базу, яка регламентує діяльність галузі. Наука публічного управління, інтегруючи ці підходи, формує комплексне бачення управлінських механізмів і стратегічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я.

У найзагальнішому вигляді публічне управління визначається як діяльність органів державної влади, спрямована на регулювання політичних, соціальних та економічних процесів у суспільстві; діяльність, спрямована на створення умов для реалізації функцій держави, забезпечення прав і свобод громадян, узгодження суспільних інтересів та ефективного використання ресурсів; інструмент цілеспрямованого впливу держави на суспільні процеси з метою реалізації її функцій [47].

Отже, публічне управління визначається як цілеспрямована соціально-політичну діяльність органів влади, що здійснюється в межах правових повноважень і має на меті вплив на суспільну систему задля її модернізації, упорядкування та розвитку відповідно до публічних інтересів.

Згідно зі статтею 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», під охороною здоров'я розуміється система заходів, які реалізуються органами державної влади, місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, медичними і фармацевтичними працівниками та громадянами з метою збереження, відновлення і зміцнення фізичних і психологічних функцій людини, підтримання її працездатності та соціальної активності, а також забезпечення максимально можливої тривалості життя [23].

Сучасні реалії війни проти України докорінно змінюють пріоритети публічного управління у сфері охорони здоров'я. Воно має виходити за межі класичних завдань надання медичних послуг і включати такі напрями, як медико-психологічна реабілітація військових і цивільних, розвиток кризової медицини, протидія біологічним загрозам, відновлення інфраструктури в постраждалих регіонах і інтеграція медичної політики в систему національної безпеки. Усе це вимагає формування нових інституційних механізмів, стратегічного планування та міжсекторальної взаємодії, що дозволить забезпечити стійкість і ефективність системи охорони здоров'я у довгостроковій перспективі.

Науковці пропонують різні підходи до визначення сутності системи охорони здоров'я, акцентуючи увагу на її структурних і функціональних характеристиках. Так, її трактують як «комплекс взаємопов'язаних організацій, інституцій та ресурсів, діяльність яких спрямована на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення [14]» чи розглядають як «багаторівневу систему, що охоплює не лише основні суб'єкти, які безпосередньо надають медичні послуги, а й допоміжні елементи – підприємства хіміко-фармацевтичної, медичної, мікробіологічної промисловості, установи з обслуговування медичної техніки, аптечні мережі тощо [8]». Такий широкий

підхід дає змогу комплексно оцінити охорону здоров'я як цілісну систему, у якій ключову роль відіграють медичні заклади різних рівнів – лікарні, поліклініки, амбулаторії, діагностичні та реабілітаційні центри, санаторії. Саме вони становлять первинну, операційну ланку системи, забезпечуючи реалізацію її функцій. Іншим важливим компонентом виступають органи публічної влади, що здійснюють стратегічне управління, координацію та контроль за функціонуванням галузі [6, с. 174]. Синергія діяльності цих складових дозволяє системі ефективно виконувати свої завдання, адаптуючись до соціально-економічних трансформацій та сучасних викликів.

Конституційне закріплення права на охорону здоров'я в Україні надає цій сфері особливого значення. Стаття 3 Конституції України визначає здоров'я людини найвищою соціальною цінністю, а отже, держава зобов'язана гарантувати належні умови для його збереження [18]. Це право передбачає не лише доступ до якісної медичної допомоги, але й забезпечення таких умов життя, які сприяють фізичному й психічному благополуччю людини, включно з безпечним станом довкілля та соціальною захищеністю.

Формування державної політики у сфері охорони здоров'я має ґрунтуватися на принципах пріоритетності прав людини, соціальної справедливості та рівності. Йдеться насамперед про забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх категорій населення, незалежно від їхнього соціального чи економічного статусу [46, с. 54]. У цьому контексті особливої ваги набуває питання подолання територіальних диспропорцій, що стало ще більш актуальним унаслідок збройної агресії Російської Федерації, яка зруйнувала значну частину медичної інфраструктури на сході та півдні країни. В умовах війни система охорони здоров'я виконує не лише традиційні функції лікування та профілактики, а й стає ключовим елементом національної безпеки, забезпечуючи стійкість суспільства до кризових викликів.

З позицій системного підходу об'єктом публічного управління виступає вся сукупність інституцій і механізмів охорони здоров'я, тоді як суб'єктом є держава, представлена спеціалізованими органами влади, які формують

політику, координують діяльність установ, забезпечують її реалізацію та здійснюють контроль за дотриманням стандартів. Ефективність такої взаємодії значною мірою визначається рівнем публічного управління, що має бути зорієнтоване на задоволення потреб громадян, прозорість прийняття рішень та залучення громадськості до процесів управління галуззю.

У сучасних умовах публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається не лише забезпеченням базового доступу до медичних послуг, а й інтеграцією принципів сталого розвитку, інновацій та безпеки в єдину політику громадського здоров'я. Останнє розглядається як багатовимірна соціальна категорія, що об'єднує медичні, економічні, політичні й екологічні аспекти, відображає стан здоров'я нації та впливає на демографічний, соціально-економічний потенціал держави [26, с. 44]. Таким чином, охорона здоров'я постає не лише як галузь соціальної політики, а як стратегічний ресурс національного розвитку, особливо в умовах воєнних загроз і необхідності повоєнного відновлення.

Широта і комплексність завдань у сфері охорони здоров'я зумовлюють необхідність залучення практично всіх органів державної влади України до виконання певних управлінських функцій у цій галузі. Це створює складну мережу організаційно-правових механізмів, що регламентують державно-управлінські відносини між зацікавленими міністерствами, відомствами, державними комітетами та службами щодо координації, контролю та забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я [10, с. 174].

Управління охороною здоров'я є багаторівневим і динамічним процесом, що вимагає від сучасного управлінця не лише розуміння внутрішньогалузевих структурних особливостей, а й врахування регіональних відмінностей. В Україні ієрархія державного управління в галузі охорони здоров'я передбачає чотири основні рівні: національний, регіональний, субрегіональний (районний) та місцевий [12, с. 93].

Кожна держава формує власну систему охорони здоров'я, і жодна модель

не є універсально ідеальною. Ефективність будь-якої системи визначається здатністю адаптуватися до політичних, соціально-економічних та культурних умов конкретного часу і місця. Так, ринкова (ліберальна) модель передбачає переважно індивідуальну відповідальність громадян за власне здоров'я, тоді як роль держави у забезпеченні послуг обмежена і фінансування з суспільних фондів є мінімальним. Модель Бісмарка базується на обов'язковому соціальному страхуванні, яке фінансує медичну допомогу, а модель Беверіджа передбачає державне фінансування системи охорони здоров'я, забезпечуючи доступність і якість послуг для всіх громадян [12].

Протягом тривалого часу система охорони здоров'я України не зазнавала суттєвих реформ. Більшість експертів погоджуються з тим, що вона відповідає класичній моделі Семашка, тобто централізована, державна, з фінансуванням через державний і місцеві бюджети та жорстким державним контролем.

Система публічного управління у сфері охорони здоров'я поєднує загальні принципи публічного управління із специфічними особливостями гуманітарної (соціально-культурної) сфери. До ключових особливостей цієї системи належать:

- велика соціально-економічна значущість охорони здоров'я як базової галузі, що формує основу державної соціальної політики;
- труднощі прогнозування наслідків управлінських рішень, які можуть проявлятися лише через певний час і часто складно піддаються оцінці;
- специфіка міжгалузевих управлінських відносин, яка виявляється через прийняття нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, регламентів), що впливають на діяльність різних органів виконавчої влади, медичних та фармацевтичних працівників незалежно від форми власності закладів;
- професійні та кваліфікаційні особливості управлінського персоналу, більшість якого має медичну освіту і поєднує адміністративну діяльність з практичною роботою;
- висока ймовірність помилок та обмежена можливість їх швидкого виправлення, що накладає специфічні вимоги до організації контролю та

координації.

Особливості управління у сфері охорони здоров'я також визначаються складністю та динамічністю процесів надання медичної допомоги:

- результати діяльності важко піддаються кількісному вимірюванню;
- процес надання допомоги постійно змінюється і потребує прийняття швидких рішень;
- можливі виникнення неочікуваних, несистемних помилок;
- координація значної кількості вузькоспеціалізованих фахівців є критичною для забезпечення ефективності системи.

У сучасних умовах публічне управління системою охорони здоров'я набуває додаткових стратегічних вимірів. Воно включає координацію медичної допомоги в зонах активних бойових дій, організацію медико-психологічної реабілітації постраждалих цивільних і військових, відновлення зруйнованої інфраструктури, а також інтеграцію медичної політики в загальнодержавну систему національної безпеки. Ці фактори підкреслюють необхідність адаптації традиційних управлінських моделей до екстремальних обставин і розширення компетенцій управлінців у галузі охорони здоров'я [11, с. 114].

Однією з ключових особливостей управління у сфері охорони здоров'я є специфічна природа його об'єктів – закладів охорони здоров'я, що характеризуються високою соціальною значущістю та багаторівневою організацією діяльності [2, с. 43]. До цієї галузі, окрім медичних закладів державної форми власності, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України (далі – МОЗ), належать також комунальні установи, керовані органами місцевого самоврядування, а також медичні заклади приватної та колективної форми власності. Тому під поняттям «галузь охорони здоров'я» слід розуміти всю сукупність медичних закладів країни, що спільно забезпечують реалізацію державної політики в сфері збереження і відновлення здоров'я населення [6, с. 171].

Складність організаційної будови системи охорони здоров'я зумовлює труднощі в управлінні цією сферою. Вони пов'язані із необхідністю врахування

багаторівневої системи управління (державний, регіональний, місцевий рівні); особливостей управління закладами охорони здоров'я різних форм власності; ієрархії об'єктів, що поділяється на первинну, вторинну та третинну медичну допомогу; а також недосконалості законодавчого регулювання у сфері охорони здоров'я.

Через ці фактори поновлення та розвиток системи охорони здоров'я потребує постійного удосконалення понятійно-термінологічного апарату державного управління, адаптації до сучасних викликів, таких як війна, відновлення інфраструктури, масова реабілітація постраждалого населення та забезпечення національної безпеки. Саме ці умови зумовлюють динамічний розвиток управлінських практик у сфері охорони здоров'я [9].

Узагальнення поглядів провідних фахівців дозволяє стверджувати, що система охорони здоров'я є відкритою, динамічною та складною соціально-економічною системою. Вона формується як сукупність організацій, інститутів та ресурсів, діяльність яких будується на міжгалузевих взаємозв'язках і спрямована на збереження, відновлення та підтримку фізіологічних і психологічних функцій людини, забезпечення її оптимальної працездатності та соціальної активності при максимально можливій біологічній тривалості життя. Сучасні виклики, зокрема війна, пандемії та демографічні зміни, підкреслюють необхідність адаптивності системи охорони здоров'я, здатної ефективно реагувати на надзвичайні ситуації та зміни соціального середовища.

Охорону здоров'я визначено одним із пріоритетних напрямів державної політики України, а систему охорони здоров'я – ключовим об'єктом публічного управління. Це обумовлює потребу постійного моніторингу, оцінки ефективності управлінських рішень та впровадження інноваційних підходів у галузі. В умовах війни особлива увага приділяється інтеграції гуманітарних, медико-соціальних та логістичних аспектів діяльності, що дозволяє мінімізувати ризики для здоров'я населення та забезпечувати стійкість системи охорони здоров'я.

Соціологічні підходи підкреслюють, що управління охороною здоров'я є

обов'язковим елементом сучасного суспільства, який реалізується через координацію діяльності різних інституцій та організацій. Публічне управління у цій сфері полягає у створенні умов для взаємодії медичних закладів, органів влади та громадських інституцій з метою досягнення оптимального рівня охорони здоров'я населення, ефективного використання ресурсів та забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення.

Стратегічне планування розвитку галузі повинно ґрунтуватися на соціальних очікуваннях населення та ролі охорони здоров'я як ключового елемента суспільного добробуту. В умовах сучасних викликів держава зобов'язана формувати адаптивну стратегію розвитку галузі як державної інституції, враховуючи не лише класичні функції лікування та профілактики, а й забезпечення громадського здоров'я, реагування на надзвичайні ситуації, відновлення інфраструктури після бойових дій, підтримку психоемоційного стану населення та інтеграцію технологічних інновацій у медичну практику.

Таким чином, публічне управління охороною здоров'я в Україні сьогодні повинно поєднувати класичні принципи соціальної політики з гнучкими інструментами кризового управління, що дозволяє підтримувати системну стабільність, адаптивність і стійкість до сучасних викликів, забезпечуючи одночасно соціальну справедливість і ефективність медичної допомоги.

Загалом стратегічне планування охорони здоров'я в Україні має спиратися на принципи стійкості, інклюзивності та інноваційності, поєднуючи довгострокові пріоритети з гнучкими інструментами кризового реагування. Такий підхід дозволяє сформувати сучасну систему охорони здоров'я, орієнтовану не лише на лікування, а й на попередження загроз, зміцнення здоров'я населення та забезпечення сталого суспільного розвитку.

1.2. Повноваження органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я

Сучасна ситуація в Україні вимагає комплексної трансформації системи охорони здоров'я з моделі, що фокусується на наданні допомоги лише після виникнення захворювання, до проактивної системи, яка ставить у центр профілактику хвороб та підвищення доступності високоякісної первинної медичної допомоги для громадян. Така трансформація набуває особливої актуальності в умовах війни та поствоєнного відновлення, коли потреби населення у медичному забезпеченні різко зростають, а збереження здоров'я стає питанням національної безпеки.

Важливою передумовою ефективного реформування є чітке визначення повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Науковці трактують поняття «повноваження» по-різному: як компетенцію органу [15, с. 36], як сукупність прав та обов'язків державних і громадських структур [50, с. 25], або як комплекс функцій, прав і обов'язків, закріплених за органом виконавчої влади чи посадовою особою [22].

Реалізація державної політики в цій сфері покладається на органи виконавчої влади, при цьому особисту відповідальність за результати їх діяльності несе Президент України. Українська система управління охороною здоров'я включає Кабінет Міністрів України, МОЗ, Раду міністрів АРК, а також місцеві державні адміністрації та їх управління охорони здоров'я на обласному і районному рівнях [23].

Міністерства та інші центральні органи влади, у межах своєї компетенції, формують програми розвитку медичної сфери, визначають державні стандарти та критерії якості, розміщують державні замовлення на матеріально-технічне забезпечення, здійснюють контроль і нагляд, а також виконують інші виконавчо-розпорядчі функції [23]. В умовах поствоєнного відновлення особливе значення набуває координація цих процесів для вирівнювання регіональних диспропорцій у доступі до медичних послуг та забезпечення

сталості системи охорони здоров'я навіть у тимчасово окупованих або зруйнованих районах.

Політика держави у сфері охорони здоров'я охоплює прийняття законодавчих актів і визначення принципів функціонування галузі, організацію механізмів фінансування, управління та контролю, а також впровадження соціально-економічних і організаційних заходів для підтримки фізичного та психічного здоров'я населення. Вона передбачає загальнодержавні рішення щодо формування умов для здорового способу життя громадян, що є ключовим чинником соціально-економічного розвитку та відновлення країни після військових руйнувань.

З позиції науковців органи виконавчої влади, зокрема Кабінет Міністрів та МОЗ, повинні забезпечувати науково-методичну підтримку медичних закладів, незалежно від їх географічного розташування, контролювати дотримання державних стандартів, впроваджувати новітні методи діагностики та лікування, а також вирівнювати регіональні відмінності у якості медичної допомоги [8].

Що стосується місцевого самоврядування, обсяг і глибина повноважень у сфері охорони здоров'я значно варіюють залежно від розміру та специфіки населеного пункту. Найбільші повноваження належать головам та відповідним радам великих міст і обласних центрів, де концентрація населення та мережа медичних закладів дозволяє формувати локальні системи охорони здоров'я, здатні оперативно реагувати на потреби громадян навіть у кризових ситуаціях [35; 21].

Отже, сучасне реформування системи охорони здоров'я в Україні потребує не лише юридичного і нормативного уточнення повноважень та компетенцій органів влади, а й стратегічного підходу, який інтегрує питання профілактики, якісної медичної допомоги та безпекових аспектів, зокрема у контексті війни та відбудови критичної інфраструктури.

Місцеве самоврядування виступає фундаментальним принципом здійснення влади, який, у поєднанні з принципом поділу влади, визначає

структуру управління в демократичній правовій державі. Воно забезпечує як безпосередню участь населення у владних процесах, так і реалізацію повноважень через обрані представницькі органи, що діють за моделями автономної діяльності [50].

На найвищому рівні органів виконавчої влади державну політику закладає Кабінет Міністрів України, який відповідальний за проведення державної політики у сферах соціального захисту, охорони здоров'я, екологічної безпеки та інших критичних для суспільства галузях (п. 3 ч. 1 ст. 2 Закону [33]). Його діяльність спрямована на забезпечення інтересів українського народу через реалізацію Конституції та законів, актів Президента України та Програми діяльності Кабінету Міністрів, включно з питаннями соціальної політики, охорони здоров'я, спорту та навколишнього середовища (ч. 1 ст. 19 Закону [33]).

Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я здійснюється через центральні органи виконавчої влади, що опікуються охороною здоров'я населення, санітарно-епідемічним благополуччям, контролем якості та безпеки лікарських засобів, протидією ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. На рівні адміністративно-територіальних одиниць ці функції покладаються на місцеві державні адміністрації (ст. 15 Закону [36]).

Головним координатором формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є МОЗ. Його діяльність охоплює захист населення від інфекційних та соціально небезпечних захворювань, профілактику неінфекційних хвороб, а також науково-методичне забезпечення медичної сфери [Про затв].

На місцевому рівні виконавчу владу здійснюють державні адміністрації областей і районів. Вони виконують функції органів виконавчої влади на відповідній території, а також реалізують делеговані ради повноваження [22]). До їх компетенції належить вирішення питань науки, освіти, культури, охорони здоров'я, фізичної культури і спорту, сім'ї, молоді та дітей (п. 6 ст. 13 Закону [36]), а також контроль за дотриманням законодавства у зазначених сферах (п. 9

ст. 16 Закону [36]).

У сфері охорони здоров'я місцеві державні адміністрації:

- реалізують державну політику та сприяють розвитку науки, впровадженню екологічно безпечних технологій;
- здійснюють функції засновника закладів охорони здоров'я та забезпечують їх матеріально-фінансове забезпечення;
- планують і підтримують мережу медичних закладів, враховують її розвиток у соціально-економічних програмах;
- організовують роботу медичних закладів, забезпечують пільги й допомогу, пов'язані з охороною материнства та дитинства;
- беруть участь у визначенні курортних зон та режимів санітарної охорони;
- фінансують передані їм заклади охорони здоров'я (ст. 18, 22 Закону [36]).

Органи місцевого самоврядування мають власні (самоврядні) повноваження та делеговані. До самоврядних відносяться:

- управління закладами охорони здоров'я та оздоровчими закладами, що належать територіальній громаді;
- організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;
- сприяння роботі громадських організацій та асоціацій у сфері охорони здоров'я;
- внесення пропозицій щодо ліцензування медичної діяльності (п. 1, 8, 11 ч. 1 ст. 32 Закону [35]).

Проте частина цих повноважень може делегуватися місцевим державним адміністраціям, зокрема щодо розвитку охорони здоров'я та сприяння діяльності громадських і неприбуткових організацій (п. 13 ч. 1 ст. 44 Закону [35]).

На рис. 1.1 представлено механізм взаємодії органів місцевого самоврядування з органами виконавчої влади та іншими суб'єктами у процесі реалізації власних повноважень у сфері охорони здоров'я. Цей механізм

демонструє, як координація центральних і місцевих органів влади забезпечує сталий розвиток медичної системи та ефективне задоволення потреб населення.



Рис. 1.1. Механізм взаємодії органів місцевого самоврядування з органами виконавчої влади та іншими суб'єктами щодо реалізації повноважень у сфері охорони здоров'я

Детальний аналіз взаємодії органів місцевого самоврядування та органів виконавчої влади дозволяє виділити низку ключових особливостей. Так, відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України», Кабінет Міністрів координує діяльність органів місцевого самоврядування у

різних сферах, включно з охороною навколишнього середовища, реалізацією державних та регіональних програм, а також міждержавних екологічних ініціатив. Він контролює дотримання законодавства органами місцевого самоврядування щодо делегованих повноважень, забезпечує взаємодію центральних і місцевих органів виконавчої влади з органами місцевого самоврядування при вирішенні питань місцевого значення, а також вносить на розгляд Верховної Ради проекти законів щодо надання органам самоврядування окремих повноважень та одночасно подає пропозиції щодо фінансування їх реалізації (ч. 1 ст. 39 Закону [33]).

МОЗ здійснює координацію діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Воно має право отримувати від органів місцевого самоврядування безоплатно необхідну інформацію, документи та матеріали для виконання покладених завдань [29]. Виконання наказів МОЗ є обов'язковим для органів місцевого самоврядування, що забезпечує єдині стандарти реалізації державної політики на місцевому рівні.

Особлива роль належить взаємодії органів місцевого самоврядування з місцевими державними адміністраціями. Останні в окремих випадках реалізують делеговані повноваження, надані радами, та розглядають пропозиції органів самоврядування щодо планів і заходів підприємств, установ і організацій на відповідній території. Місцеві державні адміністрації також формують обсяги продукції для місцевих потреб за рахунок коштів бюджетів територіальних громад (п. 6–7 ст. 17 Закону [36]). Водночас законом заборонено втручання місцевих адміністрацій у реалізацію власних повноважень органів місцевого самоврядування (ст. 35 Закону [36]).

Така взаємодія є найбільш ефективною на адміністративно-територіальній одиниці, де органи влади спільно представляють державу та громаду, забезпечуючи оперативне вирішення місцевих питань. При цьому органи місцевого самоврядування також взаємодіють із підприємствами, установами та організаціями щодо отримання інформації про стан здоров'я населення, санітарну та епідемічну ситуацію, дотримання нормативно-правових

актів і санітарних норм (ст. 6 Закону [35]).

Чітке розмежування повноважень між органами державної влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я дозволяє підвищити ефективність управління та координованість дій на всіх рівнях, що особливо актуально в умовах сучасних викликів (Додаток А).

Реформа фінансування системи охорони здоров'я, закладена Концепцією Кабінету Міністрів України [40], передбачає принципово новий підхід до закупівлі медичних послуг. Її ключовою метою є підвищення якості медичного обслуговування через створення єдиного національного замовника медичних послуг, який виступає центральним органом виконавчої влади, діє в інтересах пацієнтів та забезпечує закупівлю медичних послуг у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги.

Єдиний національний замовник – Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) реалізує свої функції безпосередньо та через територіальні представництва, що дозволяє забезпечити рівномірний доступ до послуг на всій території країни, включно з віддаленими та поствоєнними регіонами. У цьому контексті особлива увага приділяється прозорості та підзвітності перед громадськістю. НСЗУ організовує взаємодію з Радою громадського контролю. Позиції Ради громадського контролю доводяться до МОЗ, що дозволяє враховувати думку громадськості у формуванні державної політики [42]. Громадські ради при центральних та місцевих органах виконавчої влади мають проводити зустрічі не рідше ніж двічі на рік [28]. Діяльність Ради громадського контролю охоплює: заслуховування звітів НСЗУ та аналіз виконання її завдань; сприяння громадському обговоренню законопроектів та підзаконних актів; контроль за використанням бюджетних коштів НСЗУ та проведення громадської експертизи її діяльності; організацію публічних заходів для обговорення актуальних питань фінансових гарантій медичного обслуговування населення [42].

Важливим аспектом є взаємодія НСЗУ з органами місцевого самоврядування. Вона передбачає можливість залучення працівників місцевих

органів до виконання окремих робіт та отримання від них необхідної інформації, документів і матеріалів безоплатно. Такий механізм забезпечує реалізацію повноважень НСЗУ на місцевому рівні та дозволяє координувати державну політику з потребами громад, що особливо актуально в умовах поствоєнного відновлення [42].

НСЗУ, виконуючи функції єдиного замовника медичних послуг, акцентує увагу на первинній медичній допомозі, яка стала ключовим інструментом реформування системи охорони здоров'я. Особливої ваги набули центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД), що стали локальними точками доступу громадян до якісної та безпечної медичної допомоги. Перші контракти з надавачами первинної допомоги були підписані у червні 2018 року, забезпечуючи пацієнтам право вибору лікаря та впровадження механізму фінансування «гроші йдуть за пацієнтом».

ЦПМСД виконують стратегічну функцію у формуванні системи превентивної медицини та профілактики захворювань. Їх діяльність включає проведення диспансеризації населення; формування індивідуальних планів профілактики; контроль за вакцинацією та профілактичними програмами; координацію з вторинними і третинними закладами при ускладнених випадках; активне залучення громадськості до формування пріоритетів медичної допомоги на місцевому рівні.

В умовах війни система охорони здоров'я стикається з новими викликами, що потребують адаптації вторинної та третинної допомоги:

- забезпечення безперервності медичної допомоги у зонах бойових дій, евакуація пацієнтів із критичними станами до більш безпечних регіонів;
- розбудова телемедичних сервісів та мобільних бригад, що дозволяють лікарям ЦПМСД надавати консультації та підтримку віддаленим громадам;
- підтримка реабілітаційних центрів та психіатричної допомоги для постраждалих від війни, включаючи внутрішньо переміщених осіб та ветеранів;
- впровадження єдиної електронної системи охорони здоров'я для інтеграції даних первинної, вторинної та третинної медичної допомоги та

підвищення прозорості фінансування.

Відтак, в Україні формується сучасна, стійка та орієнтована на пацієнта систему охорони здоров'я. Водночас наявні проблеми, розв'язання яких забезпечить здатність швидко реагувати на надзвичайні виклики та підтримувати здоров'я нації у складних умовах війни та поствоєнного відновлення. Мова йде про модернізацію систем енергозабезпечення, створення резервних джерел живлення, удосконалення систем водопостачання, радіаційного та хімічного захисту, а також облаштування безпечних приміщень для безперервної роботи медичних бригад. Така інфраструктурна адаптація є ключовою умовою забезпечення надання медичної допомоги навіть за умов активних бойових дій та часткового руйнування об'єктів.

Загалом, формування стійкої системи охорони здоров'я в Україні потребує комплексного поєднання інституційних реформ, технологічних інновацій, кадрової підтримки та інфраструктурної модернізації.

Варто також підкреслити зростаючу роль громад у підтримці стійкості медичних послуг. На місцевому рівні саме органи місцевого самоврядування, спільно з ЦПМСД та місцевими громадськими організаціями, формують нові моделі партнерства, які охоплюють просвітницькі програми, допомогу у логістиці, підтримку мобільних бригад та участь у плануванні медичної безпеки територій. Така взаємодія створює додаткові гарантії доступності послуг навіть у громадах, що постраждали від бойових дій чи мають обмежені ресурси

Окремої уваги потребує розвиток людського капіталу. Умови війни показали, що кадрова стійкість є не менш важливою, ніж матеріальна. Підтримка медичних працівників через програми безпечного проживання, психологічну допомогу, професійний розвиток та мотиваційні стимули формує здатність системи працювати безперебійно. Для ЦПМСД важливо розвивати мультидисциплінарні команди, включаючи сімейних лікарів, психологів, соціальних працівників і менеджерів з якості, що дозволяє ефективніше реагувати на потреби населення.

1.3. Нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я

Нормативно-правова база, на яку спирається публічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні складається з ієрархічно розташованих актів, зокрема Конституції, базових законів (загальносистемних норм), галузевих законів і підзаконних актів, а також урядових стратегій та програм.

На конституційному рівні ст. 49 Конституції України гарантує право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, встановлює державні обов'язки щодо фінансування відповідних програм та принцип безоплатності допомоги в державних і комунальних закладах [18].

Основним галузевим законом, який окреслює рамки сфери охорони здоров'я, є Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає базові принципи системи охорони здоров'я (організаційні, правові, економічні засади) і формує правову рамку для інших актів у галузі [23].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [27] встановлює механізм державного фінансування гарантованих медичних послуг і роль НСЗУ як закупівельника послуг (покупець-постачальник). Він становить основу механізму державних гарантій.

Окремий закон про систему громадського здоров'я закладає інституційний та правовий механізм епіднадзора, профілактики, міжсекторної взаємодії й надзвичайного реагування. Він посилює превентивний вимір політики охорони здоров'я [39]. Оновлений Закон «Про лікарські засоби» регламентує виробництво, реєстрацію, клінічні випробування та контроль якості ліків та є важливою складовою доступності й безпеки фармацевтичного забезпечення [34]. Законодавство з епіднадзора та інфекційного контролю насамперед втілене в Законі «Про захист населення від інфекційних хвороб», що визначає правовий механізм профілактики й реагування на інфекції (обов'язки органів влади, карантинні заходи, заходи щеплень тощо) [32].

Закон «Про публічні закупівлі» [37] і практика електронної системи (ProZorro) є базовими інструментами забезпечення прозорих і конкурентних процедур постачання товарів, робіт і послуг для медицини.

Положення про НСЗУ [42] та відповідні постанови Кабміну визначають статус, повноваження й механізми функціонування НСЗУ як основного закупівельника (після медичної реформи), що здійснює договірні відносини з медичними закладами.

Важливо звернути увагу на законодавчі новації, зокрема урядом схвалено «Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» та операційний план 2025–2027 рр. [41] як важливий рамковий документ, що задає довгострокові цілі, орієнтири і напрями реформування. Також у 2025 р. ухвалено закон «Про публічно-приватне партнерство» [38], який значно оновлює правові механізми залучення приватних інвестицій у публічну інфраструктуру. Він набирає чинності в різні строки (частково раніше, а в цілому – з кінця жовтня 2025 р.) та відкриває нові можливості для інвестицій у медичну інфраструктуру.

Узагальнивши, представимо, як працює нормативно-правова система, розкривши її через ключові інституційні механізми:

1) гарантований пакет та покупець-провайдер – формується державний пакет гарантованих послуг і фінансується через механізм державних фінансових гарантій; НСЗУ укладає договори з медичними закладами й оплачує послуги за результатом і обсягом, що породжує стимули до ефективності та орієнтації на результат;

2) популяційний підхід та міжсекторність – закон про громадське здоров'я формалізував міжсекторну координацію (МОЗ, обласні державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, санітарні служби), що посилює здатність системи до профілактики та епіднагляду;

3) регуляторні ланки (ліки, інфекції, закупівлі) – наявність окремих законів для фармації, інфекційного захисту та закупівель дає можливість

адресно вирішувати складні питання (доступ до ліків, контроль якості, швидке реагування в епідеміях, прозорість закупівель).

До переваг чинної нормативно-правової основи відносимо такі:

- зрозуміла конституційна та законодавча база прав і гарантій, що створює легітимну платформу для політики охорони здоров'я;
- перехід до моделі «покупець-постачальник» (через НСЗУ) та чіткі державні гарантії, що підвищують підзвітність фінансування й дають інструменти для перерозподілу ресурсів за пріоритетами;
- окреме законодавство з громадського здоров'я, яке підсилює превентивний компонент і дозволяє краще вирішувати епідемічні ризики;
- прозорі закупівлі (ProZorro) та чіткі правила конкурсних процедур як вагомі антикорупційні інструменти;
- євроінтеграційний тренд і стратегічне планування, що передбачає наявність стратегічної рамки для довгострокових цілей і інтеграції стандартів ЄС;
- операційний розвиток реєстру публічно-приватного партнерства (далі – ППП) та нова законодавча база з 2025 р., що створюють значні можливості для залучення приватних інвестицій у будівництво, модернізацію закладів, інноваційні проекти, але потребує якісної імплементації.

Однак, попри наявні переваги чинна нормативна основа не позбавлена недоліків, які проявляються в специфічних і системних проблемних зонах, серед яких, на нашу думку, такі ключові:

- фрагментація регулювання та множинність підзаконних актів, хоча існують ключові закони, багато питань вирішуються підзаконними актами, що ускладнює прозорість і передбачуваність для практиків і інвесторів;
- проблеми фінансування і бюджетної сталості, хоча існують механізми державних гарантій, відчутна нестача ресурсів у багатьох регіонах, а також відсутність чіткої середньострокової бюджетної прив'язки до стратегічних цілей;

– імплементаційні труднощі реформ (кадри, інфраструктура, цифровізація), адже перехід до нових моделей (НСЗУ, електронні сервіси) потребує капіталовкладень у кадри, цифрову інфраструктуру й навчання;

– регуляторна невизначеність для ППП у сфері медицини, оскільки до набрання чинності нового закону існувала правова невизначеність, що сповільнювала практичні проєкти в медицині, а після ухвалення закону залишається ризик відсутності детальних галузевих стандартів захисту публічних інтересів;

– нерівномірність якості послуг, територіальна диспропорція, хоч законодавство визначає гарантії, але їхня реалізація відрізняється між містом і селом, регіонами через мережеві, кадрові й фінансові обмеження;

– застаріле або неузгоджене окреме галузеве законодавство, оскільки частина норм потребує синхронізації з новими підходами (наприклад, окремі процедури у фармацевтиці або епіднагляді потребують оновлення відповідно до міжнародних стандартів).

З огляду на складність і багатовимірність нормативно-правового забезпечення державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні, доцільним є систематизований аналіз чинної бази через виявлення ключових проблем і потенційних напрямів удосконалення. Такий підхід дозволяє простежити, наскільки існуючі закони, підзаконні акти та стратегічні документи відповідають реальним викликам системи охорони здоров'я, зокрема у контексті децентралізації, цифровізації, розвитку ППП та підвищення ефективності управління. Узагальнені результати цього аналізу відображено у табл. 1.1 як логічну матрицю, що дозволяє комплексно оцінити зв'язок між діючими законодавчими актами, наявними проблемами їх реалізації та рекомендаціями щодо вдосконалення правового регулювання галузі.

Проведений аналіз демонструє, що нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я України характеризуються достатньою розгалуженістю, але залишаються фрагментарними та несистемними в частині реалізації стратегічних пріоритетів.

**Логічна матриця нормативно-правових основ державної політики у сфері
охорони здоров'я України**

Нормативно-правовий акт	Виявлена проблема / обмеження	Рекомендовані напрями удосконалення
Конституція України (ст. 49)	Декларативність гарантій без реальних фінансових механізмів реалізації; неузгодженість між нормою безоплатності та реальною моделлю співоплати.	Передбачити у Бюджетному кодексі механізм середньострокового планування видатків на медичні гарантії; конкретизувати обсяг безоплатних послуг.
Основи законодавства України про охорону здоров'я	Фрагментарність і застаріла термінологія; неузгодженість з новими законами про громадське здоров'я, держгарантії та ППП.	Провести регуляторну ревізію; оновити положення відповідно до сучасної моделі системи охорони здоров'я.
Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Обмежене охоплення гарантованого пакета; нестача фінансування; нерівномірність реалізації на місцевому рівні.	Розробити середньостроковий фінансовий план; інтегрувати місцеві бюджети у механізм держгарантій; запровадити прозорі КРІ для НСЗУ.
Закон «Про систему громадського здоров'я»	Недостатня координація між МОЗ, місцевою владою і лабораторними центрами; слабка інтеграція профілактики в політику розвитку.	Розробити міжсекторальні програми профілактики з участю громад
Закон «Про лікарські засоби»	Затримки у впровадженні нових стандартів; проблеми контролю якості імпортованих ліків.	Удосконалити фармакологічний нагляд; створити єдиний електронний реєстр лікарських засобів із відкритими даними.
Закон «Про захист населення від інфекційних хвороб»	Застарілі механізми епіднагляду; слабке нормативне підґрунтя реагування на біологічні ризики.	Гармонізувати закон із сучасними нормами ВООЗ; посилити цифрову систему моніторингу інфекційних хвороб.
Закон «Про публічні закупівлі»	Процедури закупівель у медицині не завжди узгоджені з механізмом оплати за договором НСЗУ.	Інтегрувати інструменти ProZorro із системою договорів НСЗУ; запровадити контракти на результат.
Закон «Про публічно-приватне партнерство» (2025)	Відсутність галузевих стандартів для медицини; ризики недостатнього захисту публічних інтересів.	Розробити методичні рекомендації для ППП у сфері охорони здоров'я; визначити соціальні гарантії та критерії ефективності.
Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року	Відсутність нормативної прив'язки до бюджетного планування; слабкий моніторинг виконання.	Інституціоналізувати зв'язок між стратегією і бюджетом; запровадити щорічну публічну звітність про досягнення цілей.

Прим.: розроблено автором

Відсутність повної узгодженості між базовими законами, програмами реформ і підзаконними актами створює правові колізії, що ускладнюють реалізацію політики на регіональному рівні.

Водночас, інституційні складники у вигляді МОЗ як органу стратегічного управління та НСЗУ як оператора фінансування медичних послуг через принцип «гроші йдуть за пацієнтом» створюють фундамент для переходу від адміністративно-командної до сервісно-результативної моделі управління. Їхня взаємодія сприяє формуванню системи, орієнтованої на ефективне використання ресурсів, розвиток медичної інфраструктури та підвищення якості послуг.

Однак, нормативна база поки що недостатньо підтримує інноваційні механізми фінансування, довгострокові форми співпраці, у тому числі в межах ППП, а також не забезпечує комплексного моніторингу результатів змін.

Відтак, подальше удосконалення нормативно-правових рамок державної політики у сфері охорони здоров'я, за нашим баченням, повинно ґрунтуватися на таких напрямках:

- кодифікація та гармонізація законодавства відповідно до європейських стандартів охорони здоров'я;
- розширення правових можливостей для ППП у сфері медичної інфраструктури;
- запровадження стратегічного планування з чіткою ієрархією цілей, показників і відповідальності;
- створення інтегрованої нормативно-інформаційної системи, що забезпечуватиме прозорість і підзвітність управлінських рішень.

Нормативно-правове забезпечення потребує не стільки кількісного розширення, скільки якісної консолідації та узгодження з інституційними можливостями держави й вимогами сучасного стратегічного управління. Реформування нормативно-правового поля має перейти до системної конструкції, яка поєднує стратегічність, інституційну спроможність і цифрову інтегрованість.

Висновки до розділу 1

1. Сутність публічного управління у сфері охорони здоров'я полягає у цілеспрямованій діяльності державних і місцевих органів влади, спрямованій на забезпечення реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я шляхом формування, реалізації та контролю ефективної політики у галузі. Зміст цього управління охоплює стратегічне планування, організацію надання медичних послуг, фінансове забезпечення, кадрову політику, моніторинг якості та міжсекторну взаємодію.

2. Публічне управління у сфері охорони здоров'я – це комплексна система рішень і дій, спрямована на досягнення суспільного блага через ефективне використання ресурсів, розвиток інституційної спроможності та підвищення якості життя населення. Інтеграція централізованого фінансування та локальної автономії через ЦПМСД дозволяє ефективно перерозподіляти ресурси та підвищувати якість медичних послуг.

3. Система медичної допомоги стає адаптивною до кризових та поствоєнних умов, забезпечуючи безперервність лікування, доступність послуг та координацію між первинним, вторинним та третинним рівнями. Розбудова ЦПМСД як локальних центрів первинної допомоги є стратегічним ресурсом для підвищення соціальної активності населення, профілактики захворювань та стабілізації здоров'я громад у сучасних умовах безпеки.

4. Система нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я є ключовою складовою реалізації державної політики, адже саме вона визначає межі, інструменти та механізми впливу держави на суспільно важливі процеси забезпечення права громадян на охорону здоров'я. Від якості, узгодженості та актуальності цієї бази залежить ефективність функціонування всієї галузі. В умовах трансформаційних процесів, євроінтеграційного курсу України та потреби у стійкому розвитку системи охорони здоров'я особливої ваги набуває аналіз чинного нормативно-правового поля крізь призму його відповідності сучасним викликам і потенціалу розвитку.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Особливості публічного управління охороною здоров'я на сучасному етапі в Україні

Охорона здоров'я є однією з базових сфер, що визначають соціальну стабільність, людський розвиток і конкурентоспроможність держави. На сучасному етапі в Україні публічне управління цією галуззю зазнає глибоких трансформацій, які суттєво відрізняються від попередніх реформаторських циклів. Сьогодні йдеться не лише про оновлення нормативної бази чи інституційної архітектури, а про формування принципово нової моделі управління, здатної функціонувати в умовах війни, демографічних змін, глобальних епідеміологічних загроз, цифрової трансформації та одночасно інтегруватися до європейського простору охорони здоров'я. Зазначені процеси роблять систему управління не просто галузевою політикою, а складним багаторівневим механізмом, що поєднує кризове реагування, стратегічне планування та ризик-менеджмент.

Найбільш вагомим чинником сучасного етапу є повномасштабна війна, яка радикально змінила не лише контекст функціонування системи охорони здоров'я, а й самі пріоритети державної політики. Медична інфраструктура стала однією з мішеней агресії. За даними МОЗ України, понад третину закладів охорони здоров'я на сході та півдні країни пошкоджено або зруйновано з початку 2022 р. [5], що зумовило необхідність перебудови мережі та створення гнучких моделей надання послуг. Від органів публічного управління, на нашу думку, вимагається зовсім інша логіка дій:

- замість лінійного планування доцільний перехід сценарне;
- замість стабільного фінансування – мобілізаційне;
- замість централізованого адміністрування – адаптивне управління,

здатне оперативно реагувати на динаміку ризиків.

Повномасштабна війна з 2022 р. створила одночасно два взаємопов'язані ефекти:

– системний шок для надання послуг (руйнування інфраструктури, переміщення населення, зростання травматичного та ментального навантаження);

– прискорення реформ і цифрових ініціатив як адаптації до кризи, адже станом на 2025 р. мільйони людей продовжують потребувати гуманітарної підтримки, а категорії внутрішньо переміщених осіб та біженців істотно змінюють попит на медичні послуги.

Окрім безпекових викликів, глибокі трансформації спричинені демографічними процесами. Україна зіткнулася зі стрімким скороченням чисельності населення, старінням вікової структури, значною внутрішньою міграцією та виїздом мільйонів громадян за кордон. Змінюється не лише географія попиту на медичні послуги, а й сама їх структура. Зростає потреба в геріатричних і реабілітаційних послугах, натомість зменшується кількість пацієнтів дитячого та підліткового віку. У публічному управлінні необхідно враховувати ці зміни, формуючи політику не лише за логікою поточних потреб, а й виходячи з прогностичних демографічних сценаріїв. Як зазначає UNFPA, до 2030 р. частка населення віком понад 60 років може перевищити 25% [4], що радикально змінює навантаження на систему охорони здоров'я та соціальні послуги.

Однією з вирішальних архітектурних рис є концентрація бюджетного фінансування під управлінням НСЗУ через Програму медичних гарантій. Дозволено швидше перераховувати кошти до зон, що постраждали від бойових дій, і забезпечено певну фінансову стійкість у 2022–2024 рр. Водночас це посилило залежність від державного бюджету та донорських коштів збільшивши ризик нестабільності за умов економічного тиску [57]. Тут спостерігаємо не класичну централізацію повноважень, а адаптивну централізацію фінансування. Публічні фінанси централізуються для швидкого

перерозподілу, але зберігають (частково) автономію надавачів послуг. Перевагою є швидка мобілізація ресурсів, але недоліком – ризик політизації бюджетних рішень і обмеженої прозорості у кризові періоди.

Запроваджена модель стратегічних закупівель через НСЗУ поступово зміщує фокус від утримання закладів до фінансування послуг, стимулюючи підвищення ефективності. Але водночас загострюється проблема нерівності доступу, особливо в сільських територіях і прифронтових громадах. Нерівномірність фінансування, залежність від донорських коштів і зовнішньої допомоги роблять систему вразливою до макроекономічних коливань і політичних ризиків. В умовах воєнної економіки проблема стійкості фінансування набуває ключового значення через критичну необхідність балансувати між потребами оборони та соціальної сфери, шукаючи нові інструменти партнерства з міжнародними фінансовими інституціями та приватним сектором.

Важливим вектором реформ залишається децентралізація управління. Передача повноважень громадам у сфері первинної медичної допомоги відкрила нові можливості для адресності політик і наближення послуг до населення. Водночас виявляються значні асиметрії у спроможності місцевої влади. Багато громад не мають достатніх ресурсів чи кадрового потенціалу для ефективного управління закладами. Сучасне публічне управління, відтак, потребує пошуку балансу між автономією та координацією, розбудовою місцевого потенціалу й централізованою підтримкою.

Цифрова трансформація стає ще одним визначальним чинником розвитку. Розвиток електронної медицини, інтегрованих електронних реєстрів, телемедичних сервісів і цифрових платформ управління створює нові можливості для моніторингу, планування та прийняття рішень на основі даних. Запровадження електронних декларацій, е-рецептів, електронних довідок, інтеграція з Дією та інше значно підвищило оперативність обліку, контролю фінансових потоків і доступу пацієнта до інформації; ці інструменти використовувалися й під час евакуацій/переміщень, а також для відстеження

медичних поставок у прифронтових регіонах [58]. Однак цифровізація породжує такі структурні питання, як інтероперабельність різних медичних ІТ-систем, ризики «vendor lock-in», захист персональних даних у надзвичайних умовах та нерівномірний доступ (онлайн-послуги краще працюють в містах, гірше у віддалених громадах). Частина препаратів, призначених електронно, заповнюються менш ефективно у селах і прифронтових районах, що підкреслює двошарову природу цифрового прогресу [62]. Проте темпи цифровізації суттєво відрізняються між регіонами, а рівень кіберзахисту залишається недостатнім. Використання великих даних і аналітики відкриває потенціал для прогностного управління, однак водночас ставить перед державою питання про захист персональних даних і цифрову етику.

Українська система переживає втрати медичних працівників із різних причин: евакуація й еміграція, мобілізація, професійне вигорання та відмова від роботи в небезпечних зонах. Є свідчення суттєвого скорочення кількості медсестер у попередні роки та локальних відтоків кадрів під час окупації районів, що формує дефіцит середнього та середньоспеціалізованого персоналу [65]. Під загальнонаціональними показниками (лікарі/населення) кадрова проблема не така очевидна та не повною мірою відображається глибока нерівномірність, адже у певних медичних закладах і регіонах нестача виражена катастрофічно, а не лінійно

Зазначимо, що Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) фіксує різкі зміни у попиті. Понад 40–50% населення України повідомляють про проблеми із психічним здоров'ям або погіршення загального стану в порівнянні з доповоєнним періодом; значний відсоток потребує тривалої реабілітації (травми, ампутації, неврологічні розлади) [71]. Наслідком для управління стає необхідність не тільки точкових військово-медичні ресурсів, а й масштабні програми ментального здоров'я та психологічної підтримки, їх інтеграція у первинну медичну допомогу та довготривала інвестиція в реабілітацію.

Телемедицина виявилася практичним інструментом для компенсації

дефіциту фахівців і забезпечення доступу в зоні ризику. Приклади TeleHelp та інші ініціативи демонструють швидку організацію міжнародної професійної підтримки. Паралельно будуються національні мережі реабілітаційних центрів та програми протезування, що створюють нові «екосистеми» професійної підготовки та малих виробництв [72]. Реабілітація може стати одним з небагатьох секторів, де поєднуються соціальний ефект, економічний мультиплікатор (виробництво протезів, тренінги) і іміджеві переваги (реінтеграція ветеранів).

Атаки на цивільну інфраструктуру і медичні заклади, руйнування лікарень, проблеми з енергопостачанням та логістикою стали системною реальністю управління охороною здоров'я в умовах війни. Це ускладнює планування, вимагає гнучких механізмів страхування та мобільних рішень (модульні клініки, мобільні бригади).

Велика частина гострих потреб покривається донорами і гуманітарними агентствами, але для сталого відновлення потрібна конвергенція гуманітарного фінансування (короткострокового) із програмним державним фінансуванням (сердно- і довгострокового). За цих умов співпраця з ВООЗ і світовим Банком демонструє можливості технічних рішень для більш ефективного фінансового менеджменту [66]. Проте існує ризик проєктів, які не інтегруються в загальнодержавну архітектуру охорони здоров'я.

На жаль, офіційні дані за 2024 р. фіксують різке скорочення народжуваності та високу смертність (близько 495 тис. смертей у 2024 р. проти близько 177 тис. народжень) [66], що створює довгостроковий тиск на формулу співвідношення працюючого населення і пенсіонерів. Зростає ризик неспроможності фінансувати систему охорони здоров'я на попередніх моделях.

Євроінтеграційний вимір додає ще один аспект складнощів. Україна повинна адаптувати систему охорони здоров'я до стандартів ЄС, включаючи клінічні протоколи, регулювання лікарських засобів та механізмів фінансування й управління громадським здоров'ям. Потрібно не лише технічне оновлення, а й глибока інституційна модернізація, побудова системи оцінки

якості послуг, підзвітності, прозорості та залучення громадськості до ухвалення рішень. Важливим є і перехід від лікувально-орієнтованої до профілактично-орієнтованої моделі, де головна роль відводиться зміцненню здоров'я населення, ранньому виявленню хвороб і міжсекторальній співпраці.

Отже, спираючись на вищенаведені результати дослідження узагальнимо ключові управлінські характеристики у сфері охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі:

- адаптивна централізація фінансів та децентралізована доставка дозволяють швидко мобілізувати ресурси, але вимагають прозорого механізму розподілу і моніторингу;

- цифровий розвиток як елемент антикорупційної інструменталізації і одночасно джерело нерівності підвищує контроль, але не вирішує логістичних бар'єрів у селах;

- проактивне поєднання гуманітарного та програмного фінансування характерне для перехідних етапів, але вразливе до донорської втоми;

- сегментація попиту, що полягає у значному зростанні потреб у психічному здоров'ї та комплексній реабілітації при одночасному зниженні звичайних профілактичних сервісів у прифронтових зонах;

- кадрова дихотомія, що включає локальну конкуренцію за фахівців, неконкурентні умови в прифронтових районах, потребу у нових мотиваційних механізмах та виведення частини функцій на рівень середнього персоналу.

Закріпити багаторічне фінансування ключових програм (реабілітація, МНПСС, первинка) через механізми багаторічних контрактів НСЗУ + прозорове звітування; це зменшить ризик «проектної» волатильності.

Отже, ключовим стратегічним завданням публічного управління стає підвищення стійкості системи, тобто її здатності забезпечувати безперервність базових функцій навіть у кризових умовах. Мова йде про необхідність створення резервних потужностей, розбудови мобільних медичних підрозділів, розвитку логістики медичних ресурсів, удосконалення кризових протоколів та впровадження систем раннього попередження. Стійкість має оцінюватися не

лише у фізичному вимірі (інфраструктура, кадри, обладнання), а й у політичному (довіра населення), фінансовому (диверсифікація джерел фінансування) та соціальному (справедливість і рівність доступу) вимірах.

Оцінка ризиків і сценарне планування набувають вирішального значення для стратегічного управління системою охорони здоров'я. Методологічно це включає ідентифікацію ключових загроз (військових, демографічних, епідеміологічних, фінансових, кадрових та інституційних), аналіз їхньої ймовірності та впливу, а також розробку комплексних управлінських рішень. Такий підхід дозволяє формувати адаптивні політики, які не просто реагують на виклики, а передбачають їх.

Таким чином, особливості публічного управління охороною здоров'я на сучасному етапі визначаються поєднанням багатовимірних факторів, зокрема війною та її наслідками, демографічними трансформаціями, зміною фінансової парадигми, децентралізацією, цифровізацією та євроінтеграційними зобов'язаннями. Управління системою вже не може бути реактивним. Воно повинне стати проактивним, аналітичним і сценарно орієнтованим. Саме інтеграція ризик-менеджменту, стратегічного планування та міжсекторальної взаємодії здатне забезпечити стійкість та розвиток української системи охорони здоров'я в умовах безпрецедентних викликів. Її ефективність у майбутньому визначатиметься не лише ресурсами, а й здатністю держави передбачати зміни, координувати дії різних суб'єктів і створювати гнучкі механізми реагування, що робитимуть систему не вразливою, а стійкою та здатною до розвитку навіть у найскладніших умовах. Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я вимагає переходу від інерційного, реактивного управління до моделі, у центрі якої перебуває стратегічне передбачення. Лише поєднання ризик-менеджменту, сценарного планування, гнучких управлінських інструментів та міжсекторальної взаємодії може забезпечити стійкість галузі в умовах воєнних і поствоєнних трансформацій.

2.2. Роль центрів первинно-медико-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я України (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Юрївський центр первинної медико-санітарної допомоги»)

ПМСД в Україні виконує роль умовного фільтру для вторинної та третинної ланок системи охорони здоров'я, забезпечуючи доступність, безперервність і координацію медичних послуг для населення. На нормативному рівні порядок надання ПМСД закріплений у наказі МОЗ [30], що визначає компетенцію сімейних лікарів, педіатрів і загальної практики (профілактика, диспансеризація, направлення в спеціалізовані заклади тощо). Закладені функціональні межі та очікування від ЦПМСД як основи системи охорони здоров'я.

ПМСД в Україні сьогодні виступає ключовим елементом охорони здоров'я. Саме через неї люди здебільшого отримують перший контакт із медичною системою, профілактичні послуги, вакцинацію, лікування найбільш поширених хвороб, та від неї залежить ефективність направлення вищих рівнів медичної допомоги. У нормативному полі ПМСД регламентовано наказом МОЗ, який чітко визначає обов'язки сімейного лікаря, педіатра чи лікаря загальної практики, включно з профілактикою, диспансеризацією, оформленням електронних рецептів і співпрацею із спеціалізованими закладами. Центри ПМСД повинні координувати маршрут пацієнта, слідкувати за станом здоров'я громади, працювати з ризиками, наприклад із хронічними захворюваннями, та бути доступними для всіх мешканців громади

Центри ПМСД виконують комплекс завдань:

- надання амбулаторної діагностики й лікування найпоширеніших захворювань;
- профілактика та рання діагностика хронічних неінфекційних хвороб;
- імунізація згідно календаря щеплень;
- надання невідкладної допомоги, первинної паліативної допомоги;
- оформлення електронних медичних документів і виписки електронних

рецептів;

– координація маршруту пацієнта по системі (направлення на вторинний/третинний рівні) [30]. У контексті проведених перетворень ролі ПМСД посилились завдяки механізмам фінансування НСЗУ, стандартизації пакета послуг і цифровізації обліку медичної інформації.

Ефективно організована ПМСД зменшує навантаження на стаціонари, підвищує раннє виявлення хвороб і дозволяє економніше використовувати ресурс системи охорони здоров'я. Моделі сімейної медицини, інтегровані у ПМСД, спрямовані на забезпечення безперервної медичної опіки та посилення профілактики, що особливо важливо в умовах демографічних змін і зростання тягаря хронічних захворювань. Національні та галузеві дослідження підкреслюють необхідність підсилення кадрового потенціалу, розширення ролей медичних сестер та стабільного фінансування як ключових факторів підвищення спроможності ПМСД [49, с. 289].

Комунальне некомерційне підприємство «Юріївський центр первинної медико-санітарної допомоги» (КНП «Юріївський ЦПМСД») зареєстровано як комунальне некомерційне підприємство (ЄДРПОУ 36877528) із місцезнаходженням у селищі Юріївка Дніпропетровської області. Заклад здійснює діяльність у форматі центру ПМСД, має юридичну інформацію, контактні телефони та зареєстровані місця надання послуг (амбулаторії/АЗПСМ), що вказано у відкритих реєстрах і довідниках медичних закладів [16]. На рівні локальної громади заклад є основним постачальником базових первинних послуг для населення Юріївської громади і суміжних територій.

Відкриті джерела фіксують, що підрозділи Юріївського ЦПМСД (наприклад, Юріївська АЗПСМ) зареєстровані як місця надання послуг і, ймовірно, уклали договори з НСЗУ за програмою медичних гарантій. Гро це свідчать публікації в довідниках закладів, а також згадки в системі публічних закупівель (тендерна активність закладу), що є стандартною практикою для фінансування послуг. Наявність договірних відносин з НСЗУ безпосередньо

впливає на обсяг та якість медичних послуг, доступних мешканцям громади.

Кількість населення громади, яке обслуговує заклад, також дає уявлення про масштаби. Юріївська територіальна громада нараховує близько 11 768 мешканців [52].

Заклад має фінансові показники за роки, які дозволяють оцінити ресурси. У 2023 р. доходи становили 7,7 млн грн, у 2024 р. – 9,3 млн грн, число співробітників закладу стабільно 38 осіб.

Протягом 2023 р. загальна кількість укладених декларацій із населенням становила 10 884, що перевищує кількість мешканців громади через укладення декларацій з мешканцями інших територій. З цих декларацій 6 120 укладено саме з КНП «Юріївський ЦПМСД», що становить близько 57,1 % від загальної кількості декларацій у громаді.

Також за 2023 р. КНП «Юріївський ЦПМСД» прийняло 8 943 пацієнтів, що становить 146,1 % до базового періоду (попереднього року) у межах громади. Тобто заклад обробив значно більше звернень, ніж був укладений в попередньому періоді серед тих, хто вже має декларацію. Приймання хворих на дому також здійснювалося. Юріївський ЦПМСД за цей період обслужив 235 осіб вдома, що складає близько 3,77 % від загальної кількості тих, хто має декларацію.

Отже, бачимо, що рівень укладання декларацій із медичними працівниками на первинній ланці у громаді дуже високий, особливо для КНП «Юріївський ЦПМСД». Це свідчить про довіру населення та організацію роботи, яка здатна охоплювати значний обсяг осіб. Кількість прийомів пацієнтів у Юріївському ЦПМСД також зросла, що може означати або зростання потреби населення, або покращення доступу до послуг або комбінацію обох чинників. Особливо важливо, що практикується прийом на дому як ключова функція первинної допомоги для осіб, які мають обмеження в пересуванні чи в віддалених населених пунктах.

Проте існують і виклики. Наприклад, якщо населення громади близько 11-12 тис. осіб, а зареєстровані декларації становлять понад 10 800, то поряд із

очевидно високим рівнем охоплення наявне потенційне перевантаження лікарів, особливо якщо кількість лікарів і медичного персоналу не збільшується пропорційно. Зміна тарифів (капітаційна ставка на ПМСД) і умови фінансування від НСЗУ напряду впливають на можливість утримувати персонал, забезпечувати дільничні амбулаторії й витратні матеріали. Менеджмент, оснащення, матеріальна база та логістика (проїзд до віддалених пунктів, транспортування, мобільні бригади тощо) можуть бути обмежуючими факторами для забезпечення рівного і якісного обслуговування.

Отже, роль ПМСД в Україні як ланки між населенням і спеціалізованою медициною на прикладі Юріївського ЦПМСД проявляється в конкретній відповідальності за охоплення, профілактику, лікування, домашню допомогу та комунікацію з громадою. Локальні виклики включають необхідність оптимізації ресурсів, підтримки кадрів, розширення доступу в географічно віддалених місцях та стійкого фінансування, але статистика показує, що Юріївський ЦПМСД має реальні досягнення і потенціал для подальшого розвитку в рамках реформ ПМСД.

На прикладі Юріївського ЦПМСД можна виокремити кілька ключових аналітичних висновків щодо ролі та практичного функціонування ПМСД у сільських і селищних громадах.

Як локальний центр ПМСД, Юріївський ЦПМСД є основним контактом мешканців із системою охорони здоров'я. Його амбулаторії й бригади є першою лінією для первинних звернень, вакцинації, профілактики та лікування неускладнених станів. Однак, у багатьох громадських закладах сільського типу збережено проблему нерівномірності покриття (віддалені села, дефіцит транспортного сполучення), що може знижувати реальну доступність послуг. Загальна закономірність така, що наявність у громади лише одного центру ПМСД створює ризики перевантаження при спалахах або збільшенні потреб.

Незважаючи на те, що заклад формально функціонує як центр ПМСД, типовою проблемою для подібних закладів є дефіцит лікарів і бюрократичні бар'єри для розширення ролей медсестер (наприклад, самостійного надання

окремих послуг). Наголошується на необхідності реорганізації кадрових моделей та підвищення кваліфікації персоналу для підвищення ефективності інституцій первинної допомоги, що означає потребу у довгостроковій кадровій стратегії (підготовка, мотивація та збереження сімейних лікарів і медичних сестер).

Фінансування ПМСД через НСЗУ дає можливість централізованого фінансового стимулювання і забезпечення пакета послуг. Проте обмеження у тарифах, необхідність прозорого фінансового менеджменту та ефективного планування ресурсів є викликом для невеликих комунальних закладів. Публічна інформація про закупівлі КНП «Юріївський ЦПМСД» свідчить, що заклад бере участь у процесах державних закупівель, що корелює з його операційною активністю, але також вказує на потребу в посиленому фінансовому плануванні та підзвітності.

Наявність публічного аккаунта у соціальних мережах та контактних даних у довідниках демонструє позитивну комунікаційну практику закладу. Прозора комунікація підвищує довіру населення та сприяє профілактичній роботі (оголошення про вакцинацію, освітні заходи, інформація про графік прийому). Юріївський ЦПМСД вже використовує такі канали, що є сучасною практикою.

За програмою соціально-економічного та культурного розвитку Юріївської селищної ради на 2025 р. прогнозується, що чисельність населення громади зменшиться й становитиме близько 10 705 осіб [31]. Відтак, що завдання закладу ПМСД стають ще більш амортизованими демографічно, адже менше населення, відповідно, потенційно більше серед них осіб похилого віку та більша питома частка хронічних хвороб, що збільшує навантаження на первинну допомогу. Крім того, це важливо врахувати при плануванні кадрів і ресурсів у закладі. Якщо населення скорочується, але навантаження на ПМСД зростає (через старіння), то потрібно коригувати кадрові та фінансові моделі.

Якщо порівнювати з іншими громадами регіону, бачимо такі показники. У Дніпропетровській області надходження до бюджетів усіх рівнів у січні-

серпні 2025 р. становили понад 104,5 млрд грн, з них до місцевих бюджетів – понад 30,6 млрд грн, що на 11,8 % більше, ніж за аналогічний період 2024 р. Попри війну бачимо загальну тенденцію зростання економічної активності або податкових надходжень в області, що потенційно може відобразитись і у збільшенні доходів громад і можливостей для фінансування закладів охорони здоров'я.

У частині видатків місцевого самоврядування дані Міністерства розвитку громад та територій України показують, що частка видатків на утримання органів місцевого самоврядування у загальних видатках місцевих бюджетів в Дніпропетровській області у січні-лютому 2025 р. становила 10,2 % [20]. Що важливо, адже ПМСД як заклад, фінансований з місцевих бюджетів через громади, частково залежить від здатності громади спрямовувати ресурси на охорону здоров'я. Якщо частка видатків на утримання органів місцевого самоврядування на низькому рівні, то інші сфери (медицина, соціальний захист) можуть отримувати недостатньо фінансів.

Ще один корисний порівняльний показник стосується інших громад. Наприклад, Межівська селищна громада у паспорті 2025 р. має план власних доходів спеціального фонду на рівні 7 127,057 тис. грн [25]. Отже, по демографії громади видно тенденцію скорочення населення (до 10 705 осіб) і по бюджетах області – до зростання надходжень і стимулів у громадах для фінансової підтримки своїх закладів. У контексті порівняння з Межівською громадою та загальною динамікою Дніпропетровщини, Юріївська громада має потенціал для збільшення ресурсів для ПМСД. Але важливо, щоб управління закладу враховувало демографічні зміни, фінансову спроможність громади та зростання потреб серед населення

ЦПМСД – це стратегічно важливі інституції для забезпечення здоров'я населення України. На прикладі КНП «Юріївський ЦПМСД» видно, що такі заклади виконують базові функції доступності, профілактики та координації медичної допомоги, проте стикаються з такими типовими викликами, як кадровий дефіцит, потреба в стабільному фінансуванні та оптимізація

управлінських процесів. Посилення спроможності ПМСД на місцях (через навчання, розширення ролей, вдосконалення менеджменту та цифрових сервісів) напряду підвищить якість і доступність медичних послуг.

Серед загальних і практично орієнтованих напрямів удосконалення публічного управління в сфері охорони здоров'я, орієнтованих на сильні й слабкі сторони Юріївського ЦПМСД, вважаємо за доцільне визначити такі основні:

- розробка і впровадження стратегічного плану розвитку закладу, який прив'язаний до стратегії розвитку охорони здоров'я на рівні області та держави;

- підвищення прозорості, звітності та підзвітності громаді через активне використання інструментів відкритих даних, регулярну публікацію звітів про фінанси, закупівлі, виконані послуги, плани й результати, запровадження публічного моніторингу;

- оптимізація управлінської структури та процесів всередині закладу, чітко визначивши рольові функції менеджменту, провівши процесний аудит ключових бізнес-процесів і впровадивши систему внутрішнього контролю і аудиту;

- розвиток цифрових рішень і інформаційної взаємодії, інтеграція з обласними/регіональними інформаційними системами, зв'язок із вторинним і третинним рівнями для обміну медичними даними, що підвищить ефективність і зробить послуги зручнішими, а також дозволить збирати структуровані дані для аналітики й управління;

- залучення інструментів ППП у розвиток інфраструктури та послуг для додаткового інвестування в інфраструктуру, обладнання, розвиток нових амбулаторій, мобільних медичних пунктів, телемедичні рішення чи лабораторне обладнання;

- фінансове планування, диверсифікація джерел доходів і ефективне бюджетування шляхом переходу до планового фінансування, тобто бюджет на рік повинен виходити зі стратегічного плану, пріоритетів, прогнозованих

потреб, резервів на непередбачувані ситуації;

- підсилення кадрової політики та професійного розвитку персоналу;
- формування мережі та кооперації з сусідніми громадами чи медичними закладами;
- удосконалення системи моніторингу ефективності та якості надання послуг шляхом впровадження набору ключових показників;
- активне залучення місцевих громад, громадськості та партнерів, для того щоб управління охороною здоров'я набуло сталої основи.

Розвиток системи публічного управління у сфері охорони здоров'я потребує підходу, який враховує сучасні виклики та демографічні, економічні й технологічні тенденції. А вказані напрями, реалізовані в комплексі та синхронно, допоможуть ЦПМСД підвищити ефективність, адаптивність, прозорість і стійкість. Упровадження зазначених напрямів удосконалення потребує не лише організаційної спроможності, а й постійного управлінського супроводу, що включає оцінювання ризиків, оновлення процедур та коригування управлінських рішень відповідно до змін у зовнішньому середовищі. Це передбачає формування в Юріївському ЦПМСД культури стратегічного мислення та орієнтації на результат, де кожне управлінське рішення базується на аналізі даних, оцінці впливу та прогнозуванні можливих сценаріїв розвитку.

2.3. Світовий досвід упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я

Метою державного управління в сфері охорони здоров'я є формування ефективної та орієнтованої на пацієнта системи, здатної забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всього населення країни. Така система передбачає не лише надання медичних послуг, але й інтеграцію інформаційних, освітніх та комунікаційних процесів для підвищення загальної медичної грамотності громадян і якості координації між різними учасниками системи

охорони здоров'я. Відповідно до сучасної стратегії ВООЗ, досягнення цих цілей можливе лише за умови впровадження комплексної багаторівневої комунікаційної стратегії, що охоплює населення, пацієнтів, медичних працівників та державні установи [51, с. 72].

Доступ до медичної інформації виконує подвійну функцію. По-перше, він стимулює громадян до ведення здорового способу життя, самостійного моніторингу стану свого здоров'я та дотримання режимів лікування. По-друге, інформаційна відкритість забезпечує ефективну координацію між медичними працівниками та закладами охорони здоров'я, покращує взаємодію лікарів і державних органів та сприяє формуванню прозорої системи управління [45].

Однією з ключових проблем сучасного публічного управління є забезпечення достовірності, актуальності та відкритості медичних даних. Для оптимізації процесів збору та обробки інформації більшість розвинених країн обрали безпаперову комунікацію в системі охорони здоров'я – електронну систему (e-Health). Такі системи не лише зменшують бюрократичне навантаження, але й дозволяють централізовано накопичувати, аналізувати та поширювати медичні дані, що значно підвищує ефективність публічного управління [70].

Нова концепція стратегічного управління здоров'ям, запропонована ВООЗ, значно розширює традиційні підходи до публічного управління охороною здоров'я, інтегруючи міжсекторальні дії та закріплюючи загальнодержавну відповідальність за стан здоров'я населення [51]. Окремо виділено функцію комунікації в інтересах громадської охорони здоров'я, що включає інформаційне забезпечення громадян, установ та інших аудиторій з метою формування позитивної мотивації та підвищення усвідомлення детермінант здоров'я [45].

Сучасні системи e-Health включають комплекс технологічних та організаційних рішень. Вважається, що інструменти e-Health забезпечують безпечний доступ пацієнтів до персональних електронних медичних записів, можливість електронного листування з медичними працівниками,

використання мобільних додатків для контролю життєвих показників та просування здорового способу життя, а також освітніх ресурсів для підвищення медичної грамотності. Для лікарів та адміністраторів такі системи спрощують ведення медичної документації, автоматизують облік послуг та оптимізують управління медичною інформацією, відкриваючи нові можливості для ефективного публічного управління [70].

Водночас, підкреслюється, що академічне трактування е-Health повинно охоплювати не лише технічні аспекти, але й концептуальні. Він визначає е-Health як інтегровану сферу, що поєднує медичну інформатику, охорону здоров'я, публічне здоров'я та бізнес, охоплюючи медичні послуги та інформацію, поширювану через сучасні технології. У ширшому сенсі е-Health формує новий спосіб мислення та поведінки, спрямований на глобальне мережеве співробітництво для покращення охорони здоров'я на місцевому, регіональному та міжнародному рівнях [59].

В Україні е-Health визначається як «інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг, управління даними та документами шляхом централізованого обміну інформацією між медичними інформаційними системами [13]». Реалізація цього підходу сприяє розширенню прав пацієнтів та лікарів, спрощенню міжсекторальної взаємодії та підвищенню оперативності прийняття управлінських рішень.

Е-Health вважається не лише набором цифрових інструментів, а й механізмом комплексної трансформації системи охорони здоров'я. Як зазначає Р. Річардсон, це не лише дешеві електронні технології, а фундаментальне оновлення всіх процесів надання медичних послуг і управління [69]. Підтримуємо такий підхід, наголошуючи, що е-Health розширює можливості як споживачів, так і надавачів медичних послуг через забезпечення доступу до знань та інформації.

Міжнародний досвід підтверджує ефективність е-Health. Так, Х. Андреассен та співавтори проаналізували використання ІКТ у системі охорони

здоров'я семи країн ЄС, виявивши, що 71% інтернет-користувачів застосовували мережу для медичних цілей. Вони підкреслюють, що e-Health є невід'ємною частиною е-врядування, що дозволяє цифровим інструментам урядів ефективно взаємодіяти з громадянами, бізнесом та іншими урядовими структурами. Досвід таких країн, як Велика Британія (NHS Direct Online), Німеччина (телематична платформа) та Данія (Sundhed.dk), демонструє успішне впровадження електронних медичних карток та порталів для пацієнтів, що підвищує прозорість та ефективність охорони здоров'я [53].

Таким чином, інтеграція e-Health у систему публічного управління є ключовим фактором модернізації охорони здоров'я, що забезпечує баланс між технічними інноваціями, правами пацієнтів та ефективністю управління. Водночас, подальший розвиток потребує міжсекторального підходу, включення міжнародних практик, інтеграції аналітичних платформ і постійного моніторингу результативності для досягнення сталого та орієнтованого на пацієнта медичного середовища.

Дж. Блайа та співавтори у системному огляді впровадження e-Health у країнах, що розвиваються, зазначають, що перспективними є такі системи, які оптимізують комунікацію між медичними установами, сприяють ефективному управлінню лікарськими засобами та дозволяють відстежувати пацієнтів, які можуть відмовитися від подальшого лікування. Водночас, використання персональних цифрових помічників та мобільних пристроїв демонструє високий потенціал підвищення точності збору та обробки медичних даних [54]. Дослідження Т. Маккея та Б. Ліанж свідчить, що e-Health є критично важливим інструментом у публічному управлінні ринками, пов'язаними зі здоров'ям, особливо щодо розподілу ліків як за державним фінансуванням, так і за кошти пацієнтів або страхових компаній [67]. У цьому контексті цифрові технології стають не лише інструментом адміністрування, а й механізмом підвищення прозорості та ефективності розподілу ресурсів у медичній сфері.

Сприйняття різних елементів e-Health значно варіює залежно від країни. Наприклад, Тайвань, Італія, Словенія та Німеччина планують або вже

впроваджують комунікаційні стратегії у сфері охорони здоров'я на базі e-Health. У той же час, Франція та Австрія обмежуються використанням електронних медичних карток переважно як інструменту ідентифікації страхування, а в багатьох країнах досі переважає паперова документація [1, с. 125-127]. Водночас, рівень прийняття e-Health у США становить 69 %, а в Канаді – 57 %, що пов'язано із значними інвестиціями урядів обох країн у цифрову трансформацію медичної сфери [55, с. 52].

Впровадження e-Health забезпечує не лише економію часу та ресурсів, але й істотно впливає на ефективність публічного управління охороною здоров'я. Система дозволяє оперативно отримувати клінічні та статистичні дані, необхідні в надзвичайних ситуаціях, а також консолідувати інформацію для адміністрування медичної сфери.

Сучасна концепція електронного здоров'я в умовах глобальної цифровізації охорони здоров'я поступово трансформується у більш інтерактивні та користувачко-орієнтовані формати, що забезпечують ефективну взаємодію між пацієнтами, медичними фахівцями та адміністративними органами. Такий підхід відповідає міжнародним тенденціям цифровізації публічних послуг і інтеграції інформаційних технологій у систему охорони здоров'я, активно підтримуваним ВООЗ і на рівні ЄС.

Аналіз зарубіжних досліджень показує, що e-Health виступає центральним інструментом комунікації у публічному управлінні охороною здоров'я. У країнах ЄС, зокрема в Німеччині та Данії, запроваджено національні електронні медичні картки, що дозволяють лікарям і пацієнтам оперативно обмінюватися інформацією та отримувати доступ до даних у режимі реального часу. У США активно розвиваються платформи телемедицини, що забезпечують віддалене консультування, моніторинг стану здоров'я та інтеграцію клінічних даних у державні бази [60]. Подібні практики підтверджують, що цифрові платформи підвищують точність, оперативність і неупередженість інформації, що безпосередньо впливає на якість публічного управління охороною здоров'я.

Водночас міжнародний досвід виявляє низку системних ризиків і проблем, пов'язаних із впровадженням e-Health. У багатьох країнах на перших етапах цифровізації спостерігалася відсутність надійних електронних каналів комунікації та механізмів забезпечення відкритості інформації. Крім того, персонал медичних закладів часто мав обмежену комп'ютерну грамотність та недостатньо спеціалізовані навички для роботи з цифровими платформами. Наприклад, в Італії та Іспанії впровадження e-Health уповільнювалося через нестачу єдиних стандартів обміну даними та відсутність національної інформаційної стратегії, що враховувала б інтереси пацієнтів, медичних установ та недержавних організацій [60].

Ризики, що супроводжують впровадження e-Health, виходять за межі технічних аспектів. Вони включають захищеність та деперсоналізацію даних, уніфікацію медичних форм і протоколів, а також безперервну підготовку персоналу. Наприклад, у Швеції застосування стандартів HL7 та FHIR дозволило інтегрувати дані з різних регіональних платформ у єдину систему електронної охорони здоров'я, зменшуючи ризики дублювання даних та помилок. Водночас у країнах Південно-Східної Азії проблемою залишаються обмежений доступ до інтернету та нерівномірна цифрова грамотність населення [60], що підкреслює важливість комплексного підходу до цифрової трансформації.

E-Health стає центром комунікаційних потоків, охоплюючи взаємодію з населенням, пацієнтами, бізнес-сектором, політичними структурами та науковцями, а також забезпечує реалізацію фінансових і адміністративних моделей у системі охорони здоров'я. Міжнародна практика свідчає, що успішне впровадження цифрових технологій можливе лише за умови одночасного вдосконалення технологічної бази, підвищення кваліфікації персоналу та розробки стратегій, орієнтованих на всі зацікавлені сторони. Відповідно, інтеграція e-Health у публічне управління охороною здоров'я не лише оптимізує обмін інформацією, а й сприяє підвищенню ефективності системи охорони здоров'я в цілому. Важливо наголосити, що цифровізація

охорони здоров'я потребує не лише технологічних рішень, а й інституційних реформ, які забезпечать сталість та узгодженість впровадження e-Health.

Висновки до розділу 2

1. У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я України ключовим завданням публічного управління стає переорієнтація політики з реактивного на проактивний формат, включаючи інвестування в людський капітал, інституційну стійкість та цифрову безпеку. Необхідно створювати стимули для медичних працівників у прифронтових і сільських територіях через забезпечення житлом, надбавки та можливості дистанційного професійного розвитку, а також прискорювати програми перекваліфікації й офіційно розширювати повноваження медсестер.

2. Важливим напрямом є інтеграція гуманітарних ресурсів у державні ланцюги закупівель і електронні реєстри, що дасть змогу уникнути дублювання допомоги та сформувати стійкі системи постачання. Паралельно слід пріоритезувати розвиток секторів психосоціальної підтримки і реабілітації як базових компонентів післявоєнної відбудови із розбудовою відповідної інфраструктури, кадрового потенціалу.

3. Ключовими напрямками вдосконалення функціонування ЦПМСД визначаємо стратегічне планування розвитку закладів охорони здоров'я, підвищення прозорості й підзвітності перед населенням, оптимізація управлінської структури та процесів, цифровізація послуг і впровадження сучасних інформаційних систем. Важливим є розвиток ППП як механізму залучення додаткових ресурсів для модернізації інфраструктури та обладнання, а також удосконалення фінансового планування і диверсифікації джерел доходів закладів.

4. Досвід розвинених країн свідчить, що формування відкритої, прозорої та результативної системи можливе лише за умов комплексного підходу, який поєднує технологічні інновації, стандартизацію процесів та підготовку персоналу. Це створює передумови для стійкого розвитку цифрового управління охороною здоров'я та підвищення рівня довіри населення.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Сценарне планування розвитку публічного управління охороною здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я в Україні перебуває в стані глибокої трансформації, що зумовлено поєднанням кількох ключових чинників, як наслідки повномасштабної війни, демографічні зрушення, економічна турбулентність, зміна архітектури публічного управління та глобальні виклики у сфері громадського здоров'я. На відміну від попередніх етапів розвитку, сучасна модель публічного управління охороною здоров'я не може базуватися лише на інституційних реформах чи удосконаленні законодавчого поля. Її ключовою характеристикою стає здатність суб'єктів управляти складними ризиками, адаптуватися до невизначеності та будувати сценарне планування розвитку системи. Враховуємо й те, що система охорони здоров'я України функціонує у режимі критичного фінансування, поєднуючи короткострокові гуманітарні ресурси, що закривають гострі потреби, тоді як довгострокові державні програми спрямовані на підтримку базової інфраструктури. Важливим завданням публічного управління є інтеграція цих потоків у єдину стратегічну рамку для уникнення дублювання, підвищення ефективності використання ресурсів та забезпечення стійкості системи.

Проведені дослідження дозволили обґрунтувати, що сучасна архітектура публічного управління охороною здоров'я в Україні формується під впливом таких структурних тенденцій:

– військово-гуманітарний контекст, адже війна створила безпрецедентне навантаження на систему охорони здоров'я через масштабні руйнування та збільшення кількості пацієнтів, що зумовлює необхідність масштабної реконструкції та децентралізованих моделей надання допомоги;

– демографічна деформація та внутрішня міграція, включаючи масове переміщення населення, зростання кількості внутрішньо переміщених осіб, старіння демографічної піраміди та дефіцит кваліфікованих кадрів істотно змінюють географію попиту на медичні послуги ;

– зміщення парадигми фінансування, тобто перехід від утримувальної до контрактної моделі, запровадження стратегічних закупівель через НСЗУ та залучення позабюджетних джерел створюють нові управлінські конфігурації;

– інституційна фрагментація та потреба у координації, оскільки реформа децентралізації підвищила роль громад у сфері первинної медичної допомоги, водночас виявила дефіцит управлінської спроможності на місцях і нерівномірність доступу до послуг;

– цифровізація та інтеграція даних через впровадження eHealth і цифрових реєстрів стає важливою умовою ефективного управління, але потребує масштабного інвестування в інфраструктуру та кіберзахист.

Наведені фактори визначають головну особливість сучасного етапу, яка полягає в тому, що публічне управління переходить від стабілізаційної логіки до антикризово-адаптаційної, де пріоритетом стає не лише ефективне надання медичних послуг, а й управління ризиками, передбачення сценаріїв розвитку та підготовка до кризових ситуацій.

Публічне управління охороною здоров'я в Україні на сучасному етапі виходить за межі класичних управлінських підходів. Його сутність визначається не лише наданням медичних послуг, а й здатністю системи бути стійкою до багатовимірних викликів, швидко адаптуватися до кризових умов, інтегрувати інновації та координувати ресурси різного походження.

Ключовим завданням державної політики має стати побудова гнучкої, ризикостійкої та інституційно спроможної системи охорони здоров'я, здатної забезпечити базові потреби населення навіть у періоди глибоких потрясінь. Це вимагає синергії фінансових механізмів, кадрових стратегій, цифрових технологій та соціальних програм, що у сукупності формуватимуть основу для

відновлення, розвитку та інтеграції України до європейського простору охорони здоров'я.

Управління ризиками сьогодні стає ядром стратегічного планування розвитку систем охорони здоров'я. Методологічно доцільно виокремити три взаємопов'язані етапи ризик-орієнтованого управління:

1) ідентифікація ризиків – виявлення факторів, що можуть негативно вплинути на функціонування системи (військові загрози, епідеміологічні ризики, фінансова нестабільність, демографічні зміни, кадровий дефіцит, інфраструктурні пошкодження тощо);

2) оцінка та пріоритизація ризиків – визначення ймовірності настання подій та масштабу їхнього впливу на систему з використанням якісних методів експертної оцінки, SWOT-аналіз, матриця вплив і ймовірність та сценарний аналіз;

3) формування управлінських відповідей – розробка політик та інструментів адаптації, включаючи створення резервних потужностей, диверсифікація джерел фінансування, зміцнення кадрового потенціалу, формування планів безперервності медичних послуг тощо.

Такий підхід дозволяє не лише реагувати на вже наявні проблеми, а й змінює логіку прийняття рішень. Управлінські стратегії будуються не на припущенні стабільності, а на передбаченні ймовірних сценаріїв розвитку подій.

Для планування розвитку системи охорони здоров'я в умовах високої невизначеності доцільно застосовувати сценарний підхід, що дозволяє моделювати альтернативні траєкторії розвитку залежно від політичних, економічних і безпекових умов. У цьому контексті виділимо три базові сценарії:

– оптимістичний сценарій, у основу якого покладемо спрямованість на стратегічну модернізацію;

– базовий сценарій, де переважатиме контрольована адаптація;

– песимістичний сценарій, у основі якого, за нашим баченням – функціональне виживання та кризова стабілізація.

Детально охарактеризуємо кожен із запропонованих сценаріїв.

Оптимістичний сценарій «Стратегічна модернізація». Передумовами цього сценарію є макроекономічна стабілізація, успішна міжнародна інтеграція, активна донорська підтримка, швидке відновлення територій. Згідно із цим сценарієм передбачається, що фінансування системи охорони здоров'я стає багатоканальним, де державні кошти поєднуються з приватними інвестиціями та страховими механізмами; цифровізація та eHealth стають основним інструментом планування, закупівель і моніторингу; розбудова мережі реабілітаційних центрів та програм психічного здоров'я інтегрується у загальнодержавні політики; кадрова політика реформується через нові механізми стимулювання, підготовки та підвищення кваліфікації. * Відбувається розширення державного фінансування, збільшення контракування послуг, інвестування в інноваційні технології та профілактику. Як результат, система переходить до проактивної моделі управління з фокусом на профілактиці, телемедицині, громадському здоров'ї, розширенні ролі громад і партнерства з приватним сектором, здатної не лише реагувати на виклики, а й формувати довгострокову стійкість.

Базовий сценарій «Контрольована адаптація». Передумовами реалізації зазначеного сценарію є помірні економічна стабілізація без радикального зростання, часткова підтримка партнерів, помірні міжнародна підтримка, збереження безпекових ризиків на регіональному рівні. У рамках сценарію передбачається, що основне фінансування продовжує надходити з державного бюджету, але обмеженість ресурсів стримує інновації; зберігається поточний рівень фінансування з поступовим підвищенням ефективності розподілу ресурсів і розвиток ППП; цифровізація відбувається нерівномірно, а доступ до сучасних медичних технологій залишається неоднорідним; кадрові проблеми частково вирішуються через перепідготовку, проте суттєвий дефіцит зберігається; гуманітарні програми залишаються вагомим джерелом ресурсів,

що створює ризики нестійкості. У результаті система зберігає функціональність і поступово адаптується до умов з фокусом на оптимізації наявних ресурсів, зміцнення первинної ланки, підвищення якості управління на місцях, розширення цифровізації та електронних сервісів, однак залишається вразливою до шоків і не має достатніх резервів для стратегічного розвитку.

Песимістичний сценарій «Функціональне виживання та кризова стабілізація». Передумовами цього сценарію є затяжна війна, погіршення безпекової ситуації, економічна рецесія, скорочення міжнародної допомоги та донорської підтримки. За нашим баченням, реалізація песимістичного сценарію передбачає, що фінансування системи охорони здоров'я обмежене, значна частина послуг скорочується або переводиться на приватну основу; відбувається переорієнтація ресурсів на екстрену медицину, мобільні медичні команди, критичні потреби; мінімізація капітальних інвестицій; нерівність у доступі до медичних послуг суттєво зростає, особливо у сільських та прифронтових регіонах; цифровізація сповільнюється через відсутність ресурсів, а кадрова криза набуває системного характеру; гуманітарна допомога стає основним джерелом фінансування, але не інтегрується у державну політику. Як наслідок, система зберігає лише базову здатність реагувати на критичні потреби, але втрачає стратегічну стійкість і перспективу розвитку. В управлінському контексті наявне домінування кризового менеджменту, необхідність швидкої перебудови мережі закладів, створення гнучких моделей управління, орієнтація на базові медичні послуги.

Сценарний аналіз та ризик-орієнтований підхід дозволяють зробити кілька принципових висновків щодо сучасних особливостей публічного управління охороною здоров'я в Україні:

– адаптивність та гнучкість стають ключовими характеристиками державної політики: система має бути здатною швидко змінювати конфігурацію управління залежно від зовнішніх умов;

– інтегроване управління ризиками повинно стати основою стратегічних рішень, у тому числі бюджетне планування та просторова організація медичної мережі;

– децентралізація та різноманіття учасників системи посилюються, тому майбутнє системи залежить від ефективної взаємодії центральних органів влади, місцевого самоврядування, громадських організацій та міжнародних партнерів;

– стійкість та інноваційність залишаються головними критеріями оцінки реформ, оскільки не лише кількість закладів чи фінансові показники, а й здатність системи забезпечувати безперервність послуг, інноваційні підходи до лікування та профілактики, соціальну справедливість.

Особливості публічного управління охороною здоров'я в Україні сьогодні визначаються перехідним характером системи, що одночасно функціонує у режимі реагування на кризу та стратегічного переосмислення власної ролі в суспільстві. У цих умовах успіх реформи залежить не лише від фінансових ресурсів чи законодавчих змін, а передусім від здатності органів публічної влади та керівників медичних закладів управляти ризиками, прогнозувати сценарії розвитку та забезпечувати гнучкість управлінських рішень. Саме такий підхід дозволить системі охорони здоров'я не лише вистояти в умовах невизначеності, а й трансформуватися у стійку, інноваційну та людиноцентричну інституцію, здатну відповідати на виклики XXI століття.

Можемо стверджувати, що сучасне публічне управління охороною здоров'я в Україні набуває рис адаптивного, сценарно-орієнтованого та ризик-управлінського процесу, у центрі якого перебувають такі характеристики, як гнучкість, міжсекторна взаємодія, готовність до криз і стратегічне бачення розвитку, що роблять систему спроможною забезпечити не лише виживання в умовах війни, а й довгострокову трансформацію на шляху до європейських стандартів. Узагалі, розвиток адаптивної моделі публічного управління охороною здоров'я є передумовою для переходу до сучасної європейської системи, де акцент робиться на стійкості, інноваціях та рівності доступу. В

умовах тривалої війни саме така модель стає гарантом не лише фізичного виживання населення, а й відновлення людського капіталу, соціальної стабільності та подальшого економічного зростання країни.

3.2. Розвиток публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

В останні роки, попри складні політичні обставини та економічну нестабільність, в Україні активізуються зусилля, спрямовані на вдосконалення управління ключовими галузями соціальної сфери, серед яких особливе місце посідає система охорони здоров'я. Така діяльність є об'єктивною необхідністю, оскільки вітчизняна медицина досі характеризується низьким рівнем якості та доступності послуг, обмеженим фінансуванням, неефективним використанням ресурсів, а також структурною незбалансованістю між рівнями медичної допомоги. Усе це обумовлює потребу у пошуку нових підходів до управління системою охорони здоров'я відповідно до цілей сталого розвитку та євроінтеграційного курсу України.

Одним із таких сучасних механізмів і є ППП, яке розглядається як ефективний інструмент подолання фінансових і організаційних обмежень державного сектору. Завдяки партнерству з приватними інвесторами держава може забезпечити підвищення якості медичних послуг, розвиток інфраструктури, модернізацію обладнання, залучення інновацій та кадрове оновлення системи охорони здоров'я. Водночас ППП дозволяє узгодити інтереси держави, медичних установ і бізнесу, створюючи умови для реалізації суспільно значущих проєктів на принципах економічної доцільності та соціальної відповідальності.

Українська економіка нині орієнтована на модернізацію та підвищення регіональної конкурентоспроможності, а ППП стає одним із центральних інструментів проєктного управління у державному секторі. Саме через ППП можливо забезпечити не лише залучення приватного капіталу, а й підвищення

управлінських стандартів, відповідальності, інноваційності та довгострокової стійкості системи охорони здоров'я.

ППП також розглядається як механізм подолання дефіциту фінансових, технологічних і управлінських ресурсів у сфері охорони здоров'я. Саме через ППП можливо не лише компенсувати нестачу бюджетних коштів, а й підвищити ефективність використання ресурсів, забезпечити якісне надання медичних послуг та стимулювати розвиток інновацій у галузі [3, с. 59]. Проблема неефективного розподілу коштів у системі охорони здоров'я робить необхідним використання партнерства як форми узгодження економічних інтересів між основними учасниками (органами виконавчої влади, закладами охорони здоров'я, приватними інвесторами та населенням як кінцевим споживачем послуг).

У межах трансформації української економіки, орієнтованої на модернізацію, інноваційність і збалансований розвиток регіонів, ППП стає важливою складовою нової моделі публічного управління. Воно дозволяє реалізовувати проєктний підхід у державному секторі, сприяє залученню інвестицій у соціально значущі проєкти, підвищує технологічний і кадровий потенціал медичних закладів. В умовах сталого розвитку, коли бюджетні ресурси обмежені, саме ППП виступає інструментом забезпечення рівного доступу громадян до якісних послуг охорони здоров'я.

За основу візьмемо поняття ППП, визначене новим Законом «Про публічно-приватне партнерство» як «співробітництво між публічним та приватним партнерами, що здійснюється на основі договору та відповідає ознакам публічно-приватного партнерства [38]». До ознак ППП згідно із цим законом належать:

- 1) «внесення приватним партнером інвестицій, а саме забезпечення приватним партнером повного або часткового фінансування, створення та/або будівництва і технічного обслуговування об'єкта ППП з передачею або без передачі приватному партнеру права на управління та/або експлуатацію об'єкта ППП та/або права на надання суспільно значущих послуг [38]»;

2) «довготривалість строку ППП, крім проектів ППП з будівництва житла та проектів ППП з будівництва житла з допороговим значенням, строк яких може становити менше п'яти років [38]»;

3) «передача приватному партнеру частини ризиків, що пов'язані із забезпеченням приватним партнером повного або часткового фінансування, створення та/або будівництва і технічного обслуговування та/або управління, та/або експлуатації об'єкта ППП», та інших ризиків, що виникають під час реалізації проекту ППП [38]».

З огляду на специфіку сфери охорони здоров'я, найбільш перспективним є розвитковий підхід до ППП, коли воно розглядається як механізм соціально-економічної трансформації галузі. У стратегічному аспекті ППП забезпечує модернізацію медичної інфраструктури, впровадження інноваційних технологій і розвиток кадрового потенціалу, а в інституційному формує умови для створення ефективних ринків медичних послуг, покращує взаємодію між органами влади, бізнесом та громадянами [17, с. 198].

Європейська практика трактує ППП як форму компенсації ринкових провалів, оптимізації бюджетних витрат і підвищення ефективності публічного сектору. За такого підходу функції держави частково делегуються приватному бізнесу, що дозволяє досягати кращих результатів при зменшенні фінансового навантаження на бюджет.

Для України переваги впровадження ППП у сфері охорони здоров'я є багатовимірними, серед них:

- підвищення ефективності управління медичними об'єктами державної та комунальної власності;
- покращення якості та доступності медичних послуг;
- залучення інноваційних технологій і сучасних управлінських практик;
- зниження бюджетних витрат і оптимізація фінансування системи охорони здоров'я.

Важливо, щоб розвиток ППП відбувався у межах оновленої нормативно-правової бази, яка має передбачати чіткі критерії відбору проектів, прозорі

механізми оцінки їх ефективності, а також систему державного моніторингу результатів. Доцільно передбачити у законодавстві спеціальні норми, які регулюватимуть участь приватних інвесторів у сфері охорони здоров'я, зокрема у будівництві, реконструкції та експлуатації лікарень, лабораторій, реабілітаційних центрів, закупівлі обладнання.

Окремої уваги потребує інституційна підтримка проєктів ППП, включаючи аналіз потреб у регіонах, консультування стейкхолдерів та сприяння підготовці проєктів у межах ППП. Крім того, на увагу заслуговує запровадження механізмів гарантування базових соціальних стандартів при реалізації ППП, щоб забезпечити баланс між інтересами бізнесу та суспільства.

Отже, ППП у сфері охорони здоров'я є не лише формою співпраці між органами влади і бізнесом, а й ефективним механізмом модернізації галузі, що дозволяє реалізовувати інфраструктурні проєкти, розвивати нові моделі надання послуг і підвищувати їх якість. Воно поєднує ресурси, управлінські компетенції та інноваційний потенціал обох секторів, створюючи основу для сталого розвитку системи охорони здоров'я України.

Узагальнимо основні напрями щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на основі інструментів ППП.

З метою інституційного посилення державної політики у сфері ППП доцільно створити в структурі МОЗ координаційний підрозділ або департамент розвитку партнерств, який би відповідав за аналітику, відбір і супровід проєктів, методичне забезпечення, а також моніторинг ефективності реалізації партнерських ініціатив. Така інституціоналізація дозволить уникнути фрагментарності державної політики та підвищить рівень управлінської відповідальності.

У напрямі удосконалення нормативно-правового регулювання пропонуємо законодавчо закріпити такі аспекти, як спрощення процедур ініціювання та погодження проєктів у соціальній сфері, визначення особливих умов реалізації ППП у медичній галузі (з урахуванням специфіки медичних послуг і стандартів безпеки), встановлення прозорих критеріїв конкурсного

відбору партнерів, запровадження механізмів державних гарантій соціальної орієнтації проектів.

Посилення потребують фінансово-економічні стимули для приватних партнерів, для чого рекомендуємо розширити систему податкових пільг, компенсацій процентних ставок за кредитами та можливостей для цільових державних субсидій на проекти ППП у сфері охорони здоров'я. Також варто створити спеціальний державний фонд підтримки інвестицій у соціальну інфраструктуру, що фінансує підготовчі етапи партнерських проектів (розробку, аудит, технічну експертизу тощо).

Також звертаємо увагу на важливість розвитку регіонального рівня управління партнерствами. Органи місцевого самоврядування повинні отримати розширені повноваження у ініціюванні та реалізації проектів ППП у сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно запровадити регіональні програми розвитку ППП, що враховуватимуть особливості місцевої інфраструктури, демографічної ситуації та потреб населення. Відповідно, це сприятиме зміцненню фінансової спроможності громад і зменшенню міжрегіональних диспропорцій у доступі до медичних послуг.

Важливо запровадити системи публічного звітування за результатами реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я для підвищення прозорості та громадського контролю. Необхідно передбачити механізми участі громадськості у формуванні пріоритетів, оцінці ефективності та контролі використання коштів у партнерських проектах.

Не меншої ваги набуває освітньо-кадровий аспект розвитку ППП, у рамках якого, переконані, доцільно передбачити системне навчання керівників медичних закладів, представників місцевих органів влади та бізнесу щодо особливостей реалізації ППП, що підвищить рівень професіоналізму в управлінні соціально важливими проектами.

Отже, бачимо, що ППП є ефективним інструментом підвищення якості медичних послуг, розвитку інфраструктури та модернізації системи охорони здоров'я. У табл. 3.1 наведемо узагальнення основних напрямів удосконалення

публічного управління охороною здоров'я на основі механізмів ДПП та очікувані результати від їхнього впровадження.

Таблиця 3.1

Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я та очікувані результати

Напрямок удосконалення	Очікувані результати
Інституційне посилення державної політики у сфері ППП	<ul style="list-style-type: none"> – Підвищення ефективності координації між державними і приватними структурами; – зростання узгодженості управлінських рішень; – формування відповідальної системи управління партнерствами.
Удосконалення нормативно-правового регулювання	<ul style="list-style-type: none"> – Забезпечення стабільності й передбачуваності правового середовища; – підвищення довіри приватного сектору до державного; – зменшення ризиків бюрократичних перешкод.
Фінансово-економічні стимули для приватних партнерів	<ul style="list-style-type: none"> – Збільшення інвестицій у соціально значущі проекти; – підвищення економічної мотивації бізнесу до участі в ППП; – активізація інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я.
Розвиток регіонального рівня управління партнерствами	<ul style="list-style-type: none"> – Підвищення самодостатності територіальних громад; – вирівнювання регіонального розвитку; – розширення доступу населення до якісних медичних послуг.
Підвищення прозорості та громадського контролю	<ul style="list-style-type: none"> – Зміцнення довіри суспільства до механізмів ППП; – посилення підзвітності органів влади; – підвищення ефективності реалізованих проектів через участь громадськості.
Освітньо-кадровий розвиток	<ul style="list-style-type: none"> – Зростання професійної компетентності управлінських кадрів; – формування фахового середовища, здатного ефективно реалізовувати проекти ППП; – підвищення якості управлінських рішень.

Прим.: розроблено автором

Узагальнення представлених напрямів удосконалення свідчить, що ППП повинно стати не лише механізмом залучення приватних інвестицій у сферу охорони здоров'я, а й важливим інструментом формування нової моделі публічного управління, зорієнтованої на результативність, партнерство та довіру. Переорієнтація управлінських підходів від адміністративно-командних до партнерських сприятиме підвищенню ефективності реалізації державної

політики у сфері охорони здоров'я. Інституційне посилення координації між органами влади, створення сприятливого правового поля, забезпечення прозорості та публічного контролю за проєктами ППП дозволять сформувані сталі правила взаємодії між публічним і приватним секторами. Стратегічне використання цього механізму дає змогу поєднати ресурси приватного сектору з інституційною спроможністю держави, формуючи гнучку, інноваційну й економічно ефективну систему охорони здоров'я. У підсумку ППП може стати одним із ключових інструментів довгострокової трансформації галузі, забезпечуючи її стійкість та відповідність сучасним європейським стандартам.

3.3. Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в контексті міжнародних стандартів

Ефективна реалізація реформ у сфері охорони здоров'я передбачає не лише структурні зміни, але й формування нової філософії державного управління, що ґрунтується на гуманістичних підходах, пріоритеті прав людини та принципі соціальної відповідальності держави перед громадянами. У центрі цих перетворень стоїть людина як головний бенефіціар публічної політики, а діяльність медичних установ повинна бути спрямована на забезпечення реальної доступності, якості та рівності у наданні медичних послуг.

Міжнародна практика демонструє, що успішні реформи охорони здоров'я базуються на розбудові ефективних комунікаційних механізмів між державними інституціями, медичною спільнотою та громадянським суспільством. Зокрема, досвід скандинавських країн свідчить, що системна взаємодія на рівні «уряд – медична спільнота – громада» створює основу для довіри, знижує соціальну напругу та підвищує сприйняття реформ населенням [64].

В Україні реалізація подібної моделі передбачає комплексну модернізацію публічного управління галуззю, де ключова роль належить МОЗ як координатору політики, проте не як єдиному виконавцю. Для досягнення

ефективності уряд повинен забезпечити узгодженість дій усіх рівнів влади, від центрального до місцевого, адже саме на локальному рівні відбувається безпосереднє надання послуг і формування довіри громадян до держави.

Одним із стратегічних напрямів державної політики визначаємо приведення національної системи охорони здоров'я до міжнародних стандартів, як умова для інтеграції України у європейський медичний простір. Орієнтація на стандарти ЄС передбачає зміну акценту з лікування на профілактику, розвиток системи первинної медичної допомоги, а також упровадження принципів доказової медицини. Такий підхід відповідає тенденціям, визначеним ВООЗ, де профілактика розглядається як ключовий чинник підвищення тривалості життя та зниження державних витрат на лікування [61].

Важливою передумовою сталого реформування є законодавче забезпечення процесів трансформації. Необхідно здійснити комплексний перегляд нормативної бази, зокрема ухвалення нового рамкового закону, який би регламентував діяльність медичних закладів відповідно до принципів автономності, конкурентності та прозорості. Крім того, доцільним є прийняття спеціального закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, який забезпечить реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я та сприятиме формуванню стабільного фінансового підґрунтя для медичної системи.

У контексті євроінтеграції важливо також адаптувати положення національного законодавства до вимог Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, що передбачає імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил, гармонізацію стандартів безпеки, а також участь України у спільних європейських програмах обміну досвідом та кращими практиками у сфері охорони здоров'я.

Поглиблення реформування галузі потребує системних організаційних змін. Одним із дієвих механізмів може стати структурна реорганізація системи медичного обслуговування з чітким розмежуванням повноважень між первинним, вторинним і третинним рівнями надання допомоги. Такий підхід

довів свою ефективність у Великій Британії, де модель «primary care – secondary care – tertiary care» забезпечує стабільність потоків пацієнтів та підвищення якості сервісу [68].

У межах структурних перетворень доцільно переорієнтувати галузь на превентивну медицину, забезпечити пацієнтам право вільного вибору лікаря, надати закладам охорони здоров'я статус автономних неприбуткових організацій із можливістю самостійного управління ресурсами, створити рівні умови для державних та приватних медичних закладів, стимулювати розвиток професійних медичних асоціацій та кластерів та оптимізувати функції МОЗ, передавши частину операційних процесів (закупівлі, фінансування, освіту) до незалежних державних агентств із високим рівнем прозорості та контролю.

Окремої уваги потребує забезпечення якості та доступності медичних послуг. Для цього варто впровадити систему матеріальних і нематеріальних стимулів для медичних працівників, модернізувати систему акредитації та ліцензування закладів, а також створити єдину електронну інформаційну систему управління медичною сферою. Вона повинна включати електронні реєстри пацієнтів, медичних кадрів, ліків, медичних закладів та фінансових операцій, що дозволить забезпечити прозорість і підвищити ефективність управлінських рішень.

Важливою складовою змін є поступове впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що дозволить створити стійкий фінансовий механізм, подібний до німецької та французької моделей. Поєднання державного і добровільного страхування забезпечить справедливий розподіл ресурсів та гарантії базової допомоги всім громадянам, незалежно від рівня доходу.

Отже, модернізація системи охорони здоров'я України повинна спиратися на інтеграцію європейських стандартів управління, розвиток партнерських відносин між державою, медичною спільнотою та громадянами, а також на зміцнення інституційної спроможності сектору. Таким чином можна створити передумови для формування сучасної, соціально орієнтованої та

стійкої системи охорони здоров'я, здатної ефективно реагувати на виклики часу.

Сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я України все ще зберігає низку рис радянської бюджетної моделі, що зумовлює нераціональне використання ресурсів і призводить до неефективності управління галуззю. Відсутність чітких економічних стимулів, перевантаженість державного фінансування та недостатня автономія медичних закладів створюють дисбаланс між потребами населення та можливостями бюджету. Основними наслідками такої системи є прихована або примусова оплата за медичні послуги з боку пацієнтів, нерівномірний розподіл медичних ресурсів між регіонами та соціальними групами, низький рівень матеріального забезпечення медичних працівників, дефіцит сучасного обладнання та інфраструктури, відсутність ефективних механізмів фінансового захисту населення у разі хвороби.

Міжнародний досвід також демонструє, що модернізація фінансування охорони здоров'я є ключовим фактором успішних реформ. Зокрема, у країнах ЄС діє принцип багатоканального фінансування, де поєднуються державні дотації, обов'язкове медичне страхування та добровільні страхові внески громадян. У Німеччині, наприклад, 90% населення охоплено системою державного страхування [64], що забезпечує прозоре фінансування та мінімізує прямі витрати пацієнтів.

Для підвищення ефективності фінансування охорони здоров'я Україні, на нашу думку, доцільно реалізувати такі заходи:

- розвивати гарантований пакет базових медичних послуг, фінансований із державного бюджету відповідно до реальних потреб населення;
- удосконалити клінічні протоколи з алгоритмами розрахунку вартості послуг;
- запровадити багаторівневий механізм фінансування відповідно до рівнів медичної допомоги;
- перейти до капітаційної моделі фінансування, яка передбачає встановлення фіксованих тарифів за пацієнта;

– забезпечити стабільне фінансування державних програм охорони здоров'я;

– створити нормативні передумови для впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що узгоджується з принципами Європейської соціальної хартії;

– стимулювати розвиток добровільного медичного страхування та публічно-приватного партнерства для розширення доступу до високотехнологічних послуг;

– запровадити механізм цільового фінансування охорони здоров'я через часткове спрямування надходжень від загальнодержавних податків.

Одним із дієвих інструментів підвищення ефективності розподілу фінансових ресурсів є Health Technology Assessment – система оцінювання медичних технологій, що використовується у країнах ЄС, Канаді та Австралії для визначення економічної доцільності медичних інновацій [63]. В Україні її впровадження дозволить оптимізувати процес прийняття управлінських рішень, запобігти неефективним державним закупівлям і забезпечити пріоритетність фінансування доказово ефективних технологій

Важливим стратегічним напрямом державної політики у сфері охорони здоров'я є перехід від лікувально-орієнтованої до профілактично орієнтованої системи, що відповідає принципам сталого розвитку та концепції включення компоненти здоров'я в усіх політиках. Реалізувати це в Україні можна через розширення мережі скринінгових та діагностичних центрів, проведення регулярних профілактичних оглядів працівників підприємств, створення державних програм із пропаганди здорового способу життя, використання інформаційних кампаній для формування культури самовідповідальності за здоров'я.

Одним із ключових напрямів реформування системи охорони здоров'я є посилення державного контролю за фармацевтичним сектором. Недостатня прозорість ціноутворення та нерівномірність постачання ліків створюють соціальну напругу та підривають довіру громадян до системи. Впровадження

єдиної системи державного регулювання фармацевтичного ринку очікується забезпечити прозорий механізм ціноутворення, стабільне забезпечення пільговими препаратами у необхідних обсягах, посилення відповідальності постачальників за якість продукції, розвиток державних і муніципальних аптечних мереж. У цьому контексті Україна може спиратися на досвід Польщі та Чехії, де ефективно функціонує модель «референтного ціноутворення» та централізованих державних закупівель, що дозволило скоротити витрати на ліки на 20–30% [64]. Розвиток прозорого фармацевтичного ринку сприятиме зміцненню довіри громадян, зменшенню корупційних ризиків і забезпеченню соціальної справедливості у сфері доступу до лікування.

На сучасному етапі Україна досягла значного прогресу у забезпеченні населення пільговими лікарськими засобами, активно інтегруючи передовий досвід країн-членів Європейського Союзу. Проте постійні зміни у світовій економіці, глобальні медичні виклики та технологічні інновації зумовлюють необхідність подальшого вдосконалення фармацевтичної політики та управлінських механізмів у цій сфері. Для ефективного функціонування системи забезпечення лікарськими засобами пропонується реалізувати наступні стратегічні кроки:

- впровадження комплексної державної фармацевтичної політики на макро- та мікрорівнях, що поєднує контроль якості продукції, оптимізацію закупівель та доступність ліків для населення;

- створення сприятливого законодавчого середовища для забезпечення вільного та безпечного доступу громадян до необхідних медичних препаратів;

- модернізація механізмів державних закупівель із використанням цифрових технологій та електронних тендерних платформ для підвищення прозорості і ефективності;

- посилення контролю за ліцензуванням та реєстрацією лікарських засобів із метою захисту споживачів і зниження ризиків фальсифікації.

Залучення прямих іноземних інвестицій до фармацевтичного сектору є ключовим фактором для розвитку галузі. Оптимізація нормативно-правової

бази, створення прозорого ринкового середовища та підвищення конкурентоспроможності виробників сприятимуть формуванню стабільного інвестиційного клімату, аналогічного до практики Польщі та Чехії [64].

Отже, основними напрямками реформування української системи охорони здоров'я є:

- модернізація фармацевтичної політики та забезпечення доступності ліків;
- вдосконалення кадрової політики та підвищення професійної компетенції медичних працівників;
- цифровізація процесів та інтеграція електронних систем управління;
- розвиток механізмів ринкового та публічно-приватного фінансування;
- забезпечення ефективної імунізації та впровадження інноваційних методів лікування.

Впровадження цих заходів дозволить підвищити ефективність використання ресурсів, зміцнити довіру населення до системи охорони здоров'я та інтегрувати Україну у сучасні європейські стандарти управління. Важливим завданням є забезпечення узгодженості політик між центральними органами влади, регіональними структурами та закладами охорони здоров'я, що дозволить уникнути фрагментації реформ і забезпечити послідовність управлінських рішень. Загалом, запропоновані напрями реформування є ключовими для переходу від традиційної до сучасної, орієнтованої на результат, пацієнт-центрованої та інноваційної системи охорони здоров'я. Їхня реалізація сприятиме формуванню стійкої, ефективної та конкурентоспроможної моделі, здатної забезпечити високу якість медичних послуг, рівність доступу та відповідність європейським стандартам у довгостроковій перспективі.

Висновки до розділу 3

1. На сучасному етапі в Україні доцільно розглядати три базові сценарії

розвитку системи охорони здоров'я. Оптимістичний сценарій передбачає стабілізацію безпекової ситуації, відновлення економічного зростання та активну підтримку міжнародних партнерів. У такому випадку можлива модернізація інфраструктури, розширення профілактичних програм і розвиток інноваційних технологій. Базовий сценарій виходить із помірної стабілізації та обмежених ресурсів, акцентуючи увагу на підвищенні ефективності наявних витрат, розвитку державно-приватних партнерств і зміцненні первинної ланки. Песимістичний сценарій моделює ситуацію економічної стагнації, зниження донорської підтримки та зростання ризиків, коли система змушена зосереджуватись на базових послугах, мобільних медичних бригадах і кризовому менеджменті.

2. Системне впровадження механізмів ППП створить передумови для підвищення фінансової автономії медичних закладів, зростання довіри інвесторів і громадян до державної політики, а також забезпечення сталого розвитку медичної галузі як важливого елементу людського капіталу країни. Розвиток ППП у сфері охорони здоров'я має стати ключовим напрямом модернізації публічного управління, спрямованим на забезпечення сталого розвитку галузі.

3. Удосконалення системи охорони здоров'я України потребує поєднання інституційних, організаційно-фінансових, технологічних та кадрових рішень. Розвиток фармацевтичного сектору, забезпечення професійного зростання медичних працівників, перехід до сучасних моделей фінансування й управління, розширення профілактичних програм і цифровізація галузі формують основу для сталого підвищення якості медичних послуг. Впровадження інновацій і механізмів публічно-приватного партнерства сприятиме інтеграції національної системи охорони здоров'я у європейський простір.

ВИСНОВКИ

1. Публічне управління у сфері охорони здоров'я є багатовимірним соціально-політичним явищем, яке поєднує стратегічні, інституційні та гуманітарні функції держави. Його сутність полягає у забезпеченні реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я, формуванні збалансованої політики, спрямованої на збереження людського капіталу, та створенні умов для соціальної стабільності й сталого розвитку суспільства. Система охорони здоров'я постає як відкрита, динамічна, багаторівнева структура, що інтегрує органи державної влади, місцевого самоврядування, медичні заклади різних форм власності, наукові інституції й громадські організації, об'єднані спільною метою щодо забезпечення доступності, якості та безпеки медичних послуг. Війна докорінно змінила контекст публічного управління у сфері охорони здоров'я, вивівши її за межі класичної соціальної функції. Особливістю публічного управління в охороні здоров'я є складність об'єкта управління, що охоплює як матеріальні ресурси, так і людський потенціал, а також висока соціальна відповідальність управлінських рішень, наслідки яких проявляються у довгостроковій перспективі. У сучасних умовах публічне управління охороною здоров'я має орієнтуватися на інноваційність, прозорість, участь громадськості та цифрову трансформацію управлінських процесів. Воно повинно забезпечувати стійкість системи до кризових викликів, формувати адаптивну політику громадського здоров'я, сприяти розвитку людського потенціалу та укріпленню національної безпеки.

2. Сучасна система розподілу повноважень між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні є складною, багаторівневою і водночас стратегічно важливою для забезпечення національної стійкості. Її сутність полягає у поєднанні централізованого управління, яке забезпечує єдність державної політики, з децентралізованими механізмами реалізації, що дозволяють адаптувати управлінські рішення до потреб конкретних територіальних громад. Ключову

роль у формуванні та реалізації державної політики відіграють Кабінет Міністрів України та МОЗ, які визначають нормативно-правові засади, стандарти, критерії якості медичної допомоги, координують діяльність підпорядкованих структур та здійснюють контроль за ефективністю реформ. Водночас органи місцевого самоврядування реалізують власні й делеговані повноваження, зосереджуючись на безпосередньому управлінні закладами охорони здоров'я, їх фінансовому забезпеченні, створенні умов для доступності медичних послуг та розвитку мережі первинної медико-санітарної допомоги. Важливою тенденцією є посилення ролі місцевих громад у плануванні та реалізації програм охорони здоров'я, що відповідає принципам субсидіарності та демократичної участі населення у вирішенні питань місцевого значення. Суттєвим нововведенням стало впровадження НСЗУ як єдиного національного замовника медичних послуг, що забезпечило перехід до моделі фінансування «гроші йдуть за пацієнтом». ЦПМСД стали ключовими елементами реформи, оскільки саме на рівні первинної ланки формується профілактична культура здоров'я та реалізуються принципи доказової медицини.

3. Нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я України формують складну, багаторівневу систему, яка поєднує конституційні гарантії, базові та галузеві закони, підзаконні акти й стратегічні документи. Її функціонування забезпечує інституційну цілісність державної політики, проте водночас демонструє суттєву фрагментарність та недостатню узгодженість між рівнями регулювання. Попри наявність чіткої правової бази прав громадян на охорону здоров'я, існує розрив між декларативними нормами та практичними механізмами реалізації, що проявляється у слабкій бюджетній прив'язці стратегічних документів, неузгодженості галузевих законів та надмірній кількості підзаконних регуляцій. Водночас, нові законодавчі акти, зокрема про державні фінансові гарантії, громадське здоров'я та публічно-приватне партнерство закладають основу для модернізації системи управління та переходу до результативно-орієнтованої моделі фінансування через НСЗУ. Водночас, залишаються проблемними питання гармонізації правових норм із

європейськими стандартами, забезпечення рівності доступу до медичних послуг, сталості фінансування та інституційної спроможності впровадження нових механізмів, зокрема ППП.

4. Публічне управління охороною здоров'я в Україні на сучасному етапі набуло характеру системної адаптації до багатовимірних кризових чинників (воєнних, демографічних, економічних та технологічних). Його трансформація полягає у переході від традиційної моделі адміністрування до стратегічного, сценарно орієнтованого управління, що поєднує елементи централізації фінансових потоків із децентралізованою реалізацією послуг. Війна стала катализатором не лише руйнівних процесів, але й структурних зрушень. У центрі управлінської парадигми формується концепція «адаптивної стійкості» як здатності системи охорони здоров'я забезпечувати безперервність базових функцій навіть у надзвичайних умовах. Водночас реформа висвітлила низку структурних проблем, зокрема асиметрію ресурсів між громадами, кадровий дефіцит, залежність від донорських коштів, нерівність доступу до медичних послуг, особливо у сільських і прифронтових районах. Сучасна модель публічного управління охороною здоров'я в Україні формується як динамічна, гнучка і ризик-орієнтована система, що поєднує стратегічне бачення, цифрову інфраструктуру, децентралізоване управління і мультисекторальну взаємодію.

5. ЦПМСД становлять фундамент системи охорони здоров'я України, забезпечуючи перший і найбільш масовий контакт населення з медичними послугами. На прикладі діяльності КНП «Юріївський ЦПМСД» чітко простежується, що саме первинна ланка відіграє ключову роль у профілактиці, ранньому виявленні захворювань, координації маршрутів пацієнтів і формуванні довіри громади до системи охорони здоров'я. Виявлено низку системних викликів, спільних для більшості сільських громад: перевантаження лікарів, дефіцит кадрів, обмеженість матеріально-технічної бази, транспортні бар'єри та залежність від тарифної політики НСЗУ. Подальший розвиток ПМСД потребує підходу поєднання фінансової стабільності, цифровізації,

кадрового підсилення, партнерства з громадами та інтеграції у регіональні стратегії охорони здоров'я.

6. Світовий досвід упровадження електронних систем охорони здоров'я (e-Health) переконливо довів, що цифровізація є одним із найефективніших інструментів модернізації публічного управління у сфері охорони здоров'я. E-Health забезпечує не лише автоматизацію обліку медичних послуг, а й трансформацію самої логіки управління до інтегрованої, аналітичної та пацієнт-орієнтованої. У країнах Європи, Північної Америки та Азії e-Health стала ключовою складовою е-врядування, що поєднує урядові, медичні та громадські ресурси для забезпечення рівного доступу населення до якісних медичних послуг. Практика таких держав, як Велика Британія, Данія, Німеччина чи Канада, демонструє, що успіх цифрової трансформації можливий лише за умови комплексного підходу (технічної стандартизації, розвиненої інфраструктури, захисту даних, навчання медичного персоналу й міжсекторальної співпраці). Позитивні ефекти включають зменшення адміністративних витрат, підвищення якості медичних послуг, ефективне управління ресурсами та посилення довіри громадян до системи охорони здоров'я. Разом з тим міжнародний досвід засвідчує й наявність системних викликів, серед яких нерівномірний доступ до цифрових технологій, низька комп'ютерна грамотність персоналу, ризики кібербезпеки, відсутність єдиних стандартів обміну даними та недостатня інтеграція між регіональними системами. Ці проблеми особливо гостро проявляються у країнах, що розвиваються, де впровадження e-Health стримується слабкою інфраструктурою та нестачею ресурсів. Тому цифровізація охорони здоров'я розглядається не лише як технологічний, а як управлінський і культурний процес, що вимагає узгоджених рішень на всіх рівнях влади. Для України цей досвід має стратегічне значення, адже впровадження e-Health здатне не лише спростити управлінські процедури, а й зміцнити підзвітність, прозорість і аналітичну спроможність державної політики у сфері охорони здоров'я.

7. Сценарне планування розвитку публічного управління охороною здоров'я в Україні є ключовим інструментом адаптації системи до високої невизначеності та багатовимірних викликів сучасного часу. Поточна трансформація системи обумовлена поєднанням військово-гуманітарного контексту, демографічних змін, економічної турбулентності, інституційної фрагментації та потреби в цифровізації. Ці чинники визначають перехід від класичних стабілізаційних підходів до антикризово-адаптаційної моделі управління, де центральне місце належить прогнозуванню ризиків, управлінню ресурсами різного походження та інтеграції інноваційних технологій. Сценарний підхід дозволяє моделювати три базові траєкторії розвитку. Оптимістичний сценарій «Стратегічна модернізація», за яким система розвивається проактивно, інтегрує цифрові технології, розширює мережу послуг та кадрові можливості. Базовий сценарій «Контрольована адаптація», що забезпечує функціональну стабільність при обмежених ресурсах і поступовому впровадженні інновацій. Песимістичний сценарій «Функціональне виживання та кризова стабілізація», за якого система орієнтується лише на критично необхідні послуги, зростає нерівність доступу та домінує кризове управління. Аналіз цих сценаріїв підкреслює, що адаптивність, гнучкість та інтегроване управління ризиками стають ключовими характеристиками сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я.

8. Розвиток ППП у сфері охорони здоров'я в Україні виступає ефективним механізмом модернізації системи та подолання обмежень державного сектору. У стратегічному плані ППП сприяє модернізації медичної інфраструктури, створенню ефективних ринків медичних послуг, покращенню взаємодії між державою, бізнесом і громадянами, а також підвищенню управлінської та технологічної спроможності системи. В Україні розвиток ППП передбачає створення координаційних підрозділів у МОЗ. Важливим є удосконалення нормативно-правового середовища для спрощення процедур реалізації проектів та встановлення прозорих критеріїв відбору партнерів. Підвищенню інвестиційної привабливості сприятиме запровадження

фінансово-економічних стимулів для приватних партнерів. Регіональний рівень управління партнерствами потребує розвитку через регіональні програми, що враховують місцеві потреби та сприяють вирівнюванню доступу до медичних послуг. Значну роль відіграє прозорість і громадський контроль, які підвищують довіру до ППП та ефективність реалізації проектів. Не менш важливим є освітньо-кадровий аспект.

9. Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні потребує інтеграції міжнародних стандартів та формування нової філософії державного управління, орієнтованої на права людини, соціальну відповідальність та пріоритет пацієнта. Міжнародний досвід, зокрема скандинавських країн, свідчить, що системна взаємодія на рівні «уряд – медична спільнота – громада» створює довіру до реформ, підвищує ефективність комунікацій і знижує соціальну напругу. Для України реалізація такої моделі передбачає модернізацію публічного управління, де ключова роль належить МОЗ як координатору політики, а ефективність забезпечується узгодженістю дій усіх рівнів влади. Орієнтація на міжнародні стандарти, зокрема європейські, передбачає зміну акценту з лікування на профілактику, розвиток первинної медичної допомоги та впровадження принципів доказової медицини, що відповідає рекомендаціям ВООЗ і сприяє підвищенню тривалості життя та зниженню державних витрат. Шляхи удосконалення публічного управління охороною здоров'я в Україні полягають у модернізації фінансування та фармацевтичної політики, вдосконаленні кадрової підготовки, цифровізації процесів, розвитку ППП, запровадженні профілактично орієнтованої моделі та інтеграції європейських стандартів управління. Реалізація цих заходів створить сучасну, соціально орієнтовану та стійку систему охорони здоров'я, здатну ефективно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати рівний доступ громадян до якісних медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко В.І., Качмар В.О. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій. *Український журнал телемедицини та медичної телематики*. 2011. Т. 9. №9. С. 124 – 133.
2. Медичне правознавство / А. А. Бабанін, О. О. Миронова, О. В. Біловицький, О.Ю. Скрєбкова. Сімферополь, 2012. 552 с.
3. Байрак А.О. Особливості державно-приватного партнерства в медичній сфері в умовах забезпечення сталого розвитку. *Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна*. 2020. №1 (22). С. 58 – 65.
4. Війна в Україні. UNFPA. URL : <https://ukraine.unfpa.org/uk/%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96>.
5. Воєнний стан. Міністерство охорони здоров'я України. URL : <https://moz.gov.ua/uk/vojennyj-stan>.
6. Воробйов В. В. Система державного управління охороною здоров'я. *Митна справа*. 2011. № 4 (76). С. 170 – 178.
7. Галузь науки «Державне управління» в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку : нац. наук. доп. / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурміна, О. М. Руденко. Київ : НАДУ, 2012. 184 с.
8. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення. URL : http://www.lex-line.com.ua/?go=full_article&id=90
9. Гладун З. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. Тернопіль : Економічна думка, 2005. 460 с.
10. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : монографія / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

11. Долгіх М.В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : дис. ... докт. філос. публ. упр. та адміністр. ; Міжрегіональна академія управління персоналом. Київ, 2021. 259 с.

12. Долотенко Є. В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2014. № 1 (45). С. 89 – 95.

13. Електронна система охорони здоров'я в Україні. URL : <https://ehealth.gov.ua>.

14. Жаліло Л. І., Солоненко І. М., Кунгурцев О. В., Мартинюк І. О., Солоненко Н. Д. Нові технології управління реформуванням галузі охорони здоров'я: регіональний аспект. 2013. № 11. С. 77 – 79.

15. Карабін Т.О. Співвідношення повноважень місцевих органів публічної влади : монографія. Ужгород : Вісник Карпат, 2006. 154 с.

16. КНП «Юріївський ЦПМСД». Опендатабот. URL : <https://opendatabot.ua/c/36877528>.

17. Козаченко Ю.П. Впровадження механізму публічно-приватного партнерства з метою покращення інфраструктури регіону в умовах децентралізації управління. *Право та державне управління*. 2019. № 2 (35). Т. 1. – С. 197 – 202.

18. Конституція України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/page4>

19. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування : дис. ... канд. наук держ. упр. : 25.00.02 – механізми державного управління / Л.Р. Криничко ; Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв, 2021. 200 с.

20. Моніторинг реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади станом на 01.04.2025. Міністерство розвитку громад та територій України. 2025. URL : <https://mindev.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/monitoring-i-kvartal-2025-roku.pdf>.

21. Мунько А. Ю. Децентралізація та стандартизація системи публічних

послуг (на прикладі сфери охорони здоров'я). Державне управління: удосконалення та розвиток. Дніпро: ДДАЕУ, 2020. № 8. URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1714>.

22. Мунько А. Ю. Делегування повноважень між органами публічної влади: новітні інструменти. Публічне адміністрування та національна безпека. 2021. №5. С. 51 – 56. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2021-5-7640>.

23. Мунько А.Ю., Трофимук А. Стратегічне планування та ризик-орієнтовані механізми публічного управління охороною здоров'я в Україні. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2025. № 10(63). URL : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2025-10-11454>.

24. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801. URL : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.

25. Паспорт Межівської селищної територіальної громади. Межівська селищної територіальної громади Синельниківського району Дніпропетровської області. 2025. URL : <https://mezhova.otg.dp.gov.ua/nasha-gromad%D0%B0/pasport-otg/pasport-2025>.

26. Полковнікова Н. О. Роль органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 – місцеве самоврядування / Н.О. Полковнікова ; Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2020. 207 с.

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-УІІІ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

28. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листоп. 2010 р. № 996. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF#Text>.

29. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 берез. 2015 р. № 267. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>.

30. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>.
31. Про затвердження Програми соціально-економічного та культурного розвитку Юріївської селищної ради на 2025 рік : рішення 69 сесії VIII скликання Юріївської селищної ради від 12.12.2024р. № № 4192-69/VIII. URL : <https://yurivska.otg.dp.gov.ua/diyalnist/pro-zatverdzhennia-prohramy-sotsialno-ekonomichnoho-ta-kulturnoho-rozvytku-iuriiivskoi-selyshchnoi-rady-na-2025-rik>.
32. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 № 1645-III. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>.
33. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 27 лют. 2014 р. № 794-VII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text>.
34. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.
35. Про місцеве самоврядування в Україні : закон України від 21 трав. 1997 р. № 280/97-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1997. № 24. Ст. 170.
36. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 09 квіт. 1999 р. № 586. URL : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=586-14>.
37. Про публічні закупівлі : Закон України від 25.12.2015 № 922-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19>.
38. Про публічно-приватне партнерство : Закон України від 19.06.2025 № 4510-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20>.
39. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20>.
40. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
41. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 р.

№ 34-р. URL : <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-strategii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-na-period-do-2030-roku-ta-zatverdzhennia-operatsiinoho-planu-zakhodiv-z-ii-realizatsii-u-20252027-rokakh-34r-170125>.

42. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1101. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

43. Трофимук А. Управлінські підходи до забезпечення якості медичних послуг у центрах первинної медико-санітарної допомоги (КНП «Юріївський ЦПМСД»). Актуальні проблеми економіки, управління та маркетингу в аграрному бізнесі: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Дніпро, 06-07 жовт. 2025 р.). Дніпро : ДДАЕУ. С. 255-257.

44. Трофимук А. Медична реформа в Україні: стан реалізації та перспективи розвитку в умовах війни. Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: матеріали 13-ї Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 8-9 листоп. 2024 р.). Дніпро : Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2025. С. 183-185.

45. Самофалов Д.О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 1(44). URL : [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01\(44\)/pages/14.html](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01(44)/pages/14.html).

46. Сидоренко Т., Жуковіна Л. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. *Право України*. 2005. № 12. С. 95 – 97.

47. Системні чинники взаємодії політики і управління : наук. розробка / за заг. ред. В. А. Ребкала, В. А. Шахова. Київ : НАДУ, 2010. 40 с.

48. Ткач А.Г. Теоретичні засади виникнення державного управління як наукової галузі. Галузь науки «Державне управління»: історія, теорія, впровадження : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 2010. 28 трав.): у 2 т. / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, С. В. Загороднюка. Київ : НАДУ, 2010. Т. 1. 536 с.

49. Цюрко Б.О. Первинна медична допомога як провідна ланка системи охорони здоров'я: міжнародний і вітчизняний контекст. Інвестиції: практика та досвід. 2024. № 16. С. 289-293. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2024.16.289>.

50. Шарий В.І. Особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної політики в умовах трансформації українського суспільства: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.04 / Шарий В'ячеслав Іванович ; НАДУ при Президентові України. К., 2013. 36 с.

51. Шафранський В.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О. Основи Європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2. С. 72 – 75.

52. Юріївська територіальна громада. Децентралізація. URL : <https://decentralization.gov.ua/newgromada/3702>.

53. Andreassen H. K., Bujnowska-Fedak M. M., Chronaki C. E., Dumitru R. C., Pudule I., Santana S., Wynn R. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC publichealth*. 2007. № 7(1). P. 53.

54. Blaya J. A., Fraser H. S., Holt B. E-health technologies show promise in developing countries. *Health Affairs*. 2010. № 29(2). P. 244 – 251.

55. Borycki E., Kushniruk A., Joe R., Armstrong B., Otto T., Ho K., Frisch N. Interdisciplinary Electronic Health Record Educational Portal. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2009. 743. P. 49 – 54.

56. Clark R., Hakim S. Public-Private Partnerships and Their Use in Protecting Critical Infrastructure. *Competitive Government: Public Private Partnerships*. Springer, Cham. 2019. URL : <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24600-61>.

57. Current health expenditure (% of GDP) – Ukraine. Global Health Expenditure database, World Health Organization. URL : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=UA>.

58. Digitalization of healthcare in 2024 - what services will be implemented. Міністерство охорони здоров'я України. 2024. URL :

<https://moz.gov.ua/en/digitalization-of-healthcare-in-2024---what-services-will-be-implemented>.

59. Eysenbach G. What is e-health?. *Journal of medical Internet research*. 2001. № 3(2). P. 20.

60. Fiordelli M., Diviani N., & Schulz P. J. Mapping mHealth research: a decade of evolution. *Journal of medical Internet research*. 2013. 75(5). P. 95.

61. Global Health Estimates. World Health Organization. URL : <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.

62. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Synthesis report. World Health Organization, 2024. 75 p. URL : https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/vii---ukraine-hf-final-july-03-upd-authors.pdf?download=true&sfvrsn=fc4cbbda_2.

63. Health technology assessment. European Commission. URL : https://health.ec.europa.eu/health-technology-assessment_en.

64. Health. OECD. URL : <https://www.oecd.org/en/topics/health.html>.

65. How Nursing is Overlooked in Ukraine's Healthcare Crisis. ZOIS. 2025. URL : <https://www.zois-berlin.de/en/publications/zois-spotlight/how-nursing-is-overlooked-in-ukraines-healthcare-crisis>.

66. Joint WHO–World Bank report outlines steps for Ukraine to strengthen financing of health system, improving equity and efficiency. World Health Organization. 2024. URL : <https://www.who.int/europe/news/item/20-11-2024-joint-who-world-bank-report-outlines-steps-for-ukraine-to-strengthen-financing-of-health-system--improving-equity-and-efficiency>.

67. Mackey T. K., Liang B. A. Pharmaceutical digital marketing and governance: illicit actors and challenges to global patient safety and public health. *Globalization and health*. 2013. № 9(1). P. 45.

68. NHS. URL : <https://www.nhs.uk>.

69. Richardson R. eHealth for Europe. *Studies in health technology and informatics*. –2003. 96. PP. 151 – 156.

70. Ricciardi L., Mostashari F., Murphy J., Daniel J. G., Siminerio E.

A national action plan to support consumer engagement via e-health. *Health Affairs*. 2013. № 32(2). P. 376 – 384.

71. Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. World Health Organization. 2025. URL : <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>.

72. War and its Consequences: The Path to Recovery for Veterans with UNIDO. The United Nations. 2025. URL : <https://ukraine.un.org/en/295524-war-and-its-consequences-path-recovery-veterans-unido>.

ДОДАТКИ

Таблиця 1

Розмежування повноважень між органами державної влади та органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні

Повноваження органів державної влади	Повноваження органів місцевого самоврядування
1) «прийняття законодавчих актів, пов'язаних з функціонуванням і розвитком галузі охорони здоров'я»	1) «захист прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення виконання вимог законодавства про охорону здоров'я; затвердження місцевих програм у сфері охорони здоров'я»
2) «визначення основних принципів, що забезпечують розвиток мережі закладів охорони здоров'я»	2) «управління закладами охорони здоров'я, які перебувають у власності відповідних громад, організація матеріально-технічного та фінансового забезпечення»
3) «створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я й механізмів фінансування»	3) «організація медичного обслуговування у закладах освіти, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм»
4) «прийняття загальнодержавних рішень щодо збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я української нації»	4) «забезпечення в межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на території»
5) «ініціювання реформи та контролі за її проведенням і координації етапів реформування сфери охорони здоров'я»	5) «забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, що фінансуються за рахунок відповідних місцевих бюджетів, сприяння розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини»
6) здійснення соціально-економічних, правових, організаційних заходів з метою збереження громадського здоров'я, забезпечення для всіх (без виключення) громадян умов для формування здорового способу життя як важливого чинника соціально-економічного розвитку держави	6) забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я усіх форм власності, організація роботи з підвищення рівня професіоналізму медичних працівників;
7) «гарантування кваліфікованої якісної медичної допомоги і профілактики хвороб»	7) «прийняття рішень про створення та реорганізацію закладів охорони здоров'я, що перебувають у власності відповідних територіальних громад чи їхніх об'єднань, оптимізація мережі закладів та забезпечення ефективного використання ресурсів»

Продовження табл. 1

Повноваження органів державної влади	Повноваження органів місцевого самоврядування
8) «організація розробки та здійснення державних цільових програм щодо охорони здоров'я нації»	8) «реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності»
9) «укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я»	9) «організація забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення у порядку, визначеному законодавством»
10) «прогнозування подальшого розвитку сфери охорони здоров'я»	10) «забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та створення умов для здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду на відповідній території»
11) «визначення єдиних науково обґрунтованих державних стандартів, критеріїв та вимог, що повинні сприяти охороні здоров'я громадян»	11) «вжиття у разі виникнення надзвичайної ситуації необхідних заходів для забезпечення врятування життя людей, захисту їх здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя»
12) «формування та розміщення державних замовлень з метою матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я»	12) «сприяння роботі громадських організацій, які проводять діяльність у сфері охорони здоров'я»
13) «здійснення державного та нагляду та іншої виконавчо-розпорядчої діяльності в сфері охорони здоров'я тощо»	13) «забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення тощо»

Прим.: складено автором на основі [26]