

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	281 Публічне управління та адміністрування
Форма здобуття вищої освіти	Заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

Комісарової Віри Сергіївни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему Реформування системи охорони громадського
здоров'я: державно - управлінський аспект
(повна назва теми)

за матеріалами

(повна назва бази дослідження)

науковий керівник

кандидат наук
державного
управління, доцент
(наук. ступінь, вчене звання)

(підпис)

В. ОРЛОВ
(ініціал, прізвище)

Робота допущена до захисту в ЕК

Протокол засідання кафедри
від «19» червня 2026 р. № 14

Завідувач
кафедри

(підпис)

к.е.н., доцент
Наук. ступінь, вчене звання

Г. ПУРІЙ
Ініціал, прізвище

Завдання на кваліфікаційну бакалаврську роботу
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	281 Публічне управління та адміністрування
Форма здобуття вищої освіти	Заочна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач
кафедри

_____	Г. ПУРІЙ
(підпис)	(Ініціал, прізвище)
«19» червня 2026 року	

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ БАКАЛАВРСЬКУ РОБОТУ
Комісарової Віри Сергіївни

- Тема роботи Реформування системи охорони громадського здоров'я: державно - управлінський аспект
Керівник роботи кандидат наук державного управління, доцент Орлов В.В.
затверджено наказом закладу вищої освіти від «06» квітня 2026 р. № 246-ст
- Строк подання здобувачем роботи до «19» червня 2026 р.
- Зміст кваліфікаційної бакалаврської роботи, об'єкт, предмет та мета дослідження:

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та складові системи охорони громадського здоров'я як об'єкта публічного управління

1.2 Еволюція підходів та нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я в Україні

1.3 Світовий досвід реформування та фінансування публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА МЕХАНІЗМІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Оцінка діючої системи управління та законодавчо-правової бази охорони здоров'я переміщених закладів охорони здоров'я

2.2 Аналіз стану реалізації реформ у сфері охорони здоров'я в Україні

2.3 Проблеми та виклики публічного управління у сфері громадського здоров'я

РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ПРОЦЕСІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Пріоритетні напрями вдосконалення публічної політики у сфері громадського здоров'я

3.2 Впровадження інноваційних та цифрових механізмів у систему публічного управління охороною здоров'я

3.3 Перспективи розвитку системи громадського здоров'я України в умовах євроінтеграції

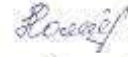
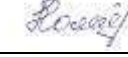
Об'єкт дослідження: системи та процеси публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я в умовах реалізації сучасних реформ в Україні

Предмет дослідження: сукупність теоретичних, методологічних положень та інструментів реалізації публічного управління в процесі реформування системи охорони громадського здоров'я

Мета кваліфікаційної бакалаврської роботи: теоретико – методологічне дослідження сучасного стану системи охорони громадського здоров'я в Україні та розроблення прикладних адресних рекомендацій щодо вдосконалення її публічно-управлінських механізмів в умовах реформи

5. Дата видачі завдання « ____ » _____ 202__ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної бакалаврської роботи	Строк виконання етапів роботи	Відмітка керівника про виконання етапів (дата, підпис)
1	Підготовка розділу 1	20.03.2026р.	20.03.2026р. 
2	Підготовка розділу 2	20.04.2026р.	20.04.2026р. 
3	Підготовка розділу 3	20.05.2026р.	20.05.2026р. 
4	Перевірка кваліфікаційної бакалаврської роботи на наявність ознак академічного плагіату за допомогою програм StrikePlagiarism	11.06.2026 р.	11.06.2026 р. 
5	Отримання відгуку від наукового керівника	до 12.06.2026 р.	до 12.06.2026 р. 
6	Подання кваліфікаційної роботи на перегляд завідувачу кафедри	до 18.06.2026 р.	до 18.06.2026 р. 
7	Реєстрація завершеної кваліфікаційної роботи	до 18.06.2026 р.	до 18.06.2026 р. 
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи на кафедрі	19.06.2026 р.	19.06.2026 р. 
9	Підготовка до захисту в ЕК	до 24.06.2026 р.	до 24.06.2026 р. 

Завдання підготував науковий керівник

(підпис)

Завдання одержав

(підпис)

Орлов В.В.

(прізвище та ініціали)

Комісарова В. С.

(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

кваліфікаційної бакалаврської роботи

здобувача спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» Комісарової В. С. «Реформування системи охорони громадського здоров'я: державно-управлінський аспект». – Державний університет економіки і технологій, 2026 р.

Кваліфікаційна бакалаврська робота містить 108 сторінок, 32 таблиці, 29 рисунків. При підготовці роботи використано 50 джерел.

Мета кваліфікаційної бакалаврської роботи – теоретико-методологічне дослідження сучасного стану системи охорони громадського здоров'я в Україні та розроблення прикладних адресних рекомендацій щодо вдосконалення її публічно-управлінських механізмів в умовах реформи.

Завданнями дипломної роботи є: розкрити сутність та складові системи охорони громадського здоров'я як об'єкта публічного управління; дослідити еволюцію підходів та оцінити сучасний стан нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я в Україні; проаналізувати світовий досвід реформування та фінансування публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я з метою його адаптації в Україні; здійснити аналіз реалізації поточних реформ та оцінити чинну систему законодавчо-правової бази; виявити ключові проблеми, загрози та виклики публічного управління у сфері громадського здоров'я; обґрунтувати пріоритетні напрями вдосконалення публічної політики та розробити пропозиції щодо впровадження інноваційних і цифрових механізмів у систему публічного управління охороною здоров'я.

Об'єктом дослідження є системи та процеси публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я в умовах реалізації сучасних реформ в Україні.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методологічних положень та інструментів реалізації публічного управління в процесі реформування системи охорони громадського здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що теоретичні і методичні положення, висновки та рекомендації доведені до рівня практичних розробок. Сформульовані у роботі пропозиції та організаційні заходи щодо впровадження цифрових інструментів і оптимізації міжсекторальної взаємодії можуть бути використані в практичній діяльності органів місцевого самоврядування, військових адміністрацій та територіальних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України, а також закладами охорони здоров'я, насамперед переміщеними, при реалізації регіональних програм розвитку громадського здоров'я та підвищенні стійкості системи.

Ключові слова: публічне управління, громадське здоров'я, реформування охорони здоров'я, програма медичних гарантій, цифровізація, телемедицина, переміщені заклади охорони здоров'я, євроінтеграція.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	10
1.1 Сутність та складові системи охорони громадського здоров'я як об'єкта публічного управління	10
1.2 Еволюція підходів та нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я в Україні	18
1.3 Світовий досвід реформування та фінансування публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я	26
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА МЕХАНІЗМІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	35
2.1. Оцінка діючої системи управління та законодавчо-правової бази охорони здоров'я переміщених закладів охорони здоров'я	35
2.2 Аналіз стану реалізації реформ у сфері охорони здоров'я в Україні...	54
2.3 Проблеми та виклики публічного управління у сфері громадського здоров'я	59
Висновки до розділу 2	70
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ПРОЦЕСІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	73
3.1 Пріоритетні напрями вдосконалення публічної політики у сфері громадського здоров'я	73
3.2 Впровадження інноваційних та цифрових механізмів у систему публічного управління охороною здоров'я	80
3.3 Перспективи розвитку системи громадського здоров'я України в умовах євроінтеграції.....	90

Висновки до розділу 3	99
ВИСНОВКИ.....	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	104
ДОДАТКИ.....	109

ВСТУП

Актуальність теми. Трансформація суверенної України та її інтеграція до європейського простору вимагають докорінного переосмислення підходів до забезпечення життєдіяльності та безпеки населення. Однією з найважливіших складових національної безпеки є система охорони громадського здоров'я, яка тривалий час функціонувала за застарілими радянськими моделями, орієнтованими виключно на лікування, а не на профілактику хвороб і популяризацію здорового способу життя.

Сучасне реформування цієї галузі, ухвалення Закону України «Про систему громадського здоров'я» та створення відповідної мережі інституцій окреслили перехід від суто медичного до широкого міжсекторального підходу. У цих умовах виникає гостра потреба у зміні управлінської парадигми: відхід від жорсткого командно-адміністративного державного диктату на користь гнучкого, відкритого та прозорого публічного управління. Публічно-управлінський аспект реформи передбачає активне залучення інститутів громадянського суспільства, впровадження інноваційних цифрових технологій та оптимізацію фінансових потоків у сфері охорони здоров'я. Необхідність теоретичного обґрунтування та розробки практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності взаємодії органів публічної влади, територіальних громад і медичних інституцій зумовлює актуальність теми кваліфікаційної бакалаврської роботи.

Особливості постановки дослідження полягають у необхідності аналізу процесу реформування в умовах децентралізації влади та кризових явищ (зокрема воєнного стану), що вимагає швидкого реагування, цифровізації управлінських процесів та адаптації кращих світових практик до українських реалій.

Об'єктом дослідження є системи та процеси публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я в умовах реалізації сучасних реформ в Україні.

Предмет дослідження: сукупність теоретичних, методологічних положень та інструментів реалізації публічного управління в процесі реформування системи охорони громадського здоров'я.

Мета кваліфікаційної бакалаврської роботи: теоретико – методологічне дослідження сучасного стану системи охорони громадського здоров'я в Україні та розроблення прикладних адресних рекомендацій щодо вдосконалення її публічно-управлінських механізмів в умовах реформи.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

- розкрити сутність та складові системи охорони громадського здоров'я як об'єкта публічного управління;
- дослідити еволюцію підходів та оцінити сучасний стан нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я в Україні;
- проаналізувати світовий досвід реформування та фінансування публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я з метою його адаптації в Україні;
- здійснити аналіз реалізації поточних реформ та оцінити чинну систему законодавчо-правової бази (Конституція України, Закони України, підзаконні НПА);
- виявити ключові проблеми, загрози та виклики публічного управління у сфері громадського здоров'я;
- обґрунтувати пріоритетні напрями вдосконалення публічної політики та розробити пропозиції щодо впровадження інноваційних і цифрових механізмів у систему публічного управління охороною здоров'я.

Методи дослідження. Для розв'язання визначених завдань у роботі використано сукупність загальнонаукових та спеціальних методів: компаративний (порівняльний) аналіз – для вивчення світового досвіду; системно-структурний метод – для визначення архітектури публічного управління; статистичний та економічний аналіз – для дослідження показників фінансування галузі; нормативно-догматичний (юридичний) метод – для аналізу

законодавчої бази (Конституції, Законів України та НПА); метод узагальнення – для формування висновків та рекомендацій.

Загальна характеристика інформаційного забезпечення. Інформаційну базу дослідження становлять виключно відкриті офіційні джерела: Конституція України, закони України (зокрема ЗУ «Про систему громадського здоров'я», ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»), укази Президента, постанови Кабінету Міністрів України, офіційні статистичні дані Державної служби статистики України та Центру громадського здоров'я МОЗ України, а також праці вітчизняних і зарубіжних учених, матеріали науково-практичних конференцій та дисертаційні дослідження з публічного управління.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що теоретичні і методичні положення, висновки та рекомендації доведені до рівня практичних розробок. Сформульовані у роботі пропозиції та організаційні заходи щодо впровадження цифрових інструментів і оптимізації міжсекторальної взаємодії можуть бути використані в практичній діяльності органів місцевого самоврядування, військових адміністрацій та територіальних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України, а також закладами охорони здоров'я, насамперед переміщеними, при реалізації регіональних програм розвитку громадського здоров'я та підвищенні стійкості системи.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що нараховує 50 найменувань та 3 додатки. Робота викладена на 108 сторінках друкованого тексту, вміщує 32 таблиці та 29 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1 Сутність та складові системи охорони громадського здоров'я як об'єкта публічного управління

Громадське здоров'я належить до тих суспільних благ, забезпечення яких неможливе зусиллями окремого індивіда чи навіть розгалуженої мережі лікувальних закладів і потребує цілеспрямованого впорядкувального впливу з боку держави та органів місцевого самоврядування. Саме тому громадське здоров'я дедалі чіткіше осмислюється не лише як медична категорія, а як самостійна сфера публічної політики й відповідно як об'єкт публічного управління. З'ясування його сутності та структури вимагає послідовного розгляду трьох взаємопов'язаних питань: що становить зміст поняття «громадське здоров'я», з яких елементів складається відповідна система та які саме властивості перетворюють її на об'єкт публічно-управлінського впливу.

Відправною точкою для розуміння громадського здоров'я є визначення самого здоров'я. Згідно зі Статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я тлумачиться як стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише як відсутність хвороб чи фізичних вад [1]. Таке розширене, холістичне трактування зміщує акцент із суто медичного подолання патологій на забезпечення добробуту людини в широкому соціальному контексті й закладає підґрунтя для виокремлення громадського здоров'я як окремого напрямку діяльності.

Принципово важливим є розмежування індивідуального та популяційного вимірів. Якщо здоров'я окремої людини є передусім медичною категорією, то громадське здоров'я характеризує стан здоров'я населення в сукупності, а також організовану діяльність суспільства, спрямовану на його збереження й поліпшення. Отже, у понятті поєднано два аспекти – описовий (фактичний стан

здоров'я громад і населення) та діяльнісний (система організованих заходів задля впливу на цей стан).

Концепція громадського здоров'я має тривалу історію становлення. Класичним вважається визначення, запропоноване Ч.-Е. Вінслоу ще на початку ХХ століття, відповідно до якого громадське здоров'я є наукою й мистецтвом запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення здоров'я завдяки організованим зусиллям суспільства [2]. У цьому формулюванні вже окреслено три засадничі напрями – профілактику, продовження тривалості життя й промоцію здоров'я, а також ключову ознаку, що відрізняє громадське здоров'я від клінічної медицини, – колективний, організований характер відповідної діяльності.

Наприкінці ХХ століття це розуміння було уточнено й стисло сформульовано в доповіді Д. Ачесона, де громадське здоров'я визначено як науку та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя й зміцнення здоров'я через організовані зусилля суспільства [3]. Саме формула «організовані зусилля суспільства» становить сутнісне ядро поняття: суб'єктом тут виступає не лікар у відносинах із пацієнтом, а суспільство загалом, представлене насамперед публічною владою, що й актуалізує управлінський вимір проблеми.

Окремої уваги потребує термінологія. В україномовному науковому й нормативному обігу як відповідники англійського «public health» паралельно вживаються поняття «громадське здоров'я» та «публічне здоров'я», проте у вітчизняному законодавстві закріплено саме термін «громадське здоров'я». Для коректності подальшого викладу доцільно розрізнити чотири споріднені, але неоднакові категорії: «здоров'я» (стан особи чи населення), «громадське здоров'я» (стан здоров'я населення та сфера організованої діяльності щодо нього), «охорона здоров'я» (ширша галузь, що охоплює також надання індивідуальної медичної допомоги) і «система» відповідного типу (сукупність інституцій та відносин). Така диференціація дає змогу уникнути ототожнення громадського здоров'я з медичним обслуговуванням.

Те, що стан здоров'я населення формується далеко не лише медичними чинниками, переконливо ілюструє модель соціальних детермінант здоров'я Г. Дальгрена й М. Уайтхеда [4]. Її незмінне ядро становлять вік, стать і спадкові особливості людини; наступні концентричні шари утворюють індивідуальний спосіб життя, соціальні та громадські мережі впливу, умови життя і праці (освіта, зайнятість, житло, довкілля, доступ до послуг), а зовнішній шар – загальні соціально-економічні, культурні та екологічні умови (рис. 1.1). Оскільки переважна частина детермінант лежить поза межами системи медичної допомоги, ефективний вплив на громадське здоров'я неможливий без узгодженої дії багатьох секторів державної політики, тобто без міжсекторального публічного управління.

Охорона громадського здоров'я – це не просто лікування хвороб (лікарні знаходяться лише на 4-му рівні у блоці «доступ до послуг»), а комплексна діяльність органів публічної влади, яка спрямована на покращення ВСІХ шарів цієї моделі: від покращення умов праці та екології до створення законів на загальнодержавному рівні.

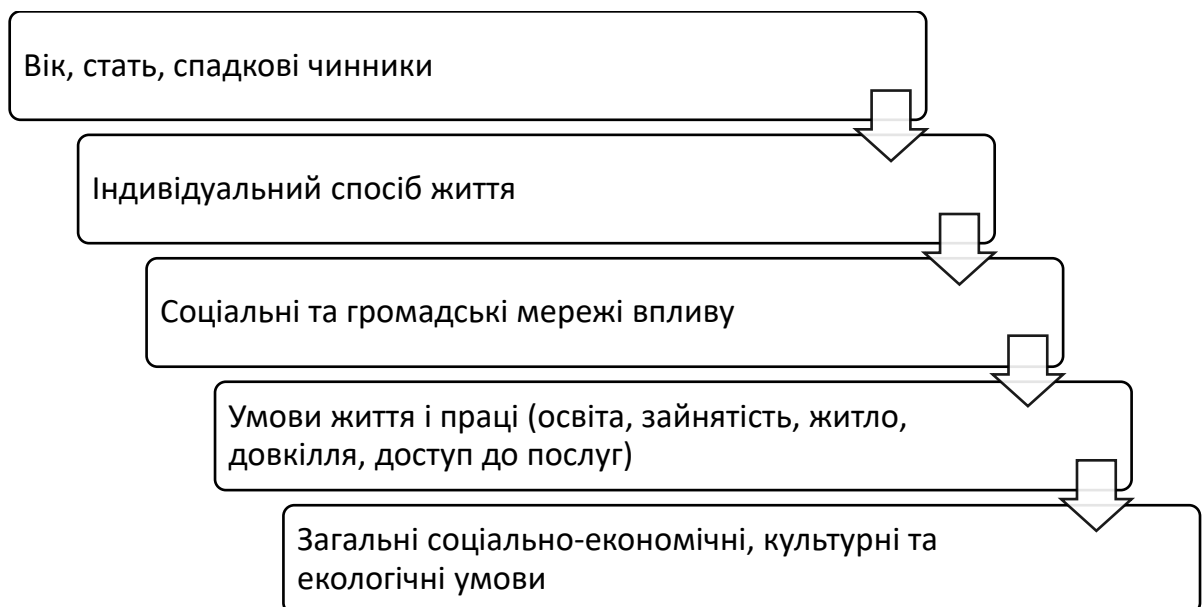


Рис. 1.1. Модель соціальних детермінант здоров'я (Г. Дальгрена, М. Уайтхеда)

Примітка. Джерело: Розроблено із використанням [4]

Тривалий час в Україні бракувало цілісного нормативного визначення системи громадського здоров'я, а відповідна діяльність регулювалася фрагментарно. Системоутворювальним актом став Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 6 вересня 2022 року № 2573-IX, який було введено в дію з 1 жовтня 2023 року. Цей Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя [6]. Тим самим громадське здоров'я вперше дістало комплексне законодавче оформлення як окрема сфера суспільних відносин.

За змістом Закону систему громадського здоров'я утворює сукупність органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів, установ та інших суб'єктів, які в межах своєї компетенції реалізують оперативні функції громадського здоров'я [6]. Прикметно, що систему визначено функціонально – через здійснення цих функцій, а не лише через перелік інституцій. Такий підхід підкреслює, що системоутворювальним чинником є не відомча належність, а спрямованість діяльності на досягнення спільної мети – збереження й зміцнення здоров'я населення.

Функціонування системи ґрунтується на низці засадничих принципів, серед яких справедливість і рівність можливостей у сфері здоров'я, профілактична спрямованість, міжсекторальність взаємодії, наукова обґрунтованість (доказовість) рішень, а також узгодженість з рекомендаціями та документами Всесвітньої організації охорони здоров'я [6]. Сукупно ці принципи задають ціннісні й методологічні орієнтири для публічно-управлінського впливу на досліджувану сферу.

Систему громадського здоров'я слід відмежовувати від системи охорони здоров'я (системи надання медичної допомоги). Хоча ці поняття перетинаються, вони не є тотожними: перша зосереджена на популяційному, профілактичному вимірі, тоді як друга – на індивідуальному, переважно лікувальному. Основні відмінності між ними узагальнено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Розмежування системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я

Критерій порівняння	Система громадського здоров'я	Система охорони здоров'я (медичної допомоги)
Об'єкт впливу	Здоров'я населення (популяції) загалом	Здоров'я окремого пацієнта
Домінантна спрямованість	Профілактика хвороб і зміцнення здоров'я	Діагностика, лікування, реабілітація
Характер заходів	Випереджувальний, переважно неклінічний	Переважно клінічний, реагуювальний
Провідні суб'єкти	Органи влади, ОМС, заклади ГЗ, громада	Заклади охорони здоров'я, медичні працівники
Критерій результативності	Тривалість і якість життя, зниження захворюваності населення	Якість і доступність наданої медичної послуги

Наведене розмежування не означає протиставлення: система громадського здоров'я виступає функціональною складовою ширшої сфери охорони здоров'я, а найвиразніше дві системи перетинаються в полі профілактики. Водночас вітчизняна наука публічного управління, як зазначає Ж. М. Овчарова, перебуває на етапі формування власного понятійно-категоріального апарату стосовно управління розвитком сфери охорони здоров'я, що додатково актуалізує потребу в концептуальному впорядкуванні відповідних категорій [7].

Структуру системи громадського здоров'я доцільно розглядати у єдності трьох груп складових: суб'єктної (інституційної), функціональної (оперативні функції) та забезпечувальної (ресурси). Така тривимірна побудова дає змогу побачити систему одночасно як сукупність учасників, як набір напрямів діяльності й як комплекс ресурсів, що уможливорюють цю діяльність.

Суб'єктна (інституційна) складова має багаторівневий характер. На національному рівні центральне місце посідає Міністерство охорони здоров'я України, що забезпечує формування та реалізацію державної політики, а також Центр громадського здоров'я як головна експертна установа, до повноважень якої належать епідеміологічний нагляд, протидія інфекційним та неінфекційним хворобам і лабораторна діяльність [8]. На регіональному й місцевому рівнях

діють регіональні та місцеві центри громадського здоров'я, відповідні структурні підрозділи місцевих державних адміністрацій та органи місцевого самоврядування; до системи також залучаються акредитовані лабораторії, наукові установи й громадськість. Загальну інституційну архітектуру системи унаочнює рисунок 1.2.



Рис. 1.2. Інституційна структура системи громадського здоров'я в Україні

Функціональна складова системи відображена в концепції оперативних функцій громадського здоров'я. Вітчизняна модель спирається на десять основних оперативних функцій, рекомендованих Європейським регіональним бюро ВООЗ та закріплених у Європейському плані дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я [5]. Перші п'ять функцій визначають ключові послуги громадського здоров'я, тоді як наступні п'ять забезпечують їх реалізацію. Перелік цих функцій та їх призначення наведено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Оперативні функції громадського здоров'я

№	Оперативна функція громадського здоров'я	Призначення
1	Епідеміологічний нагляд і моніторинг стану здоров'я та благополуччя населення	Базові послуги громадського здоров'я
2	Моніторинг небезпек і надзвичайних ситуацій, готовність і реагування на них	Базові послуги громадського здоров'я
3	Захист здоров'я (санітарно-епідемічне благополуччя, безпека довкілля, праці, харчових продуктів)	Базові послуги громадського здоров'я
4	Зміцнення здоров'я, зокрема вплив на соціальні детермінанти та подолання нерівності	Базові послуги громадського здоров'я
5	Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я	Базові послуги громадського здоров'я
6	Забезпечення стратегічного керівництва (врядування) в інтересах здоров'я	Забезпечувальні функції
7	Забезпечення достатнього й компетентного кадрового потенціалу	Забезпечувальні функції
8	Забезпечення стійких організаційних структур і фінансування	Забезпечувальні функції
9	Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація	Забезпечувальні функції
10	Розвиток досліджень для обґрунтування політики й практики	Забезпечувальні функції

Інструментом практичної реалізації оперативних функцій є послуги у сфері громадського здоров'я, що надаються населенню та окремим групам ризику. Особливе значення має формування інформаційного фонду громадського здоров'я як державного інформаційного ресурсу, який містить дані про стан здоров'я і благополуччя населення та показники середовища життєдіяльності [6]. Цей фонд забезпечує доказову основу для прийняття управлінських рішень і слугує сполучною ланкою між суб'єктами системи.

Забезпечувальна складова охоплює кадрове, наукове, фінансове та інформаційне забезпечення системи. Закон закладає основні засади кадрового, наукового й фінансового забезпечення громадського здоров'я [6], що передбачає

підготовку фахівців відповідного профілю, розвиток доказової бази через наукові дослідження, формування стійких джерел фінансування (зокрема через державні та місцеві програми) і розбудову інформаційної інфраструктури. Без належного ресурсного забезпечення навіть досконала інституційна та функціональна побудова системи залишається декларативною.

Публічне управління у найзагальнішому розумінні є діяльністю органів публічної влади та інших уповноважених суб'єктів щодо організації, регулювання й координації суспільних процесів задля забезпечення публічного інтересу. У структурі управлінських відносин розрізняють суб'єкт управління (органи державної влади та місцевого самоврядування) і об'єкт управління – ту сферу суспільних відносин, на яку спрямовано упорядкувальний вплив. У досліджуваному контексті об'єктом виступає саме система громадського здоров'я разом із процесами збереження й зміцнення здоров'я населення.

Низка властивостей перетворює громадське здоров'я на специфічний об'єкт публічного управління. По-перше, воно має природу суспільного блага: позитивні ефекти від профілактики хвороб і санітарно-епідемічного благополуччя поширюються на все населення й не можуть бути в повному обсязі забезпечені ринковими механізмами, що зумовлює потребу в публічно-владному втручанні. По-друге, об'єктові притаманний популяційний характер – управлінський вплив орієнтований на показники здоров'я населення в цілому, а не на окремого індивіда. По-третє, він є виразно міжсекторальним: відповідно до підходу «здоров'я в усіх політиках», розвиненого, зокрема, в європейській політичній рамці «Здоров'я-2020» [9], досягнення цілей у сфері здоров'я потребує узгодженої дії секторів освіти, довкілля, економіки, соціального захисту тощо. По-четверте, управління має профілактично-випереджувальну спрямованість, орієнтуючись передусім на запобігання загрозам, а не на реагування на їх наслідки. Нарешті, об'єкт є багаторівневим, що зумовлює розподіл повноважень між національним, регіональним і місцевим рівнями.

Суб'єктно-об'єктна взаємодія у цій сфері не зводиться до односпрямованого впливу. Завдяки епідеміологічному нагляду, моніторингу та

інформаційному фонду формується зворотний зв'язок, що дає змогу коригувати управлінські рішення відповідно до фактичного стану здоров'я населення. Сам об'єкт є складною динамічною соціальною системою, а тому публічне управління реалізується через сукупність взаємодоповнюваних інструментів: нормативно-правове регулювання, ресурсне забезпечення, координацію міжсекторальної взаємодії, державний нагляд (контроль) у відповідних сферах та інформаційно-комунікаційний вплив.

Важливим виміром управління громадським здоров'ям як об'єктом є його євроінтеграційна спрямованість. Закон узгоджує національну систему з Міжнародними медико-санітарними правилами та зобов'язаннями України перед Європейським Союзом, передбачаючи своєчасність реагування з метою локалізації та ліквідації загроз для здоров'я населення [6]. Це означає, що публічно-управлінський вплив на досліджуваний об'єкт має відповідати не лише внутрішнім, а й міжнародним стандартам готовності й реагування.

1.2 Еволюція підходів та нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я в Україні

Сучасна система публічного управління охороною здоров'я в Україні є результатом тривалої еволюції управлінських підходів, що відбувалася під впливом зміни суспільно-політичного устрою, економічних умов і міжнародних зобов'язань держави. Розуміння логіки цих перетворень та відповідного нормативно-правового забезпечення є необхідною передумовою для коректного оцінювання чинних механізмів управління. У цьому підрозділі послідовно розглянуто еволюцію управлінських підходів – від командно-адміністративної радянської моделі до сучасної договірної, пацієнтоцентричної моделі – і проаналізовано систему нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я.

Витоки наявної системи управління охороною здоров'я сягають радянської моделі, відомої як модель М. Семашка. Її визначальними рисами були централізоване державне керівництво галуззю, повне бюджетне фінансування, державна монополія на надання медичної допомоги та проголошена загальна безоплатність обслуговування. Управління здійснювалося переважно командно-адміністративними методами – через директивне планування, встановлення нормативів потужностей і штатів, тоді як економічні стимули до підвищення якості та ефективності фактично були відсутні.

Сильними сторонами цієї моделі вважають загальний охоплювальний доступ населення до базової медичної допомоги, розгалужену мережу закладів та розвинену санітарно-епідеміологічну службу. Водночас їй були притаманні системні вади: фінансування орієнтувалося на утримання інфраструктури (ліжко-місць, штатних одиниць), а не на результат лікування; бракувало мотивації до раціонального використання ресурсів; структура допомоги була зміщена у бік дороговартісної стаціонарної ланки. Саме ця модель сформувала інституційну й управлінську спадщину, що значною мірою визначала розвиток галузі впродовж тривалого часу й після здобуття Україною незалежності.

Окремо слід відзначити, що радянська модель сформувала розгалужену санітарно-епідеміологічну службу, орієнтовану на контроль інфекційних загроз і забезпечення санітарного благополуччя населення. Саме ця інституційна спадщина, попри подальшу реорганізацію, стала однією з відправних точок для розбудови сучасної системи громадського здоров'я, що засвідчує спадкоємність окремих елементів галузі навіть за умов докорінної зміни управлінської парадигми.

Здобуття незалежності зумовило потребу у формуванні власної правової основи охорони здоров'я. Базовим (рамковим) актом стали Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року № 2801-XII, що визначили правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я, закріпили її основні принципи, права та обов'язки громадян і повноваження органів влади [11]. Прикметно, що поняття здоров'я у цьому акті

сформульовано в дусі визначення ВООЗ – як стан повного фізичного, психічного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб [11], що засвідчує орієнтацію вітчизняного законодавства на міжнародні стандарти від самого початку.

Конституційний рівень гарантій забезпечила Конституція України 1996 року, стаття 49 якої закріпила право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, безоплатність медичної допомоги в державних і комунальних закладах, а також заборону скорочення наявної мережі таких закладів [10]. Ці положення згодом стали предметом гострих дискусій під час реформ, оскільки потребували узгодження з новими, контрактними механізмами фінансування.

Попри оновлення правової бази, управлінська модель упродовж перехідного періоду залишалася переважно бюджетно-кошторисною, успадкованою з попередньої доби: кошти спрямовувалися на утримання закладів, а не на оплату конкретних послуг. Спроби реформування мали фрагментарний, здебільшого пілотний характер. Водночас було ухвалено низку профільних законів, серед яких Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-VI, що гарантував безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу й упорядкував організацію відповідної системи [13]. На стратегічному рівні прийнято концептуальні документи, зокрема Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» (2011), яка задекларувала перехід до профілактично орієнтованої політики [15]; проте значна частина таких настанов залишилася переважно декларативною. Накопичення проблем – низька ефективність використання коштів, поширення неформальних платежів, застаріла структура мережі – сформувало суспільний запит на системну реформу.

Концептуальні засади нового етапу було закладено Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р [14], яка визначила

перехід до моделі державного гарантованого пакета медичних послуг і стратегічних закупівель. Юридичним стрижнем реформи став Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, що запровадив програму медичних гарантій та створив Національну службу здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного замовника медичних послуг, котрий укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності [12].

Зміст управлінського зрушення полягав у переході від адміністративного утримання мережі до контрактних відносин і оплати за результат за принципом «гроші ходять за пацієнтом». До функцій НСЗУ віднесено реалізацію державної політики у сфері фінансових гарантій, моніторинг і прогнозування потреб населення, виконання ролі замовника послуг, укладення договорів про медичне обслуговування та реімбурсацію, а також забезпечення цільового й ефективного використання коштів програми [12]. Реформа впроваджувалася поетапно – від первинної медичної допомоги (2018 р.) до спеціалізованої та стаціонарної ланок.

Реформа фінансування супроводжувалася взаємодоповнювальними перетвореннями. Автономізація закладів – їх перетворення на комунальні некомерційні підприємства – розширила господарську самостійність надавачів послуг та їх відповідальність за результати. Розгортання програми реімбурсації «Доступні ліки» розширило доступ населення до лікарських засобів. Розбудова електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) сформувала цифрову інформаційну інфраструктуру управління й контролю. Паралельно децентралізація передала частину повноважень і ресурсів на місцевий рівень, посиливши роль органів місцевого самоврядування як власників закладів і суб'єктів місцевої політики здоров'я. Нарешті, ухвалення у 2022 році Закону «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX [6] завершило інституційне виокремлення громадського здоров'я й закріпило перехід від суто лікувальної до профілактично-популяційної парадигми.

Подальший розвиток управління охороною здоров'я відбувається в ускладнених умовах повномасштабної війни, що актуалізувала питання стійкості

та безперервності медичного обслуговування, захисту критичної інфраструктури й оперативного реагування на масові потреби населення. Воєнні виклики водночас прискорили окремі управлінські рішення – від гнучкого фінансування за програмою медичних гарантій до розширення цифрових сервісів, – проте загострили й давню суперечність між конституційними гарантіями безоплатності медичної допомоги та обмеженістю наявних ресурсів, що залишається предметом подальшого вдосконалення управлінських механізмів.

Узагальнено логіку зазначених перетворень відображає періодизація еволюції управління охороною здоров'я (рис. 1.3, табл. 1.3). Сучасний етап вирізняється кількома взаємопов'язаними зрушеннями управлінських підходів: від командно-адміністративного до договірно-контрактного; від фінансування інфраструктури до оплати за послугу та результат; від централізації до децентралізації й автономізації; від суто лікувальної спрямованості до профілактично-популяційної; від паперового документообігу до цифрового управління.

Таблиця 1.3

Еволюція управління охороною здоров'я в Україні

Період	Домінантний управлінський підхід	Ключові нормативні акти та події
Радянський (до 1991 р.)	Командно-адміністративний; державна монополія; бюджетне фінансування за утримання мережі та кількісними показниками	Модель М. Семашка як інституційна та управлінська спадщина
Перехідний (1991–2016 рр.)	Бюджетно-кошторисний; збереження успадкованої моделі за нових умов; фрагментарні, переважно пілотні реформи	Основи законодавства про охорону здоров'я (1992); Конституція України (1996); Концепція «Здоров'я 2020» (2011); ЗУ про екстрену меддопомогу (2012)
Реформаційний (з 2017 р.)	Договірно-контрактний і пацієнтоцентричний; оплата за послугу/результат; децентралізація та автономізація; цифровізація; профілактично-популяційний акцент	Концепція реформи фінансування (2016); ЗУ № 2168-VIII (2017) – НСЗУ та програма медгарантій; ЕСОЗ; ЗУ № 2573-IX (2022)

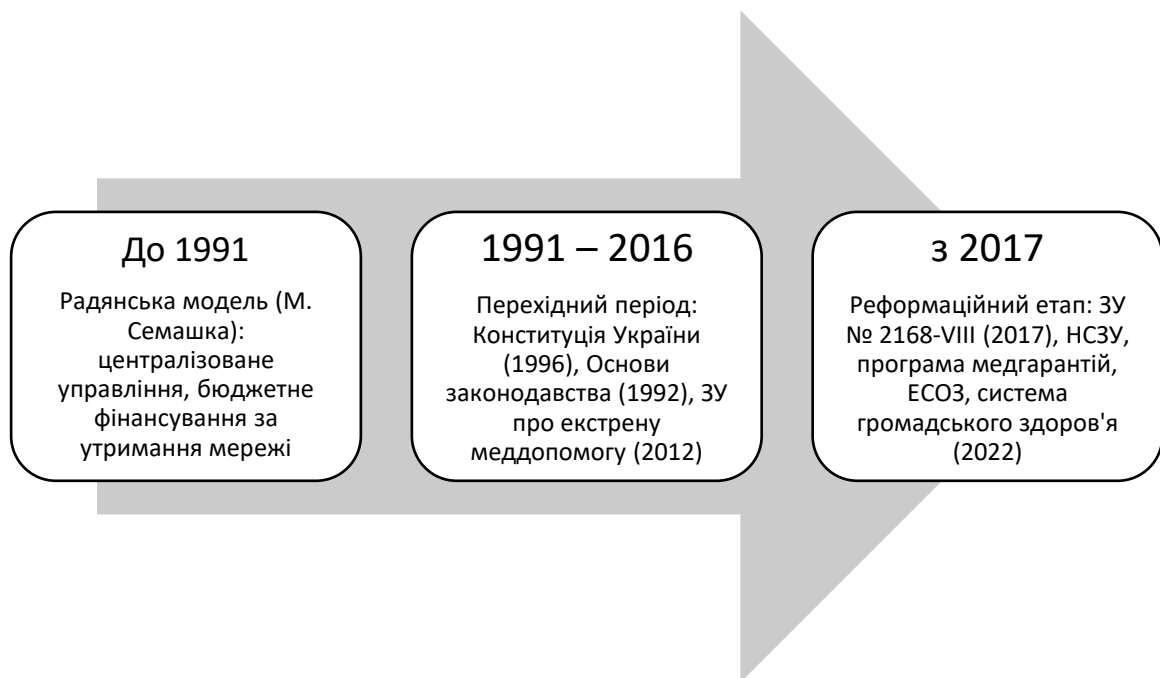


Рис. 1.3. Періоди еволюції управління охороною здоров'я в Україні

Нормативно-правове забезпечення управління охороною здоров'я має ієрархічну побудову, у якій акти різної юридичної сили перебувають у відносинах підпорядкування та взаємоузгодження (рис. 1.4, табл. 1.4). Найвищу юридичну силу має Конституція України, що закріплює засадничі гарантії права на охорону здоров'я [10]. Наступний рівень утворюють міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України: вони є частиною національного законодавства, а в разі колізії з законами застосовуються їх положення. До них належать, зокрема, Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я [1], Міжнародні медико-санітарні правила та Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, ратифікована у 2014 році [16].

Центральне місце у системі посідають закони України, що регулюють засадничі відносини у сфері. Поряд із рамковими Основами законодавства 1992 року [11] вони охоплюють законодавство про фінансові гарантії (№ 2168-VIII) [12], про систему громадського здоров'я (№ 2573-IX) [6], про екстрену медичну допомогу (№ 5081-VI) [13] та інші профільні акти. Найнижчий за юридичною силою, але найчисленніший рівень формують підзаконні нормативно-правові акти – акти Президента України, постанови та розпорядження Кабінету

Міністрів України (зокрема концептуальні документи [14] та порядки реалізації програми медичних гарантій), накази Міністерства охорони здоров'я, акти Національної служби здоров'я та органів місцевого самоврядування, що деталізують і забезпечують виконання законів.

Таблиця 1.4

Ієрархія нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я

Рівень	Юридична сила та призначення	Приклади актів
Конституція України	Найвища юридична сила; засадничі гарантії	Стаття 49 – право на охорону здоров'я та медичну допомогу
Міжнародні договори (ратифіковані)	Частина національного законодавства; пріоритет над законами України	Статут ВООЗ; Міжнародні медико-санітарні правила; Угода про асоціацію між Україною та ЄС
Закони України	Регулюють засадничі суспільні відносини у сфері	Основи законодавства (№ 2801-XII, 1992); № 2168-VIII (2017); № 2573-IX (2022); № 5081-VI (2012)
Підзаконні нормативно-правові акти	Деталізація та забезпечення виконання законів	Акти Президента; постанови й розпорядження КМУ; накази МОЗ; акти НСЗУ та органів місцевого самоврядування

Окремою рисою сучасного нормативно-правового забезпечення є його виразна євроінтеграційна спрямованість. Угода про асоціацію між Україною та ЄС [16] зобов'язує державу поступово наближати національне законодавство до *acquis communautaire* — зокрема в частині стандартів якості та безпеки медичної допомоги, обігу лікарських засобів, захисту прав пацієнтів і санітарно-епідеміологічних норм. Це зумовило ухвалення низки профільних законодавчих змін і стало одним із системних рушіїв реформи охорони здоров'я після 2017 року. Євроінтеграційний вектор посилюється із набуттям Україною статусу кандидата на членство в ЄС у червні 2022 року, що підвищило формальні вимоги до темпів і якості гармонізації законодавства.

Водночас наявній правовій базі властиві й суттєві проблемні риси. Головною системною вадою залишається відсутність єдиного кодифікованого

акта: чинні Основи законодавства України про охорону здоров'я 1992 року [11], попри численні зміни, не відповідають сучасній архітектурі системи та ринковій логіці договірної моделі.



Рис. 1.4. Ієрархія нормативно-правового забезпечення управління охороною здоров'я

Паралельне існування рамкового акта радянської спадщини та нових законів – зокрема № 2168-VIII і № 2573-IX – породжує колізії й прогалини у правовому регулюванні. Додатковою проблемою є надмірна підзаконна деталізація: суттєві управлінські механізми нерідко врегульовані наказами МОЗ і рішеннями НСЗУ, що знижує стабільність правового середовища та ускладнює правозастосування для закладів охорони здоров'я, особливо в умовах воєнного стану. Виникає потреба комплексного вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я, включно з оновленням і систематизацією її нормативно-правової основи [7].

Чинна ієрархічна система нормативно-правового забезпечення – від Конституції та міжнародних договорів до підзаконних актів – набуває дедалі виразнішого євроінтеграційного вектора, водночас зберігаючи проблему недостатньої кодифікації. Встановлені закономірності формують підґрунтя для аналізу механізмів публічного управління.

1.3 Світовий досвід реформування та фінансування публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я

Дослідження вітчизняної моделі публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я буде неповним без урахування світового досвіду реформування та фінансування цієї сфери. Порівняльний аналіз дає змогу виявити усталені моделі організації та фінансування, простежити сучасні тенденції їх трансформації, а також визначити рішення, придатні для адаптації в умовах України. У цьому підрозділі розглянуто базові моделі фінансування систем охорони здоров'я, функції фінансування та концепцію стратегічних закупівель, інституційні моделі управління громадським здоров'ям у провідних країнах, а також узагальнено провідні тенденції реформування й відповідні уроки для України.

У світовій практиці традиційно вирізняють кілька базових моделей фінансування систем охорони здоров'я, що різняться передусім джерелом коштів і механізмом їх акумулювання. Бюджетна модель (модель Беверіджа) ґрунтується на фінансуванні з загальних податків і функціонуванні національної служби здоров'я з безоплатністю послуг у місці їх надання; її концептуальні засади сягають доповіді В. Беверіджа 1942 року та створення Національної служби здоров'я Великої Британії [23]. Страхова модель (модель Бісмарка) спирається на обов'язкові страхові внески працівників і роботодавців, що акумулюються у відносно автономних страхових фондах (лікарняних касах) на засадах солідарності.

Поряд із ними виокремлюють модель національного медичного страхування з єдиним публічним страховиком (платником), яка поєднує податкове наповнення з централізованою закупівлею послуг, а також ринкову (приватну) модель, у якій переважає приватне страхування та безпосередні платежі, доповнені окремими державними програмами. Окрему історичну модель становить державна модель М. Семашка, властива радянській і пострадянським системам. Узагальнену характеристику цих моделей наведено в

таблиці 1.5. Важливо враховувати, що в чистому вигляді жодна модель майже не трапляється: більшість сучасних систем є змішаними, а реформи останніх десятиліть засвідчують поступове зближення підходів [22].

Таблиця 1.5

Базові моделі фінансування систем охорони здоров'я

Модель	Основне джерело фінансування	Ключовий принцип	Країни-приклади
Модель Беверіджа (бюджетна)	Загальні податки	Національна служба здоров'я; безоплатність у місці надання	Велика Британія, Швеція, Італія, Іспанія
Модель Бісмарка (соціальне страхування)	Обов'язкові страхові внески працівників і роботодавців	Страхові фонди (лікарняні каси); солідарність	Німеччина, Франція, Нідерланди, Японія
Національне медичне страхування	Податки за єдиним публічним страховиком	Єдиний платник; державна закупівля послуг	Канада
Ринкова (приватна) модель	Приватне страхування та платежі, окремі державні програми	Переважання приватного фінансування	США
Державна (модель Семашка)	Державний бюджет	Централізоване державне забезпечення	історично – СРСР, пострадянські країни

Кожна з моделей має властиві їй переваги та обмеження. Бюджетна модель забезпечує широке охоплення населення й відносно низькі адміністративні витрати, проте чутлива до загальних бюджетних обмежень і ризику черг на планові послуги. Страхова модель сприяє стабільному цільовому наповненню системи та свободі вибору надавача, однак є адміністративно складнішою й залежить від рівня зайнятості населення. Ринкова модель стимулює інновації та конкуренцію, але супроводжується високими сукупними витратами й проблемами доступності для незаможних верств. Саме тому під час реформ держави прагнуть поєднати сильні сторони різних моделей, посилюючи водночас роль публічного фінансування та солідарних механізмів.

Незалежно від обраної моделі, фінансування системи охорони здоров'я реалізує три взаємопов'язані функції, виокремлені у класичних працях із політики фінансування охорони здоров'я: збір коштів (через податки, страхові внески та платежі домогосподарств), об'єднання коштів (пулінг ризиків і ресурсів) та закупівлю послуг у надавачів [20]. Логіку взаємодії цих функцій унаочнює рисунок 1.5. Кінцевою метою організації фінансування у сучасній політиці охорони здоров'я визнано досягнення загального охоплення послугами (universal health coverage), за якого все населення має доступ до необхідних послуг без надмірного фінансового тягаря [19].

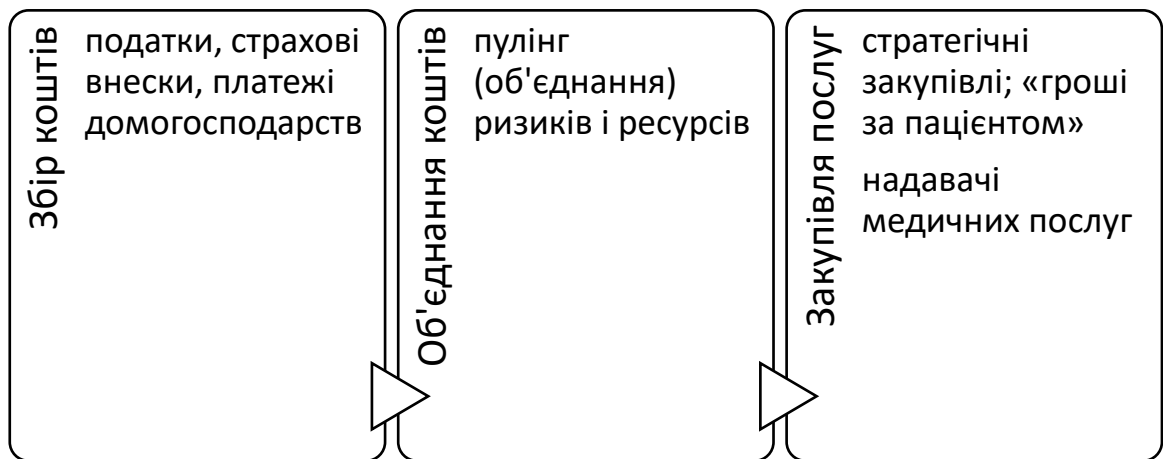


Рис. 1.5. Функції системи фінансування охорони здоров'я

Особливого значення в сучасних реформах набула концепція стратегічних закупівель – активного, заснованого на доказах придбання послуг, орієнтованого на потреби населення та результати, на противагу пасивному відшкодуванню витрат за фактом [20]. Саме до цього підходу тяжіє й українська реформа фінансування: запровадження програми медичних гарантій та діяльність Національної служби здоров'я як єдиного стратегічного покупця послуг є практичним втіленням функції закупівлі за принципом «гроші ходять за пацієнтом».

Поряд із моделями фінансування важливим є порівняння інституційних рішень щодо управління саме громадським здоров'ям. У провідних країнах функції епіднадзора, захисту та зміцнення здоров'я покладено на спеціалізовані установи: у США це Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC), у Німеччині – Інститут Роберта Коха (RKI), у Франції – агенція Santé publique France, створена у 2016 році внаслідок консолідації кількох профільних структур. Основні характеристики цих моделей узагальнено в таблиці 1.6.

Показовим є приклад Великої Британії, де пандемія COVID-19 спричинила радикальну реорганізацію: агенцію Public Health England було ліквідовано, а її функції з 1 жовтня 2021 року розподілено між двома новими органами – Агенцією безпеки здоров'я Сполученого Королівства (UKHSA), відповідальною за захист здоров'я та реагування на загрози, і Управлінням з питань поліпшення здоров'я та подолання нерівностей (OHID), що зосереджене на зміцненні здоров'я й діє у складі профільного міністерства [21]. Цей досвід засвідчує як прагнення посилити готовність до надзвичайних ситуацій, так і ризики, пов'язані з поспішними інституційними змінами та послабленням незалежності органів громадського здоров'я.

Спільною рисою багатьох систем є розподіл відповідальності за громадське здоров'я між центральним і місцевим рівнями. Так, у Великій Британії значну частину функцій громадського здоров'я на місцях покладено на органи місцевого самоврядування, а у США – на штатні та місцеві департаменти здоров'я, що взаємодіють із федеральними структурами. Така багаторівнева побудова наближає послуги до територіальних громад, водночас потребуючи чітких механізмів координації та розмежування повноважень між рівнями управління.

Досвід пандемії COVID-19 виявив як переваги децентралізованих систем – гнучкість і близькість до громади, - так і їх уразливість: розпорошеність ресурсів, нерівномірність потенціалу між регіонами та ускладнена координація під час масштабних криз спонукали низку країн до посилення централізованих механізмів готовності й реагування.

Таблиця 1.6

**Інституційні моделі управління громадським здоров'ям та витрати на
охорону здоров'я**

Країна	Модель фінансування	Спеціалізований орган громадського здоров'я	Витрати на ОЗ, ≈% ВВП
США	Ринкова	Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC)	17,2
Німеччина	Бісмарка	Інститут Роберта Коха (RKI)	12,3
Франція	Бісмарка	Santé publique France (Громадське здоров'я Франції)	11,5
Велика Британія	Беверіджа	UKHSA (захист здоров'я) та OHID (зміцнення здоров'я)	11,4
Японія	Бісмарка (багатофондова)	Національний інститут інфекційних захворювань (NIID) у взаємодії з Міністерством охорони здоров'я, праці та добробуту (MHLW)	10,6
Італія	Беверіджа	Національний інститут охорони здоров'я (Istituto Superiore di Sanità, ISS)	9,0

Джерело: OECD Health at a Glance 2025 [17]. Відомості про спеціалізовані органи громадського здоров'я. Значення – поточні витрати на охорону здоров'я, % ВВП

Зіставлення рівнів фінансування демонструє значні відмінності між країнами (рис. 1.6). За даними ОЕСР, найвищу частку валового внутрішнього продукту на охорону здоров'я витрачають Сполучені Штати (близько 17,2 %), тоді як європейські країни витрачають істотно менше – від приблизно 11–12 % у Німеччині, Франції та Великій Британії до близько 9 % в Італії [17]. При цьому вищий рівень витрат не означає автоматично кращих результатів для здоров'я населення: вирішальне значення має не стільки загальний обсяг коштів, скільки їх розподіл, зокрема співвідношення між лікуванням і профілактикою [17].

Порівняльний аналіз дає змогу виокремити кілька спільних тенденцій реформування публічного управління у сфері охорони здоров'я. По-перше, це

послідовний рух до загального охоплення послугами як стратегічної мети політики [19]. По-друге, перехід від пасивного фінансування до стратегічних закупівель та оплати за результат. По-третє, пріоритезація первинної медичної допомоги та профілактики, а також упровадження міжсекторального підходу «здоров'я в усіх політиках». По-четверте, інвестування у функції громадського здоров'я та готовність до надзвичайних ситуацій, актуальність якого загострила пандемія. По-п'яте, цифровізація управління та фінансування. Прикметно, що в середньому в країнах ОЕСР близько трьох чвертей витрат на охорону здоров'я забезпечують державні схеми або обов'язкове страхування, що свідчить про провідну роль публічного фінансування [18].

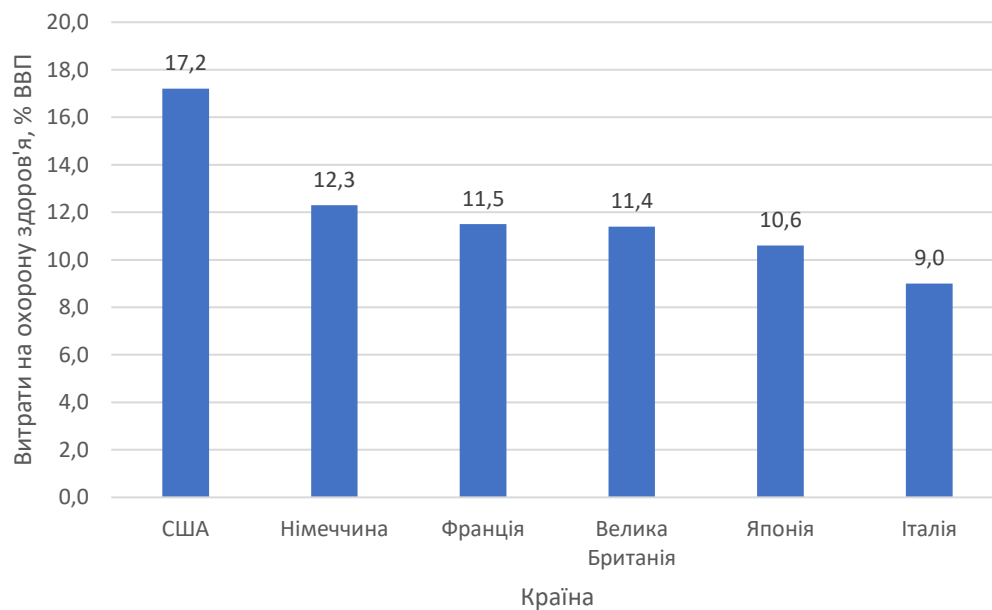


Рис. 1.6. Поточні витрати на охорону здоров'я, % ВВП (за даними ОЕСР)

Джерело: OECD Health at a Glance 2025 [17]. Відомості про спеціалізовані органи громадського здоров'я. Значення – поточні витрати на охорону здоров'я, % ВВП

Додатковим чинником у європейському просторі є наднаціональна координація: після пандемії Європейський Союз посилив спільні інструменти у сфері охорони здоров'я, зокрема програму фінансування заходів громадського здоров'я та механізми готовності й реагування на транскордонні загрози. Це засвідчує тенденцію до доповнення національних систем колективними

наднаціональними механізмами захисту здоров'я населення, що є особливо актуальним для України з огляду на її євроінтеграційний курс.

Для України світовий досвід дає кілька орієнтирів. Запроваджена у 2017 році модель стратегічних закупівель через Національну службу здоров'я узгоджується з провідними міжнародними підходами та засадами загального охоплення послугами. Водночас порівняння вказує на потребу збільшення інвестицій саме у функції громадського здоров'я та профілактику, які історично фінансувалися за залишковим принципом, а також на доцільність збереження інституційної спроможності спеціалізованих органів. Як наголошують вітчизняні дослідники, передовий світовий досвід має не механічно копіюватися, а адаптуватися до національних умов з урахуванням наявних ресурсів і безпекових викликів [7].

Висновки до розділу 1

За результатами дослідження теоретико-методологічних засад публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я можна сформулювати такі висновки.

1. Розмежовано суміжні поняття «здоров'я», «громадське здоров'я», «охорона здоров'я» та відповідні системи, що дало змогу визначити громадське здоров'я як стан здоров'я населення в сукупності й водночас як сферу організованої суспільної діяльності, спрямованої на його збереження та зміцнення. Установлено, що стан здоров'я формується переважно неклінічними (соціальними) детермінантами, а отже, потребує міжсекторального публічно-управлінського впливу, а не лише зусиль системи медичної допомоги.

2. Систему громадського здоров'я охарактеризовано як єдність трьох складових – суб'єктної (інституційної), функціональної та забезпечувальної, – нормативно закріплену Законом України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX та побудовану навколо реалізації десяти оперативних функцій громадського здоров'я. Обґрунтовано, що ця система є самостійним об'єктом

публічного управління з огляду на її публічний (характер суспільного блага), популяційний, міжсекторальний, профілактично-випереджувальний і багаторівневий характер.

3. Еволюцію управління охороною здоров'я в Україні систематизовано у вигляді трьох послідовних періодів – радянського (модель М. Семашка), перехідного (1991–2016 рр.) та реформаційного (з 2017 р.). Ключовим змістовим зрушенням сучасного етапу визначено перехід від командно-адміністративної, бюджетно-кошторисної моделі до договірної, пацієнтоцентричної моделі з оплатою за результат, запровадженої Законом № 2168-VIII та діяльністю Національної служби здоров'я, у поєднанні з децентралізацією, автономізацією закладів, цифровізацією та виокремленням громадського здоров'я.

4. Нормативно-правове забезпечення управління охороною здоров'я охарактеризовано як ієрархічну систему – від Конституції України та міжнародних договорів до законів і підзаконних актів, – розвиток якої дедалі більше визначається євроінтеграційними зобов'язаннями держави. Водночас виявлено проблемні риси чинної правової бази, зокрема відсутність єдиного кодифікованого акта та потребу оновлення Основ законодавства про охорону здоров'я 1992 року.

5. Систематизовано базові світові моделі фінансування систем охорони здоров'я – бюджетну (Беверіджа), страхову (Бісмарка), національного медичного страхування, ринкову та державну (Семашка), – які на практиці поєднуються у змішані конфігурації. Установлено, що незалежно від моделі фінансування реалізує функції збору, об'єднання й закупівлі коштів, а провідним напрямом сучасних реформ є перехід до стратегічних закупівель задля досягнення загального охоплення послугами.

6. Порівняння інституційних рішень щодо управління громадським здоров'ям у провідних країнах засвідчило їх різноманіття за спільної тенденції до посилення функцій захисту здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій, що особливо виразно виявилось під час пандемії. З'ясовано, що вищий рівень витрат

на охорону здоров'я не гарантує кращих результатів, оскільки вирішальне значення має не обсяг коштів, а їх розподіл між лікуванням і профілактикою.

7. Для України світовий досвід підтверджує правильність обраного курсу на стратегічні закупівлі та засади загального охоплення послугами й водночас засвідчує потребу пріоритетного фінансування функцій громадського здоров'я і профілактики, які історично фінансувалися за залишковим принципом, з обов'язковою адаптацією зарубіжних рішень до національного контексту та безпекових викликів.

Установлені сутність, структура й закономірності еволюції системи охорони громадського здоров'я, а також узагальнений світовий досвід її реформування й фінансування створюють теоретико-методологічне підґрунтя для подальшого аналізу механізмів та інструментів публічного управління у цій сфері в Україні.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА МЕХАНІЗМІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Оцінка діючої системи управління та законодавчо-правової бази охорони здоров'я переміщених закладів охорони здоров'я

Повномасштабне вторгнення завдало системі охорони здоров'я України безпрецедентної шкоди. За даними Міністерства охорони здоров'я, ворожі атаки зруйнували та пошкодили понад 1,5 тис. об'єктів медичних закладів, що унеможливило надання ними допомоги населенню [24]. За оцінками Національного інституту стратегічних досліджень станом на жовтень 2022 року було пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 опинилися на тимчасово окупованих територіях, а 123 заклади зруйновано, тоді як наприкінці 2021 року в Україні налічувалося близько трьох тисяч медичних закладів [25]. Таким чином, війна спричинила не лише руйнування інфраструктури, а й порушення територіальної організації медичної допомоги.

Частина закладів на втрату можливості працювати за основним місцезнаходженням здійснило переміщення (релокацію) у безпечніші регіони з подальшою перереєстрацією та продовженням діяльності. Так, заклади, евакуйовані з окупованих або прифронтових територій півдня та сходу, відновлювали роботу, зокрема, у Полтавській та інших областях [26]. Це сформувало окрему категорію суб'єктів управління – переміщені заклади охорони здоров'я, для яких характерні розрив між юридичним та фактичним місцем діяльності, потреба у перереєстрації, кадрові втрати й ускладнене майнове становище.

Міністерству охорони здоров'я підпорядковано близько трьох тисяч медичних закладів, частина з яких на сході та півдні країни втратила змогу працювати за основним місцезнаходженням. Збереження доступу населення, насамперед внутрішньо переміщених осіб, до медичних послуг забезпечується

передусім через механізм програми медичних гарантій, що дає змогу оплачувати фактично надані послуги незалежно від місця їх отримання, а також через залучення міжнародної гуманітарної допомоги. Водночас переміщення закладів актуалізує питання раціонального планування мережі, уникнення дублювання потужностей у приймаючих громадах і подальшого відновлення інфраструктури на деокупованих територіях.

Відновлення зруйнованої медичної інфраструктури визнано одним із пріоритетів державної політики: за оцінками спільної урядової та міжнародної оцінки завданої шкоди й потреб, обсяги необхідних ресурсів є значними, а сам процес – тривалим [24]. У цих умовах переміщення закладів у безпечніші регіони розглядається не лише як вимушений захід, а й як спосіб збереження кадрового та організаційного потенціалу системи охорони здоров'я до моменту повоєнного відновлення.

Система управління та правова база діяльності таких закладів в умовах війни ґрунтується на поєднанні загального та особливого режимів. З одного боку, продовжують діяти базові засади галузі – конституційні гарантії, Основи законодавства про охорону здоров'я та модель фінансування за програмою медичних гарантій, за якої Національна служба здоров'я зберігає договірні відносини із закладом незалежно від зміни місця надання послуг, що уможливорює безперервність фінансування переміщеного закладу. З іншого боку, набуває чинності особливий режим воєнного стану: відповідно до Указу Президента «Про введення воєнного стану в Україні» та Закону «Про правовий режим воєнного стану» повноваження органів місцевого самоврядування як засновників закладів на відповідних територіях здійснюють військові адміністрації. Саме така подвійна конструкція визначає управлінську специфіку переміщених закладів.

Практична реалізація такого режиму породжує специфічні правові механізми. Збереження статусу юридичної особи та раніше укладених договорів із Національною службою здоров'я дає змогу переміщеному закладу продовжувати отримувати оплату за програмою медичних гарантій після зміни

фактичного місця надання послуг; водночас потрібні перереєстрація місця провадження діяльності, врегулювання статусу майна, що залишилося на небезпечній території, та забезпечення доступу до послуг внутрішньо переміщених осіб. Невизначеність частини цих питань залишається системним викликом для управління переміщеними закладами охорони здоров'я.

Нормативне регулювання діяльності переміщених закладів спирається на поєднання загального галузевого законодавства та підзаконних актів, ухвалених для умов воєнного стану. Кабінет Міністрів України та Міністерство охорони здоров'я врегулювали особливості організації медичного обслуговування, обліку та звітності закладів у період дії воєнного стану, а Національна служба здоров'я адаптувала умови договорів за програмою медичних гарантій до можливості надання послуг за фактичним місцем розташування. Окремими актами забезпечено гарантії доступу внутрішньо переміщених осіб до медичних послуг незалежно від місця реєстрації. Така сукупність норм створює правову основу для безперервності діяльності закладу навіть за умов його вимушеного переміщення, проте потребує постійного уточнення з огляду на динамічність безпекової ситуації.

Комунальне некомерційне підприємство «Лиманська центральна районна лікарня» (ідентифікаційний код 01989839) є багатопрофільним закладом охорони здоров'я, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу населенню Лиманської міської територіальної громади та прилеглих територій. Заклад засновано ще у 1963 році як районну лікарню; у процесі медичної реформи його реорганізовано та у 2019 році перетворено на комунальне некомерційне підприємство відповідно до вимог автономізації закладів охорони здоров'я. Лікарня розташована у місті Лиман на півночі Донецької області, поблизу межі з Харківською областю, і має широкий ліцензований перелік видів медичної практики та розгалужену структуру стаціонарних і поліклінічних відділень [30].

Заклад проводить діяльність на підставі ліцензії на медичну практику за широким переліком спеціальностей (терапія, хірургія, педіатрія, акушерство і

гінекологія, неврологія, рентгенологія, ультразвукова та лабораторна діагностика, стоматологія тощо) і за основними видами економічної діяльності, пов'язаними з діяльністю лікарняних закладів, загальною та спеціалізованою медичною практикою. Структуру лікарні утворюють поліклінічне відділення потужністю близько 73 відвідувань за зміну, терапевтичне відділення на 20 ліжок (у тому числі 5 неврологічних) і хірургічне відділення на 20 ліжок (у тому числі 2 гінекологічних), а також клініко-діагностична лабораторія, кабінет рентгенологічної діагностики та допоміжні служби [30].

Організаційно-правова форма закладу – комунальне некомерційне підприємство – є результатом автономізації, проведеної в межах медичної реформи. Цей статус надає закладу більшу господарську самостійність: право самостійно визначати структуру та штатний розпис, розпоряджатися коштами в межах фінансового плану й укладати договори, зокрема з Національною службою здоров'я. Водночас підприємство залишається неприбутковим і підзвітним засновнику, що поєднує управлінську гнучкість із публічною відповідальністю. В умовах переміщення саме ця гнучкість полегшує оперативну адаптацію закладу до змінених обставин.

Система управління закладом має багаторівневий характер. Засновником підприємства є Лиманська міська рада; водночас на період дії воєнного стану повноваження засновника здійснює Лиманська міська військова адміністрація Краматорського району Донецької області, що є прямим наслідком застосування особливого правового режиму. Поточне керівництво здійснює директор підприємства, який визначає структуру та штатну чисельність на підставі фінансового плану; структурними підрозділами є адміністративно-управлінський блок, стаціонарні та поліклінічні відділення й допоміжні служби. Така модель поєднує самоврядне підпорядкування у мирний час із управлінням через військову адміністрацію в умовах воєнного стану. Загальну структуру управління закладом надано на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Система управління КНП «Лиманська ЦРЛ»

Особливістю системи управління переміщеним закладом є фактична багатосуб'єктність та подвійне підпорядкування. У мирний час засновницькі повноваження належать органу місцевого самоврядування, проте в умовах воєнного стану їх здійснює військова адміністрація, що змінює порядок ухвалення ключових рішень – щодо структури, майна та фінансового плану. Водночас оперативне управління залишається за директором, а методичне й фінансове регулювання – за Міністерством охорони здоров'я та Національною службою здоров'я. Така конфігурація потребує чіткого розмежування повноважень і налагодженої взаємодії між рівнями управління, що є додатковим викликом для забезпечення керованості закладу.

Система управління КНП «Лиманська ЦРЛ» побудована за принципом розмежування повноважень між засновником, керівником і структурними підрозділами. У мирний час засновницькі повноваження належать органу місцевого самоврядування, а в умовах воєнного стану їх здійснює військова адміністрація, що змінює порядок ухвалення ключових рішень. Поточне управління забезпечує директор, а безпосереднє надання послуг – структурні підрозділи. Склад органів управління та їх функції наведено в таблиці 1.

Таблиця 2.1

Органи управління КНП «Лиманська ЦРЛ», їх склад та функції

Орган управління	Склад / представництво	Управлінські функції
Засновник	Лиманська міська рада; на період воєнного стану – Лиманська міська військова адміністрація Краматорського району	Утворення та реорганізація, затвердження статуту й фінансового плану, призначення керівника
Керівник	Директор підприємства	Поточне управління, визначення структури та штату, укладення договорів, розпорядження коштами
Структурні підрозділи	Адміністративний блок, стаціонарні та поліклінічні відділення, допоміжні служби	Безпосереднє надання медичних послуг та забезпечення діяльності закладу

Особливістю взаємодії складових системи в умовах воєнного стану є подвійне підпорядкування та територіальна роз'єднаність підрозділів (Лиман – Кривий Ріг – Кременчук), що потребує посиленої координації між рівнями управління.

Нормативно-правову основу діяльності закладу утворює багаторівнева система актів – від конституційних гарантій до локальних установчих документів, доповнена актами особливого режиму воєнного стану. Її узагальнено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.2

Нормативно-правова база діяльності КНП «Лиманська ЦРЛ»

Рівень регулювання	Основні нормативно-правові акти
Конституційний	Конституція України (ст. 49 – право на охорону здоров'я та медичну допомогу)
Законодавчий (галузевий)	Основи законодавства України про охорону здоров'я; Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; Закон «Про систему громадського здоров'я»
Особливий режим (воєнний стан)	Указ Президента «Про введення воєнного стану в Україні» № 64/2022; Закон «Про правовий режим воєнного стану» (повноваження військових адміністрацій)
Підзаконний	Постанови та розпорядження КМУ; накази МОЗ України; акти Національної служби здоров'я України
Локальний (установчий)	Статут КНП «Лиманська ЦРЛ»; рішення засновника; накази та положення підприємства

Аналіз діяльності закладу ґрунтується на даних офіційної статистичної та фінансової звітності закладу (форма № 1-нс) за 2022–2025 роки, доповнених матеріалами стратегічного й соціально-економічного планування. Для забезпечення зіставності, показники розглядаються в динаміці порівняно з останнім довоєнним 2021 роком, що дає змогу оцінити глибину спаду та ступінь подальшого відновлення.

Демографічною основою діяльності закладу є населення громади, чисельність якого внаслідок війни різко скоротилася (табл. 2.2, рис. 2.2). Якщо станом на початок 2022 року в громаді налічувалося близько 35,8 тис. осіб, то до вересня 2025 року зареєстрована чисельність зменшилася до 21,3 тис. осіб. При цьому, за оперативними даними, чисельність населення, яке фактично проживає в громаді, є ще нижчою й наприкінці 2024 року оцінювалася приблизно у 8,1 тис. осіб, що в кілька разів менше за довоєнний рівень [30]. Скорочення населення безпосередньо звужує базу попиту на медичні послуги.

Таблиця 2.2

Динаміка чисельності населення Лиманської МТГ

Станом на дату	Чисельність населення, осіб	Зміна до попередньої дати, осіб	Зміна, %
01.01.2021	35 282	–	–
01.01.2022	35 832	550	1,6%
01.01.2023	30 656	-5 176	-14,4%
01.01.2024	24 527	-6 129	-20,0%
01.09.2025	21 302	-3 225	-13,1%
Усього за період		-13 980	-39,6%

Демографічні зміни мають не лише кількісний, а й структурний вимір. Серед населення, що залишилося, переважають особи пенсійного віку (понад 30 %), що підвищує потребу в терапевтичній, паліативній та геріатричній допомозі за одночасного зниження попиту на акушерсько-гінекологічні та педіатричні послуги

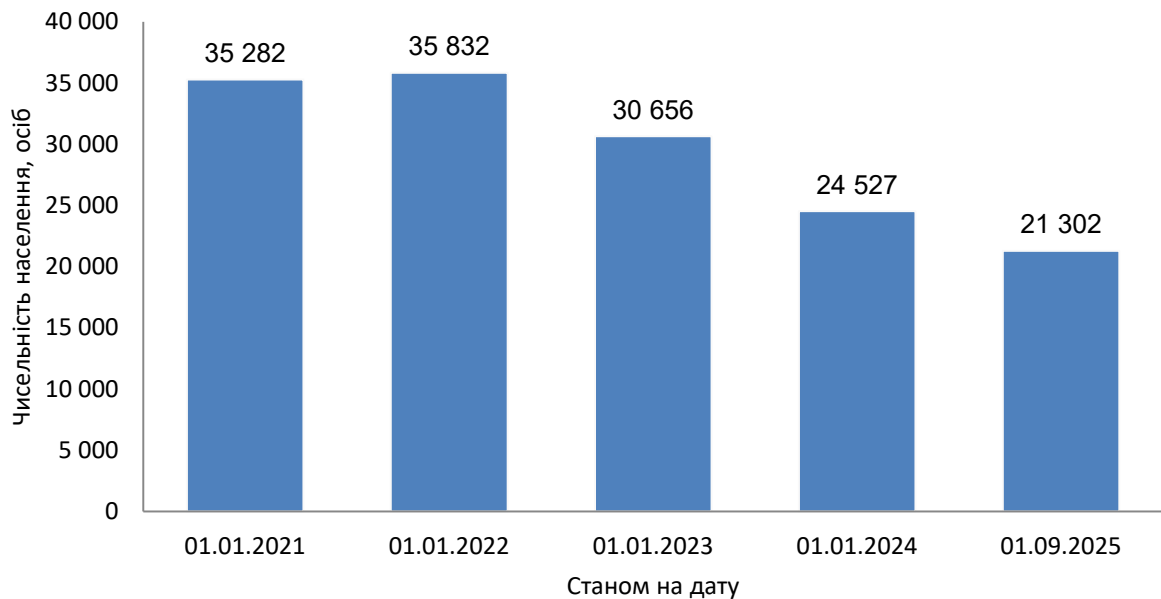


Рис. 2.2. Динаміка чисельності населення Лиманської МТГ, 2021–2025 рр.

Від'ємний природний приріст і висока частка внутрішньо переміщених осіб додатково ускладнюють планування потужностей закладу та прогнозування обсягів медичної допомоги.

Таблиця 2.3

Основні показники діяльності КНП «Лиманська ЦРЛ», 2021–2025 рр.

Показник	2021	2022	2023	2024	9 міс. 2025
Ліжковий фонд, ліжок	181	56*	40	40	40
Проліковано пацієнтів, осіб	4 193	962	712	631	442
Проведено ліжко-днів	43 298	10 072	9 181	7 961	5 656
Відвідування поліклініки ЦРЛ	71 277	14 647	22 852	25 777	15 070
Відвідування первинної ланки (ЦПМСД)	114 199	52 255	27 152	22 699	17 412

* У 2022 р. наведено фактичну кількість ліжок; з кінця 2022 р. стаціонар розгорнуто на 40 ліжках.

Найвиразніше вплив війни проявився у стаціонарній ланці. Ліжковий фонд закладу скоротився зі 181 ліжка у 2021 році до фактично 56 ліжок у 2022 році, а з кінця 2022 року стаціонар розгорнуто на 40 ліжках (рис. 2.3). Відповідно зменшилися й обсяги роботи: кількість пролікованих пацієнтів упала з 4 193 осіб

у 2021 році до 962 у 2022 році та 631–712 осіб у 2023–2024 роках, а за дев'ять місяців 2025 року становила 442 особи (рис. 2.4). Аналогічно скоротилася кількість проведених ліжко-днів – із понад 43 тис. до 5,7–10 тис. (табл. 2.3). Таким чином, навантаження на стаціонар є у п'ять-шість разів нижчим за довоєнне [29].

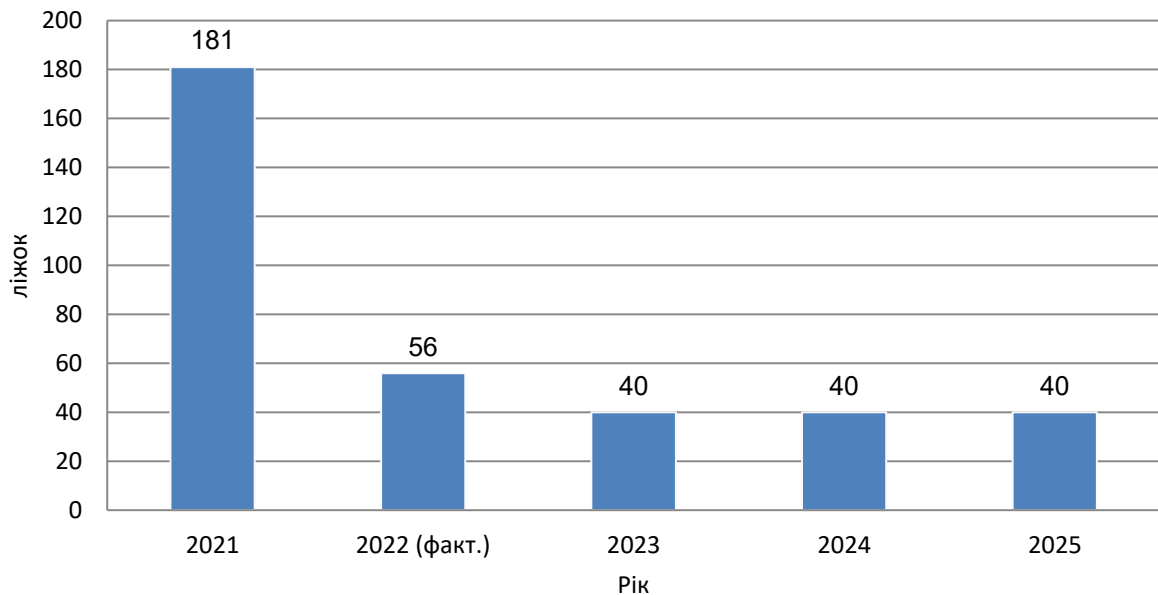


Рис. 2.3. Динаміка ліжкового фонду КНП «Лиманська ЦРЛ» (* у 2022 р. – фактична кількість)

Амбулаторно-поліклінічна допомога демонструє дещо іншу динаміку (рис. 2.5). Кількість відвідувань поліклініки лікарні різко впала у 2022 році (з понад 71 тис. до близько 14,6 тис.), однак згодом частково відновилися – до 22,9 тис. у 2023 році та 25,8 тис. у 2024 році, що відповідає приблизно третині довоєнного рівня. Натомість показники первинної ланки громади (центру первинної медико-санітарної допомоги) демонструють стійке зниження впродовж усього періоду – зі 114,2 тис. відвідувань у 2021 році до 22,7 тис. у 2024 році, що відображає передусім вплив населення. Загалом амбулаторна допомога відновлюється повільно й працює на рівні 30–40 % довоєнної потужності [29].

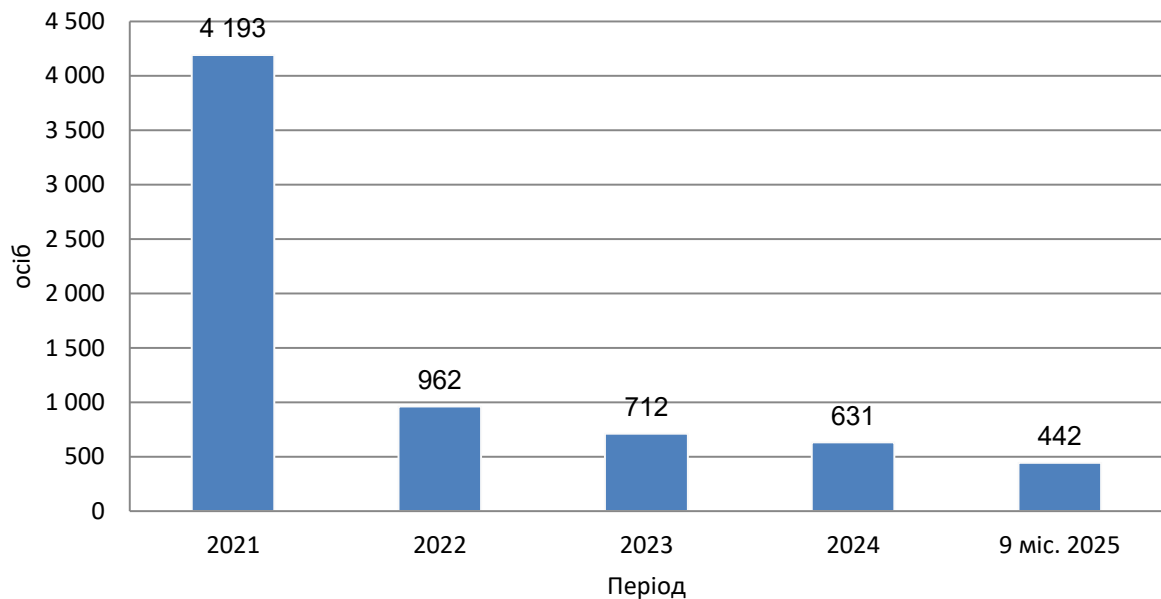


Рис. 2.4. Кількість пролікованих пацієнтів стаціонару, 2021–2025 рр.

Зміни торкнулися не лише обсягів, а й структури медичної допомоги. Найбільшого скорочення зазнали хірургічна, гінекологічна та акушерська служби, тоді як акцент поступово зміщується у бік терапевтичної, паліативної та амбулаторно-консультативної допомоги, що відповідає реальним потребам населення, яке залишилося, – переважно людей старшого віку. Планове відкриття паліативного відділення у новому місці розташування є логічним продовженням цієї тенденції та прикладом адаптації профілю закладу до змінених умов.

Таблиця 2.3

Основні показники діяльності КНП «Лиманська ЦРЛ», 2021–2025 рр.

Показник	2021	2022	2023	2024	9 міс. 2025
Ліжковий фонд, ліжок	181	56*	40	40	40
Проліковано пацієнтів, осіб	4 193	962	712	631	442
Проведено ліжко-днів	43 298	10 072	9 181	7 961	5 656
Відвідування поліклініки ЦРЛ	71 277	14 647	22 852	25 777	15 070
Відвідування первинної ланки (ЦПМСД)	114 199	52 255	27 152	22 699	17 412

* У 2022 р. наведено фактичну кількість ліжок; з кінця 2022 р. стаціонар розгорнуто на 40 ліжках.

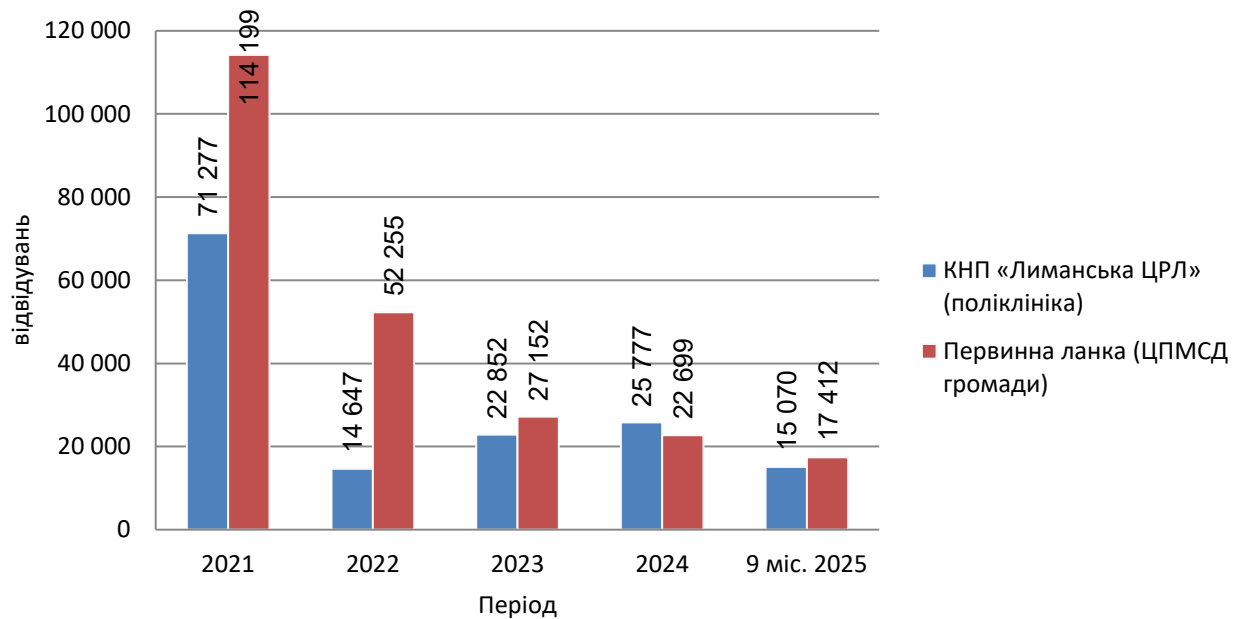


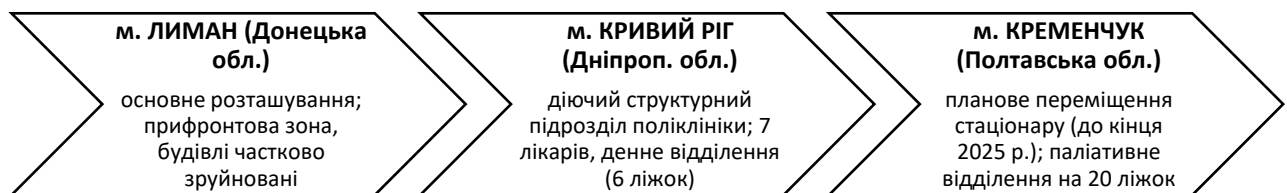
Рис. 2.5. Амбулаторно-поліклінічні відвідування, 2021–2025 рр.

Виявлена динаміка загалом відображає загальнонаціональні тенденції, проте у випадку КНП «Лиманська ЦРЛ» спад є значно глибшим. Якщо в цілому по Україні система охорони здоров'я після початкового шоку 2022 року демонструє часткове відновлення обсягів послуг, то заклад, розташований у зоні активних бойових дій, втратив більшу частину потужностей і працює на рівні лише близько третини довоєнного. Це підтверджує, що ступінь впливу війни на заклади охорони здоров'я прямо залежить від їх близькості до лінії фронту та масштабів вимушеного переміщення населення.

Окремою проблемою є кадрове та ресурсне забезпечення. Укомплектованість закладу персоналом є критично низькою (близько 19 % як лікарями, так і середнім медичним персоналом); вторинну допомогу безпосередньо надають близько 12 лікарів. Фінансування закладу здійснюється з кількох джерел – коштів Національної служби здоров'я за програмою медичних гарантій, місцевого бюджету, надходжень від платних послуг, а також благодійних внесків і грантів; до забезпечення населення долучаються мобільні медичні бригади міжнародних організацій [30]. Поєднання звуження попиту,

кадрового дефіциту й інфраструктурних втрат формує складний управлінський контекст діяльності закладу.

Перебування громади у прифронтовій зоні та часткове руйнування будівель (зокрема адміністративного корпусу й будівлі інфекційного відділення) унеможливили надання медичної допомоги за частиною адрес основного розташування. Відповіддю стало часткове переміщення діяльності закладу у безпечніші регіони (рис. 2.6). Уже діє структурний підрозділ клініко-діагностичної поліклініки у місті Кривий Ріг, де працюють сім лікарів і функціонує денне відділення на шість ліжок. До кінця 2025 року заплановано переміщення стаціонару закладу до міста Кременчук Полтавської області з відкриттям стаціонарного паліативного відділення на 20 ліжок. Первинна ланка громади також зазнала руйнувань і працює переважно у пристосованих та тимчасових приміщеннях за підтримки мобільних бригад [30].



часткове переміщення діяльності закладу у безпечніші регіони

Рис. 2.6. Схема переміщення КНП «Лиманська ЦРЛ»

Первинна ланка громади також зазнала значних втрат. Центр первинної медико-санітарної допомоги, до структури якого входять 12 сімейних амбулаторій та 19 медичних пунктів тимчасового базування, втратив частину інфраструктури: будівлі амбулаторій у Новоселівці, Новому та Ямполі зруйновані повністю, а в Лимані, Дробишевому й Яровій – пошкоджені та потребують ремонту. Первинну допомогу нині надають переважно у пристосованих і тимчасових приміщеннях, а для охоплення населення віддалених сіл залучаються мобільні медичні бригади міжнародних організацій

(«Міжнародний медичний корпус», «Лікарі без кордонів», «Наша допомога» та інші) [30].

Для підтримання доступності медичної допомоги в умовах переміщення заклад і громада застосовують комплекс організаційних рішень: розгортання підрозділів за новими адресами (зокрема денного відділення у Кривому Розі), використання пристосованих і тимчасових приміщень, залучення мобільних медичних бригад, а також планове впровадження телемедичних консультацій. Ці інструменти частково компенсують втрату стаціонарної інфраструктури й територіальну роз'єднаність населення, проте не можуть повністю замінити повноцінний лікувальний заклад, що зумовлює стратегічну орієнтацію на переміщення стаціонару до безпечнішого регіону.

Управлінською відповіддю на ці виклики є стратегічне планування розвитку закладу. Визначені стратегічні цілі охоплюють зміцнення кадрового потенціалу, покращення матеріально-технічної бази, підвищення доступності медичних послуг та оптимізацію фінансування з пошуком альтернативних джерел доходів. Серед запланованих заходів – співпраця з медичними навчальними закладами, залучення коштів державних програм і грантів, запровадження виїзних мобільних бригад і телемедицини, а також укладення договорів зі страховими компаніями. Реалізацію цих напрямів заклад розглядає як умову поступового відновлення спроможності в умовах вимушеного переміщення [30].

Правовий статус переміщеного закладу має низку особливостей. Заклад зберігає реєстрацію за основним місцезнаходженням у місті Лиман, проте фактично провадить діяльність за іншими адресами, що потребує внесення відповідних відомостей про місця провадження діяльності та переоформлення ліцензійних даних. Окремо постає питання правового режиму майна, яке залишилося в зоні бойових дій, його збереження та обліку. Збереження чинних договорів із Національною службою здоров'я є критично важливим, оскільки саме вони забезпечують основне фінансування й безперервність надання послуг після переміщення.

Переміщення породжує специфічні управлінсько-правові питання: збереження статусу юридичної особи та чинних договорів із Національною службою здоров'я, перереєстрація місця провадження діяльності, здійснення повноважень засновника військовою адміністрацією, а також врегулювання статусу майна, що залишилося за основним місцезнаходженням. Узагальнену оцінку становища закладу та перспектив його розвитку подано у форматі SWOT-аналізу (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

SWOT-аналіз КНП «Лиманська ЦРЛ»

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
- багатопрофільність і широкий ліцензований перелік послуг; - збереження статусу юридичної особи та договорів із НСЗУ; - діючий структурний підрозділ у м. Кривий Ріг; - досвід роботи в умовах війни	- критично низька укомплектованість кадрами (близько 19 %); - відтік кваліфікованих фахівців; - застаріла матеріально-технічна база; - часткове руйнування будівель; - різке скорочення потужностей
Можливості (O)	Загрози (T)
- переміщення у безпечніші регіони (Кривий Ріг, Кременчук); - відкриття паліативного відділення; - залучення грантів і міжнародної допомоги; - розвиток телемедицини та мобільних бригад	- продовження бойових дій і статус прифронтової зони; - подальше скорочення населення та попиту; - ризик повного руйнування інфраструктури; - фінансова невизначеність

Ключовим ресурсом будь-якого закладу охорони здоров'я є його персонал, тому динаміка кадрового забезпечення найкраще відображає реальну спроможність переміщеного закладу. Дані звітності за 2022–2025 роки засвідчують різке скорочення чисельності працівників (табл. 2.5, рис. 2.7).

Середня кількість працівників закладу зменшилася з 333 осіб у 2022 році до 103 у 2023 році та 80 осіб у 2025 році, а середньооблікова кількість штатних працівників – з 318 до 67 осіб, тобто майже вчетверо.

Показник 2022 року ще значною мірою відображає довоєнний штат, оскільки усереднює дані за рік, протягом якого відбувалося згортання діяльності; натомість показники 2023–2025 років характеризують уже стабілізований рівень забезпеченості закладу в умовах переміщення.

Таблиця 2.5

**Динаміка чисельності персоналу КНП «Лиманська ЦРЛ» за категоріями,
осіб**

Категорія персоналу	2022	2023	2024	2025
Керівний склад	3	2	2	4
Лікарі	40	14	16	12
Середній медичний персонал	123	36	36	26
Молодший медичний персонал	78	22	22	14
Інший персонал (адмін., господарський)	89	29	30	24
Усього (середня кількість працівників)	333	103	106	80
у т. ч. штатних (середньооблікова)	318	90	92	67

Джерело: дані КНП «Лиманська ЦРЛ» (форма № 1-нс, таблиця «Кадри»), 2022–2025 рр.

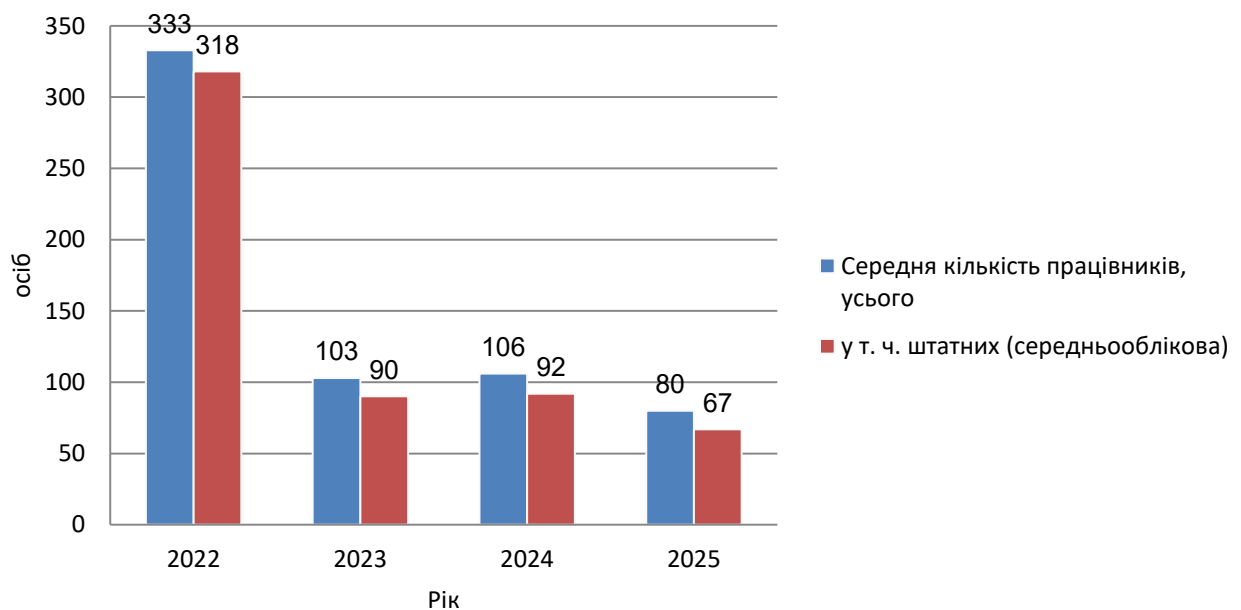


Рис. 2.7. Динаміка чисельності персоналу КНП «Лиманська ЦРЛ», 2022–2025 рр.

Скорочення персоналу відбувалося синхронно зі зменшенням ліжкового фонду й обсягів медичної допомоги, проаналізованих вище.

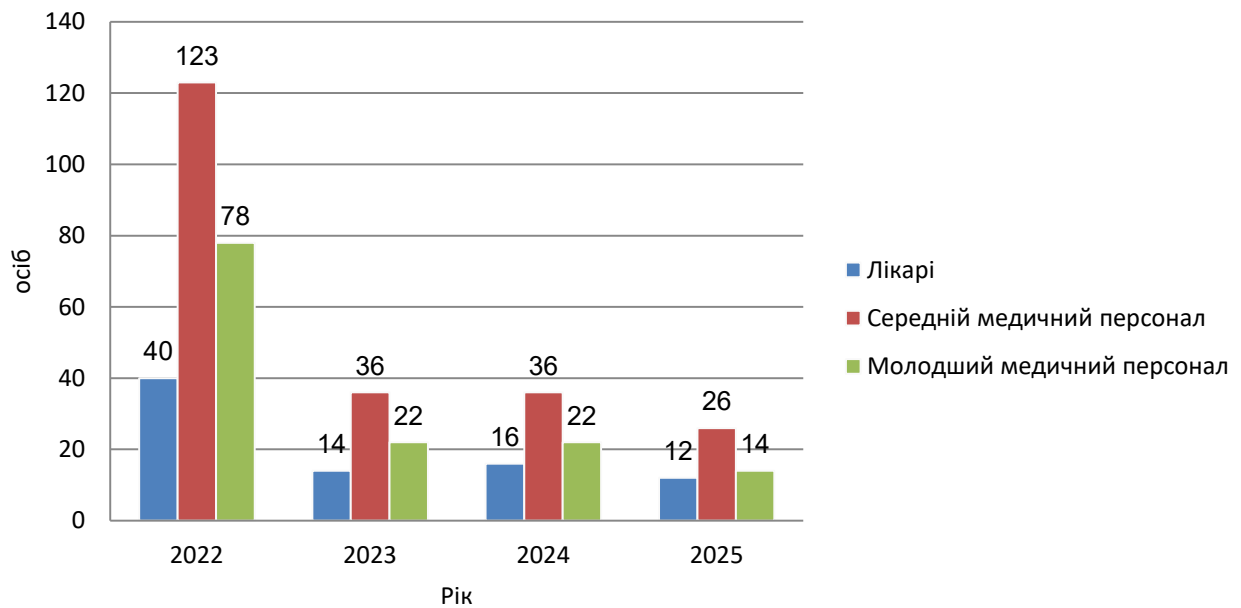


Рис. 2.8. Динаміка медичного персоналу за категоріями, 2022–2025 рр.

Аналіз структури медичного персоналу за категоріями свідчить, що скорочення торкнулося всіх груп працівників (рис. 2.8). Кількість лікарів зменшилася з 40 у 2022 році до 12–16 осіб у 2023–2025 роках, середнього медичного персоналу – зі 123 до 26–36 осіб, молодшого медичного персоналу – із 78 до 14–22 осіб. Співвідношення між лікарями та середнім медичним персоналом збереглося на рівні приблизно один до двох-трьох, що відповідає типовій структурі лікувального закладу, проте абсолютна чисельність медичних кадрів стала критично малою для повноцінного функціонування багатoproфільної лікарні.

Наслідком цих процесів є критично низька укомплектованість закладу кадрами – близько 19 % як лікарями, так і середнім медичним персоналом. Основними чинниками кадрових втрат стали безпекова ситуація у прифронтовій зоні, вимушене переміщення працівників разом із населенням та згорання частини відділень. Кадровий дефіцит безпосередньо обмежує доступність і спектр медичних послуг і є одним із головних викликів для подальшого функціонування й розвитку закладу, що відображено й у його стратегічних цілях.

Попри кратне падіння абсолютних обсягів, інтенсивність використання ліжкового фонду залишалася відносно стабільною. Розрахункові показники навантаження (табл. 2.6) демонструють, що середнє число днів роботи ліжка у 2023–2024 роках (199–230 днів) було порівнянним із довоєнним рівнем (239 днів у 2021 році), а кількість пролікованих пацієнтів на одне ліжко знизилася лише помірно. Це свідчить, що проблема полягає не в неефективному використанні наявних потужностей, а в їх різкому скороченні та звуженні бази попиту.

Таблиця 2.6

Розрахункові показники використання ліжкового фонду

Розрахунковий показник	2021	2022	2023	2024	9 міс. 2025
Середнє число днів роботи ліжка	239	180	230	199	141
Проліковано пацієнтів на 1 ліжко	23	17	18	16	11

Фінансове забезпечення закладу здійснюється з кількох джерел. Основним є оплата за програмою медичних гарантій через Національну службу здоров'я, що ґрунтується на договірних відносинах і обсягах фактично наданих послуг; додатковими джерелами є кошти місцевого бюджету, надходження від платних послуг, а також благодійні внески, гранти та міжнародна гуманітарна допомога. Найбільшу частку видатків закладу традиційно становить фонд оплати праці, що посилює залежність фінансової стійкості закладу від кадрової політики та обсягів фінансування.

Особливістю фінансування переміщеного закладу є його залежність від обсягів фактично наданих послуг: скорочення населення та обсягів допомоги звужує надходження за програмою медичних гарантій, що підвищує роль бюджетної підтримки й зовнішнього донорського фінансування. Це робить фінансову стійкість закладу вразливою та потребує диверсифікації джерел доходів, передбаченої стратегією його розвитку.

Запровадження фінансування за програмою медичних гарантій змінило джерела й механізм надходження коштів до закладу. Аналіз даних звітності за

2022–2025 роки свідчить про значне скорочення обсягів фінансування за договорами з Національною службою здоров'я, що відображає падіння обсягів наданих послуг (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Фінансування КНП «Лиманська ЦРЛ» за програмою медичних гарантій
(НСЗУ), тис. грн**

Показник	2022	2023	2024	2025
Надходження за ПМГ	58742,4	30794,8	31330,2	28465,8
Доходи за ПМГ	61671,2	27627,9	31330,2	28465,8

Складено за даними звітності закладу (форма № 1-нс, додатки щодо надходжень і доходів за ПМГ).

Для порівняння: фонд оплати праці штатних працівників у 2024 р. становив близько 22065 тис. грн, тобто є найбільшою статтею видатків.

Надходження за програмою медичних гарантій скоротилися з близько 58,7 млн грн у 2022 році до 28,5–31,3 млн грн у 2023–2025 роках, тобто майже вдвічі. Це підтверджує висновок про фінансову вразливість закладу за моделлю «гроші ходять за пацієнтом»: оскільки оплата залежить від обсягів послуг, різке скорочення населення та звернень прямо зменшило надходження. Найбільшу частку видатків закладу становить фонд оплати праці, що посилює залежність фінансової стійкості від обсягів фінансування.

Окремим питанням є акредитація закладу, яка засвідчує відповідність установленим стандартам якості медичної допомоги та є чинником конкурентоспроможності при укладенні договорів. В умовах війни, часткового руйнування матеріально-технічної бази та переміщення підрозділів проходження й підтримання акредитації ускладнюється, що потребує врахування під час планування діяльності. Господарська діяльність закладу як неприбуткового комунального підприємства спрямована на забезпечення статутних завдань, а додаткові надходження (платні послуги, гранти, благодійна допомога) частково компенсують скорочення коштів за програмою медичних гарантій.

Скорочення фінансування тісно пов'язане з кадровою проблемою: чисельність персоналу зменшилася майже вчетверо (з 333 до 80 осіб у 2022–2025 роках), а укомплектованість становить близько 19 %. Дефіцит кадрів обмежує спектр послуг, які заклад може надавати й, відповідно, фінансувати за договорами, що замикає коло фінансових і кадрових викликів.

Помітну роль у підтриманні діяльності закладу та системи охорони здоров'я громади відіграє міжнародна й благодійна допомога. Постачання медикаментів і обладнання та залучення мобільних бригад міжнародних організацій частково компенсують обмеженість бюджетних ресурсів і дають змогу зберігати доступ населення до базових послуг. Водночас залежність від донорської підтримки є тимчасовим рішенням і не замінює потреби у сталому державному фінансуванні та відновленні власної інфраструктури закладу.

Узагальнення результатів проведеного аналізу дає змогу систематизувати ключові проблеми та виклики управління переміщенням закладом охорони здоров'я (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Ключові проблеми та виклики управління переміщенням закладом

Проблема	Прояв	Наслідок
Безпекова ситуація	Перебування у прифронтовій зоні, руйнування будівель	Припинення роботи за основними адресами, переміщення
Скорочення населення	Відплив мешканців, переукладання декларацій	Звуження попиту та падіння обсягів послуг
Кадровий дефіцит	Укомплектованість близько 19 %, відтік фахівців	Обмеження доступності та спектра послуг
Інфраструктурні втрати	Застаріла та частково зруйнована матеріально-технічна база	Потреба значних капітальних інвестицій
Фінансова вразливість	Залежність від обсягів послуг і зовнішньої допомоги	Ризики сталого фінансування закладу

Наведені проблеми мають взаємопов'язаний характер: безпекові й демографічні чинники зумовлюють скорочення попиту та кадрові втрати, які, своєю чергою, обмежують спроможність закладу й посилюють його фінансову

вразливість. Подолання цих викликів потребує скоординованих управлінських рішень на рівні закладу, засновника (військової адміністрації) та держави, а також подальшого вдосконалення механізмів підтримки переміщених закладів охорони здоров'я.

2.2 Аналіз стану реалізації реформ у сфері охорони здоров'я в Україні

Реформа системи охорони здоров'я, розпочата в Україні у 2017 році, докорінно змінила механізми управління та фінансування галузі. У цьому підрозділі проаналізовано хід реалізації ключових напрямів реформи на загальнонаціональному рівні та особливості їх упровадження на прикладі досліджуваного закладу – КНП «Лиманська ЦРЛ», що дає змогу оцінити як здобутки, так і проблеми реформування в умовах війни.

Елементом реформи стало запровадження програми медичних гарантій та створення Національної служби здоров'я України як єдиного національного замовника медичних послуг. На зміну кошторисному утриманню закладів прийшов принцип стратегічних закупівель – оплата за фактично надані послуги за моделлю «гроші ходять за пацієнтом» [12]. Попри війну держава зберігає й щороку оновлює програму медичних гарантій: зокрема, капітаційну ставку на оплату первинної допомоги підвищено з 786,65 грн у 2024 році до 844,4 грн на одного пацієнта у 2025 році, а перелік пакетів послуг розширено; тарифи у воєнні роки не зменшувалися [31].

Другим напрямом стала реформа первинної ланки, у межах якої запроваджено вільний вибір сімейного лікаря через укладення декларацій та капітаційну оплату. Третій напрям – автономізація закладів, тобто їх перетворення на комунальні некомерційні підприємства з розширеною господарською самостійністю. Ці зміни заклали інституційну основу для договірних відносин закладів із Національною службою здоров'я.

Окремим напрямом стало впорядкування госпітальної мережі – формування спроможної мережі закладів вторинної та третинної допомоги з концентрацією складних послуг у багатoproфільних лікарнях інтенсивного лікування. Цей напрям передбачає оптимізацію розподілу потужностей між закладами та рівнями допомоги, що в умовах війни додатково ускладнюється потребою враховувати безпекову ситуацію та масштабне переміщення населення.

Невід'ємною складовою реформи є цифровізація – електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), що з 2017 року охопила понад 35 млн пацієнтів і понад 430 тис. медичних працівників, ставши однією з найбільших ІТ-систем країни. Вона забезпечує ведення електронної медичної картки, електронні направлення, рецепти та висновки, депаперизацію й прозорість, а також технічно уможливорює реалізацію програми медичних гарантій [32]. До реформи належить і програма реімбурсації «Доступні ліки», що забезпечує безоплатне або здешевлене отримання лікарських засобів за електронним рецептом. Загальну логіку та хронологію реформи, а також її етапи, що стосуються досліджуваного закладу, відображено на рисунку 2.9.

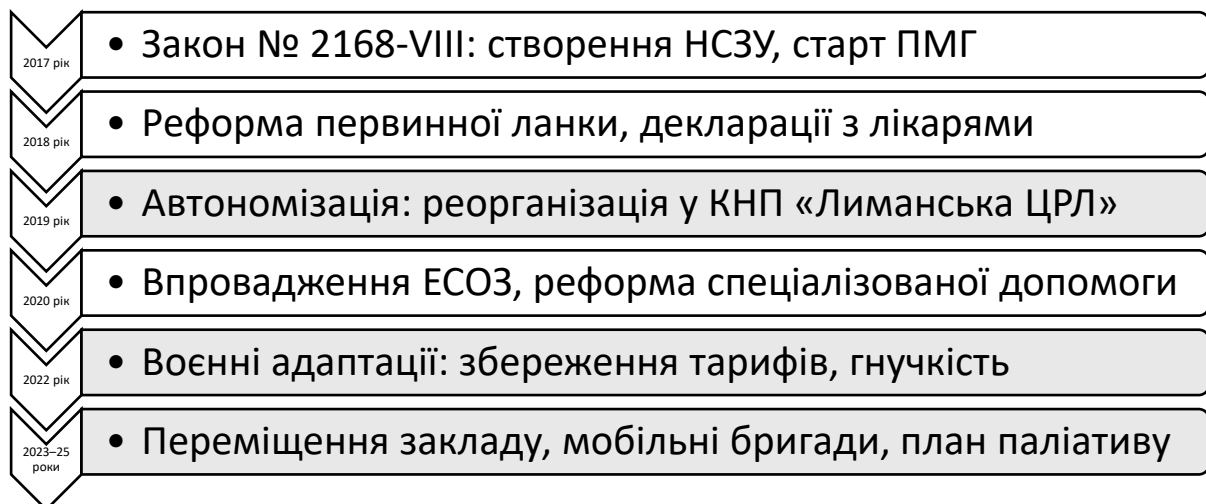


Рис. 2.9. Хронологія реалізації медичної реформи та її етапи на рівні закладу

Ключовою рисою нової моделі є пряма залежність фінансування закладу від обсягів його діяльності. Кошти за договором із Національною службою

здоров'я надходять відповідно до кількості пацієнтів і фактично наданих послуг, облік яких ведеться в ЕСОЗ (рис. 2.10). Така модель посилює орієнтацію на потреби пацієнта, проте робить заклади чутливими до коливань попиту, що має принципове значення для прифронтових і переміщених закладів.



*обсяг оплати залежить від кількості пацієнтів і наданих послуг при скороченні населення надходження зменшуються

Рис. 2.10. Модель «гроші ходять за пацієнтом» у застосуванні до закладу

Реалізація реформ на рівні КНП «Лиманська ЦРЛ»

Досліджуваний заклад пройшов основні етапи реформи. У 2019 році в межах автономізації його реорганізовано з комунального лікувально-профілактичного закладу у комунальне некомерційне підприємство, що надало право самостійно визначати структуру та штатний розпис, розпоряджатися коштами в межах фінансового плану й укладати договори. Саме ця гнучкість згодом полегшила оперативну адаптацію закладу до умов війни.

Перехід до нової моделі суттєво змінив фінансові засади роботи закладу. До реформи фінансування здійснювалося за кошторисом – виходячи з утримання ліжкового фонду та штату незалежно від обсягу наданих послуг. Після реформи кошти заклад отримує за договором із Національною службою здоров'я пропорційно до фактично пролікованих пацієнтів і наданих послуг. У стабільних умовах така модель стимулює ефективність, проте для закладу, що втратив більшу частину пацієнтів, вона означає пропорційне скорочення доходів, яке не завжди компенсується іншими джерелами.

Фінансування закладу здійснюється передусім за програмою медичних гарантій на підставі договорів із Національною службою здоров'я за пакетами

вторинної (спеціалізованої) допомоги. Водночас модель «гроші ходять за пацієнтом» в умовах прифронтової громади обернулася для закладу істотним ризиком: різке скорочення населення та обсягів послуг, проаналізоване у підрозділі 2.1, прямо звузило надходження за договорами, що змусило заклад спиратися також на кошти місцевого бюджету, платні послуги та благодійну й міжнародну допомогу.

Реформа первинної ланки на рівні громади реалізується через окремий заклад – Центр первинної медико-санітарної допомоги, який забезпечує укладення декларацій із сімейними лікарями та програму «Доступні ліки». Кількість декларацій має стійку тенденцію до зменшення, що зумовлено воєнною міграцією населення й переукладанням декларацій за новим місцем перебування. Цифрова складова реформи реалізується через облік послуг і звітності в ЕСОЗ, а перспективним напрямом заклад визначає розвиток телемедичних консультацій, що особливо актуально за умов територіальної роз'єднаності пацієнтів.

Реалізація цифрової складової реформи у прифронтовому й переміщеному закладі пов'язана з додатковими труднощами. Ведення обліку в ЕСОЗ та розгортання телемедицини потребують стабільного інтернет-зв'язку, безперебійного електропостачання, відповідного обладнання й підготовленого персоналу, що в умовах бойових дій і релокації забезпечити складно. Водночас саме цифрові інструменти частково компенсують територіальну роз'єднаність пацієнтів і персоналу та полегшують збереження єдиного інформаційного простору закладу після переміщення його підрозділів.

Показовою є зміна ролі закладу в межах спроможної мережі. Із багатoproфільної районної лікарні з широким переліком стаціонарних послуг заклад фактично трансформується у структуру з акцентом на терапевтичну, амбулаторно-консультативну та паліативну допомогу за новими місцями розташування. Така переорієнтація є водночас вимушеною адаптацією до безпекових умов і своєрідним внеском у перерозподіл функцій у мережі,

оскільки відповідає реальним потребам населення, що залишилося, та внутрішньо переміщених осіб.

Особливістю реалізації реформи в досліджуваному закладі є її поєднання з вимушеною адаптацією до війни: частковим переміщенням діяльності до Кривого Рогу, плановим переміщенням стаціонару до Кременчука з відкриттям паліативного відділення, залученням мобільних медичних бригад. Зіставлення напрямів реформи та їх практичної реалізації в закладі наведено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Реалізація напрямів реформи охорони здоров'я на рівні КНП «Лиманська ЦРЛ»

Напрямок реформи	Загальнонаціональний зміст	Реалізація в КНП «Лиманська ЦРЛ»
Програма медичних гарантій та НСЗУ	Єдиний національний замовник, стратегічні закупівлі, оплата за надану послугу	Укладено договори з НСЗУ; фінансування за фактично наданими послугами вторинної допомоги
Автономізація закладів	Перетворення на комунальні некомерційні підприємства, господарська самостійність	Реорганізовано у КНП у 2019 р.; самостійне формування структури та штатного розпису
Первинна ланка та декларації	Сімейні лікарі, декларації, капітаційна оплата	Декларування забезпечує ЦПМСД громади; кількість декларацій скорочується через вплив населення
Електронна система (ЕСОЗ)	Е-картка, е-направлення, е-рецепт, депаперизація	Облік послуг і звітності в ЕСОЗ; плани розвитку телемедицини
Реімбурсація «Доступні ліки»	Безоплатні чи здешевлені ліки за е-рецептом	Доступна населенню громади через первинну ланку
Адаптація в умовах війни	Збереження тарифів, гнучкість умов договорів	Переміщення підрозділів, мобільні бригади, планове паліативне відділення

Реалізація реформи має низку очевидних здобутків. Запроваджено прозорий механізм фінансування за результатом, що забезпечив безперервність оплати послуг навіть в умовах війни; автономізація надала закладам управлінську гнучкість; цифровізація через ЕСОЗ підвищила прозорість і відкрила можливості для дистанційних сервісів; виокремлення громадського

здоров'я в окрему сферу (2022 р.) посилило профілактичний вимір політики. На рівні досліджуваного закладу реформа уможливила збереження юридичної особи, договорів і базової спроможності навіть після вимушеного переміщення.

Водночас аналіз виявляє і суттєві проблеми. Модель оплати за обсягами послуг, ефективна у стабільних умовах, виявилася вразливою для прифронтових і переміщених закладів, де попит різко скоротився; це ставить питання про потребу спеціальних механізмів підтримки таких закладів. Фінансування функцій громадського здоров'я та профілактики залишається переважно за залишковим принципом. Зберігаються проблеми кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази, а ефект реформи виявився нерівномірним за регіонами залежно від безпекової ситуації. Узагальнену оцінку результатів і проблем реалізації реформ подано в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Оцінка результатів і проблем реалізації реформ охорони здоров'я

Напрямок	Здобутки	Проблеми та ризики
Фінансування (ПМГ/НСЗУ)	Прозорість, оплата за результат, безперервність попри війну	Залежність надходжень від обсягів послуг – вразливість прифронтових і переміщених закладів
Автономізація	Управлінська гнучкість, швидша адаптація до змін	Підвищена відповідальність закладу за власну фінансову стійкість
Первинна ланка та декларації	Орієнтація на пацієнта, координація сімейним лікарем	Падіння кількості декларацій унаслідок міграції населення
Цифровізація (ЕСОЗ)	Депаперизація, прозорість, дистанційні сервіси	Потреба в обладнанні, навчанні персоналу та стабільному зв'язку
Громадське здоров'я і профілактика	Видокремлення як окремої сфери (2022 р.)	Фінансування профілактики переважно за залишковим принципом

Виявлені проблеми вказують на потребу адаптації загальних механізмів реформи до особливих умов прифронтових і переміщених закладів. Ідеться, зокрема, про можливість застосування додаткових коефіцієнтів або гарантованого мінімального фінансування для таких закладів, цільову підтримку

відновлення інфраструктури й кадрів, а також пріоритетне інвестування у функції громадського здоров'я. Конкретні пропозиції щодо вдосконалення механізмів реформування розглядаються у наступному підрозділі.

2.3 Проблеми та виклики публічного управління у сфері громадського здоров'я

Проведений у попередніх підрозділах аналіз сучасного стану та реалізації реформ дає змогу узагальнити проблеми й виклики, що постають перед публічним управлінням у сфері громадського здоров'я в Україні. Ці проблеми мають системний характер і виявляються як на загальнонаціональному рівні, так і на рівні окремих закладів, що яскраво ілюструє приклад досліджуваного КНП «Лиманська ЦРЛ». Метою підрозділу є систематизація таких проблем, аналіз ключових викликів та визначення пріоритетних напрямів реагування.

Усю сукупність проблем публічного управління у сфері громадського здоров'я доцільно згрупувати за шістьма взаємопов'язаними напрямками: інституційно-управлінські, фінансові, кадрові, інфраструктурні та безпекові, епідеміологічні й медико-демографічні, а також інформаційно-цифрові (рис. 2.11). Такий поділ дозволяє охопити як системні вади управління, успадковані та посилені реформою й війною, так і специфічні виклики воєнного часу.

Кожна з груп проблем має конкретні прояви як на рівні системи, так і на рівні окремого закладу. Зіставлення загальнонаціональних викликів з їх проявами у діяльності досліджуваного закладу наведено в таблиці 2.11, що демонструє, як системні проблеми відбиваються на роботі конкретної установи.

Серед фінансових викликів центральним є хронічне недофінансування функцій громадського здоров'я та профілактики, які впродовж тривалого часу фінансувалися за залишковим принципом порівняно з лікувальною медициною. Запроваджена модель оплати за обсягом наданих послуг, ефективна у стабільних умовах, виявляє вразливість у регіонах із різким скороченням попиту, а

зростання ролі донорського й гуманітарного фінансування створює ризики його несталості у середньостроковій перспективі.



Рис. 2.11. Класифікація проблем і викликів публічного управління у сфері громадського здоров'я

Глибинною архітектурною причиною деструктивних процесів та фінансової дестабілізації в аналізованій галузі є фундаментальна структурна невідповідність між природою об'єкта публічного управління та механізмами його забезпечення. Охорона громадського здоров'я за своєю суттю має виключно популяційну (колективну) природу і класифікується в економічній теорії як чисте суспільне благо (public good). Характеристиками такого блага є неконкурентність та невиключність із споживання: неможливо обмежити доступ окремого громадянина до результатів якісного епідеміологічного нагляду, чистого атмосферного повітря чи колективного імунітету, сформованого завдяки масовій вакцинації.

Таблиця 2.11

Систематизація проблем публічного управління у сфері громадського здоров'я

Група проблем	Ключові виклики	Прояв на рівні досліджуваного закладу
Інституційно-управлінські	Слабка міжсекторальна координація; неповна імплементація Закону № 2573-IX; обмежена спроможність ЦГЗ і регіональних центрів	Подвійне підпорядкування (рада / військова адміністрація), потреба координації рівнів управління
Фінансові	Залишкове фінансування профілактики; залежність надходжень від обсягів послуг і донорів	Скорочення надходжень за ПМГ через падіння обсягів; залежність від бюджету та грантів
Кадрові	Дефіцит фахівців громадського здоров'я; відтік кваліфікованих кадрів	Укомплектованість близько 19 %; скорочення персоналу з 333 до 80 осіб
Інфраструктурні та безпекові	Руйнування закладів (близько 200 зруйновано, понад 1600 пошкоджено); прифронтові зони	Часткове руйнування будівель; вимушене переміщення до Кривого Рогу та Кременчука
Епідеміологічні та медико-демографічні	Зростання неінфекційних і психічних розладів; інфекційні ризики; депопуляція, старіння	Скорочення та старіння населення громади; переорієнтація на терапію й паліатив
Інформаційно-цифрові	Прогалини в даних; потреба в обладнанні та стабільному зв'язку	Складність ведення обліку в ЕСОЗ і розгортання телемедицини в умовах війни

Інституційно-управлінські виклики пов'язані з незавершеністю розбудови системи громадського здоров'я, передбаченої Законом № 2573-IX [6]. Зберігаються слабка міжсекторальна координація та обмежена реалізація підходу «здоров'я в усіх політиках», а спроможність Центру громадського здоров'я й регіональних та місцевих центрів потребує посилення. Багаторівневість управління за участю органів місцевого самоврядування, а в умовах війни – військових адміністрацій, ускладнює узгодження рішень і розмежування повноважень.

Системність наявних проблем виразно простежується крізь призму десяти оперативних функцій громадського здоров'я, на яких ґрунтується вітчизняна

модель. Майже за кожною з них можна виокремити характерні прогалини й виклики, посилені війною (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Стан реалізації оперативних функцій громадського здоров'я та виявлені прогалини

Оперативна функція громадського здоров'я	Виявлені прогалини та виклики
Епіднагляд і моніторинг здоров'я	Прогалини в даних, руйнування лабораторій, неповнота звітності у зоні бойових дій
Готовність і реагування на надзвичайні ситуації	Перевантаження системи під час війни, потреба зміцнення спроможності
Захист здоров'я (санепідблагополуччя, довкілля, праця, харчування)	Екологічні та санітарні ризики війни, забруднення, мінування територій
Зміцнення здоров'я та вплив на детермінанти	Поглиблення нерівності у здоров'ї, обмежені ресурси на промоцію
Профілактика хвороб і раннє виявлення	Зниження охоплення скринінгами та рутинною вакцинацією
Стратегічне керівництво (врядування)	Слабка міжсекторальна координація, незавершена розбудова системи
Кадрове забезпечення	Дефіцит і відтік фахівців громадського здоров'я
Стійкі організаційні структури та фінансування	Залишкове фінансування, залежність від донорів
Комунікація та соціальна мобілізація	Протидія дезінформації, підтримання довіри населення
Розвиток досліджень	Обмежена доказова база для політики й практики

Кадрові виклики виявляються у дефіциті фахівців громадського здоров'я, нерівномірному їх розподілі між регіонами та відтоку кваліфікованих працівників, що особливо загострився внаслідок війни. Це безпосередньо обмежує спроможність системи виконувати оперативні функції громадського здоров'я – від епіднагляду до промоції здоров'я.

Окремою проблемою є недостатня розвиненість громадського здоров'я як самостійної професійної сфери: спеціальність фахівця громадського здоров'я є відносно новою, бракує усталеної системи підготовки, кар'єрних стимулів та закріплення кадрів на місцях. Війна посилює професійне вигорання й міграцію

медичних працівників, а відновлення кадрового потенціалу потребуватиме тривалого часу та цілеспрямованої державної політики.

Окрему й найгострішу групу становлять інфраструктурні та безпекові виклики, зумовлені війною (рис. 2.12). Унаслідок збройної агресії близько двохсот закладів охорони здоров'я зруйновано, а понад півтори тисячі пошкоджено; мільйони людей стали внутрішньо переміщеними особами [33]. Це призвело до втрати доступу населення до послуг, появи переміщених закладів і порушення усталеної територіальної організації допомоги.

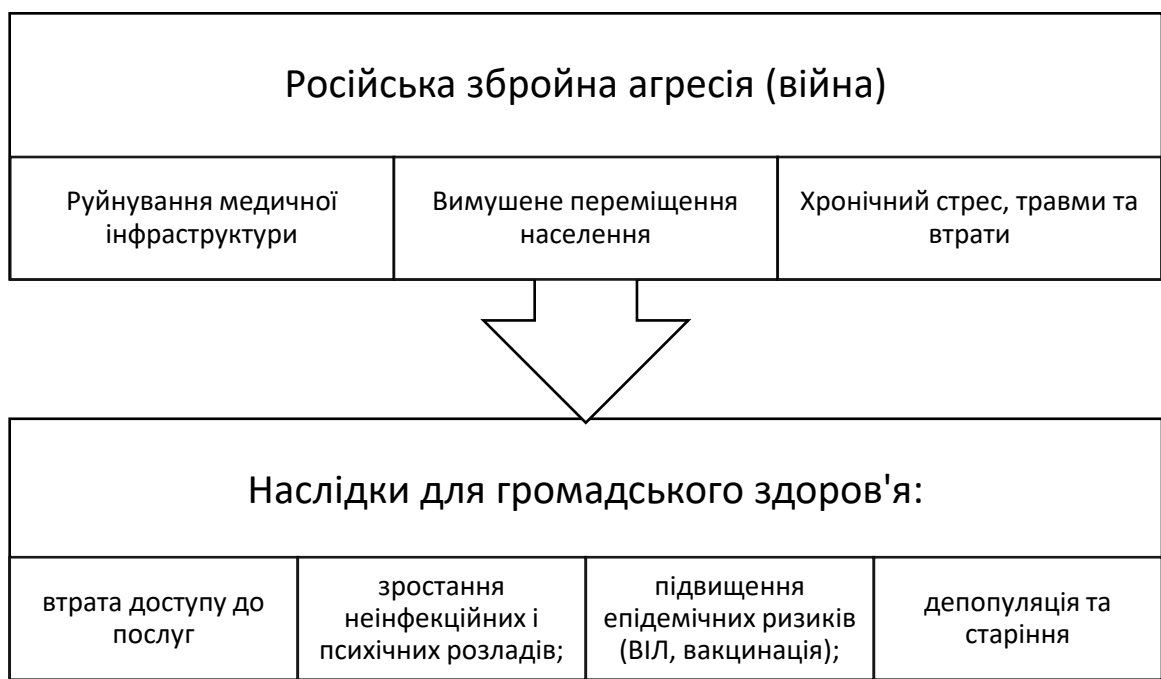


Рис. 2.12. Вплив війни на громадське здоров'я та публічне управління

Медико-демографічні та епідеміологічні виклики також значною мірою посилені війною. Зростає тягар неінфекційних захворювань (серцево-судинних, онкологічних, респіраторних, діабету), чому сприяють хронічний стрес і погіршення умов життя; одним із найгостріших стало питання психічного здоров'я, адже значна частина населення зазнала впливу потенційно травматичних подій і потребує психосоціальної підтримки [34]. Водночас зберігаються інфекційні ризики (зокрема щодо ВІЛ, туберкульозу) та проблема

підтримання рутинної вакцинації, а депопуляція й старіння населення змінюють структуру потреб у медичній допомозі.

Особливо гострим викликом стало психічне здоров'я населення. Значна частина громадян зазнала впливу потенційно травматичних подій – обстрілів, втрати близьких, вимушеного переселення, – що зумовлює зростання поширеності тривожних, депресивних та посттравматичних розладів. За оцінками, мільйони людей в Україні потребують тієї чи іншої форми підтримки психічного здоров'я, тоді як спроможність системи з надання психосоціальної допомоги залишається обмеженою [34]. Це робить розвиток послуг психічного здоров'я одним із пріоритетів політики громадського здоров'я.

Не менш значущими є інфекційні та епідеміологічні ризики. Руйнування систем водопостачання й водовідведення, скупчення переміщених осіб і порушення рутинної імунізації підвищують загрозу спалахів інфекційних хвороб. Збереження безперервності програм протидії ВІЛ і туберкульозу в умовах війни потребувало значних зусиль, а підтримання належного охоплення профілактичними щепленнями залишається складним завданням, особливо у прифронтових і деокупованих громадах [33].

Нарешті, інформаційно-цифрові виклики стосуються прогалин у даних, потреби в обладнанні, стабільному зв'язку та підготовленому персоналі для повноцінного використання електронної системи охорони здоров'я й телемедицини, що особливо складно забезпечити у прифронтових і переміщених закладах.

Війна не лише загострила наявні проблеми, а й породила специфічні виклики, що потребують окремої уваги. До них належать екологічні та санітарно-гігієнічні ризики, спричинені руйнуванням промислових і комунальних об'єктів, забрудненням довкілля та масштабним мінуванням територій, яке створює пряму загрозу життю й здоров'ю населення на деокупованих землях. Додатковими чинниками є погіршення умов життя, обмежений доступ до безпечної води та якісного харчування, а також підвищений травматизм, пов'язаний із бойовими діями.

Водночас постає завдання повоєнного відновлення системи громадського здоров'я. Воно передбачає не лише відбудову зруйнованої інфраструктури, а й повернення кадрів, реінтеграцію переміщених закладів, відновлення довіри населення та розбудову стійкої до майбутніх загроз системи. Планування такого відновлення має враховувати змінену географію розселення населення, потреби внутрішньо переміщених осіб і ветеранів, а також принцип «відбудувати краще, ніж було», орієнтований на сучасні стандарти й профілактичну спрямованість.

Важливим чинником подолання цих викликів є міжнародна співпраця та євроінтеграційний курс держави: залучення допомоги партнерів, гармонізація політики громадського здоров'я зі стандартами Європейського Союзу та Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також обмін досвідом щодо стійкості систем охорони здоров'я в умовах криз. Це створює додаткові можливості для модернізації системи й посилення її спроможності протистояти майбутнім загрозам, водночас підвищуючи вимоги до якості врядування та управлінських рішень на всіх рівнях.

Виявлені виклики безпосередньо пов'язані зі станом здоров'я населення та його детермінантами. У структурі причин смертності в Україні домінують неінфекційні захворювання, насамперед серцево-судинні, на які припадає близько двох третин усіх смертей (рис. 2.13); друге місце посідають новоутворення, а в умовах війни зростає вага зовнішніх причин [33].

Зазначена структура захворюваності та смертності популяції є чітким індикатором глобального епідеміологічного переходу, властивого більшості урбанізованих суспільств. Вона беззаперечно свідчить про те, що основний деструктивний тягар для здоров'я населення України формують саме хронічні неінфекційні хвороби (ХНІХ) – зокрема, серцево-судинні патології, онкологічні захворювання, цукровий діабет та хронічні обструктивні хвороби легень.

З позицій класичної моделі соціальних детермінант здоров'я Г. Дальгрена та М. Вайтхед, виникненню та деструктивному прогресуванню ХНІХ сприяють передусім поведінкові (екзогенні) та соціально-економічні чинники, які піддаються корегуванню лише за умови системного міжсекторального

публічного впливу. До них належать нездорове харчування, гіподинамія, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, а також нерівність у доступі до якісної освіти, безпечного довкілля та гідних умов праці.

У сучасних реаліях України повномасштабна російська збройна агресія виступає потужним каталізатором, який не просто посилює наявні ризики, а переводить їх у стан лавиноподібної системної кризи.



Джерело: оцінка на основі даних ЦГЗ МОЗ України / дослідження «Глобальний тягар хвороб»

Рис. 2.13. Орієнтовна структура причин смертності населення України

Стан здоров'я громади визначається сукупністю детермінант – від індивідуальних до загальних соціально-економічних та екологічних

У Лиманській громаді переважна більшість цих детермінант перебуває під негативним впливом війни, що узагальнено в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Детермінанти здоров'я Лиманської громади та пов'язані з ними виклики

Група детермінант здоров'я	Стан і виклики у Лиманській громаді
Індивідуальні чинники (вік, стать, спадковість)	Старіння населення, висока частка осіб похилого віку серед мешканців, що залишилися
Спосіб життя	Поширені фактори ризику неінфекційних хвороб (тютюнокуріння, алкоголь, харчування, низька активність), посилені хронічним стресом
Соціальні та громадські зв'язки	Руйнування соціальних мереж унаслідок переміщення населення та втрати близьких
Умови життя і праці	Пошкоджене житло, обмежений доступ до послуг, безробіття, небезпечне довкілля (мінування, забруднення)
Загальні соціально-економічні та екологічні умови	Бойові дії, прифронтовий статус громади, економічний занепад, екологічні наслідки війни

Несприятливий стан детермінант здоров'я громади формує підвищений попит на медичну допомогу за одночасного звуження можливостей його задоволення, що замикає коло розглянутих вище проблем і підкреслює потребу в посиленні профілактичного та міжсекторального складників публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Досліджуваний заклад є концентрованим відображенням наведених системних проблем. Інфраструктурні та безпекові виклики проявилися у частковому руйнуванні будівель і вимушеному переміщенні діяльності; фінансові – у скороченні надходжень за програмою медичних гарантій унаслідок падіння обсягів послуг; кадрові – у критично низькій укомплектованості (близько 19 %) та зменшенні чисельності персоналу майже вчетверо. Медико-демографічні виклики виявилися у різкому скороченні й старінні населення громади, що зумовило переорієнтацію закладу на терапевтичну та паліативну допомогу, а інституційно-управлінські – у подвійному підпорядкуванні раді та військовій адміністрації.

Прикметно, що всі ці виклики тісно взаємопов'язані: безпекові й демографічні чинники зумовлюють скорочення попиту та кадрові втрати, які

звужують фінансову спроможність закладу й ускладнюють цифровізацію. Таким чином, заклад постає своєрідним мікрорівневим відображенням загальнонаціональних проблем публічного управління у сфері громадського здоров'я в умовах війни. Взаємопідсилення цих викликів унаочнює рисунок 2.14.



Рис. 2.14. Взаємопідсилення викликів публічного управління у сфері громадського здоров'я

Водночас досвід закладу демонструє й здатність системи до адаптації: збереження юридичної особи та договорів, переміщення підрозділів, переорієнтація профілю на затребувані види допомоги, залучення мобільних бригад і міжнародної підтримки. Ця адаптивність є важливим ресурсом, проте її недостатньо для сталого функціонування без системних управлінських рішень на національному рівні, що й актуалізує потребу в удосконаленні відповідних механізмів.

Систематизовані виклики різняться за рівнем гостроти та потребують диференційованих управлінських рішень. Для визначення черговості дій доцільно оцінити їх пріоритетність і окреслити напрями реагування (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Пріоритетність викликів та напрями реагування

Виклик	Рівень	Пріоритет	Напрямок реагування
Фінансова вразливість переміщених закладів	Нац. / заклад	Високий	Гарантоване мінімальне фінансування, додаткові коефіцієнти
Кадровий дефіцит	Нац. / заклад	Високий	Підготовка та залучення фахівців, стимули, релокаційні програми
Недофінансування профілактики та громадського здоров'я	Національний	Високий	Пріоритетне інвестування у функції громадського здоров'я
Психічне здоров'я населення	Національний	Високий	Розвиток послуг психічного здоров'я та психосоціальної підтримки
Інфраструктурні втрати	Нац. / заклад	Середній–високий	Відновлення, релокація, цільова підтримка
Слабка міжсекторальна координація	Національний	Середній	Імплементация Закону № 2573-IX, підхід «здоров'я в усіх політиках»

Найвищий пріоритет мають фінансова вразливість переміщених закладів, кадровий дефіцит, недофінансування громадського здоров'я та проблема психічного здоров'я населення, що потребують як загальносистемних рішень, так і спеціальних інструментів підтримки. Конкретні пропозиції щодо вдосконалення механізмів публічного управління, спрямовані на подолання цих викликів, розглядаються у третьому розділі роботи.

Систематизовані проблеми та визначені напрями реагування створюють підґрунтя для розроблення конкретних пропозицій щодо вдосконалення публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Висновки до розділу 2

За результатами аналізу сучасного стану та механізмів реформування системи охорони громадського здоров'я в Україні, проведеного на прикладі КНП «Лиманська центральна районна лікарня», можна сформулювати такі висновки.

1. Російська збройна агресія сформувала в Україні окрему категорію суб'єктів управління – переміщені заклади охорони здоров'я, діяльність яких регулюється поєднанням загальних засад галузі та особливого режиму воєнного стану з передачею повноважень засновника військовим адміністраціям. На прикладі КНП «Лиманська ЦРЛ» встановлено багаторівневу систему управління закладом і багаторівневу нормативно-правову базу – від конституційного до локального рівня.

2. Аналіз показників діяльності закладу за 2022–2025 роки засвідчив різке скорочення потужностей: ліжкового фонду (зі 181 до 40 ліжок), кількості пролікованих пацієнтів і амбулаторних відвідувань – із подальшою частковою стабілізацією на рівні приблизно 30–40 % довоєнного, зумовленою насамперед скороченням і старінням населення громади та руйнуванням інфраструктури.

3. Кадрове забезпечення закладу зазнало майже чотириразового скорочення (середня чисельність персоналу – з 333 до 80 осіб) за збереження прийнятної інтенсивності використання наявних ресурсів. Відповіддю закладу на безпекові виклики стало часткове переміщення діяльності до Кривого Рогу та заплановане переміщення стаціонару до Кременчука, що супроводжується специфічними правовими питаннями збереження договорів, перереєстрації та статусу майна.

4. Ключові напрями реформи охорони здоров'я – програма медичних гарантій і діяльність НСЗУ, автономізація закладів, реформа первинної ланки, цифровізація через ЕСОЗ та реімбурсація – в Україні загалом реалізовано, а їх упровадження триває навіть в умовах війни. На рівні КНП «Лиманська ЦРЛ» реформа пройшла основні етапи (автономізація у 2019 році, договірне фінансування за програмою медичних гарантій, облік у ЕСОЗ), що дало змогу зберегти діяльність закладу після вимушеного переміщення.

5. Водночас модель «гроші ходять за пацієнтом» в умовах прифронтової громади з різко скороченим населенням обернулася фінансовою вразливістю закладу, а функції громадського здоров'я й профілактики залишаються недофінансованими. Це засвідчує потребу у вдосконаленні механізмів

реформування та запровадженні спеціальних інструментів підтримки переміщених закладів охорони здоров'я.

6. Проблеми публічного управління у сфері громадського здоров'я систематизовано за шістьма групами – інституційно-управлінські, фінансові, кадрові, інфраструктурні та безпекові, епідеміологічні й медико-демографічні та інформаційно-цифрові. Аналіз крізь призму десяти оперативних функцій громадського здоров'я виявив характерні прогалини майже за кожною з них, а досліджуваний заклад постає мікрорівневим відображенням загальнонаціональних проблем.

7. Війна породила специфічні виклики – руйнування інфраструктури та переміщення населення, екологічні й санітарні ризики, мінування територій, зростання тягаря неінфекційних і психічних розладів, епідеміологічні ризики, – а також актуалізувала завдання повоєнного відновлення системи. Виявлені виклики тісно взаємопов'язані, взаємно посилюють один одного й різняться за пріоритетністю, що зумовлює потребу в диференційованих, скоординованих управлінських рішеннях.

Установлені особливості діючої системи управління, реалізації реформ і систематизовані проблеми та виклики створюють емпіричне підґрунтя для розроблення конкретних пропозицій щодо вдосконалення публічного управління у сфері громадського здоров'я, зокрема щодо підтримки переміщених закладів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ПРОЦЕСІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Пріоритетні напрями вдосконалення публічної політики у сфері громадського здоров'я

Концептуальною основою для цього слугують чинна Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1002-р, що визначає засади, напрями й завдання розбудови цієї системи на принципі «здоров'я в усіх політиках» [35], Закон України «Про систему громадського здоров'я» [6], а також міжнародні підходи, зокрема перелік оперативних функцій громадського здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я [36]. Пропоновані напрями враховують як загальнонаціональні потреби, так і досвід досліджуваного закладу – КНП «Лиманська ЦРЛ».

На основі проведеного аналізу виокремлено сім взаємопов'язаних пріоритетних напрямів удосконалення публічної політики у сфері громадського здоров'я (рис. 3.1): фінансові механізми; інституційна розбудова та координація; кадровий потенціал; профілактика та психічне здоров'я; цифровізація та телемедицина; стійкість і повоєнне відновлення; євроінтеграція та міжнародна співпраця. Ці напрями безпосередньо відповідають групам проблем, і спрямовані на їх подолання.

Першочерговим є вдосконалення фінансових механізмів. Йдеться про пріоритетне та стає фінансування функцій громадського здоров'я і профілактики, які досі фінансувалися за залишковим принципом, а також про запровадження спеціальних інструментів підтримки прифронтових і переміщених закладів та диверсифікацію джерел фінансування. Не менш важливою є інституційна розбудова та координація – завершення формування

системи громадського здоров'я відповідно до Закону № 2573-IX, посилення спроможності Центру громадського здоров'я та регіональних центрів і налагодження міжсекторальної взаємодії на засадах підходу «здоров'я в усіх політиках» [35].

Окремими пріоритетами є зміцнення кадрового потенціалу (підготовка та закріплення фахівців громадського здоров'я, стимули й релокаційні програми), а також посилення профілактичної спрямованості системи з особливим акцентом на психічному здоров'ї населення, потреба в підтримці якого різко зросла внаслідок війни. Розвиток цифровізації та телемедицини на базі ЕСОЗ підвищує доступність послуг і якість управлінських рішень. Нарешті, стратегічного значення набувають забезпечення стійкості системи й планування повоєнного відновлення, а також євроінтеграція та міжнародна співпраця як джерело стандартів і додаткових ресурсів. Узагальнення напрямів, ключових заходів та очікуваних результатів наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Вдосконалення системи публічного управління у сфері громадського здоров'я

Напрямок	Ключові заходи	Очікувані результати
1	2	3
Фінансові механізми	Пріоритетне фінансування профілактики та громадського здоров'я; гарантована підтримка переміщених закладів; диверсифікація джерел	Стале фінансування профілактики; зниження фінансової вразливості закладів
Інституційна розбудова та координація	Завершення розбудови системи за Законом № 2573-IX; міжсекторальна координація, підхід «здоров'я в усіх політиках»	Спроможна система громадського здоров'я; узгодженість політик
Кадровий потенціал	Підготовка фахівців громадського здоров'я; стимули та закріплення кадрів; релокаційні програми	Підвищення укомплектованості; зменшення відтоку фахівців
Профілактика та психічне здоров'я	Інвестування у профілактику неінфекційних хвороб; розвиток послуг психічного здоров'я та психосоціальної підтримки	Зниження тягаря захворювань; ширше охоплення підтримкою психічного здоров'я

Продовження табл. 3.1

1	2	3
Цифровізація та телемедицина	Розвиток ЕСОЗ та електронних сервісів; телемедицина; покращення якості даних	Доступність послуг; обґрунтованіші управлінські рішення
Стійкість і повоєнне відновлення	Планування відновлення; підвищення готовності до загроз; реінтеграція переміщених закладів	Стійка система; відновлена інфраструктура
Євроінтеграція та міжнародна співпраця	Гармонізація зі стандартами ЄС і ВООЗ; залучення допомоги партнерів	Відповідність стандартам; додаткові ресурси для розвитку

Для забезпечення цілісності та узгодженості пропоновані напрями доцільно впорядкувати у вигляді дерева цілей, що пов'язує головну мету зі стратегічними цілями та конкретними завданнями (рис. 3.1). Головною метою визначено розбудову стійкої, орієнтованої на профілактику системи громадського здоров'я. Вона конкретизується у трьох стратегічних цілях – зміцнення інституційної та кадрової спроможності; пріоритет профілактики, психічного здоров'я та рівності; фінансова стійкість і повоєнне відновлення, – кожна з яких розгортається у відповідні завдання.

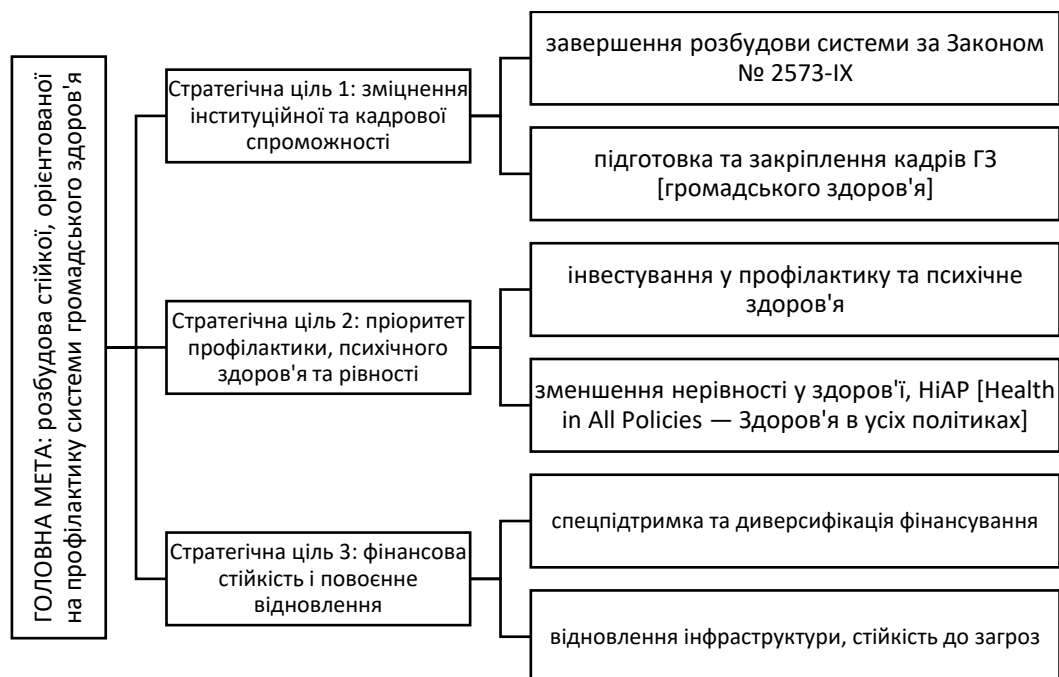


Рис. 3.1. Дерево цілей удосконалення системи публічного управління у сфері громадського здоров'я

Такий підхід забезпечує логічний зв'язок між загальною метою політики та практичними заходами, дає змогу уникнути фрагментарності та узгодити дії різних суб'єктів управління – від центральних органів влади до окремого закладу й територіальної громади.

Окремої уваги потребує напрям підтримки переміщених закладів охорони здоров'я, що безпосередньо впливає з аналізу діяльності КНП «Лиманська ЦРЛ». Чинна модель оплати за обсягом послуг робить такі заклади фінансово вразливими, а їх переміщення породжує специфічні правові та організаційні питання. Тому пропонується комплекс спеціальних заходів підтримки переміщених закладів, узагальнений у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Заходи підтримки переміщених закладів охорони здоров'я

Захід	Зміст	Очікуваний ефект для КНП «Лиманська ЦРЛ»
Гарантоване мінімальне фінансування	Базовий обсяг оплати незалежно від падіння обсягів послуг	Стабілізація доходів попри скорочення кількості пацієнтів
Додаткові коефіцієнти до тарифів	Підвищувальні коефіцієнти для прифронтових і переміщених закладів	Компенсація підвищених витрат і ризиків діяльності
Правовий супровід переміщення	Чіткі процедури зміни місця провадження діяльності та статусу майна	Усунення правової невизначеності переміщення
Цільова підтримка кадрів	Релокаційні виплати, забезпечення житлом, навчання	Зменшення відтоку та залучення фахівців у Кривому Розі й Кременчуці
Капітальна підтримка та обладнання	Гранти на облаштування нових приміщень і паліативного відділення	Розгортання діяльності за новими адресами
Інтеграція у мережу приймаючих громад	Узгодження потужностей, уникнення дублювання послуг	Ефективне використання ресурсів мережі

Реалізація цих заходів дала б змогу досліджуваному закладу стабілізувати фінансування попри скорочення обсягів послуг, упорядкувати правовий статус після переміщення, утримати й залучити кадри у нових місцях розташування та

розгорнути затребувані види допомоги, зокрема паліативну. Водночас ці заходи мають системний характер і застосовні до всіх переміщених закладів країни.

Подолання кадрового дефіциту є одним із пріоритетів удосконалення публічного управління. З огляду на виявлені проблеми пропонується комплекс заходів кадрового забезпечення переміщеного закладу та системи громадського здоров'я загалом (табл. 4).

Аналіз фінансування за програмою медичних гарантій (табл. 2) обґрунтовує потребу у спеціальних механізмах підтримки переміщених закладів: гарантованому мінімальному фінансуванні незалежно від падіння обсягів, застосуванні підвищувальних коефіцієнтів для прифронтових і переміщених закладів та цільовій підтримці кадрів і відновлення інфраструктури. Ці пропозиції узгоджуються із заходами, і безпосередньо спираються на виявлене майже двократне скорочення надходжень закладу за договорами з НСЗУ.

Таблиця 3.3

Заходи вирішення проблеми кадрових ресурсів

Захід	Зміст	Очікуваний результат
Підготовка та перепідготовка	Співпраця із закладами вищої освіти, цільовий набір, інтернатура, підвищення кваліфікації	Поповнення кадрів, зокрема фахівцями громадського здоров'я
Матеріальні стимули	Надбавки, релокаційні виплати, забезпечення житлом у нових місцях розташування	Утримання та залучення фахівців
Гнучкі форми зайнятості	Сумісництво, дистанційні й виїзні форми роботи, телемедицина	Покриття дефіциту в умовах роз'єднаності
Безпека та умови праці	Захищені приміщення, психологічна підтримка персоналу	Зниження відтоку, збереження кадрового ядра
Цифрові інструменти	Електронне навчання, телеконсультації з провідними центрами	Підвищення кваліфікації без відриву від роботи

Запропоновані напрями доцільно впроваджувати поетапно, за горизонтами планування – короткостроковим, середньостроковим і довгостроковим (рис. 3.2). У короткостроковій перспективі пріоритетними є невідкладні заходи:

гарантоване фінансування переміщених закладів, розвиток послуг психічного здоров'я та зміцнення кадрів. Середньострокові заходи передбачають завершення розбудови системи громадського здоров'я, налагодження міжсекторальної координації та поглиблення цифровізації. Довгострокова перспектива пов'язана з повоєнним відновленням інфраструктури, формуванням стійкої системи та повною гармонізацією з європейськими й міжнародними стандартами.



Рис. 3.2. Дорожня карта впровадження заходів за горизонтами планування

Дієвість запропонованих напрямів потребує системи моніторингу та оцінювання на основі вимірюваних індикаторів. Для кожного напрямку визначено індикатори результативності та джерела даних, що дають змогу відстежувати прогрес і своєчасно коригувати політику (табл. 3.3). Більшість індикаторів можуть формуватися на базі вже наявних інформаційних ресурсів – ЕСОЗ, статистичної звітності закладів та даних Національної служби здоров'я, що робить моніторинг реалістичним без створення додаткового навантаження.

Таблиця 3.3

Індикатори моніторингу та оцінювання за напрямками вдосконалення

Напрямок	Індикатор	Джерело даних
Фінансування	Частка видатків на профілактику та громадське здоров'я; виконання договорів ПМГ	Бюджетна звітність, дані НСЗУ
Інституційна спроможність	Кількість функціонуючих центрів ГЗ; реалізація оперативних функцій	Звітність ЦГЗ та МОЗ
Кадри	Укомплектованість фахівцями; кількість підготовлених фахівців ГЗ	Форма № 1-нс, дані закладів освіти
Профілактика та психічне здоров'я	Охоплення скринінгами та вакцинацією; доступ до послуг психічного здоров'я	ЕСОЗ, дані ЦГЗ
Цифровізація	Частка послуг, облікованих у ЕСОЗ; обсяг телемедичних консультацій	ЕСОЗ
Стійкість і відновлення	Кількість відновлених і реінтегрованих закладів	МОЗ, місцеві адміністрації
Євроінтеграція	Ступінь гармонізації зі стандартами ЄС і ВООЗ	Звіти про виконання Угоди про асоціацію

Визначено сім пріоритетних напрямів удосконалення публічної політики у сфері громадського здоров'я – фінансові механізми, інституційна розбудова та координація, кадровий потенціал, профілактика та психічне здоров'я, цифровізація та телемедицина, стійкість і повоєнне відновлення, євроінтеграція та міжнародна співпраця, – які узгоджуються з чинною Концепцією розвитку системи громадського здоров'я та безпосередньо відповідають систематизованим у другому розділі проблемам. Напрями впорядковано у вигляді дерева цілей, що пов'язує головну мету зі стратегічними цілями та завданнями, та доповнено окремим блоком заходів підтримки переміщених закладів охорони здоров'я, актуальним для КНП «Лиманська ЦРЛ». Запропоновано поетапну дорожню карту впровадження за горизонтами планування та систему індикаторів моніторингу на базі наявних інформаційних ресурсів. Сукупно це формує цілісний, реалістичний і вимірюваний набір

пріоритетних напрямів удосконалення публічного управління у сфері громадського здоров'я.

3.2 Впровадження інноваційних та цифрових механізмів у систему публічного управління охороною здоров'я

Сучасне публічне управління охороною здоров'я неможливе без інноваційних та цифрових механізмів, які підвищують прозорість, обґрунтованість і оперативність управлінських рішень. Для досліджуваного закладу, діяльність якого роз'єднана між кількома населеними пунктами, цифровізація має не лише управлінське, а й безпосереднє організаційне значення. У підрозділі розглянуто ключові цифрові механізми – електронну систему охорони здоров'я, телемедицину та управління на основі даних – і умови їх упровадження з урахуванням досвіду КНП «Лиманська ЦРЛ» [32; 37].

Доцільно розрізняти цифровізацію – переведення процесів і послуг у цифровий формат – та ширше поняття інновацій, що охоплює також нові організаційні моделі, технології підтримки рішень і способи надання допомоги. Обидва складники взаємопов'язані: цифрова інфраструктура є основою для впровадження інновацій, а інновації, своєю чергою, підвищують віддачу від цифровізації. Розвиток цих механізмів відповідає міжнародним орієнтирам, зокрема глобальній стратегії цифрового здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я [38].

Ядром цифровізації галузі є електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), що об'єднує центральну базу даних Національної служби здоров'я, реєстри, електронні кабінети пацієнта й лікаря, електронні сервіси та медичні інформаційні системи закладів (рис. 3.3). Саме ЕСОЗ технічно забезпечує реалізацію програми медичних гарантій, прозорість обліку послуг і формування аналітики для управління [32]. Для КНП «Лиманська ЦРЛ» повноцінне ведення

обліку в ЕСОЗ є передумовою обґрунтованого фінансування та збереження єдиного інформаційного простору після переміщення підрозділів.



Рис. 3.3. Архітектура електронної системи охорони здоров'я та цифрових сервісів

Розвиток електронних сервісів – електронних направлень, рецептів, лікарняних, медичної картки – підвищує доступність і безперервність послуг, що особливо важливо для населення, розпорошеного внаслідок переміщення. Інтеграція медичних інформаційних систем закладу з ЕСОЗ дає змогу автоматизувати облік, звітність і обмін даними між підрозділами в різних містах.

Функціонально ЕСОЗ ґрунтується на системі реєстрів – пацієнтів, медичних працівників, закладів і договорів, – які забезпечують однозначну ідентифікацію учасників та автоматизований обмін даними. Кожна медична подія фіксується в системі, що унеможливорює дублювання, підвищує достовірність звітності й створює основу для оплати за фактично надані послуги. Для переміщеного закладу це особливо цінно, оскільки дає змогу зберігати цілісну медичну інформацію про пацієнтів незалежно від зміни місця надання допомоги.

Важливою характеристикою цифрової системи є сумісність (інтероперабельність) – здатність різних інформаційних систем обмінюватися даними за єдиними стандартами. Саме інтероперабельність дає змогу інтегрувати медичні інформаційні системи закладу, лабораторне й діагностичне обладнання та центральні реєстри в єдиний контур, забезпечуючи цілісність даних про пацієнта та зменшуючи кількість повторних обстежень.

Поступова депаперизація документообігу та інтеграція внутрішніх систем закладу скорочують адміністративне навантаження на персонал і прискорюють обслуговування. Електронні сервіси – насамперед електронний рецепт і програма «Доступні ліки» – залишаються доступними внутрішньо переміщеним особам за будь-яким місцем перебування, що частково компенсує втрату звичної інфраструктури.

Особливе значення для переміщеного закладу має телемедицина, що дає змогу надавати допомогу та консультації незалежно від фізичного розташування пацієнта й лікаря. Для КНП «Лиманська ЦРЛ» телемедичні сервіси здатні частково компенсувати територіальну роз'єднаність підрозділів у Лимані, Кривому Розі та Кременчуці, а також кадровий дефіцит. Основні форми телемедицини та можливості їх застосування у закладі наведено в таблиці 3.4 [37].

Таблиця 3.4

Форми телемедицини та їх застосування у КНП «Лиманська ЦРЛ»

Форма телемедицини	Застосування у КНП «Лиманська ЦРЛ»
Телевідеоконсультування	Дистанційні консультації пацієнтів і лікарів між підрозділами в Лимані, Кривому Розі та Кременчуці
Телерадіологія	Дистанційне опрацювання та консультування результатів рентгенологічних досліджень
Біотелеметрія та дистанційний моніторинг	Спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями за місцем проживання
Телереабілітація та психологічна підтримка	Дистанційна психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним особам і персоналу
Дистанційне навчання	Підвищення кваліфікації медичних кадрів без відриву від роботи

Запровадження телемедицини потребує відповідного нормативного забезпечення, захищених каналів зв'язку та підготовленого персоналу, проте навіть базові телеконсультації істотно розширюють можливості закладу щодо надання та координації допомоги.

Правовою основою телемедицини в Україні є нормативні акти Міністерства охорони здоров'я, що врегульовують порядок її застосування, а також затверджена стратегія розвитку телемедицини, спрямована на розширення дистанційних послуг. Для досліджуваного закладу важливо, що телемедичні консультації можуть надаватися як між його власними підрозділами в різних містах, так і у взаємодії з провідними обласними та національними центрами, що підвищує якість допомоги без потреби фізичного переміщення пацієнтів [37].

Цифрові механізми доцільно поєднувати з уже наявними організаційними рішеннями закладу. Зокрема, мобільні медичні бригади, що обслуговують віддалені населені пункти, можуть використовувати телемедичний зв'язок для консультацій із лікарями-спеціалістами в режимі реального часу, а зібрані ними дані – вноситися до ЕСОЗ. Таке поєднання виїзних і дистанційних форм підвищує охоплення населення без пропорційного збільшення кадрових витрат.

Цифровізація уможливлює перехід до управління на основі даних (data-driven management), за якого рішення ухвалюються на підставі об'єктивної інформації, а не лише адміністративного досвіду. Такий підхід реалізується через замкнений цикл: збір даних – їх обробка й аналітика – ухвалення управлінських рішень – моніторинг і коригування (рис. 3.5). Інструментами цього циклу є управлінські дашборди, показники результативності та аналітичні звіти, що формуються на базі ЕСОЗ і статистичної звітності.

Для досліджуваного закладу управління на основі даних дає змогу відстежувати динаміку показників діяльності, фінансування та кадрового забезпечення, своєчасно виявляти проблеми й обґрунтовувати управлінські та фінансові рішення, зокрема у відносинах із Національною службою здоров'я та засновником.

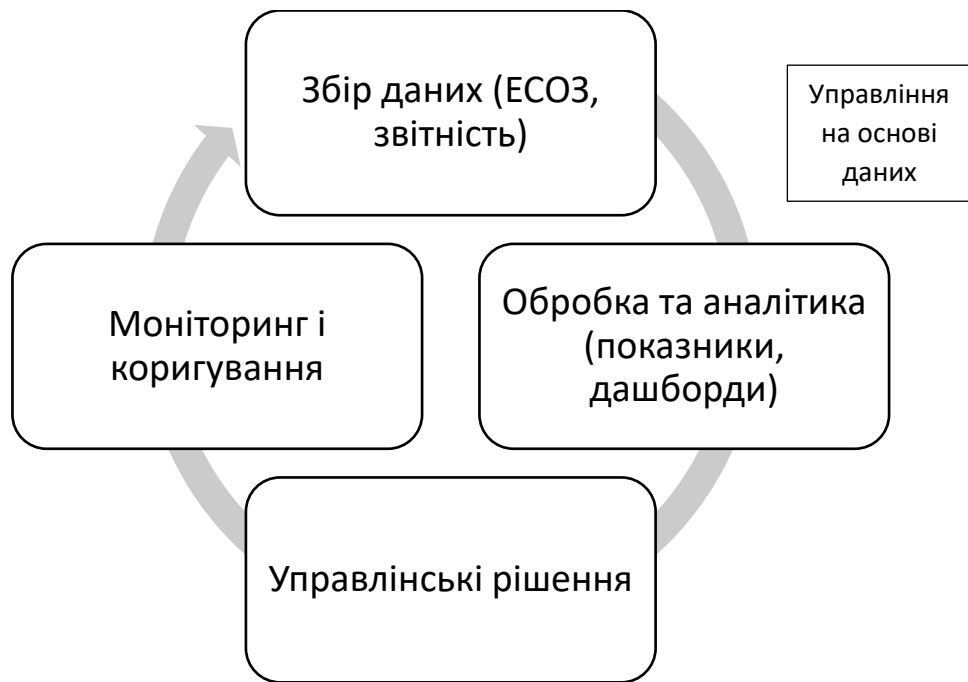


Рис. 3.4. Цикл публічного управління охороною здоров'я на основі даних

Управлінські дашборди дають змогу візуалізувати ключові показники – обсяги послуг, завантаженість ліжкового фонду, кадрове забезпечення та фінансові надходження – у режимі, наближеному до реального часу. На основі цих даних формується доказова політика, за якої розподіл обмежених ресурсів і пріоритезація заходів спираються на об'єктивні показники, а не лише на адміністративні рішення.

Накопичені у цифрових системах дані відкривають можливості для прогнозування потреб у медичній допомозі та планування ресурсів. Аналіз динаміки звернень, структури захворюваності та руху населення дає змогу завчасно коригувати профіль і потужності закладу, що особливо важливо для громади з нестабільною демографічною ситуацією.

Сукупність цифрових та інноваційних рішень, доцільних для впровадження у КНП «Лиманська ЦРЛ», та очікуваний ефект від них узагальнено в таблиці 3.5. Ці рішення безпосередньо відповідають викликам, виявленим у другому розділі, – фінансовій вразливості, кадровому дефіциту та територіальній роз'єднаності.

Таблиця 3.5

Цифрові рішення та їх очікуваний ефект для КНП «Лиманська ЦРЛ»

Цифрове рішення	Ефект для КНП «Лиманська ЦРЛ»
Повноцінне ведення обліку в ЕСОЗ	Прозорість діяльності та обґрунтоване фінансування за програмою медичних гарантій
Електронні сервіси пацієнтам (е-направлення, е-рецепт, е-картка)	Доступність послуг попри територіальну роз'єднаність
Управлінські дашборди та аналітика	Ухвалення рішень на основі даних, оперативний контроль показників
Телемедичні рішення	Подолання роз'єднаності підрозділів і кадрового дефіциту
Цифрова інфраструктура (зв'язок, обладнання)	Безперервність роботи закладу в умовах війни

Успішне впровадження цифрових та інноваційних механізмів можливе лише за дотримання низки умов (рис. 3.6): наявності цифрової інфраструктури та стабільного зв'язку, сучасного обладнання, цифрової компетентності персоналу, кібербезпеки й захисту даних, а також належного фінансового та нормативного забезпечення [38].

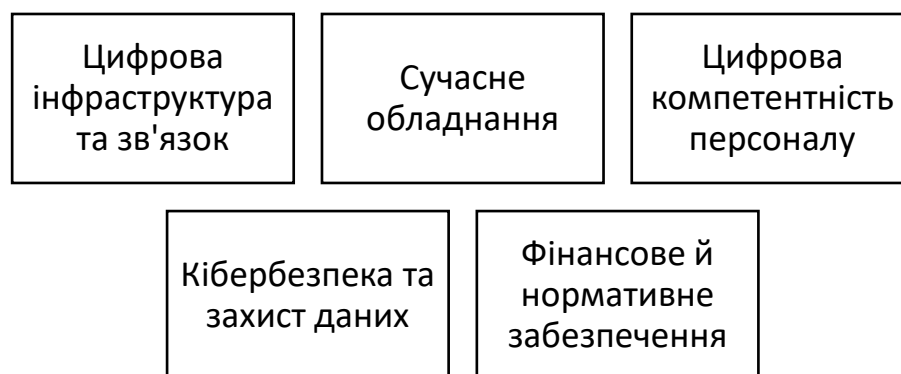


Рис. 3.5. Умови успішного впровадження цифрових та інноваційних механізмів

В умовах прифронтового й переміщеного закладу виконання цих умов ускладнюється, що породжує специфічні виклики. Основні з них та заходи їх подолання наведено в таблиці 3.6. Зокрема, проблему нестабільного зв'язку частково вирішує супутниковий інтернет та офлайн-режими роботи, брак

обладнання – гранти й міжнародна допомога, а низьку цифрову компетентність – навчання персоналу за відповідною рамкою компетентностей.

Таблиця 3.6

Виклики впровадження цифрових механізмів та заходи їх подолання

Виклик	Захід подолання
Обмежений і нестабільний зв'язок	Супутниковий інтернет (Starlink), резервне живлення, офлайн-режими роботи
Брак сучасного обладнання	Гранти, благодійна та міжнародна допомога, поетапне оснащення
Низька цифрова компетентність персоналу	Навчання за рамкою цифрових компетентностей, наставництво
Кіберзагрози та захист даних	Політики кібербезпеки, захищені канали, резервне копіювання
Цифровий розрив (літні та віддалені пацієнти)	Гібридні формати обслуговування, підтримка користувачів
Фінансові обмеження	Пріоритезація інвестицій, поетапне впровадження рішень

Окремої уваги потребують кібербезпека та захист персональних медичних даних. Зосередження великих обсягів чутливої інформації в електронних системах підвищує ризики несанкціонованого доступу, тому впровадження цифрових механізмів має супроводжуватися політиками інформаційної безпеки, розмежуванням прав доступу, резервним копіюванням і захищеними каналами зв'язку. В умовах війни ці вимоги набувають критичного значення.

Захист даних має ґрунтуватися також на дотриманні законодавства про захист персональних даних і лікарську таємницю. Запровадження цифрових сервісів потребує чітких процедур надання згоди пацієнтів на обробку даних, протоколювання доступу та відповідальності за порушення, що формує довіру населення до електронних систем і є передумовою їх широкого використання.

Не менш важливою умовою є цифрова компетентність персоналу. Ефективне використання ЕСОЗ, телемедицини й аналітичних інструментів потребує відповідних знань і навичок, формування яких доцільно здійснювати на основі рамки цифрових компетентностей медичних працівників через навчання, наставництво та дистанційні курси [38].

Поряд із базовою цифровізацією перспективними є інноваційні механізми наступного покоління. До них належать системи підтримки прийняття клінічних і управлінських рішень (зокрема з елементами штучного інтелекту), мобільні застосунки для пацієнтів, технології дистанційного моніторингу стану здоров'я (біотелеметрія, носимі пристрої), а також предиктивна аналітика для прогнозування потреб у послугах. Для закладу з обмеженими ресурсами впровадження таких рішень доцільне поетапно, у міру забезпечення базових умов, із критичним урахуванням їх вартості та реальної доданої цінності.

Міжнародний досвід підтверджує, що цифрові технології є дієвим інструментом підвищення стійкості систем охорони здоров'я в умовах криз: вони забезпечують безперервність надання послуг, дистанційний доступ і збереження медичних даних навіть за руйнування фізичної інфраструктури. Урахування цього досвіду відповідає євроінтеграційному курсу держави та глобальній стратегії цифрового здоров'я [38].

Практичним прикладом інтеграції цифрових механізмів є маршрутизація допомоги із застосуванням телемедицини (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Маршрут пацієнта із застосуванням телемедицини у переміщеному закладі

Пацієнт із віддаленого населеного пункту або з м. Лиман звертається до сімейного лікаря чи медичної сестри первинної ланки, які за потреби організовують телемедичну консультацію з лікарем-спеціалістом закладу в Кривому Розі або Кременчуці; за результатами консультації формуються електронний рецепт, направлення чи план лікування, що фіксуються в ЕСОЗ. Такий маршрут долає територіальну роз'єднаність підрозділів і брак фахівців на місцях.

Упровадження цифрових та інноваційних механізмів у досліджуваному закладі доцільно здійснювати поетапно – від базової цифровізації до інноваційних рішень (табл. 3.7). Послідовність етапів забезпечує реалістичність процесу: кожний наступний етап спирається на результати попереднього.

Таблиця 3.7

Етапи (дорожня карта) цифрової трансформації КНП «Лиманська ЦРЛ»

Етап	Ключові заходи	Очікуваний результат
Етап 1. Базова цифровізація	Повноцінне ведення обліку в ЕСОЗ; забезпечення стабільного зв'язку та обладнання	Стабільний облік і фінансування за програмою медичних гарантій
Етап 2. Дистанційні сервіси	Запровадження телемедицини та електронних сервісів для пацієнтів	Доступність послуг попри територіальну роз'єднаність
Етап 3. Управління на основі даних	Управлінські дашборди, аналітика, навчання персоналу	Обґрунтовані управлінські та фінансові рішення
Етап 4. Інноваційні рішення	Системи підтримки рішень, мобільні застосунки, поглиблена інтеграція систем	Підвищення якості та ефективності допомоги

Очікуваними результатами впровадження є підвищення доступності послуг, прозорості та ефективності управління, обґрунтованості рішень і фінансової стійкості закладу. Водночас ці результати досяжні лише за умови достатнього фінансування інфраструктури, обладнання та навчання персоналу, що повертає до пріоритетів, визначених у підрозділі 3.1.

Цифровізація має й вимірюваний економічний ефект: скорочення паперового документообігу, автоматизація звітності та дистанційні консультації зменшують непродуктивні витрати часу персоналу й транспортні витрати пацієнтів. Для закладу з обмеженим бюджетом це дає змогу спрямувати вивільнені ресурси безпосередньо на надання медичної допомоги.

Разом із тим упровадження цифрових механізмів потребує управління змінами: подолання спротиву персоналу, адаптації внутрішніх процесів і реалістичного планування, щоб технології не перетворювалися на самоціль, а слугували підвищенню якості та доступності допомоги. Поєднання технологічних, організаційних і кадрових заходів є запорукою того, що цифровізація дасть очікуваний управлінський ефект (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Очікувані результати та потенційні ризики впровадження цифрових механізмів

Очікувані результати	Потенційні ризики
Підвищення доступності та безперервності послуг	Залежність від стабільного зв'язку та електропостачання
Прозорість і обґрунтованість управлінських рішень	Кіберзагрози та ризики витоку персональних даних
Ефективніше використання обмежених ресурсів	Цифровий розрив для літніх і віддалених пацієнтів
Підвищення стійкості закладу до криз	Ризик формального впровадження без реального ефекту

Нарешті, цифрові механізми посилюють підзвітність публічного управління: електронний облік послуг та відкриті дані зменшують простір для зловживань, підвищують прозорість використання коштів і довіру громади, держави та міжнародних партнерів до закладу, що є важливим у контексті залучення фінансування на відновлення.

Запровадження цифрових та інноваційних механізмів несе як очевидні переваги, так і потенційні ризики, які доцільно враховувати під час планування. Збалансоване управління цими ризиками є умовою того, що очікувані результати будуть досягнуті, а не нівельовані новими вразливостями.

3.3 Перспективи розвитку системи громадського здоров'я України в умовах євроінтеграції

Європейська інтеграція є стратегічним вектором розвитку України, що безпосередньо впливає й на сферу громадського здоров'я. Після набуття у 2022 році статусу країни – кандидата на членство в Європейському Союзі та початку переговорів про вступ розвиток системи громадського здоров'я дедалі тісніше пов'язується з наближенням до стандартів і політик ЄС. У підрозділі розглянуто євроінтеграційний контекст, напрями наближення до права ЄС, інструменти співпраці, а також можливості, виклики та перспективи розвитку системи громадського здоров'я в цих умовах.

Правовою основою наближення у сфері охорони здоров'я є Угода про асоціацію між Україною та ЄС, що передбачає поступову гармонізацію законодавства [16]. У переговорному процесі питання охорони здоров'я належать до розділу 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я». Ключові етапи європейської інтеграції у цій сфері відображено на рисунку 3.8: від укладення Угоди про асоціацію до набуття статусу кандидата (2022), рішення Європейської ради про початок переговорів (2023), їх офіційного старту (2024) та скринінгу законодавства за відповідним розділом (2025).

Прогрес у наближенні є відчутним: рівень виконання зобов'язань за Угодою про асоціацію у сфері охорони здоров'я зріс із 64 % наприкінці 2021 року до 88 % у 2025 році, що відзначено у щорічному звіті Європейської Комісії про розширення ЄС [39]. Під час скринінгу законодавства Європейська Комісія звернула увагу на помітний прогрес, зокрема у фармацевтичному регулюванні. Це свідчить про незворотність євроінтеграційного курсу та створює сприятливі умови для подальшого розвитку системи громадського здоров'я.

Переговори про вступ ведуться за 35 напрямками (розділами), згрупованими в тематичні кластери; охорона здоров'я належить до розділу 28. Процес передбачає послідовні етапи – скринінг відповідності законодавства, визначення орієнтирів (benchmarks) та поступове відкриття й закриття розділів.

Для сфери громадського здоров'я це означає системну, покрокову адаптацію національної політики та інституцій до вимог ЄС, що дисциплінує реформи й робить їх незворотними.



Рис. 3.7. Етапи європейської інтеграції України у сфері громадського здоров'я

Для населення наближення до стандартів ЄС означає вищу якість і безпеку медичних послуг, ширший доступ до сучасних лікарських засобів і технологій та посилений захист прав пацієнтів. Це підвищує довіру до системи охорони здоров'я й узгоджується із загальною метою громадського здоров'я – збереженням і зміцненням здоров'я населення.

Наближення до права ЄС (*acquis*) у сфері громадського здоров'я охоплює низку напрямів – від фармацевтичного регулювання та безпечності харчових продуктів до контролю тютюну й алкоголю, епіднагляду за інфекційними хворобами, протидії антимікробній резистентності та готовності до транскордонних загроз здоров'ю. Стан і напрями цього наближення узагальнено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Наближення системи громадського здоров'я України до acquis ЄС за основними сферами

Сфера	Орієнтир / політика ЄС	Стан і напрям наближення в Україні
Фармацевтичне регулювання	Стандарти якості, безпеки та обігу лікарських засобів	Значний прогрес, відзначений під час скринінгу Розділу 28
Безпечність харчових продуктів	Санітарні та фітосанітарні стандарти	Поступова гармонізація законодавства
Контроль тютюну та алкоголю	Обмеження реклами, маркування, акцизна політика	Наближення до директив ЄС
Інфекційні хвороби та епіднадгляд	Співпраця з ECDC, системи раннього попередження	Розвиток епіднадгляду, інтеграція в європейські мережі
Антимікробна резистентність	Національні плани дій, моніторинг	Упровадження заходів за підходом ЄС
Готовність до транскордонних загроз	Механізми HERA, спільні закупівлі	Участь представників МОЗ у HERA Board
Медичні вироби	Технічні регламенти, оцінка відповідності	Проекти TAIEХ, наближення регламентів
Кров, тканини та органи	Стандарти якості й безпеки	Гармонізація стандартів

Найбільш просунутим є фармацевтичне регулювання, що відзначено під час скринінгу. Активно розвивається співпраця у сфері епіднадгляду та протидії інфекційним хворобам, зокрема через взаємодію з Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC). Гармонізація у сферах безпечності харчових продуктів, контролю тютюну, антимікробної резистентності та медичних виробів триває й потребує подальших зусиль, проте загальна динаміка є позитивною.

Особливе значення має наближення у сфері протидії інфекційним загрозам. Інтеграція національної системи епіднадгляду з європейською, співпраця з ECDC та участь у системах раннього попередження підвищують спроможність вчасно виявляти спалахи й реагувати на них. Узгоджуються також національні плани протидії антимікробній резистентності та підходи до підтримання високого рівня охоплення вакцинацією, що є пріоритетами і політики ЄС, і вітчизняної системи громадського здоров'я.

Наближення охоплює й детермінанти здоров'я: гармонізація стандартів безпечності харчових продуктів, посилення контролю тютюну та алкоголю й урахування екологічних чинників відповідають європейському підходу «здоров'я в усіх політиках» і сприяють профілактиці неінфекційних захворювань, що є особливо актуальним з огляду на структуру причин смертності в Україні.

Важливим виміром інтеграції є участь України у програмах та інституціях ЄС у сфері здоров'я (рис. 3.9). Україна долучилася до програми EU4Health у статусі країни-кандидата, що дало змогу отримувати фінансування на рівних умовах із державами-членами. Загальний бюджет програми на 2021–2027 роки становить близько 5,3 млрд євро (скорочено до 4,4 млрд після перегляду фінансової рамки); станом на 2025 рік Україна бере участь у понад десяти спільних діях із підтвердженим фінансуванням понад 8 млн євро (за схемою 80 % коштів ЄС і 20 % власного внеску установ) [40].

Програма EU4Health спрямована на досягнення чотирьох загальних і десяти конкретних цілей, серед яких – зміцнення здоров'я та профілактика захворювань (зокрема онкологічних), готовність до криз, цифровізація систем охорони здоров'я, протидія антимікробній резистентності та підвищення рівня вакцинації. Участь у спільних діях дає змогу українським установам не лише отримувати фінансування, а й переймати методології, долучатися до європейських мереж і брати участь у формуванні спільної політики.

Окрім фінансування, поглиблюється інституційна співпраця: представники Міністерства охорони здоров'я залучені до роботи HERA Board (Європейського органу з готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я), українські установи підключаються до Європейських референтних мереж (ERN) та долучаються до ініціатив на кшталт Critical Medicine Alliance, а технічна підтримка надається через інструмент TAIEX. Усе це є складовими руху до Європейського союзу охорони здоров'я.

Європейський вектор доповнюється співпрацею зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я, зокрема в межах Європейської програми роботи

та переліку оперативних функцій громадського здоров'я [36]. Узгодженість підходів ЄС і ВООЗ створює спільну систему орієнтирів для розбудови національної системи громадського здоров'я та зменшує ризик фрагментарності реформ (рис. 3.8).



Рис. 3.8. Інструменти та механізми співпраці у сфері громадського здоров'я з ЄС

Важливим напрямом є й узгодження інформаційних систем: розвиток ЕСОЗ та її майбутня сумісність із Європейським простором медичних даних (European Health Data Space) сприятимуть транскордонному обміну інформацією, науковим дослідженням і якіснішому управлінню. Це поєднує цифровий та євроінтеграційний вектори розвитку, розглянуті у підрозділі 3.2, у єдину логіку модернізації системи.

Інтеграція передбачає також участь у транскордонній співпраці та механізмах спільного реагування на загрози здоров'ю. З огляду на спільні кордони з державами – членами ЄС узгоджені системи епіднагляду, обміну даними та реагування на надзвичайні ситуації підвищують безпеку як України, так і Європейського Союзу, що робить інтеграцію взаємовигідною та посилює мотивацію партнерів підтримувати цей процес.

Євроінтеграція відкриває для системи громадського здоров'я значні можливості, але й супроводжується викликами (табл. 3.10). До можливостей належать доступ до фінансування, стандартів і мереж ЄС, технічна допомога та підтримка відновлення; до викликів – обмежена інституційна спроможність, потреба ресурсів на гармонізацію, наслідки війни та нерівномірність цифрових систем.

Таблиця 3.10

Можливості та виклики євроінтеграції у сфері громадського здоров'я

Можливості	Виклики
Доступ до фінансування (EU4Health, Ukraine Facility)	Обмежена інституційна та адміністративна спроможність
Запозичення стандартів і кращих практик ЄС	Потреба значних ресурсів на гармонізацію законодавства
Участь у мережах та агенціях ЄС (ECDC, ERN, HERA)	Війна, руйнування інфраструктури та переміщення населення
Технічна допомога (TAIEX, twinning)	Нерівномірність даних і цифрових систем
Підтримка повоєнного відновлення системи	Кадровий дефіцит у сфері громадського здоров'я

Для досліджуваного закладу – КНП «Лиманська ЦРЛ» – євроінтеграція має й цілком практичний вимір. Інструменти ЄС, зокрема EU4Health і механізм Ukraine Facility, можуть стати джерелом фінансування відновлення та модернізації переміщеного закладу, а наближення до європейських стандартів якості й цифрової інтероперабельності – підвищити рівень послуг і полегшити інтеграцію в національні та європейські інформаційні мережі. Таким чином, євроінтеграція та повоєнне відновлення є взаємодоповнювальними процесами.

Систематизацію основних європейських інструментів підтримки та можливостей, які вони відкривають для системи громадського здоров'я, наведено в таблиці 3.11. Ці інструменти охоплюють як фінансову, так і інституційну й експертну підтримку.

Окремою можливістю є наближення стандартів медичної освіти та професійної підготовки, що в перспективі полегшує визнання кваліфікацій і мобільність фахівців. Водночас це актуалізує ризик відпливу кадрів за кордон,

який потребує врахування у кадровій політиці через створення гідних умов праці та професійного розвитку всередині країни.

Таблиця 3.11

Європейські інструменти підтримки та можливості для системи громадського здоров'я

Інструмент	Зміст	Можливості для системи громадського здоров'я
EU4Health	Програма фінансування у сфері здоров'я (2021–2027)	Гранти, спільні дії, доступ до європейських мереж
Ukraine Facility	Фінансовий механізм підтримки відновлення та реформ	Інвестиції у відновлення та модернізацію інфраструктури
TAIEX, twinning	Технічна допомога та обмін досвідом	Експертна підтримка наближення законодавства
European Reference Networks (ERN)	Мережі для діагностики та лікування складних хвороб	Дистанційні консультації та обмін знаннями
HERA	Готовність і реагування на загрози здоров'ю	Спільні закупівлі, координація під час криз
Партнерства (Critical Medicine Alliance)	Забезпечення критично важливими лікарськими засобами	Підвищення стійкості постачання ліків

Перспективи розвитку системи громадського здоров'я в умовах євроінтеграції доцільно розглядати за горизонтами планування (рис. 3.10). У короткостроковій перспективі пріоритетними є активна участь у програмі EU4Health, продовження наближення законодавства в межах розділу 28 та використання технічної допомоги. Середньострокові перспективи пов'язані з імплементацією asqis, інтеграцією в європейські мережі (ECDC, ERN, HERA) та забезпеченням цифрової інтероперабельності. Довгострокова перспектива – членство в ЄС, повноцінна участь у Європейському союзі охорони здоров'я та спільне відновлення системи на сучасних засадах (рис. 3.9).

Реалізація цих перспектив потребує синергії трьох процесів – реформування системи громадського здоров'я, повоєнного відновлення та європейської інтеграції. Узгоджене просування за цими напрямками дасть змогу

не лише відновити, а й якісно модернізувати систему громадського здоров'я України відповідно до європейських стандартів.

Короткострокові	Середньострокові	Довгострокові
• Активна участь у EU4Health • Скринінг і наближення законодавства (Розділ 28) • Технічна допомога (TAIEX)	• Імплементация acquis • Інтеграція в мережі ЄС (ECDC, ERN, HERA) • Цифрова інтероперабельність	• Членство в ЄС • Участь у Європейському союзі охорони здоров'я • Спільне відновлення системи

поглиблення інтеграції у сфері громадського здоров'я за горизонтами планування

Рис. 3.9. Перспективи розвитку громадського здоров'я в умовах євроінтеграції

Успішна реалізація перспектив залежить від спроможності держави та закладів виконувати взяті зобов'язання, достатнього фінансування процесу наближення й збереження керованості реформ в умовах війни. Доцільним є регулярний моніторинг прогресу за чіткими індикаторами, узгодженими зі щорічними звітами Європейської Комісії про розширення, що забезпечить прозорість і послідовність руху до членства в ЄС.

У стратегічному вимірі європейська інтеграція перетворює виклики воєнного часу на можливість побудувати сучаснішу систему громадського здоров'я. Залучення європейських ресурсів і стандартів до повоєнного відновлення дає змогу реалізувати принцип «відбудувати краще, ніж було» та закласти основи стійкої, орієнтованої на профілактику системи, інтегрованої в європейський простір охорони здоров'я.

Очікувані результати розвитку системи громадського здоров'я в умовах євроінтеграції та орієнтовні індикатори їх досягнення узагальнено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

**Очікувані результати розвитку громадського здоров'я в умовах
євроінтеграції**

Очікуваний результат	Прояв / індикатор
Підвищення якості та безпеки послуг	Відповідність європейським стандартам, акредитація закладів
Зміцнення спроможності системи громадського здоров'я	Функціонуючі інституції, реалізація оперативних функцій
Стійкість до транскордонних загроз	Інтеграція в ECDC і HERA, спільне реагування
Доступ до фінансування та технологій	Реалізовані проєкти EU4Health, обсяг залучених коштів
Цифрова інтеграція	Сумісність ЕСОЗ із Європейським простором медичних даних

Проведений аналіз засвідчив, що європейська інтеграція є потужним чинником розвитку системи громадського здоров'я України. Набуття статусу кандидата та початок переговорів про вступ, поряд із суттєвим прогресом у виконанні Угоди про асоціацію (зростання з 64 % до 88 %), створюють міцну основу для подальшого наближення до стандартів і політик ЄС. Участь у програмі EU4Health, співпраця з HERA, ECDC та європейськими референтними мережами, а також технічна допомога відкривають доступ до фінансування, стандартів і кращих практик. Водночас реалізація цих можливостей стримується обмеженою інституційною спроможністю, потребою значних ресурсів, наслідками війни та нерівномірністю цифрових систем. Перспективи розвитку доцільно реалізовувати поетапно – від поглиблення поточної співпраці до повноцінного членства в ЄС, – у синергії з реформуванням і повоєнним відновленням. Для переміщених закладів, зокрема КНП «Лиманська ЦРЛ», євроінтеграція є додатковим ресурсом відновлення та модернізації.

Висновки до розділу 3

Обґрунтовано напрями вдосконалення публічного управління у процесі реформування системи охорони громадського здоров'я. Визначено сім взаємопов'язаних пріоритетних напрямів удосконалення публічної політики – фінансові механізми, інституційну розбудову та координацію, кадровий потенціал, профілактику й психічне здоров'я, цифровізацію та телемедицину, стійкість і повоєнне відновлення, а також євроінтеграцію та міжнародну співпрацю. Ці напрями узгоджено з чинною Концепцією розвитку системи громадського здоров'я та впорядковано у вигляді дерева цілей, що пов'язує головну мету зі стратегічними цілями й конкретними завданнями; їх доповнено окремим блоком заходів підтримки переміщених закладів охорони здоров'я, поетапною дорожньою картою впровадження за горизонтами планування та системою індикаторів моніторингу на базі наявних інформаційних ресурсів.

Окрему увагу приділено впровадженню інноваційних та цифрових механізмів, які підвищують прозорість, обґрунтованість і оперативність управлінських рішень. Установлено, що основою цифрового управління є електронна система охорони здоров'я, яка забезпечує реалізацію програми медичних гарантій, облік послуг та аналітику для ухвалення рішень, тоді як телемедицина та управління на основі даних дають змогу долати територіальну роз'єднаність і кадровий дефіцит. Для досліджуваного закладу запропоновано конкретні цифрові рішення, маршрутизацію допомоги із застосуванням телемедицини та поетапну дорожню карту цифрової трансформації, а також визначено умови, виклики й ризики впровадження разом із заходами їх подолання – від забезпечення зв'язку та обладнання до кібербезпеки, захисту даних і цифрової компетентності персоналу.

Розглянуто також перспективи розвитку системи громадського здоров'я в умовах європейської інтеграції. Набуття статусу країни-кандидата, початок переговорів про вступ та суттєвий прогрес у виконанні Угоди про асоціацію у сфері охорони здоров'я (зростання з 64 % до 88 %) створюють міцну основу для

подальшого наближення до стандартів і політик ЄС. Участь у програмі EU4Health, співпраця з HERA, Європейським центром профілактики та контролю захворювань і європейськими референтними мережами, а також технічна допомога відкривають доступ до фінансування, стандартів та кращих практик. Водночас реалізація цих можливостей стримується обмеженою інституційною спроможністю, потребою значних ресурсів, наслідками війни та нерівномірністю цифрових систем, що зумовлює доцільність поетапного просування – від поглиблення поточної співпраці до повноцінного членства в ЄС.

Запропоновані напрями мають чітку прив'язку до досліджуваного закладу – КНП «Лиманська ЦРЛ». Вони спрямовані на подолання виявлених у другому розділі проблем: фінансову вразливість пропонується зменшити за допомогою гарантованого мінімального фінансування й додаткових коефіцієнтів для переміщених закладів, кадровий дефіцит – через підготовку, стимули та релокаційні програми, територіальну роз'єднаність – завдяки телемедицині й цифровим сервісам, а потреби відновлення – через залучення європейських інструментів підтримки. Таким чином, реформування, цифровізація та європейська інтеграція постають не як відокремлені процеси, а як взаємодоповнювальні складники єдиної логіки модернізації.

Сукупно обґрунтовані у розділі напрями формують цілісну, реалістичну та вимірювану модель удосконалення публічного управління у сфері громадського здоров'я, що поєднує загальнонаціональний і місцевий рівні та враховує умови воєнного часу й повоєнного відновлення.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення й запропоновано вирішення актуального науково-практичного завдання – удосконалення публічного управління у процесі реформування системи охорони громадського здоров'я в умовах війни та євроінтеграції, на прикладі КНП «Лиманська центральна районна лікарня». За результатами дослідження сформульовано такі висновки.

1. Громадське здоров'я обґрунтовано як самостійну сферу публічного управління, що ґрунтується на десяти оперативних функціях і принципі «здоров'я в усіх політиках». Визначено сутність, суб'єктів і рівні публічного управління у цій сфері, проаналізовано нормативно-правову базу (зокрема Закон України «Про систему громадського здоров'я» та Концепцію розвитку системи громадського здоров'я) і зарубіжний досвід та моделі фінансування охорони здоров'я, що слугують орієнтиром для України.

2. Установлено, що збройна агресія сформувала в Україні окрему категорію суб'єктів управління – переміщені заклади охорони здоров'я, діяльність яких регулюється поєднанням загальних засад галузі та особливого режиму воєнного стану з передачею повноважень засновника військовим адміністраціям. На прикладі досліджуваного закладу розкрито багаторівневу систему управління та відповідну нормативно-правову базу – від конституційного до локального рівня.

3. Аналіз діяльності закладу за 2022–2025 роки засвідчив різке скорочення потужностей: ліжкового фонду (зі 181 до 40 ліжок), кількості пролікованих пацієнтів (на 85 %) та амбулаторних відвідувань (майже на 74 %) на тлі зменшення населення громади майже на 40 %. Чисельність персоналу скоротилася з 333 до 80 осіб за укомплектованості близько 19 %, а надходження за програмою медичних гарантій зменшилися майже вдвічі – з приблизно 58,7 до 28–31 млн грн, що засвідчує глибоку фінансову та кадрову вразливість закладу.

4. Доведено, що ключові напрями реформи охорони здоров'я – програма медичних гарантій і діяльність НСЗУ, автономізація закладів, реформа первинної ланки, цифровізація через ЕСОЗ та реімбурсація – загалом реалізовано, зокрема й на рівні досліджуваного закладу. Водночас модель «гроші ходять за пацієнтом» в умовах прифронтової громади з різко скороченим населенням обернулася фінансовою вразливістю закладу, а функції громадського здоров'я й профілактики залишаються недофінансованими.

5. Систематизовано проблеми та виклики публічного управління у сфері громадського здоров'я за шістьма групами – інституційно-управлінські, фінансові, кадрові, інфраструктурні та безпекові, епідеміологічні й медико-демографічні та інформаційно-цифрові – і виявлено характерні прогалини за оперативними функціями громадського здоров'я. Досліджуваний заклад постає мікрорівневим відображенням загальнонаціональних проблем, а війна породила специфічні виклики, зокрема зростання тягаря неінфекційних і психічних розладів та потребу повоєнного відновлення.

6. Обґрунтовано сім пріоритетних напрямів удосконалення публічної політики – фінансові механізми, інституційну розбудову та координацію, кадровий потенціал, профілактику й психічне здоров'я, цифровізацію та телемедицину, стійкість і повоєнне відновлення, євроінтеграцію та міжнародну співпрацю. Напрями впорядковано у вигляді дерева цілей, доповнено окремим блоком заходів підтримки переміщених закладів, поетапною дорожньою картою та системою індикаторів моніторингу.

7. Запропоновано впровадження інноваційних і цифрових механізмів управління – електронної системи охорони здоров'я, телемедицини та управління на основі даних, – що дають змогу долати територіальну роз'єднаність і кадровий дефіцит, підвищувати прозорість і обґрунтованість рішень. Для досліджуваного закладу розроблено конкретні цифрові рішення, маршрутизацію допомоги та поетапну дорожню карту цифрової трансформації з урахуванням умов, викликів і ризиків упровадження.

8. Визначено, що європейська інтеграція є потужним чинником розвитку системи громадського здоров'я: набуття статусу країни-кандидата, початок переговорів та зростання рівня виконання Угоди про асоціацію у сфері охорони здоров'я (з 64 % до 88 %), участь у програмі EU4Health і співпраця з європейськими інституціями відкривають доступ до фінансування, стандартів і кращих практик. Реформування, цифровізація та європейська інтеграція розглянуто як взаємодоповнювальні складники єдиної логіки модернізації, а для переміщених закладів охорони здоров'я європейські інструменти є додатковим ресурсом відновлення.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що сформульовані пропозиції можуть бути використані органами публічного управління, військовими адміністраціями та закладами охорони здоров'я, насамперед переміщеними, для вдосконалення управління й підвищення стійкості системи. Перспективами подальших досліджень є розроблення спеціальних механізмів підтримки переміщених закладів та оцінювання ефективності запропонованих заходів у процесі їх упровадження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я : прийнятий Міжнародною конференцією охорони здоров'я (Нью-Йорк, 19–22 червня 1946 р.) ; набув чинності 7 квітня 1948 р. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (дата звернення: 15.05.2026).
2. Winslow C.-E. A. The Untilled Fields of Public Health. Science. 1920. Vol. 51, No. 1306. P. 23–33.
3. Acheson D. Public Health in England : the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London : HMSO, 1988. 289 p.
4. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm : Institute for Futures Studies, 1991. 69 p.
5. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO, 2012. 52 p.
6. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX : станом на 10.10.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20> (дата звернення: 15.05.2026).
7. Овчарова Ж. М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень. Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. Вип. 4. С. 40–46. DOI: 10.32851/tnv-pub.2022.4.5.
8. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 15.05.2026).
9. Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття / Європейське регіональне бюро ВООЗ. Копенгаген : ВООЗ, 2013. 232 с.
10. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року : станом на 2024 рік. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.05.2026).

11. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 11.02.2026. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 15.05.2026).

12. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 01.01.2026. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 15.05.2026).

13. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081 - VI : станом на 01.01.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17> (дата звернення: 20.05.2026).

14. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення: 20.05.2026).

15. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> (дата звернення: 20.05.2026).

16. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : ратифіковано Законом України від 16.09.2014 № 1678-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 20.05.2026).

17. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2025. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_a894f72e-en.html (дата звернення: 21.05.2026).

18. OECD. Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators. Paris : OECD Publishing, 2024. URL: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en.html (дата звернення: 21.05.2026).

19. The World Health Report 2010: Health Systems Financing – the Path to Universal Coverage / World Health Organization. Geneva : WHO, 2010. 106 p.

20. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001. Vol. 56, No. 3. P. 171–204.
21. Abolition of Public Health England / The Health Foundation : Policy Navigator. URL: <https://navigator.health.org.uk/theme/abolition-public-health-england> (дата звернення: 21.05.2026).
22. Saltman R. B., Figueras J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1997. 308 p. (WHO Regional Publications, European Series, No. 72).
23. Beveridge W. *Social Insurance and Allied Services*. London : His Majesty's Stationery Office, 1942. 299 p.
24. Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя (Heal Ukraine) / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zmicnennja-sistemi-ohoroni-zdorovja-ta-zberezhennja-zhittja-heal-ukraine> (дата звернення: 22.05.2026).
25. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни (жовтень 2022 р.) / Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r> (дата звернення: 22.05.2026).
26. Де і як тепер працюють переміщені з окупації медзаклади півдня / Радіо Свобода. 04.05.2025. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/novyny-pryazovya-relokatsiya-z-okupatsiyi-likarni-pivdnya/33402311.html> (дата звернення: 22.05.2026).
27. Про введення воєнного стану в Україні : Указ Президента України від 24.02.2022 № 64/2022 ; затверджений Законом України від 24.02.2022 № 2102-IX.
28. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII : станом на 2024 рік. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19> (дата звернення: 25.05.2026).

29. Звіти про діяльність закладу охорони здоров'я (форма № 1-нс) КНП «Лиманська центральна районна лікарня» за 2022–2025 роки : первинні статистичні дані.

30. Статут та аналітичні матеріали (стратегія розвитку, соціально-економічний аналіз) Комунального некомерційного підприємства «Лиманська центральна районна лікарня».

31. Програма медичних гарантій : пакети та тарифи / Національна служба здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 25.05.2026).

32. Електронна система охорони здоров'я (ЕКОЗ) / Державне підприємство «Електронне здоров'я»: офіційний вебсайт. URL: <https://ehealth.gov.ua> (дата звернення: 30.05.2026).

33. Вплив війни на громадське здоров'я: протидія ВІЛ, неінфекційні захворювання / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 01.06.2026).

34. Проблеми охорони здоров'я України в умовах наслідків пандемії COVID-19 і воєнних дій : аналітично-статистичні матеріали / ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Київ, 2024.

35. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-p> (дата звернення: 09.06.2026).

36. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services / World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO, 2012. 52 p.

37. Цифрова трансформація охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-2> (дата звернення: 09.06.2026).

38. Global Strategy on Digital Health 2020–2025 / World Health Organization. Geneva : WHO, 2021. 60 p.

39. Звіт про розширення ЄС 2025 щодо України / Європейська Комісія ; Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zvit-pro-rozshirennya-yes-2025-znachnij-progres-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 09.06.2026).
40. EU4Health Programme 2021–2027 : Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021. Official Journal of the European Union. 2021.
41. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth / WHO Regional Office for Europe. Tallinn, 2008. 4 p.
42. Declaration of Astana : Global Conference on Primary Health Care / WHO, UNICEF. Astana, 2018. 12 p.
43. Ottawa Charter for Health Promotion / World Health Organization. Geneva : WHO, 1986. 5 p.
44. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond : WHO position paper. Geneva : WHO, 2021. 28 p.
45. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva : World Health Organization, 2016. 84 p.
46. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance / World Health Organization. Geneva : WHO, 2015. 28 p.
47. Health at a Glance: Europe 2024 : State of Health in the EU Cycle / OECD, European Union. Paris : OECD Publishing, 2024.
48. State of Health in the EU : Companion Report 2023 / European Commission, OECD. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2023.
49. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals / WHO, UNICEF. Geneva, 2018.
50. Towards a European Health Union : Communication COM(2020) 724 final / European Commission. Brussels, 2020.

ДОДАТКИ

Додаток А

Вкладка «Аналіз» — ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2022 рік

КНП «Лиманська центральна районна лікарня» (ЄДРПОУ 01989839), форма 1-нс

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Вкладка «Аналіз» — ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2023 рік

КНП «Лиманська центральна районна лікарня» (ЄДРПОУ 01989839), форма 1-нс

ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2023 рік (річний)																	
1. Структура надходжень до КНП грошових коштів та ресурсів в натуральній формі																	
		у тому числі за джерелами фінансування															
	Всього	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Нецільова благодійна допомога	Інше	Державний бюджет (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Цільова благодійна допомога									
тис. грн.	46 687,59	30 794,77	9,28	0	3 744,30	0	5 218,08	6 921,16									
%	100	65,96	0,02	0	8,02	0	11,18	14,82									
2. Рух грошових коштів																	
№ з/п	Показники				тис. грн.	структура, %											
1	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на початок періоду				23 772,90	37,41											
2	Грошові кошти на початок періоду				23 772,90	37,41											
3	Поточні фінансові інвестиції на початок періоду				0	0											
4	Надходження грошових коштів				39 766,44	62,59											
5	Всього грошових коштів та фінансових інвестицій в наявності				63 539,34	100											
6	Використання грошових коштів				42 249,64	66,49											
7	Поточні фінансові інвестиції на кінець періоду				0	0											
8	Грошові кошти на кінець періоду				21 289,70	33,51											
9	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на кінець періоду				21 289,70	33,51											
* придбання ТМЦ, капітальних інвестицій, оплати праці (у т.ч. ЄСВ), соціального забезпечення, комунальних послуг, ремонтів, робіт, послуг, інше (за грошові кошти)						Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати, інше	Цільове фінансування									
3. Структура придбання, оприбуткування за грошові кошти та у натуральній формі								З державного бюджету (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)		З обласного, районного та		Благодійна допомога					

Вкладка «Аналіз» — ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2024 рік

КНП «Лиманська центральна районна лікарня» (ЄДРПОУ 01989839), форма 1-нс

ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2024 рік (річний)																
1. Структура надходжень до КНП грошових коштів та ресурсів в натуральній формі																
		у тому числі за джерелами фінансування														
	Всього	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Нецільова благодійна допомога	Інше	Державний бюджет (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Цільова благодійна допомога								
тис. грн.	54 204,18	31 330,22	25,68	0	5 925,99	0	6 753,87	10 168,43								
%	100	57,80	0,05	0	10,93	0	12,46	18,76								
2. Рух грошових коштів																
№ з/п	Показники				тис. грн.	структура, %										
1	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на початок періоду				21 289,70	32,59										
2	Грошові кошти на початок періоду				21 289,70	32,59										
3	Поточні фінансові інвестиції на початок періоду				0	0										
4	Надходження грошових коштів				44 035,75	67,41										
5	Всього грошових коштів та фінансових інвестицій в наявності				65 325,45	100										
6	Використання грошових коштів				44 264,05	67,76										
7	Поточні фінансові інвестиції на кінець періоду				0	0										
8	Грошові кошти на кінець періоду				21 061,40	32,24										
9	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на кінець періоду				21 061,40	32,24										
* придбання ТМЦ, капітальних інвестицій, оплати праці (у т.ч. ЄСВ), соціального забезпечення, комунальних послуг, ремонтів, робіт, послуг, інше (за грошові кошти)							Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати, інше	Цільове фінансування							
3. Структура придбання, оприбуткування за грошові кошти та у натуральній формі									3 державного бюджету (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)		3 обласного, районного та бюджету місцевого самоврядування		Благодійна допомога			
№ з/п	Показники				тис. грн.	структура, %			грошові кошти	натуральна форма	грошові кошти	натуральна форма	грошові кошти	натуральна форма	перевірка	
1	Всього придбання, оприбуткування*				50 269,80	100,18	34 982,25		15 198,25							89,30

	покупцем продукції та товарів та інші суми, що підлягають вирахуванню з доходу)													
1.2.	Інший операційний дохід, у тому числі				9 412,40	20,81								
1.2.1.	ціловий інший операційний дохід				7 083,65	15,66								
1.2.2.	дохід від оренди, від компенсації за комунальні платежі від орендаря, інше				2 328,75	5,15								
1.2.3.	дохід для покриття витрат (збитків) за рахунок бюджету				0	0								
1.3.	Неопераційний дохід				4 426,18	9,79								
1.3.1.	у тому числі від амортизації по НА та ОЗ				2 485,34	5,50								
1.4.	Коригування прибутку по дооцінці				0	0								
2	Витрати періоду				45 406,34	100,40								
2.1.	Матеріальні витрати				10 485,30	23,18								
2.2.	Витрати на оплату праці				24 663,69	54,54								
2.2.1.	Зарплата та інші виплати				24 663,69	54,54								
2.2.2.	Витрати на створення резерву відпусток				0	0								
2.3.	Відрахування на соціальні заходи				5 298,19	11,72								
2.4.	Соціальне забезпечення				137,04	0,30								
2.5.	Амортизація				3 388,37	7,49								
2.6.	Інші операційні витрати				1 344,47	2,97								
2.7.	Собівартість реалізованої готової продукції				0	0								
2.8.	Собівартість реалізованих товарів				0	0								
2.9.	Інші витрати				89,30	0,20								
3	Результат (різниця між загальним доходом та витратами періоду)				-181,41	-0,40								
Рух запасів														
					Сальдо на початок періоду	Дт	Кт (використання)	Сальдо на кінець періоду	Використання запасів у середньому у місяць	Кількість середньомісячних запасів на складі на кінець періоду	Кт розрахунковий			
Запаси, тис. грн.					4 161,80	4 086,73	3 543,10	4 705,40	295,26	15,94	3 543,13			
використання та залишок всіх запасів у % до наявних						100	42,95	57,05						
структура залишків запасів та придбання, оприбуткування, %					50,46	49,54								

Вкладка «Аналіз» — ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2025 рік

КНП «Лиманська центральна районна лікарня» (ЄДРПОУ 01989839), форма 1-нс

ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ТА ВИТРАТИ за 2025 рік (річний)																
1. Структура надходжень до КНП грошових коштів та ресурсів в натуральній формі																
		у тому числі за джерелами фінасування														
	Всього	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Нецільова благодійна допомога	Інше	Державний бюджет (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Цільова благодійна допомога								
тис. грн.	37 598,23	28 465,82	119,68	0	4 004,92	0	3 397,92	1 609,90								
%	100	75,71	0,32	0	10,65	0	9,04	4,28								
2. Рух грошових коштів																
№ з/п	Показники				тис. грн.	структура, %										
1	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на початок періоду				21 061,40	36,92										
2	Грошові кошти на початок періоду				21 061,40	0										
3	Поточні фінансові інвестиції на початок періоду				0	0										
4	Надходження грошових коштів				35 988,33	63,08										
5	Всього грошових коштів та фінансових інвестицій в наявності				57 049,73	100										
6	Використання грошових коштів				33 794,43	59,24										
7	Поточні фінансові інвестиції на кінець періоду				0	0										
8	Грошові кошти на кінець періоду				23 255,30	40,76										
9	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на кінець періоду				23 255,30	40,76										
* придбання ТМЦ, капітальних інвестицій, оплати праці (у т.ч. ЄСВ), соціального забезпечення, комунальних послуг, ремонтів, робіт, послуг, інше (за грошові кошти)						Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати, інше	Цільове фінасування								
3. Структура придбання, оприбуткування за грошові кошти та у натуральній формі								3 державного бюджету (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)	3 обласного, районного та бюджету місцевого самоврядування	Благодійна допомога						

1.1.2.1.	дохід за рахунок надання платних послуг	88,94	0,20												
1.1.2.2.	дохід ПМГ з авансами ПМГ	28 465,82	63,60												
1.1.3.	Вирахування з доходу (сума наданих після дати реалізації знижок покупцям, вартість повернутих покупцем продукції та товарів та інші суми, що підлягають вирахуванню з доходу)	0	0												
1.2.	Інший операційний дохід, у тому числі	8 342,63	18,64												
1.2.1.	цільовий інший операційний дохід	5 114,22	11,43												
1.2.2.	дохід від оренди, від компенсацій за комунальні платежі від орендаря, інше	1 007,66	2,25												
1.2.3.	дохід для покриття витрат (збитків) за рахунок бюджету	0	0												
1.3.	Неопераційний дохід	7 861,73	17,56												
1.3.1.	у тому числі від амортизації по НА та ОЗ	1 818	4,06												
1.4.	Коригування прибутку по дооцінці	0	0												
2	Витрати періоду	43 294,78	96,73												
2.1.	Матеріальні витрати	7 666,16	17,13												
2.2.	Витрати на оплату праці	19 929,44	44,53												
2.2.1.	Зарплата та інші виплати	19 929,44	44,53												
2.2.2.	Витрати на створення резерву відпусток	0	0												
2.3.	Відрахування на соціальні заходи	4 372,46	9,77												
2.4.	Соціальне забезпечення	223,64	0,50												
2.5.	Амортизація	2 819,92	6,30												
2.6.	Інші операційні витрати	1 123,58	2,51												
2.7.	Собівартість реалізованої готової продукції	0	0												
2.8.	Собівартість реалізованих товарів	0	0												
2.9.	Інші витрати	7 159,58	16												
3	Результат (різниця між загальним доходом та витратами періоду)	1 464,34	3,27												
Рух запасів															
	Сальдо на початок періоду	Дт	Кт (використання)	Сальдо на кінець періоду	Використання запасів у середньому у місяць	Кількість середньомісячних запасів на складі на кінець періоду	Кт розрахунковий								



**ДОНЕЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДОНЕЦЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
РОЗПОРЯДЖЕННЯ
ГОЛОВИ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
НАЧАЛЬНИКА ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

від 13.12.2024

Краматорськ

№ 832/5-24

Про підтвердження підприємствам статусу критично важливих для функціонування економіки та забезпечення життєдіяльності населення в особливий період на території Донецької області

Відповідно до статей 6, 41 Закону України «Про місцеві державні адміністрації», статті 15 Закону України «Про правовий режим воєнного стану», указів Президента України від 24 лютого 2022 року № 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні», затвердженого Законом України від 24 лютого 2022 року № 2102-IX, 24 лютого 2022 року № 68/2022 «Про утворення військових адміністрацій», керуючись Критеріями та порядком, за якими здійснюється визначення підприємств, установ та організацій, які є критично важливими для функціонування економіки та забезпечення життєдіяльності населення в особливий період, а також критично важливими для забезпечення потреб Збройних Сил, інших військових формувань в особливий період, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 2023 року № 76 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 5 червня 2024 року № 650) (далі – Критерії та порядок), враховуючи підпункти 1, 2 пункту 1 розпорядження голови облдержадміністрації, начальника обласної військової адміністрації від 15 грудня 2023 року № 613/5-23 «Про визначення підприємств критично важливими для функціонування економіки та забезпечення життєдіяльності населення в особливий період на території Донецької області», підпункт 1 пункту 1 розпорядження голови облдержадміністрації, начальника обласної військової адміністрації від 27 грудня 2023 року № 640/5-23 «Про визначення підприємств і установи критично важливими для функціонування економіки та забезпечення життєдіяльності населення в особливий період на території Донецької області»:

1. Підтвердити статус критично важливого підприємства для функціонування економіки та забезпечення життєдіяльності населення в особливий період на території Донецької області:

1) КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР З ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ М.МАРІУПОЛЬ»/КНП «МЦПЛЗ М.МАРІУПОЛЬ» (ЄДРПОУ 03097856, податковий номер платника податків 030978505837) як такому, що відповідає критеріям, встановленим підпунктами 5, 6 пункту 2 Критеріїв та порядку:

ДОНЕЦЬКА ОДА

832/5-24 від 13.12.2024



2) КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ЛИМАНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»/КНП «ЛИМАНСЬКА ЦРЛ» (ЄДРПОУ 01989839, податковий номер платника податків 019898305179) як такому, що відповідає критеріям, встановленим підпунктами 5, 6 пункту 2 Критеріїв та порядку;

3) КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» ЛИМАНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ/КНП «ЦПМСД» ЛИМАНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ (ЄДРПОУ 37894885) як такому, що відповідає критеріям, встановленим підпунктами 5, 6 пункту 2 Критеріїв та порядку.

2. Департаменту економіки облдержадміністрації (Мар'яненко) в одноденний строк з дня прийняття цього розпорядження направити його копію Міністерству економіки України, Міністерству оборони України та юридичним особам, зазначеним у пункті 1 цього розпорядження.

3. Це розпорядження діє протягом одного року з дня його прийняття.

4. Координацію роботи з виконання цього розпорядження покласти на департамент економіки облдержадміністрації, контроль – на заступника голови облдержадміністрації Ігоря Бойка.

Голова облдержадміністрації
начальник обласної військової
адміністрації



Вадим ФІЛАШКІН

ЗГОДА

здобувача(чки) освіти Державного університету економіки і технологій про перевірку кваліфікаційної роботи на прояви академічного плагіату та розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, **Комісарова Віра Сергіївна**, підтримую політику Державного університету економіки і технологій з академічної доброчесності і відкритого доступу. Стверджую, що кваліфікаційна бакалаврська робота **«Реформування системи охорони громадського здоров'я: державно - управлінський аспект»** виконана самостійно та не містить академічного плагіату. Я не надавав і не одержував недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Державного університету економіки і технологій ознайомлений. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення норм академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Також я поінформований, що відповідно до пункту 5.8 «Положення про Репозитарій (електронну базу даних) Державного університету економіки і технологій» згадана робота буде розміщена в Електронному архіві Університету (Репозитарії ДУЕТ) та ознайомлений з умовами такого розміщення.

19.06.2026р.



Віра КОМІСАРОВА