

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 навчання	заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Бойко Яни Артемівни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему Удосконалення публічного управління у сфері
охорони здоров'я на засадах системно-модельного
підходу

(повна назва теми)

за матеріалами

(повна назва бази дослідження)

науковий керівник

Канд. з держ. упр.

(наук. ступінь, вчене звання)

(підпис)

С. КАРАКОВ

(ініціал, прізвище)

Робота допущена до захисту в ЕК

Протокол засідання кафедри

від «20» січня 2026 р. № 6

Завідувач

кафедри

(підпис)

к.е.н., доцент

Наук. ступінь, вчене звання

Г. ПУРІЙ

Ініціал, прізвище

Завдання на кваліфікаційну магістерську 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 навчання	заочна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач
кафедри

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

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ

Бойко Яни Артемівни

1. Тема Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу

Керівник роботи канд. з держ. упр. Караков С.В.

затверджено наказом закладу вищої освіти від «20» жовтня 2025 р. № 719-ст

2. Строк подання здобувачем роботи до «19» січня 2026 р.

3. Зміст кваліфікаційної магістерської роботи, об'єкт, предмет та мета дослідження:

Розділ 1 Охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності

1.1 Охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності: теоретичні аспекти

1.2 Система управління сферою охорони здоров'я в Україні

1.3 Механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України

Розділ 2 Характеристика публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я з позицій системного підходу

2.1 Системний підхід як управлінська парадигма успішної реалізації медичної реформи в Україні

2.2 Аналіз система охорони громадського здоров'я та її роль у розвитку медичної реформи України

2.3 Аналіз роботи департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації.

Розділ 3 Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу

3.1. Аналіз світових моделей управління у сфері охорони здоров'я для впровадження в Україні

3.2 Концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період

Об'єкт дослідження: процес дослідження публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження: сукупність теоретичних, методологічних положень та інструментів дослідження розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

Мета кваліфікаційної магістерської роботи: розроблення пропозицій щодо розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

5. Дата видачі завдання «31» жовтня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Відмітка керівника про виконання етапів (дата, підпис)
1	Підготовка розділу 1	29.12.2025 р.	29.12.2025 р.
2	Підготовка розділу 2	05.01.2026 р.	05.01.2026 р.
3	Підготовка розділу 3	12.01.2026 р.	12.01.2026 р.
4	Перевірка кваліфікаційної магістерської роботи на наявність ознак академічного плагіату	13.01.2026 р.- 14.01.2026 р.	13.01.2026 р.- 14.01.2026 р.
5	Отримання відгуку від наукового керівника	до 16.01.2026 р.	16.01.2026 р.
6	Подання кваліфікаційної роботи на перегляд завідувачу кафедри	до 19.01.2026 р.	19.01.2026 р.
7	Реєстрація завершеної кваліфікаційної роботи	до 19.01.2026 р.	19.01.2026 р.
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи на кафедрі	20.01.2026 р.	20.01.2026 р.
9	Підготовка до захисту в ЕК	до 26.01.2026 р.	26.01.2026 р.

Завдання підготував науковий керівник

(підпис)

Караков С.В.
(прізвище та ініціали)

Завдання одержав

(підпис)

Бойко Я.А.
(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

здобувачки спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» Бойко Я.А. «Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу». – Державний університет економіки і технологій, 2025 р.

Кваліфікаційна магістерська робота містить 75 сторінок, 5 таблиць, 3 рисунка.

При підготовці роботи використано 68 джерел.

Метою роботи є : розроблення пропозицій щодо розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно- модельного підходу.

Завданнями роботи є: розкрити сутність публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я; проаналізувати механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України; охарактеризувати публічноуправлінську діяльність у сфері охорони здоров'я з позицій системного підходу; проаналізувати системні риси нової управлінської парадигми в реалізації медичної реформи в Україні; виокремити публічноуправлінські особливості в реалізації світових моделей управління у сфері охорони здоров'я; окреслити концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період.

Об'єкт дослідження роботи – процес дослідження публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – сукупність теоретичних, методологічних положень та інструментів дослідження розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління системою охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, локальний рівень управління медичними установами та організаціями.

Основні положення та висновки результатів дослідження доповідалися та обговорювалися на конференції з відповідною публікацією, зокрема на IV Міжнародній науково-практичній інтернет конференції « Сучасна наука та

освіта: стан, проблеми, перспективи», м. Полтава 20-21 березня 2025р р. з публікацією тез

Ключові слова: публічне управління та адміністрування, системно-модульний підхід, охорона здоров'я, система охорони здоров'я, державна політика у сфері охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, ефективність управління, управлінські рішення, інституційне забезпечення, медичні послуги, стратегічне управління, органи публічної влади, медична реформа, якість медичної допомоги.

ЗМІСТ

	Стор
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК СФЕРА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	11
1.1 Охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності: теоретичні аспекти	11
1.2 Система управління сферою охорони здоров'я в Україні	14
1.3 Механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України	21
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЙ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ	32
2.1 Системний підхід як управлінська парадигма успішної реалізації медичної реформи в Україні	32
2.2 Аналіз система охорони громадського здоров'я та її роль у розвитку медичної реформи України	36
2.3 Аналіз роботи департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації.	48
Висновки до розділу 2	57
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ СИСТЕМНО-МОДЕЛЬНОГО ПІДХОДУ	59
3.1.Аналіз світових моделей управління у сфері охорони здоров'я для впровадження в Україні	59

3.2 Концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період	69
Висновки до розділу 3	79
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальність теми. В сучасних умовах галузь охорони здоров'я є не тільки фундаментом функціонування та розвитку національної економіки, але й розглядається як сфера національних пріоритетів та національної безпеки в контексті глобалізаційних та інтеграційних викликів, особливо в умовах ризиків поширення інфекційних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, COVID-19) [1]. А для України, яка з 2022 року зазнала значних втрат через повномасштабну збройну агресію, роль системи охорони здоров'я та її повноцінне функціонування є державним пріоритетом і завжди перебуває у центрі уваги вищого керівництва держави. Такий підхід повністю корелює з відповідними стратегіями країн ЄС у сфері охорони здоров'я. Так, «Основи європейської політики та стратегія для ХХІ століття», містять рекомендації для національних урядів щодо здійснення політики систематичного підвищення рівня розвитку і функціонування інституційної системи у галузі охорони здоров'я.

Для України в умовах довготривалої збройної агресії, а також в умовах поглиблення медичної реформи та адміністративно-територіальної реформи, вкрай необхідним є продовження політичного діалогу між органами влади та громадськістю з метою узгодження децентралізації функцій управління з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я. Тож створення умов для належного функціонування єдиного медичного простору в умовах війни та повоєнної відбудови є вкрай актуальним для України з огляду на її євроінтеграційні пріоритети, а також для реалізації стратегічних програм розвитку, першочерговим з яких є недопущення розвитку пандемій, надання якісних та доступних медичних послуг населенню. Теоретичні та практичні аспекти публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я є об'єктом активних досліджень багатьох вітчизняних учених. Дослідженню теоретичних засад та розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я присвячені наукові праці таких дослідників, як М.Білинська, Я.Радиш, Д.Карамішев,

С.Линник, З.Надюк, О.Федько та інших.

Метою магістерського дослідження – розроблення пропозицій щодо розвитку публічного управління у сфері охорони здоров’я на засадах системно-модельного підходу. Для досягнення мети запропоновано вирішення таких завдань:

- розкрити сутність публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров’я;
- проаналізувати механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України;
- охарактеризувати публічноуправлінську діяльність у сфері охорони здоров’я з позицій системного підходу;
- проаналізувати системні риси нової управлінської парадигми в реалізації медичної реформи в Україні;
- виокремити публічноуправлінські особливості в реалізації світових моделей управління у сфері охорони здоров’я;
- окреслити концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров’я у повоєнний період.

Об’єкт дослідження – процес дослідження публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров’я.

Предмет дослідження – сукупність теоретичних, методологічних положень та інструментів дослідження розвитку публічного управління у сфері охорони здоров’я на засадах системно-модельного підходу.

Методи дослідження. Методологія дослідження дослідження має широкий комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. На основі діалектичного методу пізнання досліджено сучасний стан наукових розробок вітчизняних та зарубіжних учених з питань публічного управління галуззю охорони здоров’я. Для дослідження тенденцій та актуальних проблем у системі управління галуззю використано системний підхід. На основі системно-аналітичного методу проаналізовано чинну в Україні систему державного управління галуззю, нормативно-правові основи та стратегічні пріоритети

проведення медичної реформи в Україні.

Практичне значення одержаних результатів дослідження

Основні положення та висновки результатів дослідження доповідалися та обговорювалися на конференції з відповідною публікацією, зокрема на IV Міжнародній науково-практичній інтернет конференції « Сучасна наука та освіта: стан, проблеми, перспективи», м. Полтава 20-21 березня 2025р р. з публікацією тез. Сертифікат №3/2189 (0,4 кред. ECTS). Досвід німецькоконцентрованої наукової системи і впровадження SDG 30. / Г.В.Пурій, Я.А. Бойко //: Збірник тез за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної інтернет конференції «Сучасна наука та освіта: стан, проблеми, перспективи» м. Полтава, 20-21 березня 2025 р. ДЗ « Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», 2025, С 88-91.

Обсяг та структура кваліфікаційної магістерської роботи. Основний зміст роботи викладено на 75 сторінках комп'ютерного тексту, включаючи вступ, три розділи, висновки, рекомендації. Список використаних джерел містить 68 джерел. У роботі наведено 5 таблиць, 3 рисунка, 1 додаток.

РОЗДІЛ 1

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК СФЕРА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1 Охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності: теоретичні аспекти

Упродовж останніх десятиліть у сфері охорони здоров'я сформувалась стійка тенденція, що є характерною для багатьох розвинених країн світу. Національні уряди тією чи іншою мірою реформували національну модель управління системою охорони здоров'я. Особливих змін потребували національні системи охорони здоров'я упродовж пандемії COVID-19 [1]. А для України зміни в сфері охорони здоров'я повторно почали свій розвиток після початку повномасштабного вторгнення Російської Федерації у 2022 році. За даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року було підтверджено 473 напади на об'єкти охорони здоров'я, внаслідок яких загинуло не менше 98 осіб, 134 отримали поранення. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 перебували на тимчасово окупованих територіях, зруйновано 123 об'єкти охорони здоров'я. На кінець 2021 року в Україні налічувалося близько 3000 медичних закладів. Тобто, через збройну агресію в Україні постраждав майже кожний третій медзаклад. Але, перш ніж досліджувати питання публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я, звернімо увагу на важливі акценти понятійно-категоріального апарату.

При аналізі наукової та довідкової літератури знайдені наступні підходи до сутності охорони здоров'я:

— охорона здоров'я як галузь діяльності держави. Такий підхід підтримує Опалько В.В. зазначаючи, що «охорона здоров'я - галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування

населення. Охорона здоров'я це надважливий елемент національної безпеки держави». Відповідно до зазначеної дефініції система охорони здоров'я розглядається, як галузь діяльності держави у контексті медичного обслуговування, що дозволить забезпечити національну безпеку держави. У такому ж контексті систему охорони здоров'я розглядає дослідник Дурманов Б., пропонуючи наступне визначення: «охорона здоров'я - це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян». Цікавим являється те що в даному тлумаченні автор виділяє охорону здоров'я як галузь економіки. Дане визначення не може бути прийнято повністю, адже економічний аспект охорони здоров'я є надто вузьким і не може охарактеризувати усю специфіку систем охорони здоров'я.

Янова В.В. та Лесниченко Е.Н. розглядають також охорону здоров'я як галузь, проте не економіки та держави, а як галузь сфери обслуговування. Так, автори пропонують наступне тлумачення: «Охорона здоров'я - одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження здоров'я особистості, збереження здоров'я трудящих, профілактиці хвороб мають велике значення для виробництва, так як під впливом цих факторів зростає активний період людської діяльності і знижуються втрати робочого часу». Зазначений визначення може бути прийнятим лише за умови коли охорона здоров'я є об'єктом наукового дослідження в економічних науках.

Баранбаєва Л.З. пропонує під охороною здоров'я розглядати наступне:

- «сукупність галузей і організацій, що задовольняють потреби населення по охороні здоров'я. У цій сфері відбувається створення умов для відтворення працівника з метою продовження роду, підтримки і поліпшення його здоров'я». У даному випадку визначення більш широке, адже охоплює не тільки медицину, як галузь, але й фармацією та інші галузі що забезпечують якість здоров'я населення;

- охорона здоров'я як система заходів. У даному напрямі зміст охорони здоров'я розглядав Лисицин Ю.П., який зазначає наступне: «охорона здоров'я суспільства – це система громадських і державних соціально-економічних та

медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я народу». Автор вважає, що запропоновані заходи забезпечуються як державою через систему державного управління так і громадськістю. Тому визначені заходи носять не тільки соціально-економічний але і медичний характер, що дозволяє визначити властивості системи охорони здоров'я як об'єкту державного управління. Булеца С.Б. вважає, що «охорона здоров'я – це система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини». Визначення є схожим на попередні, але не надає характеристики таким заходам, зазначаючи, що вони направлені на захист здоров'я, попередження та лікування захворювань;

— охорона здоров'я як медицина. Даного підходу дотримується К.І. Вінслоу, який вважає, що «охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей». Слід наголосити, що автор звертає увагу на значущість охорони здоров'я, як показник розвитку суспільства. Така варіативність підходів до сутності охорони здоров'я може бути поясненна об'єктно-предметним полем дослідження. З огляду на це, все залежить від об'єкта та предмета дослідження, вченні наділяють охорону здоров'я певними ознаками, що в результаті й визначає зміст зазначеного поняття. Таким чином, мета та завдання дослідження визначають особливості та напрямки розвитку дослідження системи охорони здоров'я. В більшості випадків мета, яка поставлена перед дослідженням охарактеризовує об'єкт та проблему, над вирішенням котрої працює автор. Міждисциплінарність охорони здоров'я обумовлює те, що для характеристики охорони здоров'я необхідно залучення різних сфер (економіка, право, медицина, соціологія, державне управління та інші). Тому саме в залежності від сфери наук в подальшому можливе визначення змісту поняття. З метою вивчення будь-якого об'єкта дослідник обирає сукупність методів, в більшості випадків вибір таких методів несе суб'єктивний характер, що доводить до висновків щодо змісту

охорони здоров'я. Ми вважаємо, що суть дефініції «охорона здоров'я» повинно брати до уваги всі вище зазначенні підходи, щоб інтегрувати широкий спектр показників як об'єкту впливу державноуправлінських рішень.

1.2 Система управління сферою охорони здоров'я в Україні

Українська держава розпочала шлях активного упровадження організаційно-функціональної перебудови управління медичною сферою ще понад 10 років тому, обравши євроінтеграційний курс свого подальшого розвитку [2]. Мета реформи — перейти до відкритого суспільства, де рішення приймаються законно та прозоро. Трансформація системи охорони здоров'я полягає в оновленні її стратегії та інституційної бази. Реформа базується на трьох стовпах: конкретному пакеті заходів (зміст), алгоритмі впровадження (процес) та модернізації систем управління (інститути).

Реформа в галузі охорони здоров'я відбувається поетапно. Відповідно до указу Президента України була затверджена «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» (2000), на основі якої сформована Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр. Продовжуючи реформування галузі охорони здоров'я, 6 грудня 2005 р. Президентом України В. Ющенком підписано Указ № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», а на його виконання розроблено Національний план дій (Дорожня карта реформування охорони здоров'я). Суттєво новим в реформуванні системи охорони здоров'я стало прийняття у 2018 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначив надання державних фінансових гарантій, які необхідні пацієнтам для отримання послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Вищезазначений закон України докорінно змінив з 01 квітня 2020 року систему

фінансування бюджетних закладів охорони здоров'я. З настанням періоду, який позначився впливом негативних зовнішніх чинників (пандемія COVID-19 та розгортання повномасштабної війни) з 2020 року і по теперішній час українська держава продовжує вдосконалювати моделі вироблення та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

В організаційному плані, як зазначала В.М. Лехан, розпочата галузева реформа на початку реалізації була недостатньою системною, не відповідала принципам послідовності та наступності в реалізації засад державної політики, а в окремі періоди була навіть дуже фрагментарною. Основними перешкодами для реформи дослідниця називає: політичну нестабільність (ротації в уряді та МОЗ), брак єдиної узгодженої стратегії між гілками влади, а також законодавчі суперечності, де галузеві акти подекуди конфліктують із Конституцією. Окремою проблемою виступає гострий дефіцит компетентних менеджерів, спроможних впроваджувати зміни.

Моніторинг, проведений експертами ВООЗ та Європейської обсерваторії систем охорони здоров'я у 12 країнах пострадянського простору (включно з Україною), засвідчив глибоку трансформацію їхніх національних медичних моделей за останні два десятиліття. Попри спільне минуле, темпи, зміст та результативність реформ у цих державах суттєво різняться, що безпосередньо залежить від загального політичного курсу кожної країни. Оскільки збереження здоров'я нації є пріоритетною державною функцією, реалізація політики у цій сфері вимагає скоординованої роботи всіх владних інституцій України.

Державна стратегія у сфері охорони здоров'я спрямована на створення ефективних механізмів оздоровлення нації, популяризацію здорового способу життя, а також розвиток систем профілактики та реабілітації. Фундамент цієї політики закладено в Конституції України (зокрема, у статтях 43, 45, 46, 48–50). Ключовим етапом розвитку правового поля стало ухвалення у 1992 році Основ законодавства України про охорону здоров'я — базового акта, що визначив фундаментальні принципи функціонування та розвитку національної медичної системи. [4].

Дослідники проблеми державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що напередодні 2015 року медична галузь держави перебувала в кризовому стані [5].

Основними причинами є:

- трансформація соціально-економічного устрою країни на фоні критично низького рівня оплати праці медичного персоналу;
- суспільний песимізм та низький рівень довіри громадян до якості й результативності медичних послуг;
- нестача фінансових ресурсів та політичної волі протягом тривалого процесу реформування, що створює загрозу демографічній безпеці держави.

Категоріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на демографічні показники та стан здоров'я населення;
- реалізація права кожного громадянина на безперешкодний доступ до медичної допомоги;
- оцінка ефективності системи через рівень задоволеності споживачів медичних послуг.

Систему слід сприймати комплексно: основою її оновлення має стати доктрина інноваційних перетворень в усіх сферах, що забезпечить якісний стрибок у розвитку. Нині держава зберігає монополію на формування медичної політики, проте відчуває брак фінансових ресурсів для її повної реалізації в умовах транзитивної економіки. Водночас відбувається трансформація управління — повноваження децентралізуються, а роль місцевого самоврядування та регіональних органів влади в організації медичної допомоги суттєво зростає.

На думку З. С. Гладуна, державна політика в галузі охорони здоров'я має включати три основних напрями: забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу, охорону здоров'я і медичне страхування, захист прав та свобод людини у сфері охорони здоров'я; організація надання медико-санітарної допомоги населенню, формування єдиного національного медичного простору та ринку медичних послуг; проведення організаційних, фінансових, правових та

інших заходів щодо підтримання здоров'я населення та його охорони і зміцнення [5, с. 194].

Фундаментом вітчизняної політики у сфері охорони здоров'я є визнання та гарантування державою конституційного права кожного громадянина на медичний захист. Цей напрям є стратегічною складовою загального державного курсу, що охоплює підготовку фахівців та реалізацію широкого спектра соціально-економічних, наукових і санітарно-профілактичних заходів. Характерною рисою такої політики у 2026 році залишається її системність та комплексність, що обумовлено глобальними тенденціями до інтеграції та взаємозалежності всіх елементів сучасної медичної галузі.[6].

Система державного регулювання інновацій у медицині являє собою цілісну сукупність функціональних елементів та взаємозв'язків між ними, спрямованих на досягнення стратегічних цілей розвитку галузі. Ефективна реалізація державної інноваційної політики у 2026 році потребує впровадження чітко структурованого та дієвого інструментарію, який дозволить практично втілити регуляторні механізми в охороні здоров'я. [7].

Розробка та реалізація стратегії модернізації медичної галузі потребує інтеграції специфічних механізмів державного управління, адаптованих до актуальних соціальних викликів та наявного ресурсного дефіциту. До ключових інструментів державної політики, що визначають ефективність сфери охорони здоров'я, належать: обсяги та моделі фінансування, архітектура системи на всіх рівнях управління, принципи розподілу коштів, механізми оплати праці надавачів послуг, а також балансування між державним регулюванням і ринковими відносинами у поєднанні із соціальним маркетингом. [8].

Ключову роль у формуванні державної політики та публічному управлінні медичною галуззю відіграє Верховна Рада України. Реалізуючи свої повноваження згідно з п. 33 ч. 1 ст. 85 Конституції України, парламент здійснює контроль та нагляд у сфері охорони здоров'я. Цей вплив є дворівневим: безпосереднім — через законодавче регулювання та адаптацію правового поля до сучасних викликів, та опосередкованим — через діяльність профільних

комітетів. Останні, як структурні одиниці парламенту, забезпечують фахову підготовку законопроектів та попередній розгляд стратегічних питань розвитку медицини.[9].

Важливе місце у системі суб'єктів публічної політики в галузі охорони здоров'я посідає Президент України. Як гарант конституційних прав і свобод (ст. 102 Конституції України), він забезпечує дотримання права громадян на медичну допомогу. Крім того, через очолювану ним Раду національної безпеки і оборони України (РНБО), Президент здійснює стратегічне управління галуззю. Згідно із законодавством, РНБО наділена повноваженнями контролювати діяльність виконавчої влади у сфері захисту здоров'я населення, що підкреслює статус цієї інституції як загальнодержавного суб'єкта медичної політики. [10].

Ключовим суб'єктом формування та реалізації публічної політики в медичній галузі з боку виконавчої влади є Кабінет Міністрів України. Згідно зі статтею 113 Конституції, він очолює систему виконавчих органів держави.[3]. Аналіз профільного закону про Кабінет Міністрів підтверджує, що забезпечення належної охорони здоров'я громадян належить до пріоритетних завдань уряду. [11].

На центральному рівні галузеве управління у системі виконавчої влади здійснює Міністерство охорони здоров'я України. Його правовий статус регламентується Положенням, затвердженим постановою Кабінету Міністрів № 267 від 2015 року. Згідно з цим документом, МОЗ визначено ключовим органом, на який покладено функції формування стратегічного курсу та безпосередньої реалізації державної політики у медичній сфері. [12].

Міністерство охорони здоров'я являється та координатором діяльності Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Відповідно до цього виконує координуючі та контролюючі функції стосовно Національної служби з лікарських засобів та Національної служби здоров'я України [13; 14]. Зазначені служби також слід розглядати в якості спеціально-галузевих суб'єктів публічної політики, які здійснюють відповідну діяльність у сфері охорони здоров'я. Так, згідно з приписами Положення «Про Національну

служба здоров'я України», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101, Національна служба здоров'я України реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [14].

До системи центральних органів виконавчої влади, що впливають на сферу охорони здоров'я, належать МВС (контрольні функції), Міністерство розвитку громад та територій (створення безпечного життєвого середовища через будівельні норми) та Мінсоцполітики (соціальний захист). Аналіз наукових джерел свідчить, що стратегічною метою медичної реформи є реалізація права громадян на якісну та доступну допомогу при раціональному використанні ресурсів. Майбутні розробки мають зосередитися на подоланні демографічної кризи та впровадженні галузевих стандартів лікування. У 2026 році ключовим аспектом реалізації цієї політики є налагодження прозорої комунікації між державою, пацієнтськими організаціями та іншими стейкхолдерами. Так, дослідниця Н.Б. Мезенцева розглядаючи державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України крізь призму історичних та правових підходів говорить про необхідність формування у спеціалістів в галузі медицини особистісного професійного потенціалу, у тому числі й комунікативного, упровадження якого у практичну діяльність галузі охорони здоров'я сприятиме активізації процесу державного регулювання суспільних відносин у цій сфері.

Федоренко Т.А., досліджуючи організаційно-управлінський механізм залучення громадськості до формування та реалізації державної політики України у галузі охорони здоров'я, визначає необхідність формування суспільних відносин у зазначеній сфері на базі таких інститутів громадянського суспільства як медичні установи та організації (асоціації); організації пацієнтів та правозахисні організації; організації, що представляють приватний медичний бізнес, у тому числі представники фармацевтичного бізнесу, медичного страхування, медичного туризму тощо.

Д.В. Карамишев обґрунтував методологічні основи технологізації стратегічного управління та концептуальні засади інноваційних перетворень

системи охорони здоров'я. Дослідник особливо наголошував на необхідності розробки так званого «сценарію інноваційного прориву». Також він поділяв позицію вітчизняного дослідника О.А. Скрипника щодо реалізації структурно-функціональних змін в системі охорони здоров'я як визначального типу розвитку даної системи в сучасних умовах.

Із вищезазначеного, ми можемо зробити висновок, що ключовими напрямками, стратегічними цілями національної політики України в галузі охорони здоров'я мають бути: покращення демографічної ситуації та якість стану здоров'я; фінансове державне забезпечення як пріоритетного для формування комплексних програм лікування, профілактики, реабілітації та ін. заходів щодо охорони здоров'я; визначення глобальних державних та регіональних цілей у сфері охорони здоров'я, показників і критеріїв галузевого управління відповідно до Цілей Сталого Розвитку-2030 [15]; ключовими стратегічними векторами залишаються модернізація державної медицини, пріоритетне зміцнення первинної ланки (ПМСД) та розбудова мережі спроможних лікарень. Кінцевим критерієм успіху є оздоровлення демографічного фону: стимулювання народжуваності, зниження показників смертності серед немовлят і працездатного населення, а також зростання середньої тривалості життя. У сукупності це підтверджує, що охорона здоров'я перебуває у фокусі всіх гілок державної влади та виступає самостійним пріоритетним напрямом публічної політики України. Слід зазначити, що управління трансформаціями в медицині має базуватися на синергії інституційної стабільності та інноваційної гнучкості. Специфіка галузі зумовлює ланцюгову реакцію оновлень: технологічні зрушення неминуче трансформують економічні та управлінські моделі, що зрештою веде до повної інформатизації системи. З огляду на неминучий опір реформам, суб'єкти управління повинні чітко ідентифікувати поточний етап змін та впроваджувати адаптивні стратегії менеджменту. Кінцевою метою є створення життєздатної архітектури системи, здатної не лише протистояти сучасним викликам, а й стабільно самовдосконалюватися в майбутньому.

1.3 Механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України

Сучасна модель фінансування медичної галузі, яка базується на принципі «гроші мають йти за пацієнтом», де бюджетне наповнення на первинній ланці системи охорони здоров'я корелює від кількості пацієнтів, які підписали декларації із сімейними лікарями амбулаторії. Реалізація даного підходу зумовлює необхідність повної автоматизації медичних установ. Саме тому медичними закладами прийнято рішення про зміну статусу на комунальні некомерційні підприємства (КНП). З некомерційними підприємствами держава через уповноважений орган укладає відповідні угоди та відшкодовує кошти за надані медичні послуги в рамках реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Програма медичних гарантій це програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Виокремлюються види медичної допомоги у контексті медичної реформи: кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

- екстрена медична допомога, первинна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку,

встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

На рівні територіальних громад модернізація системи охорони здоров'я реалізується в рамках концепції «До якості медичної допомоги через доступність», яка охоплює три ключові аспекти:

- іміджева доступність: формування комфортного середовища для пацієнтів та забезпечення дотримання внутрішнього розпорядку закладів первинної допомоги;
- територіальна доступність: оптимізація умов надання послуг та налагодження ефективної комунікації між лікарем і пацієнтом;
- медична доступність: вирішення кадрових проблем, впровадження сучасних цифрових інструментів (Call-центри, електронні медичні записи) та реалізація Урядової програми «Доступні ліки» шляхом використання електронного рецепта в системі eHealth.

Фахівці відзначають такі особливості децентралізації в сфері охорони здоров'я: Автономність медичних закладів територіальних громад;

- по завершенню реорганізації – повна автономія для закладу охорони здоров'я шляхом перетворення в комунальні некомерційні підприємства;
- передання всіх керуючих функцій керівництву автономізованого закладу охорони здоров'я;
- місцева влада виступатиме як розпорядник державних коштів, для утримання та модернізації закладу;
- створення муніципальної комунікації у сфері реформування рівня первинної медичної допомоги;
- генеральний директор матиме всі можливості та важелі для оперативного та гнучкого реагування на проблеми.

Експерти наголошують, що процес децентралізації в Україні супроводжується формуванням нової моделі розвитку сільських територій. Ця модель передбачає оновлення системи управління та економічних відносин, де пріоритетом є інвестиції в людський капітал. В умовах цих змін сільські

мешканці потребують посиленої уваги з боку держави, а реформа сільської медицини має бути спрямована насамперед на забезпечення доступності та якості первинної медичної допомоги на місцях.

Згідно з урядовою стратегією, сутність медичної реформи полягає в трансформації галузі задля забезпечення рівних прав громадян на якісне обслуговування, де ключовим орієнтиром є потреби пацієнта. Очікуваним результатом змін у 2026 році є створення ефективної та інклюзивної моделі охорони здоров'я. Вона має гарантувати безпеку медичної допомоги, високу якість життя населення, продуктивну зайнятість медичного персоналу та надійну систему соціальної підтримки.

Зазначається, що первинна ланка медичної допомоги відіграє ключову роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19.

У Програмі медичних гарантій визначено п'ять пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги: лікування гострого мозкового інсульту; лікування гострого інфаркту міокарда; допомога при пологах; допомога у складних неонатальних випадках; інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань. До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. Забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління розробкою функціоналу системи та розроблено RoadMap (дорожню карту розробок компонентів eHealth). Зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (запущено електронний медичний висновок про народження дитини).

Пріоритетними цілями трансформації системи охорони здоров'я визначено: модернізацію системи фінансування системи охорони здоров'я; впровадження інноваційних економічних моделей на рівні спеціалізованої та

високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів); створення механізмів фінансового захисту громадян для запобігання від надмірних витрат; забезпечення стабільної роботи моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який гарантує рівний доступ для всіх верств населення; модернізація та регулярне оновлення матеріально-технічної бази, впровадження міжнародних стандартів для організації інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги; запровадження сучасних технологій у рутинній медичній практиці та доступність населення до сучасних лікування.

Виокремлюють чотири пріоритетні напрями децентралізації управління у сфері охорони здоров'я: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби.

Реалізація державної політики у 2026 році передбачає комплексне розв'язання завдань, що охоплюють фінансове зміцнення галузі та суттєве підвищення доходів медичного персоналу. Особлива увага приділяється якості допомоги через оновлення національних стандартів, впровадження державної оцінки медичних технологій та розбудову системи суворого контролю. Держава стимулює ринкову конкуренцію та інвестиційну привабливість медицини, використовуючи механізми державно-приватного партнерства, податкові пільги для приватного капіталу та розвиток добровільного страхування. Паралельно триває модернізація інфраструктури: формування спроможної мережі закладів, розвиток трансплантології, телемедицини, цифрових сервісів eHealth та екстреної допомоги. Пріоритетними напрямами залишаються лікування онкологічних, психічних та орфанних захворювань, боротьба з туберкульозом, а також зміцнення системи громадського здоров'я з урахуванням досвіду протидії пандеміям. Завершує цей цикл реформ прозоре регулювання фармацевтичного ринку та активний розвиток вітчизняної медичної освіти й науки.

Аналіз періоду з 2012 року до 2026 року демонструє кардинальну перебудову сутності та змісту національної системи охорони здоров'я. Ці системні зрушення спричинили неминучу трансформацію архітектури

публічного управління галуззю. З огляду на масштабність змін, постає потреба у ґрунтовному дослідженні нових інструментів адміністрування, які мають забезпечити ефективне функціонування оновленої медичної моделі на сучасному етапі.

У період початку пандемії COVID-19, а саме 1 квітня 2020 року в Україні було запроваджено новий механізм фінансування медичних установ за надані послуги населенню. Постановою Кабінету Міністрів України була затверджена Програма державних гарантій медичного обслуговування населення [16].

Програма медичних гарантій ґрунтується на законодавчо закріпленому порядку бюджетного фінансування медичної сфери та принципі абсолютної соціальної рівності. Система передбачає надання ідентичних державних гарантій усім пацієнтам без винятку, незалежно від їхнього соціального статусу, місця реєстрації, переконань чи інших характеристик, забезпечуючи універсальний доступ до охорони здоров'я. Діяльність програми спрямована на підтримку та відновлення здоров'я громадян через надання виключно якісної медичної допомоги та необхідних препаратів. Пріоритетами є раціональний розподіл бюджетних коштів і забезпечення цільового фінансування галузі. При цьому система базується на засадах універсальності, гарантуючи кожному пацієнту справедливий доступ до лікування, а також забезпечує чітке планування та прогнозованість обсягів медичної підтримки на загальнодержавному рівні. Ключовими чинниками ефективності програми є відкритість управлінських процесів та відповідальність державних і місцевих інституцій за використання ресурсів. Разом із цим, політика у сфері медичного обслуговування у 2026 році орієнтована на розвиток конкурентного середовища, яке гарантує рівні можливості для всіх медичних установ, незалежно від їхньої форми власності чи статусу.

Постанова від 5 лютого 2020 р. № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» визначає механізми забезпечення оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням:

- екстреної;

- вторинної (спеціалізованої);
- третинної (високоспеціалізованої);
- паліативної медичної допомоги;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами;
- медичної реабілітації.

На практиці положення урядової Постанови вступили в силу дещо пізніше, а саме з 1 квітня 2020 року.

Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, пов'язаних з наданням за принципом екстериторіальності [17]:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

У межах реалізації програми медичних гарантій Національна служба здоров'я України (НСЗУ) забезпечує реімбурсацію препаратів для пацієнтів із бронхіальною астмою, цукровим діабетом II типу та серцево-судинними патологіями. Виступаючи у ролі уповноваженого державного органу, НСЗУ відповідає за укладання договорів на медичне обслуговування населення. Як центральний орган виконавчої влади, що впроваджує політику фінансових гарантій у медицині, ця інституція наділена такими ключовими функціями:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
- 2) проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- 3) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за

програмою медичних гарантій;

4) розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

5) укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;

6) здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачам використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;

7) отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (у тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення його повноважень, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;

8) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;

9) здійснення інших повноважень, визначених законом.

Фінансування наданої медичної допомоги здійснюється Національною службою здоров'я України на підставі відповідних звітів, з урахуванням встановлених тарифів та коригувальних коефіцієнтів. Процедура оплати регламентується типовим договором, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410, і здійснюється суворо в межах передбачених бюджетних асигнувань на відповідний період. Важливо, що за послуги, які оплачує держава, надавачам суворо заборонено вимагати або приймати будь-яку плату від пацієнтів чи їхніх довірених осіб.

До тарифу на медичні послуги не включено вартість лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які забезпечуються у централізованому порядку за рахунок інших програм державного бюджету. Попередня оплата медичних послуг за договорами здійснюється в порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2019 р. № 1070 «Деякі питання здійснення розпорядниками (одержувачами) бюджетних

коштів попередньої оплати товарів, робіт і послуг, що закуповуються за бюджетні кошти».

Національна служба здоров'я України укладає договори на підставі поданих заяв про укладення договорів, поданих разом з необхідними документами та інформації, внесеної до системи, відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410.

Попри реформаторські ініціативи, у суспільстві виник значний резонанс через неготовність багатьох медичних установ до переходу на нову модель функціонування. Через дефіцит кадрів, застарілу матеріальну базу та відсутність необхідних інформаційних систем значна частина закладів не змогла вчасно розпочати роботу за новими правилами. Це створило реальні ризики обмеження доступу населення до гарантованої медичної допомоги. Статистичні дані НСЗУ за березень 2020 року підтвердили масштаби проблеми: близько 15–20% поданих заявок на контрактування відхилялися через невідповідність установ встановленим критеріям. Крім того, на той етап спостерігався брак публічної інформації про договори із закладами спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги.

Слід звернути увагу на недостатній рівень фінансування, який не дозволяє органам місцевого самоврядування забезпечити виконання вимог ПМГ та виконувати делеговані державою повноваження на забезпечення доступності і безоплатності медобслуговування. Зкладами охорони здоров'я було обраховано тарифи на затверджені постановою КМУ від 05.02.2020 №65 пакети медичних послуг. Затверджені тарифи у багатьох випадках є дефіцитними, оскільки вони не забезпечують повного покриття фактичної собівартості медичних послуг. Особливої уваги потребує питання фінансування медоглядів для дітей і працівників бюджетних установ, а також роботи персоналу у складі військово-лікарських та призовних комісій, оскільки джерела коштів для цих напрямів залишаються невизначеними. Крім того, надто суворі критерії щодо технічного

оснащення та чисельності медичного штату стають перешкодою для контракування закладів на надання окремих видів допомоги.

Вже пізніше, в умовах поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, також необхідно було б передбачити значно більші ресурси на відшкодування відпусток і лікарняних працівникам бюджетної сфери, на придбання засобів індивідуального захисту для медичних працівників, медичного обладнання – багато хворих потребуватимуть штучної вентиляції легень. Потрібно було більш ретельно виконувати рекомендацію Президента України про матеріальне заохочення медичних працівників.

Ще один важливий аспект проблематики удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я є забезпечення хворих життєво необхідними ліками, наприклад хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну. Певні кроки у цьому напрямку були зроблені урядом та профільним міністерством у переломному періоді квітня 2020 року. Постановою № 65 внесено зміни до постанови від 27 листопада 2019 р. № 119 «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік», зокрема, передбачено для відшкодування вартості інсулінів для лікування цукрового діабету та лікарських засобів для лікування нецукрового діабету в порядку, встановленому урядом з 01 жовтня до 31 грудня 2020 р. Тобто державні зобов'язання були відтерміновані, але виконані. вартості інсулінів у період з 1 квітня до 1 жовтня 2020 року.

За результатами опитувань органів місцевого самоврядування, рівень фінансування медичною субвенцією на I квартал 2020 року був критично низьким — лише 40% від потреби. Це змушує більшість громад самостійно дофінансовувати медичні заклади в обсягах, що часто перевищують отримані державні кошти. Ситуація може загостритися та спричинити соціальну напругу, якщо витрати на інсуліни також будуть покладені на місцеві бюджети, що є непосильним фінансовим тягарем, особливо для дотаційних територій. Як наслідок, Асоціація міст України отримує численні звернення із застереженнями,

що визначені Кабміном опорні лікарні не зможуть повноцінно та вчасно забезпечити якісною допомогою населення громад. [18].

Відсутність нормативно закріплених критеріїв та методики формування мережі опорних лікарень викликає занепокоєння Асоціації міст України щодо прозорості цього процесу. Існує ризик суб'єктивного підходу при відборі установ, тому вкрай необхідним є запровадження бальної системи оцінки для об'єктивного визначення статусу закладу. Асоціація звернулася до МОЗ із пропозицією офіційно затвердити Порядок формування мережі та чіткі вимоги до опорних об'єктів, а також переглянути їхній перелік у госпітальних округах на період до 2023 року. Впорядкування цієї процедури забезпечить справедливий розподіл ресурсів і дозволить уникнути обґрунтованих претензій у майбутньому.

Висновки до розділу 1

У першому розділі дослідження проведено теоретико-методологічний аналіз охорони здоров'я як об'єкта публічного управління, вивчено структуру управлінської вертикалі в Україні та механізми реалізації державних гарантій. За результатами аналізу сформульовано такі висновки:

По-перше сформовано теоретичне обґрунтування сфери: Охорона здоров'я визначена як специфічна сфера публічно-управлінської діяльності, спрямована на забезпечення конституційного права громадян на життя та здоров'я. Встановлено, що сучасна парадигма управління базується на переході від суто адміністративного контролю до сервісно-орієнтованої моделі, де держава виступає гарантом якості та доступності медичних послуг, а не лише власником ресурсів.

По-друге сформована трансформація системи управління: Система управління сферою охорони здоров'я в Україні станом на 2026 рік характеризується чітким розподілом функцій між центральними органами (МОЗ

як регулятор) та виконавцями (НСЗУ як єдиний державний замовник). Ключовою особливістю сучасної моделі є децентралізація: значна частина повноважень щодо утримання та розвитку медичної інфраструктури передана на рівень територіальних громад, що підвищує адаптивність системи до місцевих потреб.

По-третє запроваджено чіткий механізм реалізації держгарантій: Основним фінансово-правовим інструментом реалізації державних гарантій визначено Програму медичних гарантій (ПМГ). Аналіз механізму її дії показав, що принцип «гроші йдуть за пацієнтом» забезпечує прозору конкуренцію між закладами всіх форм власності. Станом на 2026 рік цей механізм було вдосконалено шляхом впровадження нових пакетів послуг (зокрема, з комплексної реабілітації та психологічної підтримки), що відповідає актуальним викликам повоєнного відновлення.

Спільними зусиллями органи місцевого самоврядування та центральний орган виконавчої влади в особі Міністерства охорони здоров'я України, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, забезпечать право кожного громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я якісної і доступної медичної допомоги. Тож як бачимо, надзвичайно важливою є злагоджена взаємодія органів державної влади з органами місцевого самоврядування, а конструктивний діалог і прийняті рішення сприятимуть позитивному розвитку охорони здоров'я на рівні муніципалітетів та територіальних громад України.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЙ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

2.1 Системний підхід як управлінська парадигма успішної реалізації медичної реформи в Україні

Система охорони здоров'я розглядається як фундаментальний інструмент забезпечення якості життя, що володіє власною суб'єктно-об'єктною структурою, усталеними принципами та специфічними управлінськими алгоритмами. Ефективне функціонування цієї системи у 2026 році вимагає диверсифікації організаційних форм та максимально раціонального використання наявних ресурсів. Пріоритетними завданнями є залучення зовнішнього фінансування та впровадження регуляторних механізмів, які б утримували капітал усередині галузі, змушуючи його працювати на розвиток медичного потенціалу держави. [19].

У межах системного підходу об'єктом державного управління виступає вся сукупність інституцій охорони здоров'я України, тоді як суб'єктом є розгалужена мережа спеціалізованих органів влади, що взаємодіють через розподіл управлінських функцій. З огляду на масштабність та комплексність завдань, обов'язки щодо забезпечення здоров'я нації покладаються на всі державні структури без винятку. Саме необхідність координації дій між численними міністерствами, службами та відомствами зумовлює складність організаційно-правових механізмів, які регулюють управлінські відносини у цій стратегічній сфері станом на 2026 рік. [19].

Нижче наведений класичний «трикутник» організації системи охорони здоров'я України сьогодення (див.рис. 2.1.1), в порівнянні з радянською, яка містить конфлікт інтересів (див. рис. 2.1.2).



Рисунок 2.1.1 Організація системи охорони здоров'я України

Джерело: [19]

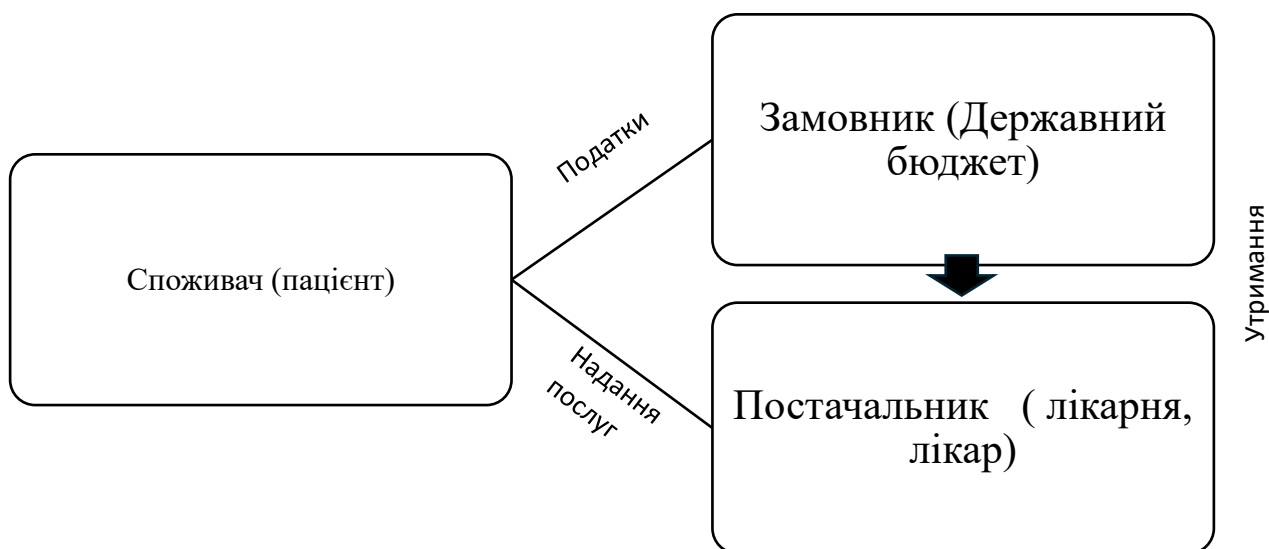


Рисунок 2.1.2 Організація системи охорони здоров'я Радянського союзу

Джерело: [19]

Як бачимо у новій системі надання послуг замовником медичних послуг більше не являться лише держава, а й приватні організації. Також припинення утримання постачальників медичних послуг, нині держава являється замовником, котрий вимагає дотримання медичних протоколів, а також провидить постійний рандомізований контроль якості надання послуг пацієнтам. Це забезпечує інтеграцію між рівнями допомоги, дозволяє уникати зайвого дублювання, посилює спеціалізацію та якість надання послуг.

Хоча Міністерство охорони здоров'я України є профільним центральним органом виконавчої влади, відповідальним за впровадження державної стратегії, функції управління цією сферою фактично розподілені між більшістю міністерств країни. Система охорони здоров'я у 2026 році являє собою багатогранну сукупність програм і директив, що охоплюють максимально широкий спектр завдань. Ця структура інтегрує індивідуальне лікування з масштабними заходами громадського здоров'я, поєднуючи стаціонарну та первинну допомогу, профілактику гострих станів, а також спеціалізовані напрями, як-от стоматологія, психіатрія та медицина праці.

Політичні рішення щодо охорони здоров'я і деяких інших секторів сфери послуг часто мають приблизний, недосконалий характер, і, відповідно, такі рішення важко реалізувати. Ключова роль у підвищенні якості медичної допомоги відводиться інформаційно-аналітичним системам, заснованим на використанні вибраних показників якості робіт, впровадженні індикаторів якості роботи працівника охорони здоров'я [19].

Протягом десятиліть державотворення в Україні ключовим вектором розвитку медичного менеджменту залишалася децентралізація управлінських та фінансових функцій. У 2026 році визначальну роль в організації первинної допомоги відіграють регіональні органи влади, наділені ресурсами та правом на контрактну взаємодію з надавачами послуг. Міжнародний досвід підтверджує,

що найбільш результативні моделі первинної ланки сформувалися в державах, де охорона здоров'я визнана стратегічним пріоритетом, а управлінські процеси є максимально адаптивними та наближеними до безпосередніх виконавців. [19].

Розглядаючи організаційно-правові аспекти комунікації у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я, визначаються оптимальні способи модернізації технологій управління в галузі охорони здоров'я в напрямі діджиталізації медичних сервісів в концепті «Електронна охорона здоров'я в Україні» [20].

Аналіз державної політики базується на індикаторах здоров'я населення та ефективності регіональних медичних систем, що є фундаментом розвитку людського капіталу. Покращення демографічних показників і стану нації визначено як пріоритетне державне завдання, над яким працює мережа соціальних інститутів. У науковому дискурсі охорона здоров'я трактується як цілісний комплекс соціально-економічних та медичних інструментів. Ця система спрямована не лише на індивідуальне та суспільне оздоровлення, а й на реалізацію глобальної соціальної функції держави, що об'єднує зусилля владних структур, громадських об'єднань та спеціалізованих організацій. [21].

Як цілісний інститут, охорона здоров'я інтегрує правове регулювання, науковий прогрес та санітарну безпеку для досягнення стратегічних цілей: збереження здоров'я населення та забезпечення активного довголіття. Система функціонує через оптимізацію умов праці, впровадження медико-технічних інновацій та реалізацію освітніх програм. Це створює надійний фундамент для фізичного й психоемоційного благополуччя громадян, зокрема через пріоритетну підтримку розвитку дітей і підлітків.

Інституційна сфера охорони здоров'я визначається як комплекс організаційних структур, ресурсів та ініціатив, спрямованих на захист і покращення здоров'я нації. У процесі відтворення людського капіталу ця система виконує низку ключових функцій. Вони охоплюють забезпечення

високого рівня здоров'я, активного довголіття та працездатності населення, створення умов для постійного оздоровлення громадян, а також комплексний динамічний моніторинг стану здоров'я суспільства в цілому. Особливим пріоритетом є формування оптимальних параметрів здоров'я майбутніх поколінь. [21].

2.2 Аналіз система охорони громадського здоров'я та її роль у розвитку медичної реформи України

Громадська охорона здоров'я – це наука й практика запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства, що проявляється в таких процесах, як демонополізація системи охорони здоров'я, децентралізація управління галуззю, виникнення нових економічних відносин, розвиток сучасних форм надання медичної допомоги і технологій [21].

Результативна система громадського здоров'я є ключовим інструментом зниження показників захворюваності та летальності серед населення. Громадяни мають змогу користуватися превентивними сервісами, зокрема імунізацією та діагностичними обстеженнями на базі муніципальних медичних установ. Крім того, на локальному рівні та безпосередньо за місцем праці забезпечується доступ до моніторингу загального стану організму та програм санітарної просвіти. Стратегічне планування оздоровлення громад у 2026 році координують спеціалізовані комітети, які стимулюють активне залучення мешканців до реалізації планів розвитку системи захисту суспільного здоров'я [21].

Основною метою системи охорони громадського здоров'я є охорона громадського здоров'я, зокрема здоров'я людей, що належать до різних соціальних груп, а також здоров'я кожної людини, маючи на увазі забезпечення оптимальної працездатності та соціальної активності на тлі зростання тривалості

здоров'я впливають не тільки на рівень громадського здоров'я, але й на добробут і соціальне благополуччя людей. У зв'язку з цим, вважається, що систему охорони здоров'я (див. рис 2.2.1.) необхідно розглядати як важливий інститут соціальної безпеки людини, суспільства і держави. Система складається з органів державної виконавчої влади й місцевого самоврядування загальної і спеціальної компетенції та закладів охорони здоров'я всіх форм власності – державної, комунальної, приватної, колективної [22].

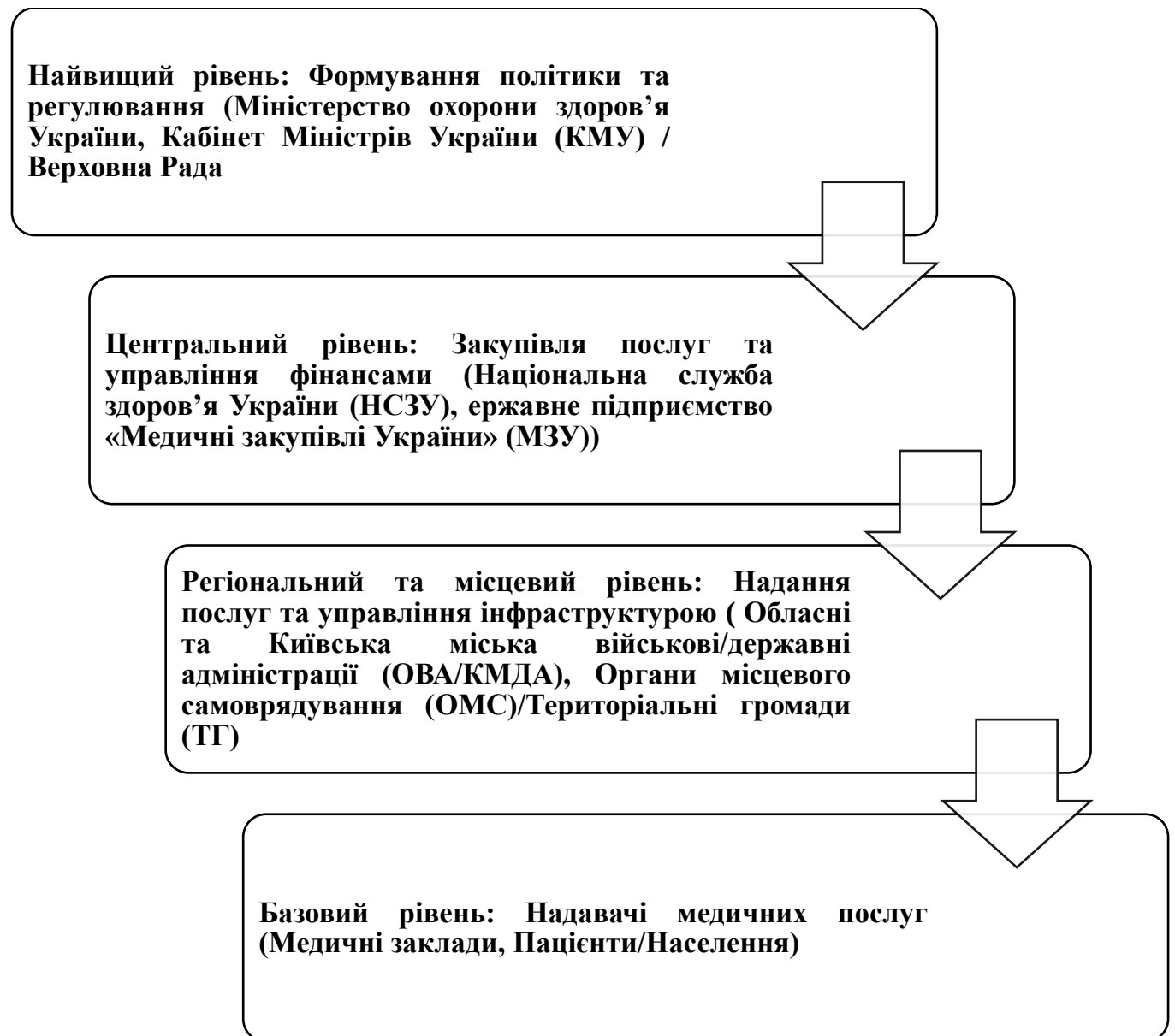


Рис. 2.2.1. Система охорони здоров'я України (станом на 2024-2026 р)

Джерело: [22]

Заклади охорони здоров'я поділяють за видами на лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, санаторно-курортні, науково-медичні, аптечні, фізкультурно-оздоровчі тощо.

Система охорони здоров'я України має три рівні – базовий, регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області) та державний.

Фундаментом національної медичної системи є базовий рівень, що охоплює сільські адміністративні райони, а також селищні та міські громади. Саме на цьому етапі забезпечується надання основної частини медичних послуг, оскільки переважна більшість населення звертається за первинною та спеціалізованою допомогою саме до локальних установ. У 2026 році ефективність та якість медичного обслуговування на базовому рівні залишаються ключовими індикаторами успішності функціонування всієї галузі охорони здоров'я країни.

Регіональний рівень управління охороною здоров'я зосереджений на стратегічному прогнозуванні та реалізації масштабних заходів, що потребують ширшої координації, ніж на базовому етапі. Ключова роль тут належить обласним медичним закладам, які забезпечують населення переважно високоспеціалізованою допомогою та виконують функцію головних консультативних центрів регіону.

На загальнодержавному рівні у 2026 році визначаються стратегічні пріоритети та формується вектор розвитку національної медицини. Ця ланка забезпечує надання найбільш складного виду допомоги — високоспеціалізованої, що зазвичай зосереджена в клініках науково-дослідних установ. Особливістю вітчизняної моделі є те, що держава та територіальні громади одночасно поєднують ролі власників закладів і головних розпорядників фінансів. Проте такий рівень децентралізації управління створює певні бар'єри для ефективної реалізації цілісних стратегічних планів, розроблених на національному рівні. [22].

Пріоритетного значення набуває аналіз правових та адміністративних трансформацій у сфері державного управління громадським здоров'ям на

локальному рівні. Саме цей рівень є найбільш інтегрованим у повсякденне життя громадян, оскільки забезпечує безпосередній доступ споживачів до необхідних медичних та профілактичних послуг.

Структура охорони здоров'я місцевого рівня у 2026 році чітко корелює з чинним адміністративно-територіальним устроєм держави. Вона функціонує через підсистеми районного значення, а також рівні окремих територіальних громад — міст, селищ та сіл. Попри таку ієрархічність, медицина на місцях залишається цілісною, динамічною та багатокомпонентною системою, де кожен елемент взаємодіє для забезпечення спільної мети — захисту здоров'я населення. Досвід країн Європейського Союзу щодо реформування системи охорони здоров'я (за даними аналітичних досліджень) ґрунтується на особливостях міжнародних систем охорони здоров'я. Виділяють три основні системи охорони здоров'я у світі: державна система (Великобританія); страхова система (Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деякі країни Латинської Америки, Японії); приватна система (США). Ці системи не представлені в чистому вигляді. У світовій практиці 2026 року виділяють три фундаментальні моделі організації медицини, кожна з яких має унікальні механізми управління та фінансування.

Державна модель: Централізація та соціальний контроль У країнах, де домінує державна система, охорона здоров'я розглядається як ключовий вектор соціальної політики. Це передбачає жорстку вертикаль управління та посилений контроль держави над усіма медичними та страховими інституціями. Класичним прикладом є Велика Британія, де фінансові ресурси акумулюються в державному бюджеті та розподіляються за ієрархічним принципом. Головною перевагою такої моделі є можливість стримувати інфляцію медичних послуг на національному рівні. Водночас державна система часто стикається з проблемами монополізму, що обмежує свободу пацієнта у виборі конкретного фахівця чи медичного закладу. Попри державне домінування, у таких країнах паралельно можуть функціонувати й приватні страхові організації.

Страхова модель: Солідарність та триканальне фінансування Соціальне медичне страхування базується на принципах колективної солідарності та

громадського контролю. У цій системі пацієнти та страхові фонди мають реальні важелі впливу на те, як витрачаються кошти. Важливою перевагою для застрахованих осіб є можливість самостійно обирати лікаря та лікувально-профілактичну установу. Економічний фундамент такої моделі є комбінованим і складається з трьох джерел: відрахувань роботодавців, внесків із заробітної плати працівників та прямих бюджетних асигнувань. Взірцем такої системи є Німеччина, де через мережу лікарняних кас обов'язковим медичним страхуванням охоплено понад 90% громадян, що забезпечує високий рівень соціальної захищеності.

Приватна модель: Децентралізація та ринкові механізми Приватна система, найяскравіше представлена у США, функціонує за принципами вільного ринку з мінімальним втручанням держави. Вона відрізняється високою децентралізацією та надзвичайно розвиненою інфраструктурою страхового сектора. У Сполучених Штатах налічується близько 1500 приватних компаній, які забезпечують покриттям понад 80% населення. Ця модель орієнтована на високу конкуренцію та технологічний розвиток, проте відсутність єдиного державного регулювання робить її однією з найдорожчих у світі, водночас пропонуючи пацієнтам максимально широкий спектр індивідуальних страхових рішень.[23].

Для успішної трансформації галузі вкрай важливо, щоб державна політика спиралася на фундаментальну та виважену стратегію, яка отримала широке суспільне та політичне схвалення. Реформування не може бути ефективним без досягнення консенсусу між усіма учасниками процесу, що гарантує стабільність і незворотність обраного курсу. Найважливішою умовою реалізації змін виступає формування якісного нормативно-правового забезпечення. Законодавчі ініціативи мають бути не лише актуальними, а й суворо збалансованими з положеннями Конституції України, щоб виключити правові колізії та забезпечити надійний захист прав громадян на всіх етапах реформи. Сучасна система управління галуззю у 2026 році вимагає впровадження прогресивних методологій, таких як проєктний підхід та технології управління змінами

(*Change Management*). Це дозволяє відійти від інертних адміністративних схем на користь гнучкого та результативного менеджменту. Ефективність цих інструментів безпосередньо залежить від безперервного моніторингу та ситуаційного аналізу. Постійна оцінка проміжних підсумків дозволяє державі миттєво реагувати на виклики та мінімізувати ризики, що неминуче виникають під час масштабних перетворень.

Особлива увага має бути приділена людському капіталу в управлінській сфері. Реформа потребує глибокої перепідготовки керівників та фахівців фінансово-економічних підрозділів. Їхні компетенції повинні відповідати новим реаліям ринкової взаємодії та автономного господарювання медичних закладів, що є запорукою фінансової стійкості всієї системи. Зрештою, стан системи охорони здоров'я є ключовим індикатором національного добробуту, оскільки він безпосередньо впливає на демографічну ситуацію та якість життя. З огляду на це, галузь має розглядатися як стратегічний пріоритет державної безпеки. Інвестиції в медицину, що співмірні з економічним потенціалом країни, є не просто соціальними видатками, а фундаментальною умовою сталого розвитку держави та зміцнення її людського потенціалу. [25].

Варто визнати, що у світовій практиці не існує універсальної або ідеальної моделі охорони здоров'я, яка була б цілком стійкою та позбавленою недоліків. Кожна держава, незалежно від рівня економічного розвитку, долає власні специфічні бар'єри на шляху до повної реалізації права громадян на здоров'я та гарантування рівного доступу до високоякісної допомоги. Попри те, що стратегічна мета для всіх країн є спільною, побудова ефективної національної системи з розвиненою інфраструктурою та стабільним фінансуванням, конкретні механізми та методологічні підходи до розв'язання цих завдань суттєво різняться залежно від національних пріоритетів.

В той же час система охорони здоров'я України істотно відстає від розвинених країн світу за різними показниками, серед яких тривалість життя, смертність, боротьба з хронічними та інфекційними захворюваннями (див. табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Середня тривалість життя (для обох статей разом)

Країна	2022	2023	2024	2025
Україна	72,66	73,42	72,64	72,78
Польща	77,16	78,51	78,0	79,6
Німеччина	80,61	81,1	81,9	82,2
Ізраїль	82,7	83,2	83,1	83,77

Джерело: [25]

При порівнянні середньої тривалості життя можемо зробити наступні висновки тривалість життя в Україні зазнала значних коливань, пов'язаних із повномасштабним вторгненням та воєнними діями. Спостерігається нерівномірна динаміка, що відображає високі ризики та виклики воєнного часу. Європейські країни (Польща, Німеччина): країни демонструють стабільне зростання тривалості життя, повертаючись до допандемічного рівня або перевищуючи його. Польща показала значний стрибок між 2022 та 2023 роками. Ізраїль: Ізраїль послідовно входить до світових лідерів за тривалістю життя, навіть попри відносно нижчі витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП порівняно з іншими розвиненими країнами.

Таблиця 2.2.2

Рівень смертності (на 1000 населення)

Країна	2022	2023	2024	2025
Україна	14,19	13,13	17,3	17,61
Польща	11,6	11,0	11,0	11,56
Німеччина	11,8	12,0	12,0	11,96
Ізраїль	5,4	5,2	5,32	5,33

Джерело: [25]

При аналізі даної таблиці можна відзначити наступні ключові моменти:

- Україна: Коефіцієнт смертності в Україні є найвищим серед порівнюваних країн і одним із найвищих у світі. Значне зростання показників у 2024 та 2025 роках пов'язане з прямими та опосередкованими наслідками повномасштабної війни, включаючи загибель військових та цивільних, стрес, погіршення доступу до медичної допомоги та загальну демографічну кризу.
- Польща та Німеччина: Ці європейські країни мають значно нижчий рівень смертності порівняно з Україною, що характерно для розвинених країн із стабільними системами охорони здоров'я. Невеликі коливання показників відображають загальні демографічні тенденції (старіння населення) та вплив постпандемічного періоду.
- Ізраїль: Ізраїль демонструє дуже низький рівень смертності, що свідчить про високу ефективність його системи охорони здоров'я та високу тривалість життя населення (як було показано в попередній таблиці).

Варто зазначити, що дані по Україні за період війни мають певні обмеження через окупацію територій та відсутність повного статистичного обліку

Досвід реформування вітчизняної медичної галузі виявив системні прорахунки в державній політиці, серед яких критичними залишаються високий рівень корупційних ризиків та інертність у впровадженні міжнародних стандартів обслуговування. Сучасна модель охорони здоров'я в Україні все ще зберігає ознаки застарілої радянської системи, що зумовлює гостру потребу в її фундаментальній модернізації на основі глобальних трендів та успішного досвіду розвинених країн. Перегляд національної стратегії має зосередитися на подоланні ключових дефіцитів: забезпеченні реальної доступності та оперативності медичних послуг, досягненні високої результативності лікування та безперервному вдосконаленні якості обслуговування пацієнтів. [26].

Фундаментом найбільш результативних моделей захисту громадського здоров'я є превентивні заходи та методи гігієнічної діагностики. Ці підходи були успішно апробовані в межах діяльності колишньої державної санітарно-епідеміологічної служби, чия нормативно-методична база, завдяки своєму

міжгалузовому характеру, послужила основою для функціонування багатьох сучасних інспекційних органів. Як ілюстрацію ефективності такої системи, нижче наведено показники охоплення населення імунізацією проти найбільш небезпечних інфекційних захворювань. (див. таб 2.2.3).

Таблица 2.2.3.

Охоплення рутинною імунізацію населення (%)

Країна	Показник	2022	2023	2024	2025
Україна	АКДП-3	73%	83%	81%	83%
	КІР	74%	86%	84%	85%
Польща	АКДП-3	91%	93%	94%	94%
	КІР	90%	91%	92%	92%
Німеччина	АКДП-3	91%	92%	92%	93%
	КІР	96%	96%	97%	97%
Ізраїль	АКДП-3	95%	96%	97%	97%
	КІР	98%	98%	98%	99%

Джерело: [26]

З данної таблиці можна навести наступні ключові моменти:

- Україна: Після значного падіння у 2022 році через початок повномасштабної війни, рівень охоплення поступово відновлюється, але залишається нижчим за рекомендовані ВООЗ 95%.
- Польща: Демонструє стабільно високі показники (91-94%), що частково підтримується обов'язковим характером вакцинації для допуску до освітніх закладів у багатьох регіонах.
- Ізраїль: Залишається світовим лідером за рівнем імунізації. Система охорони здоров'я Ізраїлю забезпечує майже 100% охоплення критичними вакцинами завдяки розвиненій мережі патронажних сестер ("Тіпат Халав").

Також слід зазначити, що Станом на січень 2026 року в Україні набув чинності оновлений календар профілактичних щеплень, до якого включено

захист від 11 інфекцій (додано вакцинацію проти ВПЛ), хоча в вищезазначених країнах дання вакцинація є обов'язковою вже протягом 15 хв.

У сфері державного управління підходи до розуміння сутності та модернізації медичної галузі мають свою специфіку. Зокрема, Міністерство охорони здоров'я України трактує трансформацію системи не як миттєву відмову від моделі Семашка на користь європейських стандартів, а як тривалий і структурований процес. Цей поетапний план системних перетворень має чітке законодавче підґрунтя, закріплене в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що визначає стратегію змін на перспективу до 2026 року. [17]. Відбулись такі поетапні зміни:

- старт реформування галузі у 2018 році ознаменувався трансформацією первинної ланки, що охоплює діяльність сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. За основу було обрано успішну міжнародну практику, де первинна допомога виступає ключовим фільтром і вирішує абсолютну більшість запитів пацієнтів. Зокрема, орієнтиром слугує модель Великої Британії, де сімейні лікарі самостійно опрацьовують до 90% усіх звернень. Така стратегія визнана найбільш раціональною, оскільки дозволяє виявляти патології на ранніх стадіях і запобігати переходу хвороб у хронічні чи складні форми, які потребують високовартісного та менш результативного лікування;

- протягом 2019 року тривав підготовчий етап до реформування спеціалізованої ланки медицини, що охоплює поліклінічний та стаціонарний сектори. Ключовим вектором став розвиток цифрової інфраструктури: запровадження механізмів електронних направлень та е-лікарняних. Важливими етапами цифровізації стали запуск тестового режиму електронної медичної картки у березні, а також успішне впровадження електронного рецепта для програми «Доступні ліки» у квітні, що дозволило в стислі терміни опрацювати мільйони запитів пацієнтів;

- з 1 січня 2020 р.: нові механізми фінансування запрацювали на всіх рівнях медичної допомоги – від первинної до стаціонарної [28].

Станом на 2026 рік можна виділити низку вагомих здобутків у трансформації медичної галузі. Громадяни України вперше отримали право на вільний вибір сімейного лікаря, терапевта чи педіатра незалежно від форми власності закладу. Цією можливістю вже скористалися 27,4 мільйони осіб, причому переважна більшість (70%) позитивно оцінюють роботу обраних фахівців. Інституційним успіхом став перехід 99% комунальних закладів первинної ланки на модель фінансування «гроші йдуть за пацієнтом», що дозволило пов'язати доходи установ із реальним обсягом наданих послуг. Ключову роль у цих процесах відіграє Національна служба здоров'я України (НСЗУ) — новостворена інституція, яка виконує функції єдиного стратегічного закупівника медичних послуг.

Трансформація фінансової моделі дозволила відійти від складної системи субвенцій на користь прямих контрактних відносин між НСЗУ та медичними закладами. Важливою ознакою змін станом на 2026 рік є залучення приватного сектору: кожен п'ятий учасник програми на первинній ланці — це приватна клініка, де пацієнти отримують допомогу коштом бюджету. Завдяки управлінській автономії заклади самостійно регулюють рівень оплати праці через колективні договори, що дозволило успішним установам підвищити зарплати медиків у 2–4 рази. Фундаментом цих процесів стала електронна система охорони здоров'я (eHealth), яка забезпечила стрибок комп'ютеризації галузі з 3% до 97%, дозволивши навіть у віддалених селах цифровізувати облік декларацій. Окрім того, впровадження онлайн-запису та розвиток програми «Доступні ліки» суттєво покращили сервісну складову та доступність лікування. [28].

У ході трансформації вітчизняної медицини виявився комплекс деструктивних суперечностей та їхніх наслідків. Це зумовило виникнення фундаментальної проблеми у сфері формування та впровадження державної стратегії охорони здоров'я, що проявляється у протиріччях між:

- невідповідністю між поточними асигнуваннями з державного та місцевих бюджетів і реальним обсягом інвестицій, необхідних для модернізації

галузі до рівня світових стандартів; такий дефіцит капіталовкладень спричиняє поступову деградацію наявної медичної інфраструктури;

- невідповідністю між вимогами щодо правового регулювання галузі та відсутністю дієвих механізмів інтеграції всіх її ланок у спільну державну систему. Це призводить до відсутності стратегічного планування та фрагментарності у розбудові медичної інфраструктури України;

- невідповідністю між вартістю медичних послуг і реальною купівельною спроможністю працюючих громадян, чиї низькі доходи не дозволяють повноцінно користуватися медичною допомогою. Це створює бар'єри для своєчасного відновлення здоров'я нації та стає вагомим чинником скорочення тривалості життя, що в умовах стрімкого старіння населення та зростання частки пенсіонерів загрожує демографічній стійкості держави;

- диспропорцією між запитом на розширення приватного сектору в охороні здоров'я та відсутністю цілісного нормативного поля для повноцінної інтеграції приватних клінік у загальнодержавну систему медичного забезпечення;

Невідповідністю між стратегічним завданням щодо переходу до системи страхової медицини та відсутністю належних нормативно-правових механізмів, які б регламентували запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні;

Підсумовуючи, можна стверджувати, що трансформація управлінських моделей у медичній сфері під час воєнного стану та в період майбутнього відновлення вимагає посилення ролі громадянського суспільства через підвищення медичної грамотності населення. Це, своєю чергою, актуалізує потребу в інтенсифікації роботи профільних та адміністративних органів управління на всіх ієрархічних щаблях. Фундаментом таких перетворень мають стати європейські стандарти місцевої демократії, які визначають право людини на охорону здоров'я як невід'ємну складову демократичних процесів та інституційного розвитку за зразком країн ЄС.

2.3 Аналіз роботи департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації.

Важливе значення в умовах дії повномасштабної війни Росії проти України набувають питання підвищення ефективності публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я [29]. Найбільшої уваги і суспільства в цілому, і керівництва нашої держави має організація управління регіональною медичною системою у зонах бойових дій та на прифронтових територіях. До таких регіонів належить і Дніпропетровська область [30]. Саме тому аналізування поточного стану системи публічного управління медичною сферою у Дніпропетровській області доцільно розпочати з вивчення структури апарату Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації.

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації утворюється головою Дніпропетровської обласної державної адміністрації входить до її складу і в межах території Дніпропетровської області забезпечує виконання покладених на нього завдань [31].

Департамент підпорядковується голові Дніпропетровської обласної військової адміністрації (ОВА). Також департамент підпорядковується заступникові голови Дніпропетровської ОВА згідно з розподілом обов'язків керівництва обласної військової адміністрації. По лінії галузевого управління департамент є підзвітним і підконтрольним Міністерству охорони здоров'я України.

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської області у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, розпорядженнями голови облдержадміністрації, а також цим Положенням.

Правовий статус Департаменту визначається як юридична особа публічного права з повною фінансовою автономією в межах державного бюджету. Організаційна структура та бюджетні асигнування установи

затверджуються згідно з поданнями керівника та вимогами чинного законодавства. Окремим аспектом функціонування є поширення антикорупційного законодавства на всіх посадових осіб Департаменту, що передбачає суворе дотримання визначених законом обмежень під час виконання службових обов'язків. [32].

Керівництво Департаментом охорони здоров'я здійснює директор, призначення та звільнення якого належить до компетенції голови обласної військової адміністрації. Ця процедура відбувається відповідно до вимог законодавства про державну службу та потребує обов'язкового погодження з Міністерством охорони здоров'я України.

Директор Департаменту має заступників, порядок призначення та звільнення яких також суворо регламентується чинним законодавством України.

З метою забезпечення колегіальності в прийнятті ключових управлінських рішень у структурі Департаменту може бути створена колегія. До її складу входять директор (який очолює колегію), його заступники за посадою, а також інші фахівці Департаменту та, за потреби, представники суміжних відомств. Членами колегії також можуть бути керівники інших структурних підрозділів обласної державної адміністрації та представники медичних закладів. Персональний склад та положення про роботу колегії затверджуються відповідним наказом директора Департаменту.

При Департаменті функціонують відділ технічного нагляду та контрольно-ревізійний відділ. Діяльність цих підрозділів забезпечується коштами обласного бюджету, а також іншими джерелами фінансування, використання яких не суперечить чинному законодавству України.

Основними завданнями Департаменту охорони здоров'я є:

- 1) організація реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на території області, сприяння виконанню державних і регіональних програм соціально-економічного спрямування;

2) управління в межах повноважень закладами охорони здоров'я області, які утримуються за рахунок бюджетних коштів, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення;

3) прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я на території області та нормативне забезпечення населення медико-санітарною допомогою;

4) здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань, епідемій;

5) організація і проведення централізованих закупівель медикаментів, виробів медичного призначення, обладнання та подальший їх розподіл між закладами охорони здоров'я;

6) організація роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;

7) виконання актів законодавства у сфері охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів та технологій.

У межах своєї компетенції Департамент забезпечує системну взаємодію з апаратом та структурними підрозділами облдержадміністрації, муніципальною владою, територіальними представництвами центральних органів виконавчої влади, а також із підприємствами та установами. Така співпраця спрямована на формування єдиного інформаційного простору та узгодження часових регламентів обміну даними, що є необхідною умовою для якісного виконання державних завдань і реалізації запланованих галузевих заходів. [33].

Класифікація закладів охорони здоров'я охоплює різноманітні функціональні напрями, зокрема лікувально-профілактичні, санітарні, санаторно-курортні, наукові, аптечні та фізкультурно-оздоровчі установи. З погляду архітектури публічного управління, медична сфера України у 2026 році має чітко

структуровану трирівневу модель менеджменту, яка включає базову ланку, регіональний рівень (області, міста Київ та Севастополь, АР Крим) та загальнодержавний рівень.

Базовий рівень управління є центральним елементом галузі, забезпечуючи медичне обслуговування жителів міст і сіл. Він орієнтований на надання найбільш затребуваних видів допомоги — первинної та спеціалізованої. Оскільки цей рівень є найбільш масовим за обсягом звернень, ефективність надання послуг у місцевих закладах безпосередньо впливає на загальнодержавні показники здоров'я нації та ефективність використання бюджетних ресурсів.

Регіональний рівень відповідає за планування та організацію комплексних медичних заходів, які за своїм масштабом виходять за межі повноважень місцевих громад. Обласні заклади охорони здоров'я у цій структурі виступають основними базами для надання високотехнологічної медичної допомоги та здійснення професійної консультативної діяльності.

Державний рівень управління відповідає за розробку національної політики та визначення пріоритетів медичної реформи. Саме тут, зазвичай на базі академічних наукових установ, реалізується високотехнологічна медична допомога. У системі публічного права держава та органи місцевого самоврядування виступають у подвійній ролі: як суб'єкти права власності щодо відповідних медичних закладів та як інституції, що гарантують фінансове забезпечення надання медичних послуг населенню. Існуюча децентралізована модель менеджменту створює певні бар'єри для ефективної реалізації стратегічних ініціатив, що приймаються на загальнодержавному рівні.

У Дніпропетровській області в умовах повномасштабної війни мережа закладів охорони здоров'я охоплює три рівні управління наданням первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, а також надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги. Медична допомога населенню області надається у 186 закладах охорони здоров'я:

Перший рівень управління або первинна ланка закладів охорони здоров'я у Дніпропетровській області охоплює:

– 66 центрів первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких входять 408 амбулаторій загальної практики, 303 фельдшерських та фельдшерсько- акушерських пунктів;

Другий рівень управління або вторинна (спеціалізована) ланка закладів охорони здоров'я Дніпропетровській області охоплює:

– 117 спеціалізованих закладів (в тому числі 5 закладів охорони здоров'я, які підпорядковані МОЗ України), у складі яких розгорнуто 21647 ліжок, що становить 69,6 на 10 тисяч населення.

В таблиці наведено динаміку змін кількості закладів вторинної медичної допомоги, в якій наявне незначне скорочення у зв'язку з процесами злиття вузькопрофільних диспансерів та малопотужних лікарень з великими багатопрофільними центрами. (див. таб. 2.3.1)

Таблиця 2.3.1

Динаміка кількості закладів спеціалізованої медичної допомоги у
Дніпропетровській області

Категорія закладів	2022	2023	2024	2025
Загальна кількість	142	138	136	134
З них : Опорна мережа	-	25	25	25
З них: Приватні заклади	24	28	32	35

Джерело: [33]

Встановлено, що у структурно-функціональному відношенні галузь охорони здоров'я України є неоднорідною: у її складі, як соціальної системи, окрім закладів власне системи охорони здоров'я, активно взаємодіють й інші компоненти соціальної системи:

- елементи медичних ресурсів Воєнної організації;

- елементи приватної медицини.

Система охорони здоров'я становить складний, громіздкий конгломерат програм і настанов, що вирішують різноманітні завдання – від терапії гострих випадків до профілактики, від індивідуального лікування до заходів, що стосуються населення в цілому, від стаціонарного лікування до первинної допомоги, від стоматологічних послуг до лікування професійних і психічних захворювань. Через це стратегічні рішення щодо медичної галузі часто виявляються недостатньо деталізованими та адаптованими до реалій. Це створює серйозні перешкоди під час їхнього втілення в життя, роблячи процес управління менш ефективним

З огляду на це, стратегічне значення у процесі покращення медичного обслуговування мають цифрові інформаційні системи [34], що базуються на застосуванні конкретних індикаторів ефективності діяльності кожного працівника. Ця управлінська модель у 2026 році активно впроваджується Національною службою здоров'я України (НСЗУ) [14]. Вона не лише забезпечує фінансування медичних установ, а й виконує контрольну функцію, застосовуючи фінансові санкції (штрафи) у разі виявлення порушень або дефектів у процесі надання громадянам доступної та якісної допомоги.

Експертна спільнота у 2026 році акцентує на пріоритетності розвитку медицини на рівні територіальних громад. Ключовим інструментом цього процесу є розбудова госпітальних округів, до яких висуваються жорсткі часові та логістичні вимоги: доїзд до багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування має тривати не більше години, що відповідає радіусу обслуговування близько 60 км за наявності якісного дорожнього покриття. Реалізація цих стандартів безпосередньо залежить від успішності децентралізації та формування спроможних громад, які, отримавши додаткові повноваження та ресурси, мають забезпечити розвиток сучасної інфраструктури, якісних автошляхів та ефективного транспортного сполучення.

Функціонування госпітальних округів у 2026 році передбачає діяльність госпітальних рад як інструментів громадського управління. До їхнього складу

входять представники міст, районів та територіальних громад, делеговані на підставі рішень відповідних місцевих рад. Ключовою місією цих органів є координація зусиль, розробка стратегічних пропозицій та рекомендацій щодо впровадження державної медичної політики на місцевому рівні, а також оптимізація фінансування галузі в межах округу. Оскільки членами рад є безпосередні представники самоврядування, це створює дієвий механізм для реалізації їхніх повноважень щодо забезпечення населення якісною та доступною вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою. [36].

Отже, задля покращення стандартів медичного обслуговування на рівні територіальних громад необхідна тісна координація зусиль уряду та органів місцевого самоврядування у створенні спроможної мережі медичних закладів. Така інфраструктура дозволяє ефективно надавати послуги в межах госпітального округу, зокрема в умовах воєнного стану чи інших кризових ситуацій. Сформована мережа гарантує громадянам своєчасну та якісну допомогу, забезпечуючи при цьому раціональне використання кадрового потенціалу, матеріальних активів та фінансових ресурсів держави й громад. [36].

До Дніпропетровського госпітального округу попередньо увійдуть 33 медичних заклади. Серед них 4 лікарні будуть визначені як надкластерні, 14 кластерних та 15 загальних лікарень.

Трансформація медичної системи в Дніпропетровській області відбувається на тлі безпрецедентних викликів, пов'язаних із повномасштабною військовою агресією та необхідністю забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. Незважаючи на прифронтовий статус регіону, виконання реформи, розпочатої урядом України, демонструє значний прогрес, особливо на етапах розбудови госпітальних округів та впровадження нових механізмів фінансування через Програму медичних гарантій (ПМГ).

Ключовим досягненням стало формування спроможної мережі медичних закладів. В області визначено 25 опорних лікарень, які складають основу госпітального округу. Ці заклади перепрофільовано для надання

високоспеціалізованої допомоги, включаючи травматологію, реабілітацію та невідкладну допомогу, що є критично важливим в умовах війни [1].

Фінансування галузі у 2025-2026 роках забезпечується переважно через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Загальний бюджет ПМГ на 2026 рік сягнув 191,6 млрд грн, що дозволяє законтракованим закладам Дніпропетровщини стабільно отримувати кошти за надані послуги. Регіон традиційно входить до лідерів за кількістю укладених договорів та обсягами фінансування за пріоритетними напрямками, такими як лікування інсультів, інфарктів та допомога при пологах

Військова агресія завдала значної шкоди медичній інфраструктурі області. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2025 рік по всій країні було пошкоджено або зруйновано понад 1000 медичних об'єктів. У Дніпропетровській області процес відновлення є пріоритетним напрямом роботи обласної військової адміністрації та міжнародних партнерів.

Основні заходи включають:

- відбудова та реконструкція: Проведення капітальних ремонтів пошкоджених закладів, забезпечення їх автономними джерелами енергії (генератори, Starlink), що критично важливо для безперебійної роботи в умовах частих обстрілів та відключень електроенергії;
- модернізація обладнання: Постійне оновлення діагностичного та лікувального обладнання, що дозволяє надавати допомогу відповідно до сучасних стандартів.

Найбільш суттєвих та соціально значущих аспектів реформи стало впровадження нової системи оцінювання функціонального стану особи, яка поступово замінює застарілу та корумповану систему медико-соціальної експертизи (МСЕК).

З 2025 року в області активно функціонують 100 експертних мультидисциплінарних команд. Ці команди, що складаються з понад 420 фахівців, працюють безпосередньо на базі кластерних та надкластерних лікарень.

Основні характеристики нової системи:

- цифровізація: всі дані про пацієнта вносяться в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ), що мінімізує паперову тяганину та зменшує корупційні ризики;
- дюдиноцентричний підхід: оцінка проводиться комплексно, з фокусом на потреби пацієнта та його реабілітаційний потенціал, а не лише на встановлення групи інвалідності;
- результати впровадження: за 2025 рік експертні команди області розглянули понад 51,5 тис. справ пацієнтів, що свідчить про інтенсивність перехідного періоду та затребуваність послуги.

В умовах війни критичного значення набув розвиток реабілітаційних послуг, особливо для ветеранів та цивільних, які отримали поранення. Реабілітація є пріоритетним пакетом ПМГ-2026. Медичні заклади області активно розгортають нові відділення, закуповують обладнання та навчають фахівців з фізичної та психологічної реабілітації, що є ключовим для повоєнного відновлення людського капіталу регіону.

Особисто я працюю лікарем-анестезіологом у кластерній лікарні КП «Криворізька міська лікарня №1» КМР. Лікарня спроможна забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичній та реабілітаційній допомозі при найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками стаціонарної медичної допомоги [37]. У зв'язку з об'єднанням таких лікарень як: КП «КМЛ №10» КМР, КП «КМЛ №11» КМР, КНП «Криворізька інфекційна лікарня» КМР, КП «Криворізький міський клінічний пологовий будинок» КМР, КП «КМЛ №1» КМР, було створено кластер надання медичної допомоги з охопленням великої кількості населення нашого міста, що також дозволяє пацієнтам отримувати висококваліфіковану медичну допомогу у межах одного кластера. З впровадження медичної реформи керівництвом лікарні та органами районної влади було запроваджено низку організаційних заходів, спрямованих на доукомплектування кадрів, підвищення кваліфікації медичних кадрів, дооснащення лікарні медичним обладнанням, забезпечення належного та

безпечного рівня перебування в лікарні для хворих та їх родичів. З цією метою в лікарні створені бази стажування для лікарів інтернів з ряду спеціальностей (заочна частина навчання), що дозволило в подальшому укомплектувати фахівцями вакантні посади лікарів. Впроваджено медичну діяльність закладу за 3-ма новими спеціальностями (урологія, проктологія, реабілітологія), оперативні втручання за новітніми технологіями як-то ендопротезування суглобів, металоостеосинтез, ендоскопічні, лапароскопічні гінекологічні та загально хірургічні оперативні втручання тощо.

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів проведеного аналізу дозволяє зробити висновок, що реалізація медичної реформи в Дніпропетровській області у період 2022–2026 рр. продемонструвала високу адаптивність системи охорони здоров'я до екстремальних викликів воєнного та повоєнного часу.

1. Сформована спроможна мережа, що включає 25 опорних закладів, довела свою ефективність як логістичний та лікувальний хаб прифронтового регіону. Стратегічний розподіл на надкластерні, кластерні та загальні заклади дозволив оптимізувати маршрути пацієнтів та забезпечити надання високотехнологічної допомоги навіть в умовах підвищеного навантаження.

2. Перехід на модель фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» через НСЗУ забезпечив медичним закладам області фінансову автономію. Збільшення бюджету Програми медичних гарантій у 2026 році до 191,6 млрд грн стало критичним фактором підтримки безкоштовних послуг, зокрема у сферах реабілітації, пологів та лікування серцево-судинних патологій.

3. Відмова від застарілої та неефективної системи МСЕК на користь цифровізованих експертних команд при лікарнях стала ключовим кроком у подоланні корупції та бюрократизації. Результативність роботи понад 100

команд в області підтверджує успішну інтеграцію медичної експертизи у загальний лікувальний процес, що орієнтований на відновлення працездатності особи.

4. Попри значні руйнування інфраструктури, системна відбудова об'єктів у поєднанні з цифровізацією послуг (ЕСОЗ) дозволила зберегти доступність медицини для понад 59% населення області, що мають декларації з лікарями первинної ланки.

Таким чином, Дніпропетровська область виступає моделлю успішної синхронізації загальнодержавних реформ із потребами регіональної безпеки. Подальший розвиток галузі має зосереджуватися на масштабуванні психологічної допомоги та довготривалої фізичної реабілітації, що є фундаментальним для сталого відновлення людського потенціалу регіону в повоєнний період.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ СИСТЕМНО-МОДЕЛЬНОГО ПІДХОДУ

3.1. Аналіз світових моделей управління у сфері охорони здоров'я для впровадження в Україні

Поточний етап реформування медицини передбачає перехід до моделі публічного адміністрування, що поєднує практичну діяльність із виконання рішень та системну роботу владної ієрархії. Це поняття охоплює весь механізм втілення державної політики, де відповідальність за кінцевий результат розподіляється по вертикалі управління. Оскільки цей процес залучає законодавчі, виконавчі та судові механізми, публічне адміністрування стає універсальним інструментом координації державних інтересів у медичній сфері.

Для модернізації системи охорони здоров'я України у 2026 році доцільно використовувати принципи нового менеджменту, які поєднують клієнтоорієнтованість із гнучкістю ринкових механізмів. Такий підхід не лише покращує доступність сервісів для споживача, а й сприяє розкриттю творчого потенціалу медичних організацій. Останній фактор є критично важливим і потребує першочергової підтримки з боку органів управління, оскільки саме інноваційність закладів є запорукою їхньої конкурентоспроможності.

Серед основних характеристик креативного суспільства виділяють [40]:

- 1) систематичне інвестування в креативність у формі витрат на інновації в різних сферах (економіка, наука, техніка, мистецтво, соціальна сфера, політика та ін.);
- 2) зростання практичної віддачі від витрат на інновації;
- 3) зростання кількості професіоналів, зайнятих креативною роботою в різних сферах;
- 4) розвиток венчурного капіталу;

5) розвиток інноваційних інфраструктур (технопарків, інноваційно-технологічних центрів і комплексів, інноваційних венчурних фірм, бізнес-інкубаторів).

Якщо спроектувати модель публічного адміністрування на конкретний заклад охорони здоров'я, то вона повинна включати:

По-перше, основні завдання:

1. Сформувати творчий колектив.
2. Створити умови для розвитку інноваційної корпоративної культури.
3. Адаптувати систему управління до потреб.
4. Забезпечити умови адаптації, розвитку колективу для підвищення ефективності використання інтелектуального потенціалу.
5. Забезпечити приріст інтелектуального капіталу закладу охорони здоров'я.
6. Підвищити ефективність творчої діяльності в інноваційному розвитку організації.

По-друге, суб'єкти адміністрування:

1) Внутрішню структуру креативної діяльності медичної установи формують дві взаємопов'язані ланки: керована підсистема, що складається з працівників, які безпосередньо генерують та розвивають інноваційні ідеї, а також керівна підсистема у вигляді менеджерів. Останні відповідають за стратегічне планування та організацію робочих процесів, розробку механізмів мотивації для персоналу, залученого до творчого пошуку, а також здійснюють моніторинг, контроль та оперативне регулювання всієї інноваційної активності закладу;

2) До зовнішніх суб'єктів креативної активності належать залучені фахівці з інжинірингових та консалтингових структур, а також безпосередні отримувачі медичних послуг, які своїми запитами та зворотним зв'язком стимулюють розвиток інновацій.

По-третє, функції адміністрування:

1) інформаційно-аналітична - цей процес передбачає збір та опрацювання аналітичних даних щодо альтернативних шляхів подолання проблем або перспектив майбутнього поступу. Трансформація накопиченої інформації у дієве інноваційне рішення відбувається через комплексний аналіз із застосуванням різних методологій, що дозволяє обґрунтовано визначити найефективнішу стратегію серед усіх наявних варіантів;

2) спонукальна функція (у загальному потоці інноваційних пропозицій від персоналу лише частина ідей отримує статус креативних рішень) — тобто управлінці визнають їх доцільними для практичного впровадження та досягнення конкретних позитивних результатів. Залежно від сутності такої ідеї, її реалізація може передбачати, наприклад, застосування нової технології лікування або ж інший інноваційний підхід;

3) відтворювально-розвивальна функція творчі пошуки та ініціативність персоналу свідчать про їхню свідому залученість до процесів модернізації та професійний внесок у стратегічний розвиток медичного закладу

Під час розроблення та аналізу креативних ідей суб'єкти креативного менеджменту поглиблюють професійні знання, розширюють власний кругозір, отримують повагу і визнання з боку колег і т. д. Це сприятиме відтворенню і розвитку кадрового, зокрема інтелектуального потенціалу закладу охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я, згідно з підходами ВООЗ, традиційно розрізняють національний, регіональний та інституційний рівні. Проте з огляду на вітчизняні процеси децентралізації доцільно додатково виділяти місцевий рівень (рівень громад), оскільки суттєвий обсяг управлінських функцій сьогодні передано органам місцевого самоврядування. Для аналізу стану національних медичних систем ВООЗ визначено стратегічні критерії оцінювання, серед яких ключовими є якість, доступність, економічна ефективність та фінансова спроможність для населення [41]. Саме на основі цих показників проводиться комплексний аудит функціонування охорони здоров'я. Відповідно, виокремлюються чотири основні функції систем охорони здоров'я, до яких

віднесено:

- врядування (governance) або нагляд;
- фінансування;
- забезпечення людськими та фізичними ресурсами;
- організацію та управління наданням послуг.

Це закономірно, адже будь-яка система охорони здоров'я спирається на шість ключових компонентів, або «стовпів»: врядування, інформаційне забезпечення, людські ресурси, фінансування, надання послуг, а також медичні засоби, ліки, вакцини та технології. Критично важливим є розуміння того, що внутрішня архітектура системи безпосередньо залежить від обраного способу реалізації цих функцій, і особливого значення набуває ефективний менеджмент. Ядром цього управління є обрана модель фінансування охорони здоров'я. Саме від неї залежать внутрішня структура галузі, ключові управлінські ланки, механізми контролю якості, необхідна кількість закладів та медичного персоналу, а також багато інших аспектів. З огляду на це, доцільно детальніше проаналізувати існуючі світові моделі фінансування медицини та співвіднести їх із вітчизняними практиками та сучасними реаліями.

Зважаючи на багатозначність термінології, варто зауважити, що наведені нижче варіанти класифікують і як моделі фінансування, і як системи охорони здоров'я. Обидва підходи є обґрунтованими: перший акцентує на принципах акумуляції та розподілу грошових потоків, що відповідає ключовій функції системи, а другий базується на дефініції ВООЗ, оскільки спосіб фінансування безпосередньо визначає структуру управлінських інститутів та специфіку внутрішнього менеджменту в закладах. На сьогодні загальновизнаними у світовій практиці є три фундаментальні моделі, названі на честь їхніх розробників: Бісмарка, Семашка та Беверіджа. Окрім того, через те, що основним критерієм розмежування цих систем є джерела походження коштів, окремо виділяють також приватну модель.

Водночас сьогодні функціонує чимало комбінованих (гібридних) моделей, що пояснюється впливом національних особливостей країн під час

впровадження класичних систем. Саме тому в 2026 році існують альтернативні варіанти класифікацій. Зокрема, М. Фотакі, спираючись на показники соціального прогресу кожної країни, пропонує розподіляти системи охорони здоров'я на:

- універсалістську (модель Беверіджа);
- соціального страхування (модель Бісмарка);
- «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
- інституційну чи соціал-демократичну «скандинавську модель»;
- ліберальну (залишкового соціального забезпечення);
- — консервативну корпоративну (Японія);
- латиноамериканську;
- системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою.

М. Філд, беручи за класифікаційний критерій соціально-політичної структури суспільства умовно виділив п'ять моделей:

- класичну (неупорядковану);
- плюралістичну;
- страхову;
- національну;
- соціалістичну [42].

Аналізуючи наведену класифікацію, можна вважати дискусійним виокремлення саме національного типу моделі. Це пояснюється тим, що будь-яка з існуючих систем, після її адаптації до специфічних умов і реалій конкретної держави, фактично набуває ознак моделі національного типу. Щодо думки Б. Логвиненка [43], то він пропонує виділити три основні моделі публічного управління системою охорони здоров'я за критерієм обсягу публічних повноважень:

- імперативну (державі належить виняткова роль в управлінні охороною здоров'я);
- державну (домінуюча роль держави, яка є ключовим суб'єктом

влади);

- конкурентну (держава є «арбітром», який встановлює правила гри, але участі в ній не бере).

- Отже, роль держави полягає у забезпеченні правового фундаменту для медичної галузі, а також у розробці та впровадженні стратегічних програм, спрямованих на зміцнення суспільного благополуччя. Проте у 2026 році дискусійним залишається розмежування понять «виняткова роль» та «домінуюча роль» держави. Мова йде не стільки про академічні розбіжності у визначеннях, скільки про їхню практичну реалізацію та реальний вплив держави на функціонування системи в сучасних умовах.

- Слід зауважити, що кожна держава вибудовує індивідуальну систему охорони здоров'я, поєднуючи елементи трьох базових концепцій. Зокрема, модель Бісмарка базується на принципах соціального страхування, модель Беверіджа — на безпосередньому державному забезпеченні, а система Семашка функціонує як централізована вертикаль управління мережею бюджетних установ. Ці підходи доповнюються приватною моделлю (моделлю споживчих переваг), яка орієнтована на ринкову конкуренцію та не має загального охоплення. Крім того, у 2026 році дослідники виокремлюють суспільно-приватну модель, що комбінує громадські та приватні страхові ресурси, а також суто ринкову систему, засновану на приватному капіталі. Ключові відмінності між зазначеними системами надано у табл. 3.1.1.

Тож виникає необхідність більш детально ніше зупинитися на їх сильних та слабких сторонах.

Насамперед слід проаналізувати модель Бісмарка, фундаментальною основою якої є система обов'язкового соціального страхування. У цій моделі розмір страхових внесків корелює з рівнем доходів громадянина, тоді як обсяг отриманої допомоги визначається виключно медичними потребами пацієнта. Характерною особливістю системи є діяльність незалежних страхових фондів — як державних, так і приватних, — що функціонують у межах жорсткого державного регулювання, зберігаючи при цьому управлінську автономію.

Модель ґрунтується на принципах соціальної солідарності та субсидіарності, що передбачають рівномірний розподіл фінансових ризиків, пов'язаних з охороною здоров'я, між усіма членами суспільства.

Таблиця 3.1.1

Характеристика світових моделей охорони здоров'я у розрізі країн

Показники порівняння	Модель Беверіджа	Модель Бісмарка	Модель Семашка
Перелік країни	Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція, Великобританія, Ірландія, Австралія, Нова Зеландія	Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Японія	Колишні республіки СРСР (на часі знаходяться на перехідному етапі до страхової чи змішаної систем)
Охоплення населення медичними послугами	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян
Переважає джерело фінансування	Державний бюджет (загальні податкові надходження), наявна значна частка приватного сектору	Обов'язкові цільові внески	Державний бюджет (загальні податкові надходження), приватний сектор відсутній

Джерело: [44]

Наступною є система Беверіджа, яка виникла в Англії у 1911 році та продовжує функціонувати сьогодні, постійно проходячи процеси модернізації та адаптації до сучасних вимог [45]. Британська Національна служба охорони здоров'я (NHS) слугує еталоном для багатьох держав завдяки забезпеченню загального доступу населення до безоплатної медичної допомоги. Саме ця

модель стала стратегічним орієнтиром для реформування охорони здоров'я в Україні. Основою системи є її державний статус: фінансування здійснюється переважно з держбюджету, а акумуляція коштів відбувається через загальну податкову систему, а не страхові механізми. Ресурси розподіляються на національному, регіональному та локальному рівнях управління згідно з принципом субсидіарності. Обсяги фінансування затверджуються в межах бюджетного планування, що дозволяє покрити все населення уніфікованим пакетом медичних послуг. Попри можливість застосування різних фінансових підходів, провідна роль у цій моделі завжди належить державному сектору. Головними недоліками такої системи вважаються надмірна бюрократизація та повна залежність галузі від бюджетних лімітів. У таких моделях часто спостерігається брак стимулів для підвищення якості послуг та відсутність зацікавленості у ресурсозбереженні. Водночас вона характеризується меншими адміністративними витратами порівняно зі страховою медициною. На противагу державній моделі, приватна та ринкова системи акцентують на високій якості обслуговування в умовах гострої конкуренції, забезпечують мобільність ресурсів та стимулюють впровадження інноваційних технологій. Це дозволяє знизити адміністративне навантаження на державу та забезпечити гнучкість фінансових операцій. Проте ці переваги супроводжуються суттєвими недоліками: висока вартість послуг спричиняє соціальну нерівність у доступі до допомоги та створює напругу в суспільстві. Також ринковим системам притаманні ризики недобросовісної конкуренції та послаблення державного контролю за стратегічними напрямками розвитку охорони здоров'я.

Модель Семашка, реалізована в радянський період, функціонувала за екстенсивним принципом, що характеризувався розгалуженою державною інфраструктурою на фоні низького технологічного рівня, недостатньої кваліфікації персоналу та низької оплати праці. Саме таку застарілу систему успадкувала Україна. У 2026 році можна констатувати, що більшість пострадянських країн пройшли шлях модернізації цих моделей. Україна до 2016 року намагалася адаптувати спадщину Семашка, проте після завершення

пілотних проєктів розпочала стратегічний перехід до моделі Беверіджа. Аналіз світових систем дає змогу виділити кілька закономірностей: у країнах із державним фінансуванням зазвичай функціонують і приватні надавачі послуг (як прибуткові, так і некомерційні), тоді як суто ринкові системи майже не містять державного сектору. Крім того, податкові моделі фінансування тяжіють до централізації, тоді як страхові та приватні системи є більш децентралізованими, хоча рівень цієї автономії може варіюватися від регіонального до інституційного. У 2010 році було здійснено спробу провести комплексне реформування, відповідно до якого запровадити [46]:

- структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами;
- реформатування мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;
- декларування гарантованого рівня медичної допомоги;
- передача в спільну власність територіальних громад відомчих закладів охорони здоров'я;
- запровадження договірних відносин та нових фінансових механізмів;
- впровадження оплати з урахування обсягів та якості роботи;
- вільний вибір лікаря первинної ланки;
- усунення дискримінації між державними та недержавними закладами охорони здоров'я;
- доступ до вторинної ланки переважно за направленням лікаря первинної.

Відповідно до окреслених норм розпочалася реалізація пілотного проєкту з реформування охорони здоров'я розпочалася у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, передбачаючи консолідацію фінансових ресурсів на регіональному рівні та трансформацію первинної ланки. За підсумками цього етапу вдалося чітко розмежувати первинний і вторинний рівні допомоги та посилити роль інституту сімейного лікаря. Водночас виникли суттєві труднощі з повноцінним впровадженням принципу вільного вибору

лікаря та механізму оплати послуг за капітаційною ставкою, а також із фактичним об'єднанням коштів на обласному рівні. Отже, пілотний проєкт досяг лише часткового успіху, проте виявлені недоліки були враховані під час подальшої розробки загальнонаціональної реформи

Криза 2014 року продемонструвала неспроможність старої моделі фінансування охорони здоров'я. Застаріла інфраструктура Семашка в умовах недофінансування та низьких зарплат створила передумови для формування тіньових платежів. Ця «рентна» система дозволяла посередникам використовувати державні ресурси, вимагаючи при цьому від пацієнтів оплати послуг, які мали б бути безкоштовними. Такий стан справ (подвійна оплата пацієнтом та державою) вимагав негайного впровадження нових, прозоріших фінансових механізмів.

Фундамент реформування вітчизняної медицини було закладено у 2015 році через затвердження Національної стратегії на період до 2020 року, а згодом, у 2016 році, — Концепції реформи фінансування. Ці документи визначили стратегічний курс України на впровадження моделі Беверіджа, орієнтуючись на досвід Великої Британії. Водночас створена система не є прямою копією; вона являє собою адаптований варіант, що враховує українські реалії, європейські практики та базується на ключовому принципі публічного управління — «гроші йдуть за пацієнтом». Важливим досягненням обраної стратегії став чітко структурований, поетапний (триетапний) план переходу до нової моделі фінансування. [49; 50].

За результатами реалізації усіх етапів реформи у системі охорони здоров'я мають бути сформовані (більшість сформовані уже) такі елементи:

- програма медичних гарантій як єдиний гарантований пакет для кожного;
- єдиний платник — Національна служба здоров'я України;
- автономія медичних закладів, розділення замовника і надавача послуг;
- оплата послуг та тарифи;
- електронна система охорони здоров'я;

— вибір пацієнта та конкуренція між закладами.

3.2 Концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період

У 2026 році національна стратегія охорони здоров'я фокусується на зміцненні людського потенціалу через системну підтримку фізичного та психологічного благополуччя українців. Державна політика базується на принципах верховенства права, де охорона здоров'я визнається найвищою цінністю. Держава виступає гарантом реалізації прав громадян на якісну допомогу, створюючи умови для безпечного та здорового життя кожного члена суспільства.

Глобальні трансформації суспільного розвитку зумовили перегляд концептуальних засад управління на всіх ієрархічних рівнях — від територіальних громад до загальнодержавних інституцій. Найбільш динамічно цей процес відбувається в охороні здоров'я, де сучасні виклики, зокрема наслідки пандемії та збройної агресії, вимагають посиленої міжнародної інтеграції. Пріоритетом стає спільна діяльність (*joint activity*) для покращення доступності критично важливих ліків та вакцин. Це реалізується через механізми об'єднаних закупівель, спільну оцінку медичних технологій, а також міжурядову координацію у питаннях ціноутворення та забезпечення доступу до інноваційних препаратів для лікування орфанних захворювань.

Стрімка цифровізація публічного адміністрування зумовила фундаментальну трансформацію поглядів на управлінські функції у державному секторі. Це стимулювало еволюцію класичних моделей «нового публічного управління» (NPM) у більш адаптивні концепції, такі як *post-NPM*, «мережевий уряд» та «глобальне врядування». Особливого значення набуває парадигма «врядування цифрової ери» (DEG), яка інтегрує інформаційні технології в основу

взаємодії держави та суспільства [51].

Цифрові ініціативи в Україні втілені у концепції «держава в смартфоні», проте теоретичним підґрунтям залишається класичне розуміння «державного управління». Воно трактується як механізм реалізації владних повноважень для впорядкування життєдіяльності соціуму. Через систематичний та організаційний вплив держава виконує свою соціально-політичну місію, забезпечуючи перехід суспільних відносин до якісно нового стану розвитку.

Поняття «публічне управління» міцно увійшло в науковий та практичний обіг лише протягом останнього часу. Воно трактується як інтегрована діяльність структур державної влади, органів місцевого самоврядування, а також суб'єктів приватного бізнесу та інституцій громадянського суспільства. Ця взаємодія здійснюється в межах правового поля через реалізацію ключових управлінських функцій — від стратегічного планування до контролю. Головною метою такого управління є підготовка та втілення суспільно значущих рішень, спрямованих на розвиток держави та її територій. [52].

Публічний менеджмент визначається як система професійного управління публічними організаціями, що базується на використанні ефективних бізнес-практик у державному та муніципальному секторах. Головна мета цього напрямку — оптимізація внутрішніх процедур закладу чи установи для покращення якості послуг. Сфера його застосування охоплює організацію надання сервісів, розвиток людського капіталу, налагодження інформаційних потоків та розробку систем моніторингу ефективності, що дозволяє зробити публічні інституції більш гнучкими та результативними.

Публічне адміністрування в медичній галузі трактується як практична діяльність із забезпечення прав та інтересів суб'єктів через прийняття адміністративних рішень і надання специфічних послуг. До них належать ліцензування, акредитація, атестація, державна реєстрація медичних виробів, препаратів і техніки, а також регулювання цін на ліки, що фінансуються з бюджету [52]. З огляду на це, ототожнення понять «державне управління», «регулювання», «публічне управління», «адміністрування» та «врядування» є

помилковим через їхню різну функціональну природу. Пріоритетними, проте законодавчо незахищеними функціями публічного управління у 2026 році залишаються професійне самоврядування та саморегулювання. Попри існування близько 300 медичних громадських організацій, в Україні досі відсутній закон про професійне самоврядування. Як наслідок, усі медичні спілки діють у загальному статусі громадських об'єднань, що обмежує їхні можливості у професійному регулюванні галузі. [53]

Проблема впровадження професійного самоврядування залишається предметом тривалих дискусій в Україні. Зокрема, перша спроба законодавчого закріплення цієї ініціативи відбулася ще у 2015 році із законопроектом «Про фармацевтичне самоврядування», який був відкликаний через невідповідність міжнародним стандартам розбудови самоврядних інституцій. У серпні 2022 року Міністерство охорони здоров'я представило для публічного обговорення черговий проєкт Закону «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні». Проте запропонований документ значною мірою повторює положення аналогічного проєкту 2021 року, що вказує на відсутність суттєвого концептуального оновлення підходів.

Проведений аналіз результатів публічного обговорення свідчить, що останній законопроект потребує доопрацювання таких актуальних питань: роль держави при створенні професійного самоврядування та мета його впровадження; захист професії; обов'язковість членства та сплати професійного збору, зокрема роботодавцем; цільові внески (виключити можливість корупційних дій посадових осіб організації); обрання складу Вищої ради професійних палат. На нашу думку, доопрацювання останнього законопроекту потребує :

1. На рівні центральних органів виконавчої влади (МОЗ, НСЗУ)

- Розробка «Національної стратегії кадрової регенерації»: Замість точкового підвищення зарплат впровадити комплексну систему утримання медиків у деокупованих та прифронтових регіонах (Дніпропетровщина), що включає:

- Пільгову іпотеку для медпрацівників (0% річних).
- Систему «освітніх ваучерів» для перекваліфікації лікарів на спеціальності «реабілітолог» та «психотерапевт»

Враховуючи сучасне положення в країні необхідне залучення персоналу саме в сферу реабілітації як фізичного та і психічного стану ветеранів, постраждалих цивільних від військової агресії, тому що саме це сприяє відновленню та адаптації населення у військовий час.

- Трансформація ПМГ у модель «Результат, а не обсяг» (Value-Based Healthcare): Впровадити у договори НСЗУ індикатори якості (outcome measures). Оплачувати не лише факт лікування інсульту, а відсоток пацієнтів, які повернулися до працездатності після реабілітації.

- Легалізація та стандартизація «Телемедицини 2.0»: Прийняти нормативні акти, що дозволяють повноцінний дистанційний моніторинг пацієнтів з хронічними хворобами (через сертифіковані гаджети) з автоматичним внесенням даних в ЕСОЗ.

2. На рівні регіональної влади (ОДА/ОБА, Обласні ради)

- Створення регіональних «Центрів стійкості (Resilience Hubs)»: На базі надкластерних лікарень Дніпропетровської області створити автономні енерго- та ресурсоефективні хаби, що можуть функціонувати в умовах повної ізоляції (блекаутів) понад 30 діб.

- Інтеграція «Військової медицини в цивільну мережу»: Створення єдиного протоколу взаємодії між цивільними кластерними лікарнями та військовими госпіталями для безперешкодного обміну даними про поранених, що зараз часто гальмується через відомчу роз'єднаність.

- Запровадження «Регіонального медичного паспорта громади»: Цифровий аналітичний інструмент для ОМС, який прогнозує потреби громади у лікарях на основі демографічних змін та стану здоров'я мешканців (напр., через масову міграцію).

3. На рівні територіальних громад (ОМС):

- Розвиток мобільних медичних бригад: Для віддалених та сільських

територій Дніпропетровщини, де капітальне будівництво амбулаторій є недоцільним або ризикованим через безпекові фактори.

- Створення локальних реабілітаційних просторів: Не великих лікарень, а малих «кабінетів у громаді» для підтримки ментального здоров'я та легкої фізіотерапії, що знижує навантаження на заклади вторинної ланки.

4. Цифрова трансформація та етика

- Захист «Цифрового права пацієнта»: Розробка регламенту щодо власності на медичні дані пацієнта, що забезпечить повний контроль особи над своєю медичною історією при переході між приватними та державними закладами.

Сьогодні провідні міжнародні та національні інституції, зокрема Світовий банк та програма розвитку ООН, активно впроваджують концепцію «Good Governance» (належне врядування), яка є універсальною для державних та муніципальних рівнів управління. Фундаментом цієї моделі є 12 стратегічних принципів, затверджених Радою Європи у 2008 році. Вони формують комплексний підхід до управління, що базується на демократичному представництві, верховенстві права та безумовному дотриманні прав людини. Пріоритетами цієї стратегії є прозорість, висока компетентність кадрів, етичність поведінки, а також фінансова надійність та здатність системи до інноваційних трансформацій задля забезпечення соціальної згуртованості та довгострокової стійкості. [54]. Так само ці принципи можуть бути застосовані в контексті управління окремими галузями економіки, зокрема й системою охорони здоров'я.

Варто проаналізувати специфіку впровадження фундаментальних засад «Good Governance» у медичній галузі. Зокрема, принцип участі реалізується через інклюзивний механізм прийняття рішень, що передбачає активне залучення професійних спільнот, громадського сектору та пацієнтських організацій. Верховенство права трактується як суворе дотримання національного законодавства, міжнародних зобов'язань та основоположних прав людини. Прозорість забезпечує публічність усіх процесів, пов'язаних із вибором

та бюджетним покриттям медичних технологій, включаючи закупівлі, реімбурсацію та ціноутворення. Нарешті, принцип справедливості гарантує врахування потреб усіх соціальних груп, фокусуючи особливу увагу на захисті найбільш вразливих категорій населення під час формування державної політики.

Принцип підзвітності базується на персональній відповідальності посадових осіб за прийняття та впровадження суспільно значущих рішень. Вітчизняна система охорони здоров'я перебуває в стані перманентного реформування протягом тривалого часу. Цей процес часто політизований, що зумовлює нестабільність пріоритетних векторів розвитку. Ситуація змінилася після 2016 року, коли завдяки законодавчим змінам та появі нових інституцій — НСЗУ, Центру громадського здоров'я, Департаменту оцінки медичних технологій при ДЕЦ та агенції «Медичні закупівлі України» — процес трансформації прискорився та отримав нові управлінські механізми. [55]. Серед них, слід виокремити такі: фінансово-економічний механізм – визначає порядок фінансування надання медичних послуг державними, комунальними та приватними закладам охорони здоров'я та економічного стимулювання. Даний механізм реалізується сукупністю методів прямого та непрямого регулювання економіки (державне замовлення – державні фінансові гарантії медичного обслуговування; субсидії субвенції, дотації для закладів охорони здоров'я; податкові пільги та канікули для приватних закладів охорони здоров'я, що є пріоритетними напрямками для держави; ліцензування та квотування);

– правовий механізм – визначає правове регулювання надання медичної послуги, управління громадським здоров'ям та функціонування ринку приватної медицини. Значений механізм реалізується через наступні методи: реформування законодавства, що регулює систему охорони здоров'я, прийняття нових нормативно-правових актів в контексті реформування; соціальна експертиза нормативно-правових актів з позиції відповідності стану системи охорони здоров'я та дотримання основних конституційних норм, міжнародної практики та відповідності суспільним запитам (закони, постанови, укази, накази,

розпорядження, статuti, положення, регламенти, рекомендації, інструкції);

— організаційний механізм — визначає порядок взаємовідносин та координації дій між суб'єктами державного управління та регулювання функціонування організаційних структур в систем охорони здоров'я. Даний механізм може бути реалізований створенням відповідного органу влади, відповідального за формування та реалізацію визначено державної політики, наприклад Національна служба здоров'я України, яка була створена в 2015 р.

У контексті розвитку концепції громадського здоров'я пропонуємо необхідність створення органу, до функціональних обов'язків, якого входить контроль за рівнем захворюваності. Побудова системи державного управління має визначати ієрархічні взаємозв'язки чи взаємовідносини між відповідними органами, що складають дану систему, наприклад, статутом Національна служба здоров'я України визначено, що її діяльність координується Міністром охорони здоров'я України. Організаційний механізм повинен забезпечувати також чіткий розподіл обов'язків, повноважень та прав відповідних суб'єктів державного управління в сфері охорони здоров'я, що буде проявлятися у вигляді задекларованих положень у відповідних нормативно-правових актів. Таким чином, інструментами реалізації організаційного механізму виступатимуть закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, положення, регламенти, рекомендації, інструкції;

— інформаційний механізм — визначає складові створення інформаційного простору щодо реформування та трансформації системи охорони здоров'я для підтримки процесів формування та реалізації державної політики в досліджуваній сфері. Реалізація інформаційного механізму у 2026 році здійснюється через систему методів, спрямованих на стимулювання профілактичної поведінки та культури ранньої діагностики. Пріоритетними напрямками є підтримка наукових розробок, підвищення рівня медичної грамотності населення та популяризація здорового способу життя, що охоплює культуру харчування, фізичну активність і відмову від шкідливих звичок. Крім того, особлива увага приділяється цифровізації: забезпеченню вільного доступу

до державних даних та розвитку онлайн-сервісів для моніторингу якості медичних послуг. Основними інструментами в цій сфері виступають медіаресурси, таргетовані інформаційні кампанії (соціальна реклама та просвіта), а також соціологічний інструментарій (опитування, анкетування), результати якого мають бути фахово презентовані громадськості.;

- інвестиційно-інноваційний механізм – визначає особливості та порядок здійснення інвестиційно-інноваційної діяльності у процесі формування та реалізації державного управління у сфері охорони здоров'я. Цей напрям орієнтований на створення сприятливого інвестиційного клімату задля модернізації бюджетних установ охорони здоров'я та стимулювання інноваційної активності у сфері розробки сучасних методик надання медичної допомоги

- кадровий механізм – ефективність медичної галузі безпосередньо залежить від порядку підбору та розвитку кадрового потенціалу на державному та регіональному рівнях. Сучасний інструментарій менеджменту персоналу включає різноманітні форми матеріального та нематеріального стимулювання, а також програми спеціалізованого навчання та професійної адаптації. Важливим етапом модернізації, що триває з 2015 року, став перегляд освітніх стандартів для менеджерів охорони здоров'я, що вимагає від директорів закладів наявності профільної управлінської підготовки;

- контрольний механізм – цей механізм регламентує процедуру контрольно-наглядової діяльності для комплексного оцінювання функціонування медичної галузі. Метою таких заходів є виявлення причинно-наслідкових зв'язків у роботі системи та пошук прихованих резервів для підвищення її загальної результативності. Реалізація механізму здійснюється через систему фінансового, організаційного та клінічного аудиту, головним завданням якого є верифікація відповідності окремих сегментів або всієї системи охорони здоров'я встановленим державним стандартам і цільовим показникам.

Стратегічними векторами модернізації публічного управління у медичній галузі в період повоєнного відновлення є впровадження пацієнтоцентричної

моделі та масштабна цифровізація адміністративних процесів у межах діяльності госпітальних округів. Дана концепція базується на глибокій інтеграції медичних установ, що перебувають у підпорядкуванні різних територіальних громад, задля створення єдиного функціонального простору.

Ключовим орієнтиром для госпітальних округів на сучасному етапі є розбудова такої інфраструктури, яка забезпечує безперебійне надання вторинної медичної допомоги належного рівня. Ефективність цієї взаємодії оцінюється через здатність системи оперативно реагувати на потреби пацієнтів та водночас оптимізувати видатки, уникаючи нераціонального витрачання державних коштів.

Сучасна модель госпітального округу базується на принципах пацієнтоцентричності, де заклади охорони здоров'я об'єднуються навколо інтересів хворого. Метою такої розбудови є створення якісного та доступного медичного простору в громадах, адаптованого до потреб мешканців. Діяльність системи ґрунтується на п'яти базових цінностях: безпеці надання послуг, орієнтації на людину, ефективності лікування, рівному доступі та тісному партнерстві.

Для досягнення глобальних стандартів універсального охоплення медичною допомогою державна політика має фокусуватися на модернізації сфери охорони здоров'я. Ключовим завданням публічного адміністрування стає координація трьох структурних елементів оновленої системи управління, що базується на принципах пацієнтоцентричності.

Основними складниками децентралізованої моделі управління є :

- орієнтованість на людей. Орієнтованість на пацієнта вимагає від публічного адміністрування створення динамічної моделі охорони здоров'я, що здатна до швидкої трансформації відповідно до мінливих потреб середовища. Ключовим завданням є налагодження ефективних взаємовідносин та соціального діалогу між надавачами та споживачами послуг. Така синергія учасників медичної сфери є передумовою для надання високоякісної допомоги. Кінцевим результатом впровадження цієї стратегії є досягнення високого рівня

довіри населення до системи та підвищення суб'єктивного відчуття благополуччя громадян;

– орієнтованість на втілення. Цей складник децентралізованої моделі є особливим з позиції необхідності його постійного вдосконалення стосовно як окремої медичної послуги, так і системи охорони здоров'я в цілому. Тому слід провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я можуть бути ефективними лише тоді, коли вони здатні зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг у сфері охорони здоров'я, які мають універсальний характер. Успішна публічноуправлінська діяльність за цим напрямком дозволить підвищити інвестиційну та інноваційну діяльність закладів охорони здоров'я орієнтованість на результат. Цей складник можна вважати фактично пріоритетним серед інших напрямків публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Зміст діяльності тут скеровується на підвищення якості медичної послуги через ефективність використання сукупності залучених ресурсів. Відповідно прийняття рішень від державноуправлінських до управлінських на рівні окремого закладу охорони здоров'я мають: по-перше, враховувати потреби пацієнтів, ефективність використання фінансових ресурсів; по-друге, забезпечувати фінансову захищеність пацієнтів, профілактику захворювань. Усі рішення мають бути оцінені за їх результативністю та направленістю на покращення роботи, як окремих закладів охорони здоров'я, так і системи в цілому. Крім того, тут передбачається управлінська діяльність щодо залучення приватних надавачів медичних послуг, але за умови, що у результаті пацієнт отримає кращу та результативнішу медичну послугу. Для забезпечення реалізації цього напрямку існує потреба у формуванні інформаційної бази даних про якість надання медичних послуг.

У зв'язку з внесенням змін до «Основ законодавства України про охорону здоров'я», ухваленням закону «Про державні фінансові гарантії медичного

обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 р. в системі охорони здоров'я протягом останніх років було досягнуто суттєвих зрушень за рахунок запровадження децентралізації й автономії медичних закладів за умов дотримання принципів прозорості та підзвітності, зміни підходів до управління та контролю за раціональним використанням ресурсів, впровадження державної оцінки медичних технологій як прозорого інструменту підтримки прийняття управлінських рішень в системі охорони здоров'я. Отже, суспільно ефективна пацієнт-орієнтованої модель публічного управління в системі охорони здоров'я має на меті вчасне і повноцінне забезпечення максимального охоплення населення послугами охорони здоров'я належної якості, обумовлює чітке розуміння комплексу організаційних засад, сучасних форм і засобів впливу. (див. Додаток А)

Висновки до розділу 3

У ході дослідження концептуальних аспектів розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період визначено, що успішна імплементація цієї моделі станом на 2026 рік дозволить досягти наступних стратегічних результатів.

Успішне впровадження децентралізації дозволить перенести центр прийняття рішень максимально близько до споживача послуг. Що забезпечить гнучкість медичної мережі, так як територіальні громади зможуть оперативно реагувати на специфічні потреби населення (наприклад, розширення мережі амбулаторій у деокупованих районах або створення центрів психологічної реабілітації в громадах з великою кількістю ветеранів).

Здобуття фінансової стійкості та ефективності: Децентралізована модель у поєднанні з Програмою медичних гарантій створить умови для раціонального використання ресурсів. Громади, виступаючи власниками закладів, будуть мати мотивацію інвестувати в енергоефективність, сучасне обладнання та сервіс, оскільки це безпосередньо впливатиме на обсяг коштів, які заклад залучатиме від НСЗУ за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Успішне впровадження концепції завершить формування ієрархії медичних закладів (надкластерні, кластерні, загальні). Це дозволить уникнути дублювання функцій між лікарнями та забезпечить концентрацію ресурсів (дорогого обладнання та вузьких спеціалістів) у стратегічно важливих вузлах госпітального округу, що суттєво підвищить якість спеціалізованої допомоги.

Покращення цифрової інтеграції та прозорості, що забезпечить децентралізацію, що в умовах 2026 року неможливе без повної цифровізації (eHealth). Успіх даної моделі забезпечить єдиний інформаційний простір, де пацієнт має доступ до послуг незалежно від місця реєстрації, а держава отримує інструменти для реального моніторингу якості надання допомоги та запобігання корупційним ризикам.

Реалізація децентралізованого підходу стане фундаментом для повернення людського капіталу в громади. Наявність якісної, доступної та сучасної медицини на місцях є критичним фактором для реінтеграції ВПО та стимулювання мешканців до повернення в Україну у повоєнний час.

Концептуальний розвиток децентралізованої моделі перетворює систему охорони здоров'я з інертної державної структури на динамічну екосистему, яка здатна не лише витримувати виклики воєнного часу, але й стати драйвером соціально-економічного відродження України в період поствоєнної реконструкції.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження діяльність української держави у сфері охорони здоров'я можна сформулювати наступні висновки щодо діючої системи публічного управління медичною сферою та обґрунтувати пріоритетні напрямки його удосконалення на засадах упровадження системно-модельного підходу.

Підтверджено, що в Україні у сфері публічного управління охороною здоров'я існує низка проблем, які мають бути вирішені з метою подальшої реалізації курсу України на європейську інтеграцію та інтеграцію національної системи охорони здоров'я в єдиний європейський медичний простір. Це забезпечить якість та доступність надання медичних послуг населенню на рівні кращих європейських зразків. Нова парадигма суспільного розвитку в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови України ставить завдання, які вимагають розробки сучасних підходів до підготовки спеціалістів з управління процесами поглиблення медичної реформи, підготовки ефективних менеджерів у сфері охорони здоров'я.

Акцентовано, що загальнодержавні настанови та політика національного рівня формують управлінські практики у сфері охорони здоров'я та режими, що діють на місцевому рівні в залежності від умов воєнного стану. Тож досвід місцевого рівня щодо розбудови спроможної мережі медичних закладів у наданні доступної та якісної медичної допомоги впливає на удосконалення державної політики у сфері здоров'я. У цьому напрямі важливим є прийняття проекту Закону «Про внесення змін до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та проекту Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини. Зазначені правові документи підвищують громадську активність щодо участі в місцевому управлінському житті на основі форм прямої демократії на локальному рівні, у тому числі і в електронній формі, а також сприяють розвитку дистанційних форм медичного консультування на рівні громади.

Ключовою ознакою медичних систем, незалежно від домінування державного чи приватного сектору, є вертикальна децентралізація, що охоплює рівні регіону, громади та окремої інституції. При цьому системи, засновані на податковому фінансуванні, традиційно зберігають вищий ступінь централізації порівняно зі страховими моделями. Важливою закономірністю є те, що державні моделі зазвичай інтегрують приватних надавачів послуг, тоді як суто ринкові системи практично не передбачають державної участі.

Українська охорона здоров'я у 2026 році продовжує складну трансформацію, поєднуючи реформи з антикризовим управлінням в умовах воєнного стану та відновлення. У цьому контексті принцип «гроші йдуть за пацієнтом» став фундаментом децентралізованої моделі публічного управління, що передбачає широку передачу повноважень на місцевий рівень. Впровадження солідарного страхування, контрактних закупівель, автономізація закладів та розвиток цифрових реєстрів (eHealth) дозволяють системі адаптуватися до ринкових умов та оперативно реагувати на попит у складний повоєнний період.

Визначено, що поглиблення медичної реформа ще не завершено (триває третій етап реформи), і це актуалізує потребу дослідження ключових здобутків та прорахунків попередніх двох етапів, а також інструментів підвищення ефективності реалізації заключного етапу, що видається можливим на основі упровадження пацієнт-орієнтованої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я, складниками якої є орієнтованість на людей: орієнтованість на втілення ідеї про цю модель; орієнтованість на досягнення результату.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникнення і поширення коронавірусної хвороби (COVID-19): закон України від 30.03.2020 № 540. URL: https://mepr.gov.ua/files/images/news_2020/02042020/56d97d53-c0bc-4965-8598-368e403e7548.pdf
2. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#n2591
3. Конституція України : прийн. на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. : зі змінами згідно закону України від 21 лют. 2014 р. № 742-VII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листопада 1992 р №2801-XII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/415-45>
5. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно- правові проблеми формування і реалізації) : монографія. Тернопіль : Екон. думка, 2005. 460 с
6. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України. Укр. мед. вісн. 1997. № 2-3 (57-58). С. 40-41.
7. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116- 121
8. Слабкий Г. О. Щодо комунікацій з перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні неприбуткові підприємства. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2015. № 2 (16). С. 167–169.
9. Про комітети Верховної Ради України : закон України від 04.04.1995 №

- 116/95- ВР. Відомості Верховної Ради України. 1995. № 19. Ст. 135.
10. Про Раду національної безпеки і оборони України : Закон України від 05.03.1998 № 183/98-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1998. № 35. Ст. 237
11. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. Відомості Верховної Ради України. 2014. № 22. Ст. 222.
12. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. Офіційний вісник України. 2015. № 38. Ст. 1141.
13. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2015 № 647. Офіційний вісник України. 2015. № 72. Ст. 2354.
14. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. Офіційний вісник України. 2018. № 15. Ст. 507.
15. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : указ Президента України від 30 верес. 2019 № 722/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019>.
16. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році: постанова КМУ Постанова від 5 лютого 2020 р. № 65. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/483458_670472
17. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
18. 1 квітня стартувала Програма державних гарантій медичного обслуговування населення. АМУ. <https://www.auc.org.ua/novyna/1-kvitnya-startovala-programa-derzhavnyh-garantiy-medychnogo-obslugovuvannya-naselennya>
19. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
20. Устимчук О. В. Комунікація у сучасних моделях державного управління

охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти. автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. Дніпро, 2020. 23 с.

21. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / Київ. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

22. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

23. Мінцер О. П., Вороненко Ю. В. Концепція інформатизації охорони здоров'я України. *Медична інформатика та інженерія*. 2012. № 3. С. 5-29.

24. Лещенко О. І., Бондаренко Г. С., Пенязенко В. І. Аналіз проблем побудови та захисту інформації розподіленої інформаційної системи медичних установ. *Кібербезпека в Україні: правові та організаційні питання: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 листопада 2017 р.)*.—Одеса, 2017. С. 171-173.

25. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2019. вип. 23 (1) с. 19-23. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/23_1_2019ua/6.pdf

26. Науменко Р. А. Публічне адміністрування: термінол. слов. за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петрос. Київ : НАДУ, 2018. с. 142-143.

27. Гущук І. В. Наукове обґрунтування концептуальних засад розвитку системи охорони громадського здоров'я України автореф. Дис. ... д-ра мед. Наук. Київ, 2020. 42 с. URL: http://www.health.gov.ua/docs/guschuk/aref_Guschuk.pdf

28. Achieving polioeradication: a review of health communication evidence and lessons learned in India and Pakistan. /R. Obregón, K. Chitnis, C. Morry et al. *Bull World Health Organ*. 2009. №87. P. 624–630.

29. Указ Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» від 24.02.2022 року № 64/2022. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>

Офіційний веб-сайт Криворізької міської ради та її виконавчого комітету URL:
https://kr.gov.ua/ua/news/pg/10623950141870_n/

30. Офіційний веб-сайт департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації. URL: <https://dozdniprooda.com.ua/site/uk/categorys/pro-departament>

31. Закон України «Про запобігання корупції» від 14 жовтня 2014 року № 1700. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text>

32. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підруч. : у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, 2017. Т. 1 / [М. М. Білинська та ін. ; редкол.: В. М. Князевич (голова) та ін.]. 2017. 282 с.

33. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини від 14.06.2023 № 3301. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/1825003>

34. Височанський В. Госпітальні округи та госпітальні ради: повноваження та роль громад. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14438>

35. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>

36. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: закон України від 1 липня 2022 року № 2347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

37. Енциклопедичний словник з державного управління / за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.

38. Public Administration Review. Vol. 56. N 3 (May - Jun., 1996). P. 247-255.

39. Назарова Г. В. Креативна економіка та менеджмент : навчальний посібник . Харків : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2018. 160 с.

40. Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.

Field M. G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic. Social Science and Medicine. 1980. V 14a, № 5. P. 401.

41. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : монографія. К. : «МП Леся», 2017. 344 с.
42. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Зозуля І. С., Латишев Є. Є., Михальчук В. М. Сучасні підходи до управління матеріальними ресурсами медичного закладу. *Український медичний часопис*. 2013. № 1. С. 19–22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2013_1_8.
43. Beveridge, William: Social Insurance and Allied Services, London, 1942.
44. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : закон України від 07.07.11 № 3611-УІ. *Відомості Верховної ради України*. 2012. № 12–13. С. 86.
45. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
46. Про схвалення Концепції реформи фінансування охорони здоров'я. розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
47. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 147–159.
48. Литвиненко М.В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. № 3(62). С.126-133. URL : http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2_3.pdf
49. Василенко Н. В., Семко М. І., Радиш Я. Ф. Роль публічного управління у формуванні нової моделі державного регулювання охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Internauka. Economic Sciences*. 2022. №8. URL: <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2022-8>
50. Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. №2 (12). С. 38-52.
51. Про громадські об'єднання : закон України від 22 березня 2012 року №

4572. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17#Text>

52. Council of Europe. 12 Principles of Good Governance.

URL: <https://www.coe.int/en/web/good-governance/12-principles#>

53. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, ЄРБ ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

54. Бурик З. *Реформа системи охорони здоров'я в сучасних умовах* // Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2025. № 11. С. 27–46.

55. Шевчук Р. В. *Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні* // Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління. 2023. № 6(24). С. 87–93.

56. Притула М. *Удосконалення державно-управлінського механізму охорони здоров'я в умовах воєнного стану* // Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2023. № 4. С. 107–117.

57. Кухар І. *Сучасна система і структура державного контролю у сфері охорони здоров'я* // Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2024. № 9. С. 70–76.

58. Черніховський Р. І. *Напрями покращення публічного управління в сфері охорони здоров'я* // Вісник Херсонського національного технічного університету. 2025. Т. 2. № 1(92).

59. Омельченко І. В. *Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні* : магістерська робота. 2023. – 914 с.

60. Козіна О. М. *Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні* : магістерська робота. 2022.

61. Луговець О. О. *Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я* : кваліфікаційна робота. Полтава, 2021.

62. Шандаков П. О. *Удосконалення механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я* : кваліфікаційна робота. Ірпінь, 2024

63. Мануїлова К. В., Попов М. П., Сівак В. М. *Стійкі моделі охорони здоров'я: міжнародний управлінський досвід для післявоєнної відбудови України* //

Центральноукраїнський вісник права та публічного управління. 2025.

64. Миколенко О. М. *Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я* // Правова держава. 2019. № 35. С. 44–53. Ефективність публічного управління охороною здоров'я, критерії та проблеми управлінських моделей.

65. Васюк Н. О., Юрочко Т. П. *Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні* // Державне управління: теорія та практика. 2019. № 1. С. 78–84. Стаття з системним аналізом нормативно-правових основ управління охороною здоров'я.

66. Бабенко М. М. *Методологічні основи публічного управління в охороні здоров'я та фармації: системний аналіз* // Health & Education. 2024. № 1. Стаття на тему системності, принципів та моделей управління.

67. Мельниченко О. А., Овчарова Ж. М. *Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень* // Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. № 4. С. 40–46. Аналіз моделей публічного управління в охороні здоров'я.

68. Киян О. С. *Системні трансформації механізмів управління охороною здоров'я в умовах реформування* // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. DOI:10.11603/1681-2786.2025.1.15349. Дослідження спрямоване на обґрунтування системних трансформацій механізмів управління в охороні здоров'я.

ДОДАТКИ

Додаток А

Проект рекомендацій для органів публічної влади щодо удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України

Загальні положення

Проект рекомендацій розроблено з метою підвищення ефективності реалізації публічної політики щодо удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України у повоєнний період.

Рекомендації адресовано органам державної влади, органам місцевого самоврядування, їх кадровим підрозділам, а також центральним органам виконавчої влади, відповідальним за формування та координацію зусиль у межах повоєнного відновлення медичної галузі.

Запропоновані рекомендації базуються на результатах аналізу сучасного стану публічної політики у сфері охорони здоров'я України, виявлених проблем і бар'єрів, а також на кращих національних і міжнародних управлінських практиках. Їх реалізація спрямована на трансформацію моделі фінансування, подолання кадрового дефіциту, цифрову модернізацію управління, побудову «екосистеми стійкості», інтеграцію військового та цивільних секторів.

Рекомендації для центральних органів виконавчої влади: Розробити «Національну стратегію кадрової регенерації»: Замість точкового підвищення зарплат впровадити комплексну систему утримання медиків у деокупованих та прифронтових регіонах (Дніпропетровщина), а саме створити :пільгову іпотеку для медпрацівників (0% річних), а також систему «освітніх ваучерів» для перекваліфікації лікарів на спеціальності «реабілітолог» та «психотерапевт».

Трансформувати ПМГ у модель «Результат, а не обсяг» (Value-Based Healthcare): Впровадити у договори НСЗУ індикатори якості (outcome measures). Оплачувати не лише факт лікування інсульту, а відсоток пацієнтів, які повернулися до працездатності після реабілітації.

Легалізація та стандартизація «Телемедицини 2.0»: Прийняти нормативні акти, що дозволяють повноцінний дистанційний моніторинг пацієнтів з хронічними хворобами (через сертифіковані гаджети) з автоматичним внесенням даних в ЕСОЗ.

На рівні регіональної влади (ОДА/ОБА, Обласні ради) доцільно інтегрувати «Військову медицину в цивільну мережу»: створення єдиного протоколу взаємодії між цивільними кластерними лікарнями та військовими госпіталями для безперешкодного обміну даними про поранених, що зараз часто гальмується через відомчу роз'єднаність. Запровадження чіткої маршрутизації поранених та цивільно-поранених для надання висококваліфікованої допомоги в зазначені терміни.

Також інтегрування «Регіонального медичного паспорта громади»: Цифровий аналітичний інструмент для ОМС, який прогнозує потреби громади у лікарях на основі демографічних змін та стану здоров'я мешканців (напр., через масову міграцію).

На рівні територіальних громад (ОМС) необхідний розвиток мобільних медичних бригад: для віддалених та сільських територій Дніпропетровщини, де капітальне будівництво амбулаторій є недоцільним або ризикованим через безпекові фактори.

Рекомендовано також розвиток цифрової трансформації та етики, а саме удосконалення захисту «Цифрового права пацієнта»: розробка регламенту щодо власності на медичні дані пацієнта, що забезпечить повний контроль особи над своєю медичною історією при переході між приватними та державними закладами.

Ці рекомендації спрямовані на перехід від "управління ліжко-фондом" до "управління людським капіталом". Успіх даного підходу в Дніпропетровській області залежатиме від здатності публічної влади об'єднати ресурси громад, дані цифрових систем та нові стандарти реабілітації в єдину гнучку екосистему.

ВІДГУК
на кваліфікаційну роботу здобувача освітнього ступеня «магістр»
Державного університету економіки і технологій

Здобувач: Бойко Яна Артемівна

Тема роботи: Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу

Обсяг роботи: 75 стор., 5 табл., 3рис., 68 літ. джерел

Ступінь розкриття теорії дослідження: виконана робота відповідає затвердженому завданню, тема розкрита повністю, використано різні методи для розв'язання завдань дослідження, поставлена мета досягнута.

Оцінка самостійності та творчості при розкритті теми: кваліфікаційна магістерська робота виконана самостійно, при розкритті теми автором використано творчий підхід.

Оцінка наукової новизни, пропозицій та їх практичне значення: Наукова новизна роботи полягає в обґрунтуванні системно-модельного підходу до публічного управління охороною здоров'я з урахуванням воєнних і повоєнних викликів. Запропоновані концептуальні та організаційні рішення мають прикладне значення для органів публічної влади та управлінців медичної сфери.

Недоліки роботи: До недоліків можна віднести обмеженість емпіричної бази аналізу окремими регіональними даними, а також недостатню деталізацію механізмів практичного впровадження окремих запропонованих моделей управління на рівні територіальних громад у різних соціально-економічних умовах.

Загальні висновки: Кваліфікаційна магістерська робота допускається до захисту в ЕК. Автору може бути присвоєний освітній ступінь магістра зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

Науковий керівник _____
 (підпис)

к.н. держ.упр. С.В. Караков
 (посада, ініціали, прізвище)

19.01.2026
 (дата)

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу здобувача освітнього ступеня «магістр»
Державного університету економіки і технологій

Бойко Яни Артемівни
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

На тему: Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу

1. *Актуальність і практичне значення роботи:* Актуальність теми кваліфікаційної магістерської роботи зумовлена зростаючою роллю системи охорони здоров'я як ключової складової національної безпеки та соціальної стійкості держави в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови. Повномасштабна збройна агресія Російської Федерації проти України суттєво загострила структурні, кадрові, фінансові й управлінські проблеми галузі охорони здоров'я, що потребує пошуку нових підходів до публічного управління цією сферою. Застосування системно-модельного підходу є своєчасним і обґрунтованим, оскільки дозволяє комплексно оцінити функціонування галузі, узгодити управлінські рішення на різних рівнях та підвищити ефективність реалізації медичної реформи. Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування під час формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я.

2. *Позитивні сторони у роботі, які бажає підкреслити рецензент:* Магістерська робота вирізняється чіткою логікою викладу, структурною цілісністю та ґрунтовним теоретико-методологічним опрацюванням проблематики публічного управління у сфері охорони здоров'я. Авторка демонструє високий рівень володіння категоріальним апаратом публічного управління, системного аналізу та сучасних управлінських концепцій. Позитивно оцінюється комплексний характер дослідження, що поєднує аналіз нормативно-правових засад, інституційної архітектури галузі та практики діяльності органів виконавчої влади на регіональному рівні. Особливої уваги заслуговує аналіз діяльності департаменту охорони здоров'я обласної військової адміністрації та узагальнення світових моделей управління охороною здоров'я з позицій їх адаптації до українських реалій. Робота має науково виважений, гуманізований стиль викладу та містить аргументовані висновки.

3. *Недоліки або дискусійні питання у роботі:* У деяких підрозділах аналітична частина могла б бути посилена кількісними показниками та порівняльними індикаторами ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Крім того, потребує подальшого уточнення механізм практичної імплементації запропонованої системно-модельної концепції з урахуванням ресурсних обмежень та кадрового потенціалу на рівні територіальних громад. Водночас

зазначені зауваження мають рекомендаційний характер і не знижують загальної наукової цінності роботи.

4. Оцінка якості запропонованих здобувачем заходів і пропозицій, їх практична цінність:

Запропоновані здобувачкою напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я є методично обґрунтованими, логічно взаємопов'язаними та практично орієнтованими. Розроблені концептуальні положення розвитку децентралізованої моделі управління галуззю можуть бути використані під час формування регіональних програм розвитку охорони здоров'я, удосконалення управлінських механізмів та підвищення інституційної спроможності органів влади. Практична цінність роботи полягає у можливості застосування її результатів у процесах післявоєнного відновлення медичної інфраструктури, оптимізації управлінських рішень та забезпечення доступності й якості медичних послуг для населення.

*5. Загальний висновок рецензента (рекомендувати чи не рекомендувати):
Робота Бойко Яни Артемівни рекомендується до захисту в ЕК.*

Рецензент:

Директор ТОВ «МЦ «Гармонія КР». (підпис)

Є.В. ЛЕВЧЕНКО

(Ініціал, ПРІЗВИЩЕ)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ОЦІНЮВАЛЬНИЙ ЛИСТ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ здобувача освітнього ступеня «магістр» спец. 281 Публічне управління та адміністрування

Бойко Яни Артемівни
(Прізвище, ім'я, по батькові)

Критерії	Нормативне значення, балів	Оцінка кваліфікаційної роботи за критеріями
1. Оцінювання змістовних аспектів кваліфікаційної магістерської роботи		
1.1. <i>Загальний рівень розкриття теми</i> (відповідність виконаної роботи затвердженому завданню, повнота та рівень розв'язання завдань дослідження, досягнення поставленої мети)	0-10	10
1.2. <i>Теоретична цінність отриманих результатів</i> (глибина, всебічність і повнота викладення теоретичного матеріалу, відображення дискусійних питань, загальний рівень опрацювання джерел, рівень узагальнення існуючих теоретичних підходів, методів і методик, обґрунтованість висновків щодо узагальнення теоретичних положень теми)	0- 15	15
1.3. <i>Практична цінність отриманих результатів</i> (використання сучасних та оригінальних методів дослідження, наявність елементів наукової новизни, рівень вірогідності і надійності аналітичного обґрунтування, глибина аналітично-діагностичного вивчення стану прояву проблеми, відсутність помилок у розрахунках, актуальність зібраних і проаналізованих даних, обґрунтованість висновків щодо фактичного стану та перспектив розвитку проблеми, що досліджується)	0-20	20
1.4. <i>Наявність логічної послідовності й наукового стилю викладу матеріалу дослідження</i> (володіння здобувачем літературною мовою і професійною термінологією, вміння логічно, аргументовано викладати результати досліджень і розробок, вдало використовувати графічний матеріал)	0-10	10
2. Оцінювання організаційних аспектів кваліфікаційної магістерської роботи		
2.1. Дотримання графіка виконання кваліфікаційної магістерської роботи	0-5	5
2.2. Відповідність роботи вимогам щодо її оформлення	0-5	5
2.3. Наявність підтвердження апробації результатів дослідження	0-5	5
Усього за критеріями змістовності і оформлення	Max 70 балів	70
3. Захист кваліфікаційної магістерської роботи		
3.1. <i>Презентація роботи</i> (якість викладення змісту кваліфікаційної магістерської роботи в доповіді, стиль викладення, мовна грамотність, якість графічного матеріалу)	0-10	
3.2. <i>Відповіді на поставлені запитання, вміння вести наукову дискусію</i> (вміння стисло, змістовно, переконливо, аргументовано відповідати на поставлені запитання, а також на зауваження керівника та рецензента)	0-20	
Усього за критеріями захисту кваліфікаційної магістерської роботи	0-30 балів	
Загальна кількість балів	Max 100 балів	

Науковий керівник _____
(підпис)

Пурій Г.В
(ініціали, прізвище)

Голова комісії _____
(підпис)

В. ОРЛОВ, канд. наук держ. упр., доцент кафедри публічного управління та адміністрування

Заст. голови комісії _____
(підпис)

Г. КОВАЛЬ, доктор наук державного управління, професор, професор кафедри публічного управління та адміністрування

Члени комісії _____

(підпис)

В. ПОЛЯКОВА, зовнішній експерт, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри публічного управління та адміністрування

Г. ПУРІЙ, в.о. завідувача кафедри публічного управління та адміністрування, к.е.н., доцент

Декларація
про дотримання академічної доброчесності під час написання
кваліфікаційної роботи магістра

Державного університету економіки і технологій

Я, Бойко Яна Артемівна, здобувачка 2 курсу, групи ЗПУА-24м Державного університету економіки і технологій розумію і підтримую політику закладу із академічної доброчесності. Я не надавала і не одержувала заборонену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

24.01.2026.

(дата)

(підпис)

Я.А.БОЙКО

(Ініціали, ПРІЗВИЩЕ)

ЗГОДА
здобувача освіти Державного університету економіки і технологій
на розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, Бойко Яна Артемівна підтримую політику Державного університету економіки і технологій щодо відкритого доступу до результатів освітньої діяльності.

Поінформована, що відповідно до пункту 5.8 «Положення про Репозитарій (електронну базу даних) Державного університету економіки і технологій», моя кваліфікаційна робота магістра на тему: «Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу» буде розміщена в Репозитарії ДУЕТ.

Ознайомлена з умовами такого розміщення та погоджуюсь на оприлюднення повного тексту роботи в електронному форматі.

24.01.2026.

(дата)

(підпис)

Я.А.БОЙКО

(Ініціали, ПРИЗВИЩЕ)

ЗГОДА здобувачки освіти Державного університету економіки і технологій про
перевірку кваліфікаційної роботи на прояви академічного плагіату
та розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, *Бойко Яна Артемівна*, підтримую політику Державного університету економіки і технологій з академічної доброчесності і відкритого доступу. Стверджую, що кваліфікаційна магістерська робота «Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу» виконана самостійно та не містить академічного плагіату. Я не надавала і не одержувала 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 ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення норм академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Також я поінформована, 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 ознайомена з умовами такого розміщення.

24.01.2026

Author / Автор	Бойко Я.А
Title / Назва	Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу
Date of Issue / Дата видання	2026
Publisher / Видавець	Державний університет економіки і технологій
Citation / Цитування	Бойко Я.А Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра: спец. 281 – Публічне управління та адміністрування / наук. кер. Г.В. Пурій. Кривий Ріг: Державний університет економіки і технологій, 2026. 84 с.
Subject Keywords / Ключові слова	Публічне управління та адміністрування, системно-модульний підхід, охорона здоров'я, система охорони здоров'я, державна політика у сфері охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, ефективність управління, управлінські рішення, інституційне забезпечення, медичні послуги, стратегічне управління, органи публічної влади, медична реформа, якість медичної допомоги.
Abstract / Анотація	Кваліфікаційна магістерська робота присвячена дослідженню розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу. Об'єкт дослідження роботи – процес дослідження публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я. У роботі систематизовано теоретичні підходи до трактування поняття охорони здоров'я як сфери публічноуправлінської діяльності. Досліджено характеристики публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я з позицій системного підходу. Розглянуто можливості та рекомендації щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу. Запропоновано проєкт рекомендацій для органів публічної влади щодо удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління системою охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, локальний рівень управління медичними установами та організаціями.