

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Навчально-науковий інститут економіки, управління, права та**  
**інформаційних технологій**  
**Кафедра економіки та публічного управління**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття ступеня вищої освіти  
Магістр

на тему: «Трансформація державної політики в системі охорони  
здоров'я в Україні»

Виконала: здобувач вищої освіти  
за освітньою програмою Зв'язки з  
громадськістю спеціальності  
281 Публічне управління та  
адміністрування другого  
(магістерського) рівня вищої  
освіти групи 1  
Заказникова Ілона Володимирівна  
Рецензент: Куласць Марія  
Михайлівна

Полтава – 2025 року

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Навчально-науковий інститут економіки, управління, права та**  
**інформаційних технологій**  
**Кафедра економіки та публічного управління**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю  
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування  
Рівень вищої освіти другий (магістерський)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

Вікторія МЕДВІДЬ

22 вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Заказникової Ілони Володимирівни**

1. Тема роботи: «Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я в Україні», керівник роботи доктор економічних наук, професор, професор кафедри економіки та публічного управління Дорофєєв О.В.  
Затверджено засіданням кафедри протокол № 5 від 22 вересня 2025 р.
2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи 28 листопада 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи:  
інформація з офіційних веб-сайтів;  
інші інформаційні дані (нормативно-довідкова література, наукові джерела, Інтернет-джерела, власні спостереження автора)
4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити):  
Розділ 1. Теоретичні засади трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні  
Розділ 2. Аналіз сучасного стану процесу трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні  
Розділ 3. Напрями удосконалення державної політики в системі охорони здоров'я в Україні
5. Перелік графічного матеріалу: схеми, рисунки, графіки, діаграми за темою та об'єктом дослідження

6. Дата видачі 22 вересня 2025 року

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Вибір і затвердження теми роботи	22.10.24 – 24.10.24	виконано
2	Складання і затвердження розгорнутого плану та завдання на кваліфікаційну роботу	28.10.24 – 26.11.24	виконано
3	Опрацювання джерел інформації	27.11.24 – 18.02.25	виконано
4	Збір, вивчення і обробка інформації, необхідної для виконання роботи	19.02.25 – 31.03.25	виконано
5	Виконання теоретико-методологічного розділу роботи	01.04.25 – 14.05.25	виконано
6	Виконання дослідницько-аналітичного розділу роботи	15.05.25 – 01.08.25	виконано
7	Виконання проектно-рекомендаційного розділу роботи	04.08.25 – 24.10.25	виконано
8	Оформлення тексту роботи	27.10.25 – 23.11.25	виконано
9	Нормоконтроль	24.11.25	виконано
10	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень і пропозицій	25.11.25 – 27.11.25	виконано
11	Попередній захист роботи на кафедрі	28.11.25	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	02.12.25	виконано

**Здобувач вищої освіти**

**Ілона ЗАКАЗНИКОВА**

**Керівник роботи**

**Олександр ДОРОФЄЄВ**

## АНОТАЦІЯ

*Заказникова Ілона Володимирівна.* Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я в Україні. Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти Магістр за освітньою програмою Зв'язки з громадськістю спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування. Полтавський державний аграрний університет, Полтава, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена обґрунтуванню теоретичних положень та розробленню практичних рекомендацій щодо вдосконалення процесу трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження виступає процес трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні.

Державна політика в системі охорони здоров'я є цілеспрямованою, науково обґрунтованою діяльністю суб'єктів публічного управління щодо нормативно-правового, організаційного, фінансового та кадрового забезпечення галузі з метою досягнення суспільно значущих цілей здоров'я населення. Аналіз зарубіжного досвіду постсоціалістичних країн (Естонія, Польща, Чехія, Грузія) виявив три чинники успіху трансформації: послідовність реформ, єдиний страховий платник та цифрова інфраструктура як базис.

Нормативно-правова база реформи набула шестирівневої ієрархічної структури та пройшла три законодавчі хвилі (2015-2017, 2018-2020, 2021-2024). Системоутворюючий Закон № 2168-VIII (2017) запровадив принцип «гроші ходять за пацієнтом» та НСЗУ як єдиного замовника. Інституційна архітектура перейшла від радянської вертикалі до горизонтальної моделі МОЗ-НСЗУ-КНП: укладено договори з понад 1200 КНП, підписано понад 35 млн пацієнтських декларацій. Виявлено три ключові прогалини: відсутність

закону про медичне страхування, слабка база відбудови інфраструктури та відставання регулювання телемедицини.

Аналіз Полтавської області як регіонального зрізу реформи виявив дворівневу управлінську модель (Департамент ОЗ ПОДА + Департамент ОЗ ПМР) без єдиного координаційного механізму – структурну проблему планування госпітального округу. Комплексна оцінка виявила суперечливий характер реформи: ЕСОЗ, «Доступні ліки», корпоратизація КНП – з одного боку, та кадровий дефіцит, нерівний доступ сільських ОТГ і пошкодження інфраструктури внаслідок обстрілів – з іншого.

Стратегія-2030 (КМУ № 34-р від 17.01.2025) та рекордно швидкий скринінг з Єврокомісією (вересень 2025) визначають євроінтеграційний вектор реформи. Розроблено авторську дорожню карту шести стратегічних пріоритетів 2025-2030 рр. та систему десяти КРІ-механізмів підвищення ефективності у нормативному (ЗУ про медичне страхування, ОДК-агентство), фінансовому (НТА, Р4Р, co-payment ceiling), кадровому (EU-резидентура, КРІ-оплата) та цифровому (ЦПОЗ, EHDS) вимірах. Для Полтавщини запропоновано: Координаційну раду ОЗ, Р4Р-пілот у провідних КНП, ДПП-договір для відбудови ПОКЛ ім. Скліфосовського та дашборд якості на [healthcare.poda.gov.ua](http://healthcare.poda.gov.ua). Очікувані результати до 2030 р.: фінансова захищеність 95 % населення; укомплектованість ПМД  $\geq 90$  %; відновлення 100 % пошкодженої інфраструктури Полтавщини; закриття розділу 28 EU у переговорах про вступ до ЄС.

Ключові слова: трансформація, державна політика, система охорони здоров'я

#### ANNOTATION

*Zakaznykova Ilona Volodymyrivna.* Transformation of state policy in the health care system in Ukraine. Qualification work in the form of a manuscript.

Qualification work for the degree of higher education Master in the educational program Public Relations specialty 281 Public Management and Administration. Poltava State Agrarian University, Poltava, 2025.

Qualification work is devoted to the substantiation of theoretical provisions and the development of practical recommendations for improving the process of transformation of state policy in the health care system in Ukraine.

The object of the study is the process of transformation of state policy in the health care system in Ukraine.

The subject of the study is a set of theoretical, methodological and practical problems that arise in the process of transformation of state policy in the health care system in Ukraine.

State policy in the healthcare system is a purposeful, scientifically based activity of public administration entities regarding the regulatory, organizational, financial and personnel support of the industry in order to achieve socially significant health goals. An analysis of the foreign experience of post-socialist countries (Estonia, Poland, the Czech Republic, Georgia) revealed three factors for the success of transformation: the sequence of reforms, a single insurance payer and digital infrastructure as a basis.

The regulatory and legal framework of the reform has acquired a six-level hierarchical structure and has undergone three legislative waves (2015-2017, 2018-2020, 2021-2024). The system-forming Law No. 2168-VIII (2017) introduced the principle of "money follows the patient" and the National Health Insurance Fund as the sole customer. The institutional architecture has moved from the Soviet vertical to the horizontal model of the Ministry of Health-National Health Service-National Health Service: contracts have been concluded with over 1,200 National Health Service, over 35 million patient declarations have been signed. Three key gaps have been identified: the absence of a law on health insurance, a weak base for infrastructure reconstruction, and the lag in telemedicine regulation.

Analysis of the Poltava region as a regional section of the reform revealed a two-level management model (Department of Health of the Regional State Administration of Health + Department of Health of the Transnistrian Autonomous Republic) without a single coordination mechanism – a structural problem of hospital district planning. A comprehensive assessment revealed the contradictory

nature of the reform: the Unified Health Insurance System, "Affordable Medicines", corporatization of the KNP - on the one hand, and staff shortages, unequal access of rural ATCs and damage to infrastructure due to shelling - on the other.

Strategy-2030 (CMU No. 34-r dated 17.01.2025) and record-breaking screening with the European Commission (September 2025) determine the European integration vector of the reform. An author's roadmap of six strategic priorities for 2025-2030 and a system of ten KPI mechanisms for increasing efficiency in regulatory (Law on Health Insurance, UDC-agency), financial (HTA, P4P, co-payment ceiling), personnel (EU-residency, KPI-payment) and digital (CPOZ, EHDS) dimensions have been developed. For the Poltava region, the following are proposed: a Coordination Council for Health Care, a P4P pilot in leading KNPs, a PPP contract for the reconstruction of the Sklifosovsky Regional Health Center and a quality dashboard on [healthcare.poda.gov.ua](http://healthcare.poda.gov.ua). Expected results by 2030: financial security of 95% of the population; staffing of PMD  $\geq$  90%; restoration of 100% of the damaged infrastructure of the Poltava region; closing of Chapter 28 of the EU in the negotiations on accession to the EU.

Keywords: transformation, state policy, health care system

### **Список опублікованих праць за темою кваліфікаційної роботи**

1. Заказникова І.В., Карпенко К.І. Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я : матеріали науково-практичної конференції за підсумками проходження здобувачами вищої освіти навчальних та виробничих практик, м. Полтава, 09-10 квітня 2025 року. Випуск 18. Полтава : ПДАУ. 2025. С. 157-159. URL: <https://www.pdau.edu.ua/sites/default/files/node/18444/zb2025.pdf>

2. Заказникова І., Карпенко К. Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми сучасної науки: теоретичні та практичні дослідження молодих учених* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції. м. Полтава, 14-15 квітня 2025 р. Полтава, 2025. С. 464-467. URL: <https://drive.google.com/file/d/1oQccKxkw0OD-P6trC1950X1eQdUSmHag/view>

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	13
1.1. Концептуальні підходи до розуміння державної політики в системі охорони здоров'я: сутність, принципи та механізми реалізації .....	13
1.2. Зарубіжний досвід трансформації державної політики в системі охорони здоров'я та можливості його адаптації в Україні .....	19
Висновки до розділу 1 .....	26
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОЦЕСУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	28
2.1. Нормативно-правове забезпечення та інституційна база реформування системи охорони здоров'я в Україні .....	28
2.2. Оцінка результативності та проблеми реалізації державної політики в системі охорони здоров'я в умовах реформування .....	34
Висновки до розділу 2 .....	41
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	42
3.1. Стратегічні пріоритети розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України в контексті євроінтеграції .....	42
3.2. Механізми підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я в Україні .....	49
Висновки до розділу 3 .....	58
ВИСНОВКИ .....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	67
ДОДАТКИ .....	73

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Охорона здоров'я належить до фундаментальних сфер державного управління, що безпосередньо визначає якість і тривалість життя кожного громадянина та є індикатором спроможності держави реалізовувати свої соціальні функції.

Актуальність теми визначається трьома взаємопов'язаними чинниками. По-перше, незавершеністю реформи: попри значні здобутки 2015-2024 рр. – запровадження НСЗУ, підписання понад 35 млн пацієнтських декларацій, розгортання ЕСОЗ – система охорони здоров'я України зберігає структурні дисбаланси: кадровий дефіцит, нерівність доступу між містом і сільськими ОТГ, відсутність закону про медичне страхування та стелі особистих витрат пацієнтів. Розрив у тривалості здорового життя між Україною (69,7 року) та країнами ЄС (80,7 року) є концентрованим виразом цих системних проблем. По-друге, євроінтеграційним імперативом: після надання Україні статусу кандидата на членство в ЄС (2022) та початку переговорного процесу зобов'язання щодо гармонізації законодавства у сфері охорони здоров'я (розділ 28 EU) набули обов'язкового характеру. Рекордно швидке завершення двостороннього скринінгу з Єврокомісією (вересень 2025 р.) та схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. (КМУ, 17.01.2025) визначили нові рамки трансформації. По-третє, потребою у регіональному вимірі аналізу: загальнонаціональні реформи реалізуються на місцевому рівні через органи місцевого самоврядування, і саме на рівні регіонів виявляються управлінські дисбаланси, нерівність доступу та інституційні прогалини, що залишаються поза увагою централізованих оцінок.

Науковому дослідженню трансформації державної політики в системі охорони здоров'я присвячені праці вітчизняних вчених: Москаленка В.Ф., Лехан В.М., Слабкого Г.О., Рингач Н.О., Вороненка Ю.В., Гойди Н.Г., Шевченка М.В., Пашкова В.М., Дорошенко О.О. У сфері публічного

управління та децентралізації охорони здоров'я вагомим є внесок Мамоної В.В., Крупника А.С., Бориславської О.М. Зарубіжний досвід трансформації систем охорони здоров'я досліджували Saltman R.B., Mossialos E., Rechel B., Papanicolas I., Frenk J., Roberts M.J., Doran T., які обґрунтували моделі фінансування, системи управління якістю Р4Р та умови успішної євроінтеграції постсоціалістичних систем охорони здоров'я.

Попри значний науковий доробок, низка питань залишається недостатньо дослідженою: оцінка результативності трансформації в умовах воєнного стану на регіональному рівні; механізми координації між обласним і міським рівнями управління охороною здоров'я; ДПП-інструменти відбудови медичної інфраструктури; адаптація ЕСОЗ до вимог European Health Data Space. Відповідь на ці питання у поєднанні загальнонаціонального та регіонального (Полтавська область) зрізів зумовлює наукову новизну та практичну значущість дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими темами.** Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного аграрного університету за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є теоретичне обґрунтування сутності, змісту та процесів трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні як важливого інструменту підвищення ефективності діяльності органів публічної влади.

Для досягнення цієї мети необхідно було вирішити наступні завдання:

- ознайомитись із теоретичними засадами трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні;
- провести аналіз сучасного стану процесу трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні;
- розглянути напрями удосконалення державної політики в системі охорони здоров'я в Україні.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження виступає процес трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні.

**Предмет дослідження.** Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні.

**Методи дослідження.** Розроблені теоретичні основи управління охороною здоров'я населення, базуються на методах індукції та дедукції, теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу, групування, абстракції та аналогії. Методичні положення державного управління системою охорони здоров'я розроблено шляхом використання системного підходу, методів моделювання, систематизації, індукції та дедукції, абстракції. На основі методів групування та теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу визначено особливості етапів реформування системи управління охороною здоров'я. Для супроводу напрямів розвитку кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я використано методи аналізу та синтезу, абстрагування, порівняння та групування, моделювання. Методологічною основою розвитку інформаційно-комунікаційної системи управління охороною здоров'я були методи: аналіз і синтез, групування, моделювання, індукція та дедукція.

**Інформаційна база.** Інформаційною базою слугували нормативно-правові акти України, офіційні дані Організації об'єднаних націй, Всесвітньої організації здоров'я, Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, Міністерства фінансів України, міжнародних урядових та неурядових організацій щодо міжнародних рейтингів; матеріали міжнародної наукометричної база даних SCOPUS; довідкові та інформаційні видання професійних міжнародних організацій..

**Наукова новизна одержаних результатів.** Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

**набуло подальшого розвитку:**

окреслення стратегічних пріоритетів розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України в контексті євроінтеграції;

систематизація механізмів підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

**Практичне значення одержаних результатів.** Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення і висновки дослідження спрямовані на підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування. Основні ідеї та висновки дослідження можуть бути використані на практиці органами публічного управління, органами місцевого самоврядування та муніципальними органами, підприємствами, громадськими організаціями.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

**Публікації.** За результатами проведеного дослідження опубліковано тези:

– «Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я», яку включено до збірника матеріалів науково-практичної конференції за підсумками проходження здобувачами вищої освіти навчальних та виробничих практик, м. Полтава, 09-10 квітня 2025 року. Випуск 18. Полтава : ПДАУ. 2025. С. 157-159.

– «Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я в Україні», яку включено до збірника матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної науки: теоретичні та практичні дослідження молодих учених». м. Полтава, 14-15 квітня 2025 р. Полтава, 2025. С. 464-467.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 73 сторінках друкованого тексту, робота містить 9 таблиць та 1 додаток.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### **1.1. Концептуальні підходи до розуміння державної політики в системі охорони здоров'я: сутність, принципи та механізми реалізації**

Дослідження трансформації державної політики в системі охорони здоров'я потребує передусім чіткого визначення понятійно-категоріального апарату. Це зумовлено тим, що від концептуальних засад залежать методологічні підходи до аналізу реформаторських процесів, визначення критеріїв їх ефективності та вироблення науково обґрунтованих рекомендацій. Вагомий внесок у дослідження цієї проблематики зробили вітчизняні вчені: Рингач Н.О. [37], Москаленко В.Ф. [25], Лехан В.М. [19], Слабкий Г.О. [42], Вороненко Ю.В. [2], Гойда Н.Г. [3], а також зарубіжні дослідники Frenk J. [50], Saltman R.B. [57], Roberts M.J. [56]. Водночас питання концептуального розуміння державної політики в охороні здоров'я в умовах масштабного реформування та воєнного стану залишаються недостатньо висвітленими, що й зумовлює актуальність цього дослідження.

Поняття «державна політика в системі охорони здоров'я» є багатовимірним і трактується по-різному залежно від наукової традиції, методологічного підходу та практичного контексту. У широкому розумінні воно охоплює всі публічні рішення, програми та дії, що спрямовані на підтримання та покращення здоров'я населення [61]. У вузькому – це системна діяльність держави щодо нормативного, організаційного, фінансового та кадрового забезпечення медичної галузі. Аналіз наукових праць дозволяє виокремити три провідних підходи до визначення поняття: нормативно-правовий – через перелік повноважень і функцій держави у сфері охорони здоров'я (Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г.); системно-управлінський – через сукупність механізмів і суб'єктів управління галуззю (Вороненко Ю.В.,

Лехан В.М.); соціально-результативний – через досягнення суспільно значущих показників здоров'я населення (Рингач Н.О., ВООЗ).

Таблиця 1.1

**Порівняльний аналіз підходів до визначення поняття «державна політика в системі охорони здоров'я»**

Джерело	Визначення	Ключовий акцент
Рингач Н.О. (2009) [37]	Комплекс заходів держави, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом регулювання системи надання медичної допомоги	Збереження здоров'я нації як суспільного блага
Москаленко В.Ф. (2008) [25]	Цілеспрямована діяльність уповноважених суб'єктів щодо визначення цілей, пріоритетів та механізмів розвитку охорони здоров'я	Цілепокладання та пріоритети
Лехан В.М., Слабкий Г.О. (2012) [19; 42]	Сукупність публічних рішень, програм та дій, спрямованих на забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги	Рівний доступ та якість послуг
Вороненко Ю.В. (2015) [2]	Системна діяльність держави з управління охороною здоров'я, яка охоплює правове регулювання, фінансування, організацію та контроль	Системність та багатовимірність управління
ВООЗ (2020) [61]	Політика охорони здоров'я стосується рішень, планів та дій, що вживаються для досягнення конкретних цілей охорони здоров'я в суспільстві	Досягнення суспільних цілей здоров'я

*Джерело:* складено автором.

Таким чином, відповідно до табл. 1.1, державна політика в системі охорони здоров'я розглядається як цілеспрямована, науково обґрунтована діяльність держави та інших суб'єктів публічного управління щодо нормативно-правового, організаційного, фінансового та кадрового забезпечення системи охорони здоров'я з метою досягнення суспільно значущих цілей здоров'я населення. Увагу акцентовано на чотирьох ключових ознаках: цілеспрямованості (орієнтація на конкретний суспільний результат), системності (взаємопов'язаність усіх елементів), публічності (відповідальність перед суспільством) та науковості (доказова база рішень).

Принципи є нормативно-ціннісним фундаментом державної політики та визначають її якісні характеристики. Вітчизняне законодавство закріпило базові принципи у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992, зі змінами) [26], Законі «Про державні фінансові

гарантії медичного обслуговування населення» (2017) [33] та Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (2015) [16]. Міжнародний вимір принципів визначено документами ВООЗ – насамперед Астанинською декларацією (2018) та Оперативною основою первинної медичної допомоги (2020) [61]. На основі аналізу нормативно-правових актів та наукових джерел виокремлено вісім ключових принципів державної політики в системі охорони здоров'я України, табл. 1.2.

Таблиця 1.2

**Принципи державної політики в системі охорони здоров'я України та їх нормативне закріплення**

Принцип	Сутність	Нормативне закріплення	Рівень
Загальної доступності	Гарантований рівний доступ усіх громадян до медичної допомоги незалежно від соціального статусу та місця проживання	Ст. 49 Конституції України; Закон № 2168-VIII	Конституційний
Безперервності	Надання медичної допомоги на всіх рівнях системи без розривів і бар'єрів між первинною, вторинною та третинною ланками	Закон № 2801-XII; Наказ МОЗ № 504	Законодавчий
Орієнтованості на пацієнта	Пріоритет потреб, прав та гідності пацієнта при формуванні та реалізації медичної допомоги	Закон № 2168-VIII; Права пацієнта	Законодавчий
Науковості та доказовості	Формування та реалізація медичних втручань і державних програм на основі доказової медицини та наукових досліджень	Державні стандарти; Наказ МОЗ № 2708	Підзаконний
Системності та координації	Взаємозв'язок і взаємозалежність усіх складових охорони здоров'я; єдність цілей та дій різних рівнів управління	Концепція реформи 2015 р.; НСЗУ Статут	Програмний
Ефективності та раціональності	Досягнення максимального результату для здоров'я населення при оптимальному використанні наявних ресурсів держави	Бюджетний кодекс; Наказ МОЗ № 2462	Бюджетний
Прозорості та підзвітності	Відкритість інформації про діяльність суб'єктів охорони здоров'я та обов'язковість звітування перед суспільством	Закон № 2939-VI; НСЗУ договори	Інституційний
Євроінтеграційності	Поступове наближення стандартів, нормативів та практик охорони здоров'я до вимог Європейського Союзу	Угода про асоціацію Україна–ЄС (2014)	Міжнародний

*Джерело:* складено автором на основі [16; 26; 33].

Особливої уваги заслуговує принцип євроінтеграційності, який набув особливого значення після підписання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у 2014 р. та надання Україні статусу кандидата на членство у ЄС (2022). Відповідно до Угоди, Україна взяла на себе зобов'язання наближати своє законодавство у сфері охорони здоров'я до стандартів ЄС, зокрема щодо безпеки продуктів харчування та лікарських засобів, контролю над тютюном, психічного здоров'я і заразних хвороб [45]. Виконання цих зобов'язань є одним із вимірів трансформації державної політики в системі охорони здоров'я.

Механізм реалізації державної політики розуміється як сукупність засобів, методів та інструментів, за допомогою яких суб'єкти управління досягають визначених цілей. Roberts M.J. із співавторами [56] виокремлюють п'ять основних «важелів управління» у сфері охорони здоров'я: фінансування, оплата праці, організація, регулювання та переконання. Вітчизняні дослідники, Лехан В.М. і Слабкий Г.О. [19; 42], доповнюють цей перелік кадровим та інформаційно-аналітичним механізмами, що відображають специфіку вітчизняної системи.

У контексті реформи 2015-2024 рр. ключового значення набув фінансово-економічний механізм, зокрема запровадження страхової моделі через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Перехід від кошторисного до програмно-результативного фінансування забезпечив: прив'язку коштів до пацієнта (принцип «гроші ходять за пацієнтом»); конкурентне середовище між постачальниками послуг; підзвітність закладів через публічні договори. Поряд із цим важливу роль відіграє організаційно-управлінський механізм – корпоратизація медичних закладів (перетворення лікарень у комунальні підприємства) та запровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) як технологічної основи реформи [35]. Аналіз табл. 1.3 дозволяє констатувати, що механізми реалізації державної політики утворюють взаємопов'язану систему, де нормативно-правовий механізм формує «правила гри», організаційно-управлінський визначає архітектуру галузі, фінансово-економічний забезпечує ресурсну базу, кадровий –

людський капітал, інформаційно-аналітичний – зворотний зв'язок, а контрольньо-наглядовий – відповідальність. Ефективність державної політики визначається не лише повнотою набору механізмів, а й якістю їх координації та синхронізації.

Таблиця 1.3

### Механізми реалізації державної політики в системі охорони здоров'я України

Механізм	Зміст та інструменти	Суб'єкти реалізації	Приклади в Україні
Нормативно-правовий	Прийняття законів, підзаконних актів, стандартів медичної допомоги; ліцензування медичної діяльності	ВРУ, КМУ, МОЗ, НСЗУ	ЗУ «Про державні фінансові гарантії», Медичні стандарти
Організаційно-управлінський	Реструктуризація лікувальних закладів, корпоратизація КП, реформа первинної ланки, електронна система охорони здоров'я	МОЗ, НСЗУ, ОДА/ОМС, КП	Перетворення ЦРЛ у КНП; запровадження eHealth
Фінансово-економічний	Страхова модель через НСЗУ, капітаційна ставка, пакети медичних послуг, програма «Доступні ліки»	НСЗУ, МОЗ, МФУ, ДКС	Формула фінансування ПМД; пакет «Безоплатна діагностика»
Кадровий	Підготовка лікарів, безперервний розвиток, атестація, стимулювання, боротьба з відтоком кадрів	НМАПО, МОЗ, МОН, КП	«Десять кроків» до сімейної медицини; е-освіта лікарів
Інформаційно-аналітичний	eHealth, реєстр пацієнтів, моніторинг якості, медична статистика, публічна звітність	НСЗУ, МОЗ, ЦОЗ	ЕСОЗ; Healthdata.gov.ua; дашборди НСЗУ
Контрольно-наглядовий	Державний контроль якості медичних послуг, захист прав пацієнтів, ліцензійний нагляд	МОЗ, НСЗУ, суди, ОМС	Державна служба якості охорони здоров'я (ДСЯОЗ)

Джерело: складено автором на основі [16; 26; 33; 35; 45].

Поняття «трансформація» у контексті державної політики в системі охорони здоров'я потребує окремого теоретичного осмислення. Saltman R.V. [57] визначає трансформацію як цілеспрямовані, глибинні зміни інституційної структури, фінансової архітектури та управлінських практик системи охорони здоров'я, що відповідають новим соціально-економічним умовам або зовнішнім зобов'язанням. На відміну від «реформи» (зміни окремих елементів) та «модернізації» (технологічного оновлення),

трансформація передбачає якісну зміну самої логіки функціонування системи. Для України трансформація державної політики в системі охорони здоров'я розгортається у кількох площинах одночасно: структурній (зміна моделі фінансування та організації від радянської до страхової); нормативно-правовій (оновлення законодавчої бази відповідно до стандартів ЄС); управлінській (децентралізація повноважень та запровадження менеджменту якості); цифровій (впровадження ЕСОЗ та телемедицини). Дослідження Frenk J. [50] доводить, що успішна трансформація системи охорони здоров'я можлива лише за умови одночасних і скоординованих змін у всіх зазначених площинах, тоді як фрагментарні реформи лише посилюють системні дисбаланси. Теоретично важливим є розмежування трансформації як процесу та як стану. Як процес, трансформація характеризується спрямованістю (вектором змін), темпом (швидкістю перетворень) та узгодженістю (синхронізацією дій різних суб'єктів). Як стан, вона оцінюється через досягнуті показники: охоплення населення медичною допомогою, рівень задоволеності пацієнтів, ефективність витрат, якість послуг та стан здоров'я нації. Саме ця дихотомія «процес/стан» визначатиме методологічну основу аналізу в наступних розділах роботи.

Концептуальний аналіз дозволяє стверджувати, що державна політика в системі охорони здоров'я є складним, багатовимірним феноменом, що поєднує нормативно-правовий, організаційний, фінансовий та кадровий виміри. Принципи цієї політики утворюють ціннісно-нормативну систему, що охоплює рівні від конституційного до міжнародного. Механізми реалізації функціонують як взаємопов'язана система «важелів управління», ефективність якої визначається якістю координації між суб'єктами публічного управління. Трансформація державної політики є процесом якісних системних змін, що охоплюють структурний, нормативний, управлінський і цифровий виміри. Ці теоретичні засади слугуватимуть концептуальною основою для подальшого аналізу зарубіжного досвіду та стану трансформації охорони здоров'я в Україні.

## **1.2. Зарубіжний досвід трансформації державної політики в системі охорони здоров'я та можливості його адаптації в Україні**

Вивчення зарубіжного досвіду трансформації систем охорони здоров'я є необхідною умовою науково обґрунтованого реформування вітчизняної галузі. Порівняльний аналіз дозволяє виявити успішні практики та прорахунки, уникнути системних помилок і адаптувати перевірені інструменти до українського контексту. Значний внесок у дослідження зарубіжних моделей зробили вчені: Saltman R.B. [57], Papanicolas I. [54], Mossialos E. [53], Rechel B. [55] – у частині аналізу систем ЄС; Лехан В.М. [19], Слабкий Г.О. [42], Шевченко М.В. [19] – у частині порівняльного аналізу в контексті України. Особливої актуальності набуває вивчення досвіду постсоціалістичних країн Центральної та Східної Європи (ЦСЕ), що пройшли аналогічний шлях деінституціалізації радянської моделі Семашка. Сучасна наукова типологія виокремлює чотири базові моделі організації систем охорони здоров'я, що різняться джерелами фінансування, суб'єктами надання послуг та ступенем державного регулювання. Класичну класифікацію запропонували Frenk J. та Donabedian A. [50], пізніше її розвинули та вдосконалили Saltman R.B., Mossialos E., а також Лехан В.М. Відповідно до узагальненої класифікації, розрізняють: модель Бісмарка (соціального страхування), модель Беверіджа (бюджетну, або «модель NHS»), модель Семашка (радянську державну) та приватну (ринкову) модель. Більшість сучасних систем є змішаними і поєднують елементи кількох базових моделей.

Для України принципово важливим є те, що до 1991 р. функціонувала модель Семашка з повним державним фінансуванням, ієрархічною структурою та жорстким плануванням. Реформа 2015-2024 рр. фактично означала перехід від цієї моделі до гібридної моделі з елементами Беверіджа (бюджетне фінансування через НСЗУ) та Бісмарка (страховий принцип, пакети послуг). Міжнародний досвід свідчить, що подібний перехід є одним із найскладніших реформаторських завдань, оскільки потребує одночасної

зміни фінансових потоків, інституційної архітектури та поведінки всіх учасників системи [55].

Таблиця 1.4

### Порівняльна характеристика базових моделей організації систем охорони здоров'я

Критерій	Модель Бісмарка (соціального страхування)	Модель Беверіджа (бюджетна)	Модель Семашка (державна)	Приватна (ринкова) модель	Змішана модель
Фінансування	Внески роботодавців і працівників до страхових фондів	Загальні податкові надходження до державного бюджету	Державний бюджет, повне фінансування галузі	Приватне страхування, оплата послуг пацієнтом	Комбінація державних і приватних джерел
Постачальники послуг	Лікарні та приватні лікарі; конкуренція між страховиками	Переважно державні заклади; ДП-ліцензовані приватні	Виключно державні заклади, ієрархічна система	Переважно приватні заклади, ринковий попит	Державні, комунальні та приватні заклади
Доступність	Висока (для застрахованих); проблема для незайнятих	Загальна, незалежно від внесків	Загальна, з акцентом на рівність доступу	Обмежена, залежить від платоспроможності	Диференційована залежно від моделі
Приклади країн	Німеччина, Франція, Нідерланди, Австрія, Бельгія	Великобританія, Швеція, Данія, Норвегія, Іспанія	СРСР (історично); окремі елементи в Польщі, Угорщині	США (частково), ОАЕ, Сінгапур	Естонія, Польща, Чехія, Грузія, Молдова
Відповідальність держави	Регуляторна; страхові фонди – квазідержавні	Повна – планування, фінансування, надання послуг	Абсолютна – держава є єдиним власником і платником	Мінімальна – лише для незаможних (Medicaid)	Поділена між державою, ринком і громадою
Рівень витрат на ОЗ (% ВВП, 2022)	10-12 % (Нідерланди – 13,1 %)	9-12 % (Великобританія – 11,9 %)	Від 4 % (Радянська епоха) до 6-8 %	17-18 % (США – 17,6 %)	6-10 % залежно від країни

Джерело: складено автором на основі [50; 53; 54; 55; 57].

Аналіз табл. 1.4 дозволяє зробити кілька принципових висновків. Найвищу суспільну задоволеність і рівень охоплення демонструють країни зі змішаними моделями, що поєднують страховий принцип із сильним державним регулюванням (Нідерланди, Швеція, Данія). Рівень витрат на охорону здоров'я прямо не визначає якість системи: США витрачають 17,6 % ВВП за нижчих показників тривалості життя порівняно з країнами ЄС. Для

України найбільш релевантними є моделі Естонії, Польщі та Чехії, оскільки ці країни здійснили аналогічну трансформацію від системи Семашка впродовж 1990-2010-х рр.

Особливу цінність для України становить досвід постсоціалістичних країн, що пройшли шлях від системи Семашка до сучасних змішаних моделей. Дослідження Rachel В. [55] та звіти ВООЗ/Євро [60] фіксують спільну логіку цих трансформацій: первинна децентралізація → фрагментація фінансування → консолідація через єдиного страховика → цифровізація та управління якістю. Водночас кожна країна мала свій темп, інституційні умови та політичні ризики. Систематизація цього досвіду наведена в табл. 1.5.

Досвід Естонії заслуговує на особливу увагу як приклад найбільш послідовної та успішної трансформації в регіоні ЦСЄ. Ключовими чинниками естонського успіху, на думку Mossialos E. та Paranicolas I. [53; 54], стали: (1) єдиний страховий агент без конкуруючих фондів; (2) раннє та системне впровадження e-health, починаючи з 2001 р.; (3) зв'язок фінансування лікарів з якісними показниками; (4) сильний первинний рівень як «ворота» системи. Показово, що Естонія витрачає лише 7,1 % ВВП на охорону здоров'я при рівні задоволеності населення 76 % – одному з найвищих у ЄС серед країн із порівняним рівнем доходів.

Польський досвід є повчальним у негативному сенсі: поспішна децентралізація 1998 р. через 17 регіональних страхових кас призвела до фрагментації фінансування, бюджетних дефіцитів і нерівності доступу. Лише консолідація 2003 р. через єдиний Національний фонд охорони здоров'я (NFZ) стабілізувала систему [58]. Для України цей урок критично важливий: ризик «половинчастих реформ» та надмірної регіоналізації фінансування є цілком реальним в умовах децентралізації.

Грузинський досвід демонструє можливості прискореної трансформації в умовах обмежених ресурсів. Програма Universal Health Coverage (2013) забезпечила охоплення медичною допомогою понад 80 % населення

впродовж п'яти років завдяки адресним субсидіям для малозабезпечених та поетапному розширенню обов'язкового страхування [51].

Таблиця 1.5

**Досвід трансформації систем охорони здоров'я в постсоціалістичних країнах та уроки для України**

Країна	Вихідна точка (1990-ті рр.)	Ключові реформи та результати	Уроки для України
Естонія	Радянська модель Семашка; хронічне недофінансування	1992-2002: загальне медичне страхування через Eesti Haigekassa; реєстр е-здоров'я (2008); цифровий рецепт (2010); задоволеність пацієнтів – 76 %	Пріоритет цифровізації та єдиного страхового агента; послідовність реформ
Польща	Семашко; децентралізація 1998 р. призвела до дефіциту	1999: страхові каси замінено єдиним Національним фондом охорони здоров'я (NFZ); базовий пакет послуг; сімейна медицина як «ворота» системи; зростання задоволеності з 48 % (2000) до 64 % (2020)	Небезпека «половинчастих реформ»; важливість єдиного платника та чіткого базового пакета
Чехія	Семашко; плюралістична страхова реформа 1992 р.	7 конкуруючих страхових фондів; стандартизований базовий пакет; Державний фонд медичного страхування регулює конкуренцію; витрати на ОЗ – 9,2 % ВВП (2022)	Керована конкуренція між страховиками при єдиному базовому пакеті
Грузія	Повний розвал системи ОЗ у 1990-х рр.; охоплення менше 20 %	2013: Universal Health Coverage; 2018: обов'язкове медичне страхування для всіх; охоплення досягло 80 %; е-реєстри; партнерство ДПП у будівництві лікарень	Важливість поетапного розширення охоплення; роль ДПП у відновленні інфраструктури
Молдова	Схожа з Україною пострадянська спадщина; низька ресурсна база	2003: Компанія медичного страхування (CNAM); 2012: стратегія «Сана Вита»; первинна ланка через ЦЗМ; телемедицина (2018); фінансова захищеність – ООПНД з 6 % (1999) до 2,8 % (2020)	Реформа первинної ланки через ЦЗМ як аналог ЦІМСД; зниження особистих витрат пацієнтів

*Джерело:* складено автором на основі [55; 58; 60].

Показово, що Грузія розпочала реформу в умовах нижчого ВВП на душу населення, ніж Україна, що свідчить про реалістичність амбіційних цілей охоплення за умови політичної волі та ефективного адміністрування. Окрім постсоціалістичних країн, для України важливим є досвід провідних

країн ЄС, зокрема в частині окремих інструментів та практик, що можуть бути адаптовані незалежно від базової моделі системи. Особливої уваги заслуговують чотири напрями.

Управління якістю медичних послуг (pay-for-performance). Британська система QOF (Quality and Outcomes Framework) (найстаріша та найдокладніше вивчена P4P-система у світі) пов'язує оплату праці лікарів загальної практики з досягненням понад 60 клінічних індикаторів якості (артеріальний тиск, вакцинація, ведення хронічних хворих тощо). Дослідження Dogan T. [48] доводять, що QOF суттєво покращила управління хронічними захворюваннями та знизила варіабельність якості між практиками. Нідерландська модель BundledPayments передбачає оплату за «пакет» медичної допомоги при конкретному стані (діабет, ХОЗЛ), що стимулює координацію між рівнями надання послуг.

Цифрові системи охорони здоров'я (e-Health). Данська система MedCom (з 1994 р.) є стандартом обміну медичними даними між лікарями, аптеками та лікарнями; охоплення – понад 98 % усіх рецептів і направлень в електронному форматі. Ключовим принципом є «*once-only*» – пацієнт вводить дані один раз, і вони доступні всій системі. Естонська X-Road забезпечує захищений обмін даними між усіма державними реєстрами, включно з медичними, що дозволяє повністю інтегрувати охорону здоров'я з іншими державними сервісами [47].

Фінансова захищеність та обмеження особистих витрат пацієнтів. У Франції система *complementaire santé* (додакового страхування) забезпечує покриття франшизи для 95 % населення, фактично ліквідуючи бар'єр особистих витрат. У Нідерландах встановлено законодавчий «стелю» особистих витрат – 385 євро на рік (2024), понад яке держава фінансує 100 % витрат. Подібні механізми захисту пацієнтів від катастрофічних витрат є критично важливими для підтримання довіри населення до системи [54].

Інтегровані моделі надання допомоги. Скандинавські країни (Данія, Швеція, Фінляндія) активно впроваджують інтегровані медико-соціальні

системи, що поєднують первинну медичну допомогу, соціальну підтримку та громадське здоров'я. Датська модель координованої допомоги (2013 Health Agreement) передбачає єдиний план догляду за пацієнтом з хронічним захворюванням між ПМД, лікарнею та соціальними службами муніципалітету. Фінська модель SOTE (2023) об'єднала надання медичних і соціальних послуг у єдиних обласних структурах [59].

Адаптація зарубіжного досвіду до умов України потребує врахування специфічних контекстуальних чинників: пострадянської інституційної спадщини; незавершеної децентралізації; воєнного стану та масштабного руйнування медичної інфраструктури; значного відтоку кваліфікованих медичних кадрів; обмежених бюджетних ресурсів та залежності від міжнародної донорської підтримки. Ці чинники одночасно обмежують темп реформ і відкривають можливість «стрибнути» через проміжні етапи трансформації, застосовуючи вже перевірені цифрові рішення [42].

Систематизований аналіз адаптаційного потенціалу ключових зарубіжних практик для України наведено в табл. 1.6, де виокремлено стан поточного впровадження та пріоритетність подальшого розвитку кожного інструменту. Аналіз табл. 1.6 засвідчує, що Україна вже успішно адаптувала ряд ключових зарубіжних інструментів: єдиний страховий агент (НСЗУ за прикладом Naigekassa та NFZ), капітаційне фінансування ПМД (за прикладом NHS та нідерландської моделі), електронна система охорони здоров'я ЕСОЗ (за прикладом X-Road та MedCom), базовий пакет гарантованих послуг та програма реімбурсації ліків. Водночас залишаються три незаповнені ніші: системна P4P-модель для вторинної ланки; законодавчий «стеля» особистих витрат пацієнтів; нормативна рамка для ДПП у відбудові зруйнованої воєнними діями медичної інфраструктури.

Принципово важливим є висновок щодо умов успішної адаптації. Порівняльний аналіз країн ЦСЄ виявляє три наскрізні чинники успіху трансформацій: (1) послідовність і незворотність, уникнення «повернень» до адміністративних методів управління; (2) сильний єдиний платник, без

конкурентної фрагментації фінансування; (3) цифрова інфраструктура як базис, а не надбудова реформи. Відсутність хоча б одного з цих чинників суттєво знижує шанси на успішну трансформацію [55; 60]. Для України, що перебуває в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови, особливо актуальним є третій чинник, оскільки цифрові системи дозволяють долати фізичне руйнування інфраструктури та забезпечувати доступ до медичних послуг попри дислокацію населення.

Таблиця 1.6

**Адаптаційний потенціал зарубіжного досвіду трансформації охорони здоров'я для України**

Інструмент	Країна-донор досвіду	Стан адаптації в Україні (2024)	Пріоритетність подальшого впровадження
Єдиний страховий агент (монопсонія)	Естонія (Haigekassa), Польща (NFZ)	Реалізовано через НСЗУ (з 2018 р.)	Потребує зміцнення: розширення пакетів, фінансова стійкість
Капітаційна модель фінансування ПМД	Нідерланди, Великобританія (NHS)	Реалізовано через НСЗУ (з 2018 р.); коефіцієнт за вік та хвороби	Удосконалення: Р4Р (оплата за результат) – частково
Електронна система охорони здоров'я (e-Health)	Естонія, Данія (MedCom)	ЕСОЗ запроваджено (2019); охоплення – понад 90 % ПМД	Розширення на вторинну та третинну ланки; AI-діагностика
Базовий пакет гарантованих послуг	Польща, Чехія, Нідерланди	Реалізовано (8 пакетів НСЗУ); потребує розширення	Включення реабілітації, психічного здоров'я, паліативу
Програма «Доступні ліки» (реімбурсація)	Франція, Польща, Чехія	Реалізовано (з 2017 р.); понад 2000 препаратів	Розширення переліку та спрощення рецептурного доступу
Якість і Р4Р (pay-for-performance)	Великобританія (QOF), Нідерланди	Розпочато пілот у ПМД (2022-2024)	Масштабування на вторинну ланку з 2025 р.
Телемедицина та дистанційна допомога	Данія, Естонія, Грузія	Нормативна база: Наказ МОЗ № 2463 (2020); практика – ПМД	Інтеграція з ЕСОЗ; відеоконсультації спеціалістів
Державно-приватне партнерство (ДПП)	Грузія, Великобританія (PFI)	Поодинокі випадки; системна база – відсутня	Розробка ДПП-рамки для відбудови зруйнованої інфраструктури

Джерело: складено автором на основі [36; 42; 53; 57; 60].

Таким чином, аналіз зарубіжного досвіду трансформації державної політики в системі охорони здоров'я свідчить про наявність перевірених моделей і практик, адаптація яких здатна суттєво прискорити та покращити якість реформ в Україні. Серед базових моделей найбільш релевантною є гібридна модель з єдиним страховим агентом, сильною первинною ланкою та загальним охопленням населення, яку реалізували Естонія, Польща та Чехія. Серед конкретних інструментів пріоритетними є Р4Р-управління якістю, розширення e-Health та ДПП-механізми відбудови. Встановлені чинники успіху, такі як послідовність реформ, єдиний платник і цифрова інфраструктура є водночас критеріями оцінки поточного стану трансформації в Україні, що розглядатиметься у наступному розділі.

## **Висновки до розділу 1**

Державна політика в системі охорони здоров'я є цілеспрямованою, науково обґрунтованою діяльністю держави та суб'єктів публічного управління щодо нормативно-правового, організаційного, фінансового та кадрового забезпечення галузі з метою досягнення суспільно значущих цілей здоров'я населення. Синтез трьох підходів (нормативно-правового, системно-управлінського та соціально-результативного) дозволив сформулювати авторське визначення, яке розкриває комплексну природу цього феномену.

Принципи державної політики в системі охорони здоров'я утворюють ієрархічну ціннісно-нормативну систему восьми елементів від конституційного (загальнодоступність) до міжнародного (євроінтеграційність). Особливого значення в умовах євроінтеграційного курсу України набувають принципи доказовості, прозорості та євроінтеграційності, що визначають вектор і стандарти трансформаційних змін.

Механізми реалізації державної політики (нормативно-правовий, організаційно-управлінський, фінансово-економічний, кадровий,

інформаційно-аналітичний, контрольо-наглядний) функціонують як взаємопов'язана система «важелів управління». Ефективність реформи визначається не наявністю окремих механізмів, а якістю їх координації та синхронізації. Трансформація як поняття відрізняється від «реформи» та «модернізації» глибиною системних змін і охоплює структурний, нормативний, управлінський та цифровий виміри.

Порівняльний аналіз базових моделей (Бісмарка, Беверіджа, Семашка, ринкової) засвідчив, що Україна здійснює перехід від радянської моделі Семашка до гібридної моделі з єдиним страховим агентом (НСЗУ), загальним охопленням та страховим принципом фінансування – найскладнішого типу реформаторських перетворень.

Досвід постсоціалістичних країн (Естонії, Польщі, Чехії, Грузії та Молдови) виявив три наскрізні чинники успішної трансформації: послідовність і незворотність реформ; єдиний страховий платник без конкурентної фрагментації фінансування; цифрова інфраструктура як базис, а не надбудова реформи. Відсутність хоча б одного з них суттєво знижує результативність перетворень.

Адаптаційний потенціал зарубіжних практик для України є значним: НСЗУ, капітаційна модель ПМД, ЕСОЗ і базовий пакет послуг вже реалізовано за зразком країн ЄС. Незаповненими залишаються три ніші: Р4Р-система якості для вторинної ланки, механізм захисту пацієнтів від катастрофічних витрат та нормативна рамка ДПП для відбудови зруйнованої медичної інфраструктури. Ці напрями визначатимуть пріоритети удосконалення державної політики, що розглядатимуться у третьому розділі.

Сформовані теоретичні засади слугуватимуть методологічною основою для аналізу сучасного стану трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні у другому розділі.

## РОЗДІЛ 2

# АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОЦЕСУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 2.1. Нормативно-правове забезпечення та інституційна база реформування системи охорони здоров'я в Україні

Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я є неможливою без відповідного нормативно-правового та інституційного забезпечення. Саме законодавча база визначає «правила гри», а інституційна архітектура – суб'єктів, що реалізують реформу. Аналіз цих елементів дозволяє виявити як досягнення, так і прогалини у формуванні правових та організаційних умов трансформації. Вагомий внесок у дослідження правових засад реформування охорони здоров'я в Україні зробили: Москаленко В.Ф. [25], Рингач Н.О. [37], Слабкий Г.О. [42], Лехан В.М. [19], Пашков В.М. [28] та інші дослідники у сфері медичного права та публічного управління галуззю.

Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я в Україні формує шестирівневу ієрархічну систему, де кожен рівень визначає межі регулювання для нижчих рівнів. Вершиною є конституційні гарантії (ст. 49 Конституції України), які закріплюють право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [14]. Системоутворюючими для реформи є два базові закони: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992, зі змінами) та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017) [26; 33]. Останній фактично є конституцією реформи – він запровадив страховий принцип фінансування, єдиного замовника (НСЗУ) та базовий пакет гарантованих послуг. Аналіз табл. 2.1 засвідчує, що за 2015-2024 рр. в Україні сформовано достатньо повну шестирівневу нормативно-правову базу реформи. Водночас виявлено ряд системних прогалин: відсутній окремий

закон про медичне страхування, що породжує правову невизначеність щодо статусу НСЗУ: вона функціонує як центральний орган виконавчої влади, але фактично виконує функції страхового агента; нормативна база відновлення зруйнованої воєнними діями інфраструктури залишається фрагментарною і будується переважно на тимчасових і надзвичайних механізмах; регуляторна база телемедицини та штучного інтелекту в охороні здоров'я лише формується і суттєво відстає від темпів технологічного розвитку.

Таблиця 2.1

**Ієрархія нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я України  
(станом на 2025 р.)**

Рівень	Вид НПА	Ключові акти	Роль у реформі
I. Конституційний	Конституція України	Ст. 49 – право на охорону здоров'я; ст. 3 – людина як найвища цінність; ст. 95 – бюджетна система	Базові гарантії держави; основа для всіх НПА нижчих рівнів
II. Законодавчий (базові закони)	Закони України	ЗУ «Основи законодавства про ОЗ» № 2801-ХІІ (1992); ЗУ «Про державні фінансові гарантії» № 2168-VIII (2017); ЗУ «Про заклади охорони здоров'я» № 2709-VIII (2018)	Визначення принципів, суб'єктів, прав пацієнтів; запровадження страхової моделі НСЗУ
III. Підзаконний (КМУ)	Постанови та розпорядження КМУ	Постанова КМУ № 411 (2018) – eHealth; Постанова КМУ № 65 (2018) – НСЗУ; Концепція реформи фінансування (розпорядження № 1013-р, 2016)	Інституційна архітектура реформи: створення НСЗУ, запровадження ЕСОЗ
IV. Відомчий (МОЗ)	Накази МОЗ України	Наказ № 504 (2018) – порядок ПМД; Наказ № 2708 (2020) – медичні стандарти; Наказ № 2463 (2020) – телемедицина; Наказ № 1977 (2023) – e-рецепт	Стандарти надання медичної допомоги; регулювання цифрових сервісів
V. Інституційний (НСЗУ)	Тарифні рішення, договори	Тарифне рішення НСЗУ № ТР-1/2024; типові договори з КНП; методологія Р4Р (2022); умови пакетів послуг 2023-2024	Фінансові механізми реалізації реформи; стандарти якості за договорами
VI. Місцевий (ОМС/ОДА)	Рішення рад, програми	Регіональні програми розвитку ОЗ; рішення про КНП та їх статuti; місцеві бюджети ОЗ; програми відновлення 2022-2024	Адаптація реформи до місцевих умов; фінансування з місцевих бюджетів

*Джерело:* складено автором на основі [14; 26; 32; 33; 34; 45; 49].

Реформа системи охорони здоров'я України розгорталася у кілька чітких законодавчих хвиль. Перша (2015-2017) – стратегічна: розроблення

концепції та ухвалення базового реформаторського закону. Друга (2018-2020) – операційна: запровадження нових фінансових механізмів, корпоратизація закладів, розгортання ЕСОЗ. Третя (2021-2024) – адаптаційна: коригування реформи з урахуванням практичного досвіду, викликів COVID-19 та повномасштабного воєнного вторгнення. Кожна хвиля формувала нові правові реалії для суб'єктів системи охорони здоров'я, поступово наближаючи її до страхових моделей країн ЄС [34].

Таблиця 2.2

**Ключові нормативно-правові акти реформи системи охорони здоров'я  
України (2015-2024 рр.)**

Рік	НПА та його назва	Ключові новели	Практичний результат
2015	Концепція реформи фінансування системи ОЗ (розпорядження КМУ № 1013-р від 30.11.2016)	Перехід від кошторисного до страхового фінансування; принцип «гроші за пацієнтом»; автономізація закладів	Стратегічна основа для всіх наступних реформаторських законів
2017	ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017	Заснування НСЗУ як єдиного замовника медпослуг; базовий пакет гарантованих послуг; капітаційна ставка ПМД	Запуск страхової моделі з 01.04.2018; підписання декларацій з лікарями
2018	ЗУ «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» № 2709-VIII від 06.04.2018	Корпоратизація КНП; право на статут, власні рішення, комерційну діяльність; наглядові ради	Перетворення 1 800+ ЦРЛ і ЦПМСД на КНП у 2018-2020 рр.
	Постанова КМУ № 411 від 25.04.2018 «Про затвердження Порядку функціонування ЕСОЗ»	Правова основа eHealth; е-рецепт, е-направлення, е-лікарняний, реєстр пацієнтів	ЕСОЗ охопила понад 90 % ПМД; 37+ млн е-рецептів (2023)
2020	Наказ МОЗ № 2463 від 19.10.2020 «Про затвердження Порядку надання телемедичної допомоги»	Правова основа відеоконсультацій та дистанційного моніторингу	Стрімке зростання телемедицини в умовах COVID-19 та воєнного стану
2022	ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення надання медичної допомоги» № 2347-IX від 01.07.2022	Спрощення е-направлень для ВПО; гнучкість договорів НСЗУ в умовах воєнного стану; захист медперсоналу	Безперервність фінансування НСЗУ попри воєнний стан; охоплення 5+ млн ВПО
2023-2024	Тарифне рішення НСЗУ № ТР-1/2024; Наказ МОЗ № 1977 (2023) «Про е-рецепт»	Підвищення капітаційної ставки; розширення пакету ПМД; Р4Р-індикатори; е-рецепт на контрольовані препарати	Зростання фінансування ПМД на 12 % у 2024 р.; спрощення доступу до знеболення

Джерело: складено автором на основі [14; 26; 32; 33; 34; 45; 49].

Особливого значення у контексті трансформаційного процесу набув Закон № 2168-VIII (2017). Як зазначає Пашков В.М. [28], цей закон здійснив справжню правову революцію у сфері охорони здоров'я, замінивши радянський принцип «кошторисного утримання» закладів на ринковий принцип «оплати за послугу». Практичним наслідком стало підписання понад 35 млн декларацій між пацієнтами та лікарями ПМД – найбільша реєстрація пацієнтів в історії охорони здоров'я України. Важливим є також те, що в умовах повномасштабного воєнного вторгнення (з 24.02.2022) законодавча база реформи не була згорнута, а навпаки адаптована. Закон № 2347-IX (2022) забезпечив безперервність фінансування НСЗУ в умовах воєнного стану, спростив доступ внутрішньо переміщених осіб (ВПО) до медичних послуг без необхідності перереєстрації та ввів особливі умови роботи медичного персоналу в зоні бойових дій [32]. Це свідчить про інституційну стійкість реформи та її здатність функціонувати в кризових умовах.

Нормативно-правове забезпечення реалізується через відповідну інституційну архітектуру – систему органів і організацій, наділених конкретними повноваженнями у сфері охорони здоров'я. Реформа 2015-2024 рр. суттєво трансформувала цю архітектуру: ліквідовано галузеву вертикаль (МОЗ → обласні управління ОЗ → ЦРЛ), замість неї запроваджено горизонтальну модель, де МОЗ здійснює регуляторну функцію, НСЗУ – фінансову, а КНП – операційну. Ключовою інституційною новацією реформи стало створення НСЗУ (2018) як єдиного замовника медичних послуг. На відміну від більшості країн з аналогічною функцією, НСЗУ функціонує у статусі центрального органу виконавчої влади, а не незалежного страхового фонду, що зближує її із британською NHS England, а не із польським NFZ чи естонською Haigekassa [19]. Станом на 2024 р. НСЗУ уклала договори з понад 1 200 КНП, фінансуючи вісім пакетів медичних послуг на загальну суму понад 130 млрд грн щорічно.

Аналіз табл. 2.3 виявляє кілька системних інституційних проблем. По-перше, спостерігається дублювання функцій між МОЗ, НСЗУ та ДСЯОЗ у

частині контролю якості медичних послуг: кожен орган встановлює власні вимоги, що породжує надлишкове адміністративне навантаження на КНП.

Таблиця 2.3

**Інституційна система охорони здоров'я України після реформи  
(станом на 2025 р.)**

Суб'єкт	Правовий статус	Функції у реформі	Проблеми / Виклики
Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	Центральний орган виконавчої влади	Нормативне регулювання; стандарти медичної допомоги; ліцензування; кадрова політика; міжнародна співпраця (МОЗ-ВООЗ-ЄС)	Надлишкові регуляторні функції; повільне оновлення стандартів; кадрова нестабільність керівництва
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	ЦОВВ зі спеціальним статусом (єдиний замовник)	Укладання договорів з КНП; фінансування пакетів послуг; моніторинг якості; формування тарифів; управління ЕСОЗ	Нестача кваліфікованих аудиторів якості; залежність від донорської підтримки ІТ-інфраструктури
Центр громадського здоров'я (ЦГЗ)	Державна установа при МОЗ	Епідеміологічний нагляд; громадське здоров'я; координація з ECDC та ВООЗ; реєстри інфекційних хвороб	Недостатнє фінансування лабораторної мережі; обмежені повноваження примусового характеру
Державна служба якості охорони здоров'я (ДСЯОЗ)	Центральний орган виконавчої влади (регулятор якості)	Ліцензування медичної практики; акредитація закладів; контроль якості медвиробів; захист прав пацієнтів	Недостатній штат інспекторів; відсутність ризик-орієнтованого підходу до перевірок
Комунальні некомерційні підприємства (КНП)	Юридичні особи публічного права (комунальна власність)	Безпосереднє надання медичних послуг за договорами НСЗУ; автономне управління ресурсами; наглядові ради	Нерівномірна управлінська спроможність керівників; кадровий дефіцит у сільській місцевості
Органи місцевого самоврядування (ОМС)	ТГ, міські ради, обласні ради	Засновники та власники КНП; фінансування капітальних видатків; місцеві програми ОЗ; відбудова зруйнованої інфраструктури	Обмежені фінансові ресурси ТГ; нерівномірна спроможність між багатими і бідними ТГ
НМАПО ім. П.Л. Шупика / заклади вищої медичної освіти	Заклади вищої освіти (державна та комунальна форма власності)	Підготовка та перепідготовка медичних кадрів; БПР (безперервний розвиток); е-навчання лікарів	Застаріла матеріально-технічна база; відтік викладачів за кордон; невідповідність програм потребам реформи

Джерело: складено автором на основі [19; 42; 45; 49].

По-друге, нерівномірна спроможність органів місцевого самоврядування як засновників КНП є одним із головних ризиків реформи: великі міста (Київ, Харків, Дніпро) фінансують капітальні видатки КНП у 5-8 разів більше на душу населення, ніж малі ТГ. По-третє, кадрова криза охоплює всі рівні інституційної системи: МОЗ, НСЗУ та КНП конкурують за один і той самий обмежений кадровий ресурс, а відтік медичного персоналу за кордон у 2022-2024 рр. ще більше загострив цю проблему.

Важливим виміром нормативно-правового забезпечення є виконання Україною міжнародних зобов'язань у сфері охорони здоров'я – насамперед у контексті Угоди про асоціацію з ЄС (2014) та зобов'язань кандидата на членство (2022). Відповідно до Додатка ХХХІХ Угоди, Україна взяла на себе зобов'язання наближати законодавство до *acquis communautaire* у сфері фармацевтики, безпеки крові, трансплантології, тютюнового регулювання та інфекційних хвороб [32]. За оцінкою Місії ЄС з моніторингу реформ охорони здоров'я (2023), Україна виконала близько 60 % зобов'язань Угоди у цій сфері [49]. До реалізованих досягнень відносяться: ухвалення Закону про лікарські засоби відповідно до регуляторної бази ЄС (2022); приєднання до European Medicines Agency (EMA) у статусі спостерігача (2023); впровадження EU Clinical Trials Regulation – аналога до вітчизняного законодавства про клінічні дослідження. Водночас серед незавершених напрямів залишаються: повна гармонізація стандартів медичних виробів (EU MDR/IVDR); запровадження системи НТА (оцінка медичних технологій); реформа психіатричної допомоги відповідно до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Тож, нормативно-правове та інституційне забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні за 2015-2024 рр. здійснило суттєвий прогрес: сформовано шестирівневу правову базу, запроваджено новий тип закладів (КНП) та нові інституції (НСЗУ, ДСЯОЗ, ЦГЗ), збережено реформаторський курс в умовах воєнного стану. Водночас виявлено три ключові прогалини: відсутність закону про медичне страхування, дублювання

функцій між центральними органами та нерівномірною спроможністю ОМС як засновників КНП. Ці проблеми стануть предметом аналізу в наступному підрозділі, де досліджуватиметься результативність реалізації реформи.

## **2.2. Оцінка результативності та проблеми реалізації державної політики в системі охорони здоров'я в умовах реформування**

Оцінка результативності реалізації державної політики в системі охорони здоров'я потребує звернення до конкретного регіонального контексту, що дозволяє перевірити теоретичні положення на практичному матеріалі. Полтавська область є показовим прикладом для такого аналізу: вона стала одним із перших регіонів-учасників пілотного проекту НСЗУ (2019), охоплює як великий обласний центр із розвиненою інфраструктурою, так і сільські громади з обмеженим доступом до медичних послуг, а з 2022 р. перебуває в умовах воєнного стану, що додає особливого виміру оцінці. Аналіз базується на офіційних даних Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОВА [5], Департаменту охорони здоров'я Полтавської міської ради [4], звітах Полтавської обласної ради [30; 31] та загальнонаціональній статистиці КМУ, НСЗУ і МОЗ [1; 6; 10; 23].

Станом на 2024 р. охорона здоров'я Полтавської області організована за дворівневою управлінською моделлю. Обласний рівень представлений Департаментом охорони здоров'я Полтавської обласної військової адміністрації (далі – Департамент ОЗ ПОВА), розташованим за адресою: вул. Стрітенська, 44, м. Полтава. Директором Департаменту є Лисак Віктор Петрович [1]. До складу Департаменту входять два управління: Управління лікувально-профілактичної допомоги населенню та медичних кадрів (начальник-заступник директора Курилко Ю.В.) та Управління фінансово-економічної роботи, медичної допомоги матерям і дітям та медицини катастроф (начальник-заступник директора Куделич І.Ю.). Відповідно до

Положення про Департамент, затвердженого розпорядженням голови від 02.08.2018 № 665, ключовими завданнями є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я, прогнозування розвитку мережі закладів, організація роботи органів медико-соціальної експертизи та управління закладами, що утримуються за рахунок обласного бюджету [5].

Міський рівень представлений Департаментом охорони здоров'я Полтавської міської ради (ЄДРПОУ: 43434187, вул. Соборності, 36). Директором Департаменту є Котов Сергій Олександрович [4]. У підпорядкуванні Департаменту ОЗ ПМР перебувають три центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД №1, №2, №3 Полтавської міської ради) та низка спеціалізованих КНП, зокрема КП «1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради». Функціонально Департамент ОЗ ПМР забезпечує координацію між міськими КНП та НСЗУ в частині договірних відносин, фінансування капітальних видатків на розвиток закладів та реалізацію місцевих програм охорони здоров'я.

Аналіз табл. 2.4 виявляє характерну рису полтавської управлінської моделі: паралельне функціонування двох незалежних управлінських систем – обласної (Департамент ОЗ ПОВА → обласні КНП) та міської (Департамент ОЗ ПМР → міські КНП). Обидві системи взаємодіють з НСЗУ як єдиним фінансовим агентом через окремі договори, однак координація між ними здійснюється лише на рівні неформальних контактів. Відсутність єдиного координаційного органу між міською та обласною системами є однією з ключових управлінських проблем, що унеможлиблює системне планування госпітальних округів та оптимізацію маршрутів пацієнтів між рівнями допомоги.

Фінансовий вимір трансформації є одним із найважливіших показників результативності реформи. Аналіз офіційних звітів про виконання місцевих бюджетів Полтавської області, оприлюднених Полтавською обласною радою [30; 31], дозволяє простежити динаміку видатків на охорону здоров'я та виявити ключові тенденції.

**Інституційна структура охорони здоров'я Полтавської міської та  
обласної систем (станом на 2025 р.)**

Рівень управління / суб'єкт	Офіційний статус	Ключові функції	Джерело
Департамент охорони здоров'я Полтавської ОВА	Структурний підрозділ ОВА – регіональний орган управління	Реалізація державної політики в галузі ОЗ; прогнозування мережі закладів; епідеміологічний нагляд; управління обласними КНП; кадрова та фінансово-економічна робота; медицина катастроф	healthcare.poda.gov.ua (офіційний сайт Департаменту ОЗ ПОВА)
Департамент охорони здоров'я Полтавської міської ради	Виконавчий орган Полтавської міської ради – місцевий орган управління	Координація міських КНП первинної та спеціалізованої допомоги; місцеві програми ОЗ; капітальні видатки на розвиток КНП; зв'язок з НСЗУ в частині договорів КНП	rada-poltava.gov.ua (офіційний сайт ПМР)
Управління лікувально-профілактичної допомоги та медичних кадрів	Структурний підрозділ Департаменту ОЗ ПОВА	Організація лікувально-профілактичної допомоги; управління медичними кадрами; відповідність нормативам МОЗ	healthcare.poda.gov.ua – Структура та контакти
Управління фінансово-економічної роботи, медичної допомоги матерям і дітям та медицини катастроф	Структурний підрозділ Департаменту ОЗ ПОВА	Фінансово-економічне планування; охорона здоров'я матерів і дітей; мобілізаційна робота; медицина катастроф; стратегічне планування закупівель	healthcare.poda.gov.ua – Структура та контакти
КП «ЦПМСД №1, №2, №3 Полтавської міської ради»	Комунальні некомерційні підприємства – надавачі первинної МД	Надання первинної медичної допомоги за деклараціями з лікарями; укладання договорів з НСЗУ; ЕСОЗ; програма «Доступні ліки»	Офіційні сайти ЦПМСД №1, №2, №3 м. Полтава; НСЗУ – реєстр договорів
КП «1-а міська клінічна лікарня ПМР» та інші спеціалізовані КНП м. Полтави (вул. різні)	Комунальні некомерційні підприємства – надавачі вторинної МД	Стаціонарна спеціалізована допомога за пакетами НСЗУ; наглядові ради; автономне управління ресурсами; е-направлення	uoz.gov.ua – Мережа закладів ОЗ Полтавської області

Джерело: складено автором на основі [4; 5].

**Динаміка фінансування охорони здоров'я Полтавської області  
(2022-2024 рр.)**

Рік	Видатки на ОЗ з місцевих бюджетів, млн грн	У т.ч. охорона здоров'я (обл. бюджет), млн грн	Виконання плану, %	Ключова подія реформи	Джерело
2022	27245,3 млн грн (усі галузі, загальний та спец. фонди)	1800,2 млн грн (97% плану)	97,0	Повномасштабне вторгнення; ЗУ № 2347-ІХ; НСЗУ виплатила 152 млрд грн по Україні; видатки 2 432 закладів – 180,3 млрд грн	Рішення Полтавської облради; АМУ (2023)
2023	27245,3 млн грн (план)	1749,5 млн грн (96,2% плану 1 818,1 млн грн)	96,2	Видатки на ОЗ по Україні – 217,4 млрд грн; ПМГ – 34 напрями; спроможна мережа (Постанова КМУ № 174); 6 500 договорів НСЗУ	Рішення Полтавської облради; МОЗ (2024)
2024	27029,1 млн грн (92,2% плану)	1678,3 млн грн (96,8% плану 1 733,9 млн грн)	96,8	Тарифне рішення НСЗУ № ТР-1/2024; Р4Р-індикатори; е-рецепт на контрольовані препарати; EU4Recovery – Полтавщина	Рішення Полтавської облради; healthcare.poda.gov.ua

*Джерело:* складено автором на основі [1; 5; 23; 30; 31].

Аналіз табл. 2.5 дозволяє виявити кілька важливих тенденцій: видатки на охорону здоров'я з обласного бюджету у 2022-2024 рр. виконувалися на 96-97 % від уточненого плану – свідчення фінансової стабільності навіть в умовах воєнного стану; у 2022 р. загальні видатки 2432 закладів охорони здоров'я по Україні (180,3 млрд грн) перевищили фактичне фінансування НСЗУ (152 млрд грн), що означало структурний дефіцит коштів, частково компенсований міжнародною донорською підтримкою [1]; Полтавська область стала пілотним регіоном для нової моделі фінансування вторинної допомоги: 56 закладів отримали 422,7 млн грн за 4 місяці 2019 р. (у середньому 7,5 млн грн на заклад), що дозволило НСЗУ відпрацювати модель оплати за випадок госпіталізації до її загальнонаціонального запровадження у 2020 р. [23].

Важливим є також те, що видатки обласного бюджету на охорону здоров'я у 2023-2024 рр. (1 749,5 та 1 678,3 млн грн відповідно) є лише частиною загального фінансування галузі: до них додається фінансування НСЗУ за договорами, яке надходить безпосередньо на рахунки КНП, минаючи обласний бюджет. Це принципова відмінність від до-реформеної моделі кошторисного фінансування і водночас чинник, що ускладнює консолідований облік реальних ресурсів охорони здоров'я Полтавщини.

Комплексна оцінка результативності трансформації державної політики в системі охорони здоров'я Полтавської області потребує аналізу у розрізі кількох ключових напрямів. Методологічно оцінка здійснюється за критеріями: ступінь досягнення цілей реформи; якість і доступність медичних послуг; фінансова стійкість закладів; адаптивність системи до кризових умов (воєнний стан, COVID-19). Результати систематизовано в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

### Оцінка результативності та проблем реалізації реформи охорони здоров'я у Полтавській області (2018-2024 рр.)

Напрямок оцінки	Досягнення	Проблеми та виклики	Джерело
1	2	3	4
Фінансування та ресурсна база	Обласний бюджет на ОЗ виконувався на 96-97% у 2022-2024 рр.; НСЗУ фінансувала вторинну ланку з 2020 р.; пілот 56 закладів (422,7 млн грн за 4 міс., 2019)	Відставання видатків від реальної потреби; залежність від трансфертів; видатки 180,3 млрд грн по Україні перевищували надходження 152 млрд грн у 2022 р.	Рішення Полтавської облради; АМУ (2023)
Первинна медична допомога	ЦПМСД №1, №2, №3 м. Полтави – перетворені на КНП; декларації підписані; ЕСОЗ впроваджено; «Доступні ліки» доступні пацієнтам через аптеки-партнери	Кадровий дефіцит сімейних лікарів; нерівномірне охоплення деклараціями між міськими та сільськими ОТГ Полтавщини; слабкий Р4Р-контроль у 2018-2022 рр.	uoz.gov.ua; ЦПМСД №3 (cpmsd3.pl.ua); healthcare.poda.gov.ua
Вторинна та третинна ланки	1-а МКЛ та інші спеціалізовані КНП уклали договори з НСЗУ; наглядові ради сформовано; е-направлення запроваджено	Нерівномірна управлінська спроможність КНП; руйнування об'єктів від обстрілів (2022-2024); потреба у реконструкції судинного відділення ПОКЛ ім. Скліфосовського	uoz.gov.ua; healthcare.poda.gov.ua (оголошення про закупівлі)

1	2	3	4
Цифровізація (ЕСОЗ)	ЕСОЗ охопила первинну ланку; е-рецепт, е-направлення, е-лікарняний функціонують; 37+ млн е-рецептів по Україні у 2023 р.	Нерівномірне охоплення ЕСОЗ на вторинному рівні; слабка інтеграція даних між первинною та спеціалізованою допомогою; кібербезпека	КМУ – Медична реформа; НСЗУ (2023-2024)
Кадрова забезпеченість	Портал вакансій медичних працівників; програма БПР (безперервний розвиток); обласна програма відзначення кращих медпрацівників 2022-2024 рр.	Мобілізація медичного персоналу; відтік кадрів за кордон; дефіцит лікарів у сільських ТГ Полтавщини; конкуренція між МОЗ, НСЗУ та КНП за кадри	healthcare.poda.gov.ua (Завдання та функції; портал вакансій)
Медицина катастроф та воєнний стан	Відділ медицини катастроф та мобілізаційної роботи функціонує; інформація для ВПО щодо отримання безоплатних послуг публікується; НСЗУ адаптувала договори	Пошкодження медичної інфраструктури внаслідок обстрілів; потреба в реконструкції (судинне відділення ПОКЛ); нестача фінансування відбудови	healthcare.poda.gov.ua (Корисна інформація для ВПО; закупівлі)

Джерело: складено автором на основі [1; 4; 5; 6; 10; 23].

Аналіз табл. 2.6 виявляє суперечливу картину трансформації. З позитивного боку, Полтавська область демонструє стабільне виконання фінансових планів, успішне запровадження первинної ланки за договорами НСЗУ та функціонування ЕСОЗ. Особливо варто відзначити участь у Всеукраїнській програмі ментального здоров'я «Ти як?», що охопила понад 3 800 учасників у 160+ закладах у травні 2025 р. у партнерстві з UNICEF та ВООЗ [6]. Це свідчить про розширення розуміння охорони здоров'я за межі суто медичної допомоги у напрямі громадського здоров'я та психосоціальної підтримки, що відповідає сучасним міжнародним стандартам ВООЗ.

Водночас, кадровий дефіцит залишається гострою проблемою: мобілізація медичного персоналу, відтік кадрів за кордон та конкуренція між різними рівнями системи за один і той же обмежений кадровий ресурс загрожують стійкості реформи. Відділ управління персоналом та медичними кадрами Департаменту ОЗ ПОВА та портал вакансій медичних працівників на сайті МОЗ є лише частковими заходами реагування на цю проблему [5; 10]. Пошкодження медичної інфраструктури від ворожих обстрілів вимагає

значних капітальних вкладень: показовим є оголошення про реконструкцію відділення судинної хірургії ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського (вул. Шевченка, 23), яке Департамент ОЗ ПОВА опублікував як пріоритетний об'єкт закупівлі [1]. Відсутність єдиного координаційного органу між обласною та міською системами ОЗ призводить до дублювання функцій та неоптимального планування маршрутів пацієнтів. Чинне Положення про Департамент ОЗ ПОВА (розпорядження № 665 від 02.08.2018) не передбачає механізмів обов'язкової координації з Департаментом ОЗ ПМР, що є законодавчою прогалиною. По-четверте, прогрес програми «Доступні ліки» – хоча перелік аптечних закладів-партнерів публікується на сайті Департаменту ОЗ ПОВА [5], проблема нерівного доступу мешканців сільських ТГ Полтавщини до аптек-партнерів залишається актуальною.

Повномасштабне вторгнення (24.02.2022) створило безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я Полтавщини. Департамент ОЗ ПОВА оперативно розмістив на офіційному сайті «Інформацію для внутрішньо переміщених осіб про можливість отримання безоплатних ліків та гарантованої державою медичної допомоги» [5], що забезпечило базовий інформаційний доступ ВПО до системи охорони здоров'я без зміни місця реєстрації. Закон № 2347-IX (2022), прийнятий у відповідь на воєнний стан, дозволив ВПО отримувати медичну допомогу за своїм лікарем без необхідності укладати нову декларацію.

Функціонування Відділу медицини катастроф та мобілізаційної роботи у складі Департаменту ОЗ ПОВА (начальник Литовченко В.О.) забезпечило координацію екстреного реагування та мобілізаційного планування. Водночас фінансова підтримка відновлення зруйнованої інфраструктури залишається недостатньою в порівнянні з масштабом збитків. Перспективним напрямом є участь Полтавщини у програмах відновлення: зокрема, у травні 2026 р. область продовжила партнерство з ЄС та ПРООН у межах другої фази EU4Recovery [6], що відкриває можливості для залучення коштів на відбудову медичної інфраструктури через ДПП-механізми.

Оцінка результативності трансформації державної політики в системі охорони здоров'я Полтавської області засвідчує суперечливий характер реформи: значний прогрес у запровадженні нових фінансових механізмів (НСЗУ), цифровізації (ЕСОЗ) та розширенні концепції охорони здоров'я (ментальне здоров'я, ВПО-адаптація) поєднується з незавершеністю у вирішенні кадрових проблем, координації між рівнями управління та відбудові зруйнованої інфраструктури. Виявлені проблеми визначатимуть пріоритети удосконалення державної політики, що розглядаються у третьому розділі.

## **Висновки до розділу 2**

Нормативно-правова база реформи охорони здоров'я в Україні набула шестирівневої ієрархічної структури (конституційний → місцевий) та пройшла три законодавчі хвилі: стратегічну (2015-2017), операційну (2018-2020) та адаптаційну (2021-2024). Системоутворюючим є Закон № 2168-VIII (2017), що запровадив принцип «гроші ходять за пацієнтом» та єдиного замовника (НСЗУ). Водночас виявлено три ключові правові прогалини: відсутність закону про медичне страхування, фрагментарність нормативної бази відбудови зруйнованої воєнними діями інфраструктури та відставання регулювання телемедицини і штучного інтелекту.

Інституційна архітектура реформи перейшла від радянської галузевої вертикалі до горизонтальної моделі МОЗ-НСЗУ-КНП. НСЗУ уклала договори з понад 1 200 КНП та фінансує 8 пакетів медичних послуг на понад 130 млрд грн щорічно. Підписано понад 35 млн декларацій між пацієнтами та лікарями ПМД. Виконання Угоди про асоціацію з ЄС у сфері охорони здоров'я досягло близько 60 %, проте незавершеними залишаються гармонізація стандартів медичних виробів (EU MDR/IVDR) та реформа психіатричної допомоги.

На прикладі Полтавської області виявлена дворівнева управлінська модель: Департамент ОЗ Полтавської ОВА (директор Лисак В.П.) – обласні

КНП та Департамент ОЗ ПМР (директор Котов С.О.) – міські КНП (ЦПМСД №1, №2, №3 та спеціалізовані заклади). Відсутність єдиного координаційного механізму між обласною та міською системами є структурною управлінською проблемою, що обмежує ефективність планування госпітальних округів.

Фінансові показники Полтавської області свідчать про стабільність реформи: видатки на охорону здоров'я з обласного бюджету виконувалися на 96-97 % у 2022-2024 рр. Область стала пілотним регіоном НСЗУ (2019): 56 спеціалізованих закладів отримали 422,7 млн грн за 4 місяці за новою моделлю оплати за випадок госпіталізації, що стало основою для загальнонаціонального запровадження реформи вторинної ланки у 2020 р.

Комплексна оцінка результативності виявила суперечливий характер трансформації. Досягнуто: запровадження ЕСОЗ (охоплення 90 %+ ПМД), реімбурсація ліків («Доступні ліки»), корпоратизація КНП. Незавіршеними залишаються: кадровий дефіцит, посилений мобілізацією та відтоком за кордон; пошкодження медичної інфраструктури внаслідок обстрілів (зокрема, судинне відділення ПОКЛ ім. Скліфосовського); нерівний доступ мешканців сільських ОТГ до аптек програми «Доступні ліки».

Воєнний стан (з 24.02.2022) став одночасно викликом і стрес-тестом реформи. Система витримала перевірку інституційної стійкості: НСЗУ не припинила фінансування, Департамент ОЗ ПОВА забезпечив інформаційний доступ ВПО, а участь Полтавщини у програмі EU4Recovery (ЄС/ПРООН, 2026) відкриває можливості для ДПП-механізмів відбудови. Проте структурний дефіцит (180,3 млрд грн видатків проти 152 млрд грн надходжень НСЗУ у 2022 р.) свідчить про системну фінансову вразливість.

Виявлені у другому розділі досягнення та проблеми реалізації реформи визначають конкретні пріоритети удосконалення державної політики: ліквідацію правових прогалин, розбудову координаційного механізму між рівнями управління, вирішення кадрової кризи та системне фінансування відбудови медичної інфраструктури, що розглядатиметься у третьому розділі.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 3.1 Стратегічні пріоритети розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України в контексті євроінтеграції

Визначення стратегічних пріоритетів розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України є невіддільним від євроінтеграційного контексту. У цьому контексті стратегічне планування охорони здоров'я здійснюється у кількох взаємопов'язаних площинах: реалізація Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. [36]; виконання зобов'язань Угоди про асоціацію (ст. 427) [45]; підготовка до переговорів за розділом 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я» [22]. Дослідженню стратегічних пріоритетів охорони здоров'я у євроінтеграційному вимірі присвячені праці Лехан В.М. [19], Слабкого Г.О. [42], Рингач Н.О. [37], а також зарубіжних вчених Mossialos E. [53] та Rechel B. [55], у дослідженнях яких обґрунтовано ключові умови успішної євроінтеграції систем охорони здоров'я постсоціалістичних країн.

Ключовим документом стратегічного планування є Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р [36]. Одночасно затверджено Операційний план заходів з її реалізації у 2025-2027 роках. Стратегія стала результатом тривалого процесу: розроблялася з 2021 р. за Указом Президента № 369/2021, затверджена на Колегії МОЗ у лютому 2023 р. і схвалена Урядом у січні 2025 р. Її структура охоплює три ключові пріоритети, що визначив голова Комітету ВРУ з питань здоров'я нації Радучкий М.В.: продовження медичної реформи; виконання євроінтеграційних вимог; відновлення системи охорони здоров'я від наслідків воєнної агресії. Відповідно до Стратегії, реалізація здійснюється шляхом досягнення шести

стратегічних цілей, кожна з яких має чіткий євроінтеграційний вимір та конкретні заходи Операційного плану на 2025-2027 рр. Тривалість здорового життя українців становить 69,7 року (2021 р.), що на 11 років менше, ніж у середньому по ЄС (і на 12 років для чоловіків), а головним чинником цього розриву є висока смертність від хвороб системи кровообігу [29]. Подолання цього розриву є стратегічним орієнтиром до 2030 р.

Таблиця 3.1

**Стратегічні цілі та пріоритети Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. в євроінтеграційному вимірі**

Стратегічна ціль	Ключові завдання (Операційний план 2025-2027)	Євроінтеграційний вимір
1. Здорове населення: профілактика та громадське здоров'я	Розвиток мережі ЦГЗ; скринінгові програми; протидія НІЗ (серцево-судинні, онкологія, ЦД); вакцинація за EU-стандартами; AMR-стратегія до 2030 р. (затверджена грудень 2024)	Виконання ст. 427 Угоди про асоціацію; гармонізація з EU Cancer Plan; Joint Procurement Agreement (JPA, 2025); ECDC-партнерство
2. Доступна та якісна медична допомога для всіх	Розвиток спроможної мережі (Постанова КМУ № 174/2023); Р4Р-якість; пакети НСЗУ; реабілітація; паліатив; психічне здоров'я; рівний доступ для ВПО та осіб з інвалідністю	Стандарти EU Health4EU; принцип Universal Health Coverage (BOO3/ЄС); EU4Health programme
3. Ефективне фінансування: розширення ПМГ та фінансова захищеність пацієнтів	Розширення базового пакету НСЗУ; обмеження особистих витрат пацієнтів (co-payment ceiling); розвиток добровільного медичного страхування; НТА (оцінка медичних технологій)	Наближення до EU spending benchmarks (8-10 % ВВП); Директива 2011/24/EU про права пацієнтів; EU Pharmaceutical Strategy
4. Кадровий потенціал: утримання та розвиток медичного персоналу	Резидентура за EU-стандартами; ЄДКІ; система БПР; портал вакансій; гідна оплата праці; КРІ-мотивація; підтримка демобілізованих медиків	Визнання кваліфікацій відповідно до Директиви 2005/36/EU; партнерство з НМАПО та EU Twin Twinning програмами
5. Цифрова трансформація: ЦПОЗ 2030 та AI-охорона здоров'я	Розвиток ЕСОЗ до Цифрової платформи охорони здоров'я (ЦПОЗ); інтероперабельність; AI-діагностика; телемедицина; кібербезпека; 40+ реєстрів МОЗ на Дія.Engine (2025)	European Health Data Space (EHDS); GDPR-сумісність; EU Digital Health Strategy 2022
6. Відновлення та розвиток: відбудова інфраструктури та ДПП	Відновлення 900+ пошкоджених об'єктів (станом на 2024); ДПП-рамка; EU4Recovery; оцінка збитків – \$26 млрд (BOO3/Світовий банк); госпітальні округи	Ukraine Facility (ЄС, 50 млрд євро 2024-2027); EU4Recovery (2-га фаза); WBIF-гранти на відбудову

Джерело: складено автором на основі [22; 29; 36; 45].

Аналіз табл. 3.1 засвідчує, що всі шість стратегічних цілей Стратегії-2030 мають безпосередній євроінтеграційний вимір. Особливої уваги заслуговують дві новації 2024-2025 рр. Затвердження Державної стратегії боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів (AMR) до 2030 р. (грудень 2024) – виконання ключової вимоги EU AMR Action Plan та партнерства з ECDC. Приєднання України до Договору про спільні закупівлі заходів медичного захисту (JPA, 2025) – перший конкретний крок до участі України в механізмах спільних закупівель ЄС у сфері охорони здоров'я, що є практичним виміром євроінтеграції ще до формального членства [22].

Ключовим документом, що визначає євроінтеграційні зобов'язання України у сфері охорони здоров'я, є розділ 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я» переговорного процесу про вступ до ЄС. У листопаді 2024 р. Єврокомісія оприлюднила Звіт про прогрес України в межах Пакета розширення ЄС, який засвідчив просування у низці напрямів, однак підкреслив, що системне наближення до стандартів ЄС потребує подальших зусиль. Знаковою подією 2025 р. стало рекордно швидке завершення двостороннього скринінгу з Єврокомісією у вересні 2025 р., а також формування Національної програми адаптації законодавства до права ЄС – базового планувального інструменту для держав-кандидатів [22].

Важливою інституційною новацією є розроблення ОДК (Органу державного контролю) – нового незалежного регуляторного агентства фармацевтичного ринку, що створюється за підтримки консорціуму у складі Литви, Польщі та Німеччини в рамках програми EU twinning. Проект спрямований на гармонізацію законодавства у сфері лікарських засобів, медичних виробів і косметики з правом ЄС [22]. Паралельно заступниця Міністра охорони здоров'я з питань євроінтеграції Слободніченко М. координує виконання євроінтеграційного плану МОЗ за низкою переговорних розділів [24].

Аналіз табл. 3.2 виявляє три стратегічні пріоритети євроінтеграції, що потребують невідкладного вирішення. Гармонізація регулювання медичних

виробів (EU MDR/IVDR) – необхідна умова для виходу українських виробників на ринок ЄС та допуску EU-сертифікованих виробів до системи ПМГ.

Таблиця 3.2

**Євроінтеграційні зобов’язання України у сфері охорони здоров’я: стан виконання та пріоритети (2024-2027 рр.)**

Напрямок	Acquis communautaire (право ЄС)	Стан в Україні (2024-2025)	Пріоритет до 2027 р.	Стратегічне значення
Фармацевтичне регулювання	EU Pharmaceutical Legislation; Reg. 536/2014 (клінічні дослідження); ЕМА-стандарти	Приєднання до ЕМА (спостерігач, 2023); двосторонній скринінг завершено (вер. 2025); створення ОДК-агентства (тривіум ЄС: Литва, Польща, Німеччина)	Створення ОДК як повноцінного регулятора; Нац. програма адаптації законодавства до права ЄС	Доступ до EU Single Market для лікарських засобів; захист пацієнтів
Медичні вироби та in vitro діагностика	EU MDR 2017/745; EU IVDR 2017/746	Частково – нормативна база оновлюється; реєстр відповідальних осіб (МОЗ)	Повна гармонізація до 2027 р.; підготовка нотифікованих органів	Безпека медичних виробів; доступ до EU ринку
Оцінка медичних технологій (НТА)	Reg. (EU) 2021/2282 (спільна EU НТА)	Pilot-проект НТА розпочато МОЗ (2020); не системний	Запровадження обов’язкового НТА для включення до ПМГ-2026	Доказова медицина у закупівлях; раціональне витрачання коштів НСЗУ
Громадське здоров’я та AMR	EU AMR Action Plan; ECDC; Рішення 1082/2013/EU	Закон «Про систему громадського здоров’я» (2023); AMR-стратегія до 2030 р. (грудень 2024); ЦГЗ – партнер ECDC	Розвиток лабораторної мережі ЦГЗ; EU-сумісний епідеміологічний нагляд	Захист від пандемій; готовність до НС
Тютюнова та алкогольна політика	FCTC (BOO3); EU Tobacco Products Directive; EU Alcohol Strategy	Закон про контроль тютюну (2022); збільшення акцизів	Завершення гармонізації маркування та складу нікотинових виробів	Профілактика НІЗ; EU Chapter 1 (скринінг)
Цифрова охорона здоров’я	European Health Data Space (EHDS) Reg. 2023; EU Digital Health Strategy	ЕСОЗ функціонує; 40+ реєстрів МОЗ; скринінг за розділом 28 EU	Інтероперабельність ЕСОЗ з EU EHDS; GDPR-адаптація Закону про захист даних	Портативність даних пацієнтів у EU; стійкість системи

Джерело: складено автором на основі [22; 24; 29; 45].

Запровадження системного НТА (Health Technology Assessment) – оцінки медичних технологій як обов'язкового фільтру для включення препаратів та медичних виробів до пакетів НСЗУ та програми «Доступні ліки»; цього вимагає Регламент ЄС 2021/2282. Адаптація ЕСОЗ до вимог European Health Data Space (EHDS) – Регламент ЄС 2023 р. щодо загальноєвропейського простору медичних даних відкриває можливість портативності даних українських пацієнтів у межах ЄС, що особливо важливо для мільйонів українців, що перебувають за кордоном.

На основі аналізу Стратегії-2030, Операційного плану 2025-2027 рр. та євроінтеграційних зобов'язань сформовано авторську дорожню карту стратегічних пріоритетів розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України до 2030 р. у євроінтеграційному контексті. Дорожня карта систематизує шість пріоритетів за логікою «ціль – заходи – результат – відповідальність», забезпечуючи операційну прив'язку до конкретних суб'єктів реалізації. Аналіз табл. 3.3 дозволяє виокремити три наскрізних принципи стратегічного планування в євроінтеграційному контексті. Синхронізація реформи з *acquis communautaire* – кожен стратегічний пріоритет прив'язаний до конкретного акту права ЄС, що мінімізує ризик «реформи заради реформи» і гарантує визнання результатів у переговорному процесі. «Розумне відновлення» (*smart recovery*) – відбудова медичної інфраструктури здійснюється не за довоєнними стандартами, а відразу за стандартами ЄС, що уникає дворазових витрат. «Цифра як основа, а не надбудова» – ЦПОЗ і EHDS-інтеграція є не технічним доповненням, а системоутворюючою платформою всіх шести стратегічних цілей.

Особливої уваги заслуговує стратегічний пріоритет щодо відбудови через механізми EU4Recovery та Ukraine Facility. За оцінкою ВООЗ та Світового банку, збитки системи охорони здоров'я України від воєнної агресії сягають 26 млрд дол. США, а потреба у відновленні пошкоджених об'єктів – до 1 млрд дол. Програма Ukraine Facility (ЄС, 50 млрд євро на 2024-2027 рр.) передбачає фінансування відбудови медичних закладів. Для залучення цих

коштів Україна потребує чіткої правової рамки для ДПП у медичній сфері, яка досі відсутня: жоден з чинних законів прямо не регулює ДПП-відносини у будівництві та управлінні медичними закладами [36].

Таблиця 3.3

**Дорожня карта стратегічних пріоритетів розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України в євроінтеграційному контексті (2025-2030 рр.)**

Стратегічний пріоритет	Ключові заходи 2025-2027 (Операційний план)	Очікуваний результат 2030	Відповідальний суб'єкт
1. Завершення нормативної євроінтеграції (скринінг → переговори)	Виконання Нац. програми адаптації; підготовка позицій за розділом 28 ЄС; ОДК-агентство; EHDS-адаптація	Закриття розділу 28 EU на переговорах про вступ; ОДК – повноцінний регулятор	МОЗ, МЗС, ВРУ (Комітет з питань здоров'я)
2. Фінансова захищеність пацієнтів та розширення ПМГ	Co-payment ceiling (стеля особистих витрат); розширення реімбурсації на реабілітацію, психічне здоров'я, паліатив; НТА для ПМГ-2026	ООПНД < 15 % від загальних витрат на ОЗ; ПМГ охоплює 95% населення	МОЗ, НСЗУ, МФУ
3. Кадрова стратегія: утримання та повернення медиків	EU-сумісна резидентура; ЄДКІ-визнання; КРІ-оплата; демобілізована медики – стипендії; угоди з ЄС про визнання кваліфікацій	Покриття потреби в лікарях ПМД – 90 %; плинність кадрів < 5% на рік	МОЗ, МОН, НМАПО, НСЗУ
4. Цифрова платформа охорони здоров'я (ЦПОЗ 2030)	Розгортання ЦПОЗ на базі ЕСОЗ; інтероперабельність з EHDS; AI-підтримка діагностики; телемедицина – вторинна ланка; GDPR-адаптація	ЦПОЗ – 100 % закладів; 50 % напрямлень – телемедицина; AI-скринінг раку та діабету	МОЗ, Мінцифри, ДП «Електронне здоров'я», НСЗУ
5. Відбудова та ДПП-інфраструктура	EU4Recovery (2-га фаза); Ukraine Facility; ДПП-рамка; спроможна мережа госпітальних округів; Стандарти EU для нових	Відновлено 100 % пошкоджених об'єктів; 30 % нових КНП побудовано через ДПП	МОЗ, МІУ, ОМС, міжнародні донори (ЄС, СБ, ВООЗ)
6. Громадське здоров'я та профілактика НІЗ	Скринінгові програми (рак, ССЗ, ЦД) за EU Cancer Plan; AMR-моніторинг; вакцинальний календар EU-сумісний	Тривалість здорового життя +3 роки (до 2030); смертність від ССЗ –15 % проти 2023 р.	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, ОМС

*Джерело:* розроблено автором на основі [22; 24; 29; 36; 45].

Таким чином, стратегічні пріоритети розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України визначаються конвергенцією трьох

векторів: внутрішнього реформаторського (Стратегія-2030, Операційний план 2025-2027 рр.), євроінтеграційного (розділ 28 EU, *acquis communautaire*, EHDS, JPA) та відновлювального (Ukraine Facility, EU4Recovery, ДПП-рамка). Ефективна реалізація цих пріоритетів потребує конкретних механізмів удосконалення державного управління галуззю, що є предметом наступного підрозділу.

### **3.2 Механізми підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я в Україні**

Розробка конкретних механізмів підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я є логічним завершенням дослідження, що поєднує теоретичні засади (розділ 1), аналіз практики (розділ 2) та стратегічні пріоритети (підрозділ 3.1) у цілісну систему пропозицій. Відповідно до виявлених у другому розділі системних проблем та встановлених стратегічних орієнтирів, пропозиції формуються у двох вимірах: загальнонаціональному (механізми, що потребують законодавчих або централізованих управлінських рішень) та регіональному (механізми, що можуть бути реалізовані Департаментом охорони здоров'я Полтавської ОВА, Департаментом охорони здоров'я Полтавської міської ради та органами місцевого самоврядування без очікування загальнонаціональних рішень). Теоретичну основу запропонованих механізмів формують праці Слабкого Г.О. [42], Лехан В.М. [19], Рингач Н.О. [37], Пашкова В.М. [28], а також міжнародні дослідження Mossialos E. [53] та Dogan T. [48] щодо систем управління якістю та фінансових механізмів охорони здоров'я.

Аналіз другого розділу виявив чотири ключові нормативно-правові та інституційні проблеми, що потребують системного вирішення. Найбільш критичною є відсутність Закону про обов'язкове медичне страхування, що породжує правову невизначеність щодо статусу НСЗУ та унеможлиблює

встановлення законодавчого «стелі» особистих витрат пацієнтів. За даними ВООЗ, частка особистих витрат на охорону здоров'я (ООПНД) в Україні залишається одним із найвищих показників у Європейському регіоні, що свідчить про недостатню фінансову захищеність пацієнтів та є прямим порушенням принципу Universal Health Coverage [61]. Зразком для розробки відповідного закону може слугувати естонська модель Haigekassa – єдиного страхового агента з квазінезалежним від уряду статусом, що успішно поєднує публічний характер із операційною гнучкістю.

Другою критичною проблемою є відсутність єдиного координаційного механізму між обласним (Департамент ОЗ ПОВА) та міським (Департамент ОЗ ПМР) рівнями управління охороною здоров'я у Полтаві. Це призводить до паралельного звітування КНП, неоптимальних маршрутів пацієнтів між рівнями допомоги та неузгодженого планування спроможної мережі. Аналогічну проблему, фрагментацію між регіональними та муніципальними системами, вирішила Данія через обов'язкові «Угоди про охорону здоров'я» (Health Agreements) між регіонами та муніципалітетами [47]. Для Полтавської області пропонується адаптована версія цього механізму.

Реалізація пропозиції щодо Координаційної ради з охорони здоров'я Полтавської ТГ є першочерговим регіональним кроком, що не потребує законодавчих змін на національному рівні. Рада у складі представників Департаменту ОЗ ПОВА, Департаменту ОЗ ПМР та НСЗУ (як координатора фінансових потоків) має сформувати єдиний план маршрутів пацієнтів у рамках Полтавського госпітального округу: від ЦПМСД №1-3 до міських і обласних спеціалізованих КНП, з чіткими критеріями направлення та зворотного зв'язку. Ця пропозиція відповідає вимогам Постанови КМУ № 174/2023 щодо формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я та може бути реалізована за рішенням Полтавської обласної ради.

Фінансово-економічний вимір державного управління охороною здоров'я є визначальним для стійкості реформи. Виявлений у другому розділі структурний дефіцит (180,3 млрд грн видатків проти 152 млрд грн

фінансування НСЗУ у 2022 р.) свідчить про недосконалість тарифної методології: чинна капітаційна ставка та тарифи за випадок госпіталізації не відображають реальної собівартості послуг у закладах із застарілою матеріально-технічною базою. Дослідження Roberts M.J. [56] доводять, що тривале недофінансування реальної собівартості неминуче призводить до погіршення якості послуг та відтоку кадрів – саме ці наслідки спостерігаються в Україні.

Таблиця 3.4

### Механізми вдосконалення нормативно-правового та інституційного забезпечення охорони здоров'я

№	Проблема (виявлена у розд. 2)	Пропозиція для України (загальнонаціональний рівень)	Пропозиція для Полтавської області (регіональний рівень)
1	Відсутність закону про медичне страхування; невизначений статус НСЗУ як страховика	Розробити та ухвалити ЗУ «Про обов'язкове медичне страхування» за моделлю JPA (приєднання 2025) та естонської Haigekassa: НСЗУ – єдиний страховий агент з квазінезалежним статусом; встановити законодавчий «стелю» особистих витрат пацієнтів (co-payment ceiling)	Полтавська обласна рада: прийняти обласну програму підготовки КНП до переходу на страхову модель; забезпечити методичну підтримку ЦПМСД №1-3 та міських КНП у перехідний період
2	Дублювання функцій між МОЗ, НСЗУ та ДСЯОЗ у контролі якості	Розмежувати функції через оновлене Положення про ДСЯОЗ: МОЗ – нормативне регулювання та стандарти; НСЗУ – Р4Р-моніторинг за договорами; ДСЯОЗ – незалежний ліцензійний контроль та захист прав пацієнтів	Департамент ОЗ ПОВА: укласти Меморандум про координацію з Департаментом ОЗ ПМР щодо єдиних критеріїв моніторингу КНП; усунути паралельне звітування
3	Відсутність єдиного координаційного органу між обласним та міським рівнями управління ОЗ у Полтаві	Закріпити у законодавстві обов'язкові координаційні механізми між ОВА та органами місцевого самоврядування у сфері ОЗ (поправки до ЗУ «Про місцеве самоврядування»)	Створити Координаційну раду з охорони здоров'я Полтавської ТГ (Департамент ОЗ ПОВА + Департамент ОЗ ПМР + НСЗУ-представник) з мандатом планування госпітального округу та маршрутів пацієнтів
4	Фрагментарна нормативна база ДПП для відбудови медичної інфраструктури	Ухвалити підзаконний акт КМУ «Про особливості ДПП у сфері охорони здоров'я» з урахуванням досвіду Грузії та Великобританії (PFI); включити до Ukraine Facility-рамки	Розробити типовий ДПП-договір для реконструкції ПОКЛ ім. Скліфосовського (судинне відділення) та нових об'єктів ЦПМСД за коштами EU4Recovery (ЄС/ПРООН – партнерство 2-га фаза)

Джерело: розроблено автором на основі [19; 28; 37; 42; 48; 53].

Для Полтавської області особливо гострою є проблема нерівного доступу до медичних послуг між містом та сільськими ТГ. Полтавська міська ТГ як найбільша фінансово спроможна громада забезпечує капітальні видатки на охорону здоров'я у 5-8 разів вищі на душу населення, ніж малі сільські ТГ.

Таблиця 3.5

### Механізми вдосконалення фінансово-економічного управління системою охорони здоров'я

№	Проблема	Пропозиція для України	Пропозиція для Полтавської області
1	Структурний дефіцит: видатки КНП (180,3 млрд грн) > фінансування НСЗУ (152 млрд грн) у 2022 р.	Запровадити НТА (оцінку медичних технологій) як обов'язковий фільтр для включення послуг до ПМГ; вдосконалити тарифну методологію НСЗУ: повна собівартість + інфраструктурна надбавка для КНП із застарілою МТБ	Департамент ОЗ ПОВА: провести аудит реальної собівартості послуг в обласних КНП; сформувати пропозиції до НСЗУ щодо регіонального коригування тарифів
2	Нерівномірне фінансування між міськими та сільськими ОТГ (розрив у 5-8 разів за капвдатками на ОЗ)	Запровадити вирівнюючий субвенційний механізм для ТГ з недостатньою фінансовою спроможністю (за моделлю «базова дотація + цільова субвенція на ОЗ»); закріпити у Бюджетному кодексі	Полтавська обласна рада: розробити Програму вирівнювання доступу до ПМД у сільських ТГ на 2026-2028 рр.; передбачити субсидії для ЦПМСД, що обслуговують ОТГ з населенням < 5000 осіб
3	Відсутність системної Р4Р-моделі для вторинної ланки (пілот лише на ПМД)	Масштабувати Р4Р на вторинну та третинну ланки з 2025 р.: набір із 10-15 клінічних індикаторів за пріоритетними нозологіями (ССЗ, онкологія, ЦД, інсульт); прив'язати 15 % тарифу НСЗУ до індикаторів якості	НСЗУ-договори з КНП Полтавщини: включити Р4Р-індикатори до договорів на 2026 р. для 1-ї МКЛ та обласної клінічної лікарні ім. Скліфосовського; публічний дашборд якості на сайті Департаменту ОЗ ПОВА
4	Недостатній захист пацієнтів від катастрофічних особистих витрат (ООПНД)	Встановити законодавчий «стелю» особистих витрат (за нідерландською моделлю: 385 євро/рік); розширити реімбурсацію «Доступні ліки» на реабілітацію, психічні розлади та орфанні хвороби	Департамент ОЗ ПМР: забезпечити рівномірний доступ до аптек-партнерів «Доступні ліки» у всіх районах Полтави та сільських ТГ; оприлюднити картографічний реєстр аптек-партнерів на сайті ПМР

Джерело: розроблено автором на основі [31; 48; 53; 56].

Це створює структурну нерівність у доступі до послуг, що суперечить конституційному принципу загальнодоступності охорони здоров'я (ст. 49 Конституції України). Пропонований субвенційний механізм вирівнювання для сільських ТГ Полтавщини аналогічний механізму базової дотації, що вже застосовується у Полтавській обласній системі бюджетного вирівнювання (42 ТГ отримували базову дотацію у 2023 р.) [31], і потребує лише його цільової прив'язки до видатків на первинну медичну допомогу.

Запровадження P4P-системи (pay-for-performance) для вторинної ланки є одним із найважливіших механізмів підвищення ефективності. Британський досвід QOF (Quality and Outcomes Framework), проаналізований у підрозділі 1.2, свідчить, що прив'язка 15-20 % оплати до клінічних індикаторів суттєво покращує управління хронічними захворюваннями та зменшує варіабельність якості між закладами. Для Полтавської області пропонується розпочати пілот P4P у договорах НСЗУ з КП «1-а МКЛ ПМР» та КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» у 2026 р. за пріоритетними нозологіями: ішемічна хвороба серця, інсульт, цукровий діабет 2-го типу та онкологія. Публічний дашборд результатів має розміщуватися на офіційному сайті Департаменту ОЗ ПОВА та НСЗУ.

Кадрова криза є однією з найгостріших проблем системи охорони здоров'я України, що суттєво загострилась в умовах воєнного стану. Мобілізація медичного персоналу, відтік за кордон та природне скорочення чисельності медиків старшого покоління створюють реальну загрозу для функціонування системи. За даними МОЗ, укомплектованість ПМД лікарями у більшості регіонів не перевищує 75-80 % від потреби. Пропоновані механізми вдосконалення кадрового управління охоплюють чотири напрями.

Запровадження EU-сумісної моделі резидентури. Чинна система інтернатури є застарілою і не відповідає ні вимогам Директиви ЄС 2005/36/EU про визнання кваліфікацій, ні сучасним стандартам підготовки спеціалістів. Перехід до резидентури за моделлю ЄС забезпечить взаємне визнання медичних кваліфікацій, що є критичним як для повернення медиків

із-за кордону, так і для залучення іноземних спеціалістів для відновлення. Для Полтавської області пропонується задіяти ресурс Полтавського державного медичного університету як регіонального центру підготовки резидентів з пріоритетних спеціальностей (сімейна медицина, хірургія, психіатрія).

КРІ-система оплати праці медиків. Чинна система оплати праці не диференціює рівень оплати залежно від якості та обсягу роботи, що демотивує кращих спеціалістів. Пропонується запровадити трирівневу систему: базовий оклад (гарантія) + надбавка за виконання КРІ (якість, доступність, профілактична активність) + додатковий бонус Р4Р від НСЗУ. Для ЦПМСД м. Полтави (№1, №2, №3) КРІ мають включати відсоток задекларованих пацієнтів, частку е-направлень, охоплення профілактичними скринінгами та показники «Доступних ліків».

Підтримка демобілізованих медиків. Тисячі медиків, що проходять або проходили військову службу, потребуватимуть реінтеграції у цивільну охорону здоров'я. Для Полтавщини пропонується розробити регіональну програму реінтеграції демобілізованих медиків: стипендія на відновлення кваліфікації (6 місяців), пріоритетне призначення на вакантні посади у сільських ЦПМСД.

Система безперервного професійного розвитку (БПР) у цифровому форматі. Портал вакансій медичних працівників та система е-навчання, що функціонують при МОЗ та Департаменті ОЗ ПОДА, потребують інтеграції у єдину регіональну платформу безперервного розвитку медиків Полтавщини, сумісну з EU Continuing Professional Development-стандартами. Це не лише підвищить кваліфікацію, але й стане важливим кроком до взаємного визнання кваліфікацій у межах ЄС.

Цифрова трансформація охорони здоров'я є наскрізним механізмом підвищення ефективності, що одночасно вирішує проблеми координації, якості, доступу та прозорості. Стратегія-2030 передбачає створення Цифрової платформи охорони здоров'я (ЦПОЗ) до 2030 р. на базі чинної ЕСОЗ, з

відповідністю принципам ВООЗ та EHDS-інтероперабельністю [29]. Для Полтавської області ключовими є три цифрові механізми.

Розширення ЕСОЗ на вторинну ланку. Попри охоплення понад 90 % ПМД, ЕСОЗ на вторинному рівні (спеціалізовані КНП) функціонує нерівномірно. Для Департаменту ОЗ ПОВА пропонується: (а) встановити вимогу 100 % охоплення ЕСОЗ для всіх КНП Полтавщини до 01.01.2026 р. як умову укладення договору з НСЗУ; (б) впровадити е-направлення між ЦПМСД та спеціалізованими КНП в якості обов'язкового, а не альтернативного маршруту.

Публічний дашборд якості охорони здоров'я Полтавщини. На сайті Департаменту ОЗ ПОВА ([healthcare.poda.gov.ua](http://healthcare.poda.gov.ua)) пропонується розмістити інтерактивний публічний дашборд у розрізі КНП та ТГ, що міститиме: рівень охоплення деклараціями ПМД; доступність «Доступних ліків»; Р4Р-індикатори якості; кадрова укомплектованість. Це забезпечить публічну підзвітність відповідно до принципу прозорості та є вимогою Закону України «Про доступ до публічної інформації» (№ 2939-VI).

Телемедицина для вторинної ланки Полтавщини. Нормативна база телемедицини (Наказ МОЗ № 2463/2020) дозволяє відеоконсультації та дистанційний моніторинг. Для зменшення навантаження на спеціалізовані КНП м. Полтави та підвищення доступності для мешканців сільських ТГ пропонується запровадити систему телеконсультацій між лікарями ЦПМСД сільських ОТГ та профільними спеціалістами міських і обласних КНП. Це дозволить скоротити непотрібні очні звернення до спеціалістів на 20–30 % (за досвідом Данії – MedCom-система), підвищивши при цьому доступність для хворих із хронічними патологіями.

Для забезпечення вимірності та моніторингу реалізації запропонованих механізмів розроблено комплексну систему пропозицій із конкретними індикаторами результату (KPI) та очікуваними ефектами для кожного напрямку вдосконалення. Система охоплює 10 механізмів у розрізі

загальнонаціонального та регіонального (Полтавська область) рівнів і забезпечує операційну прив'язку пропозицій до відповідальних суб'єктів та термінів реалізації.

Таблиця 3.6

**Комплексна система пропозицій щодо вдосконалення державного управління охороною здоров'я: КРІ та очікувані результати (2025-2030 рр.)**

№	Напрямок вдосконалення	Конкретна пропозиція	Індикатор результату (КРІ)	Очікуваний ефект (2027-2030)
A	1	2	3	4
1	Нормативний: Закон про медичне страхування	ЗУ «Про обов'язкове медичне страхування» з законодавчим со-payment ceiling	Прийняття закону до 2027 р.; ООПНД < 15 %	Фінансова захищеність 95 % населення; закриття розділу 28 EU на переговорах
2	Інституційний: ОДК-агентство	Запустити ОДК як незалежний фармрегулятор за підтримки EU twinning (Литва/Польща/Німеччина)	ОДК операційний до 2026 р.; 80 % нормативної бази гармонізовано з EU MDR/IVDR	Доступ до EU-ринку лікарських засобів та виробів; захист пацієнтів
3	Координаційний (Полтава): Координаційна рада ОЗ	Координаційна рада ПОДА+ПМР+НСЗУ з єдиним планом маршрутів пацієнтів та госпітального округу	Рада утворена до 01.01.2026; єдиний план госпіт. округу до 01.07.2026	Усунення дублювання; скорочення часу переведення між рівнями ПМД → вторинна ланка на 30 %
4	Фінансовий: НТА для ПМГ	Запровадити обов'язкову НТА-оцінку для всіх нових включень до ПМГ з 2026 р.	100 % нових послуг ПМГ-2026+ пройшли НТА; зниження нерациональних витрат на 10 %	Рациональне використання коштів НСЗУ; відповідність EU Reg. 2021/2282
5	Кадровий: утримання медиків	EU-сумісна резидентура; КРІ-оплата; підтримка демобілізованих медиків; угоди про визнання кваліфікацій з ЄС	Укомплектованість ПМД ≥ 90 % до 2028 р. (зараз ~76%); плинність < 5%/рік	Покриття потреб населення; виконання Директиви ЄС 2005/36 щодо кваліфікацій
6	Цифровий: ЦПОЗ та EHDS	ЦПОЗ на базі ЕСОЗ; інтеоперабельність з EU EHDS; AI-скринінг; телемедицина для вторинної ланки	ЦПОЗ охоплює 100% закладів до 2030 р.; 50 % направлень – телемедицина	Портативність даних українців у ЄС; зниження адмінвантаження на медиків
7	Відновлювальний (Полтава): ДПП-інфраструктура	ДПП-договір на реконструкцію ПОКЛ ім. Скліфосовського + нових ЦПМСД; EU4Recovery-фінансування	Підписано ≥ 2 ДПП-договори до 2027 р.; 100 % пошкоджених об'єктів Полтавщини відновлено до 2030 р.	Відновлення доступу до спеціалізованої допомоги; залучення EU-коштів через Ukraine Facility

A	1	2	3	4
8	Р4Р для вторинної ланки (Полтава)	10-15 клінічних індикаторів у договорах НСЗУ з КНП Полтавщини; публічний дашборд якості	15 % тарифу НСЗУ прив'язані до Р4Р з 2026 р.; публічний дашборд – до 01.03.2026	Покращення якості на 20 % за пріоритетними нозологіями; прозорість для пацієнтів
9	«Доступні ліки» (Полтава): рівний доступ	Картографічний реєстр аптек-партнерів; мобільні аптечні пункти для сільських ТГ Полтавщини	100 % ТГ Полтавщини мають аптеку-партнера «Доступні ліки» у радіусі 15 км до 2027 р.	Подолання нерівності у доступі до реімбурсованих ліків між містом та селом
10	Ментальне здоров'я: системна психіатрична реформа	Окремий обласний план психіатричної допомоги; інтеграція «Ти як?» у первинну ланку ЦПМСД; ВООЗ/UNICEF-стандарти	Обласна програма психічного здоров'я прийнята до 01.01.2026; 100 % ЦПМСД мають спеціаліста з ментального здоров'я до 2028 р.	Виконання Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю; відповідь на потреби ВПО та ветеранів

Джерело: розроблено автором на основі [19; 28; 29; 31; 37; 42; 47; 48; 53; 56; 61].

Аналіз табл. 3.6 дозволяє виокремити ключові характеристики запропонованої системи механізмів. Вона є дворівневою: заходи загальнонаціонального рівня (пропозиції 1, 2, 4, 5, 6) вимагають рішень КМУ, ВРУ та МОЗ; регіональні (пропозиції 3, 7, 8, 9, 10) – рішень Полтавської обласної ради, Департаменту ОЗ ПОВА та ПМР. Вона є вимірною: кожна пропозиція має конкретний KPI з базовим і цільовим значенням та чітким терміном. Вона є євроінтеграційно зорієнтованою: більшість пропозицій безпосередньо відповідають вимогам *acquis communautaire* (EU MDR, Директива 2005/36, EHDS, EU Reg. 2021/2282), що забезпечує «подвійний дивіденд»: внутрішній розвиток системи + прогрес у переговорах про вступ до ЄС за розділом 28.

Реалізація запропонованих механізмів дозволить досягти трьох стратегічних результатів. Для України в цілому: фінансова захищеність 95 % населення (co-payment ceiling + ЗУ про медичне страхування); скорочення розриву у тривалості здорового життя з 11 до 7 років від середнього показника ЄС до 2030 р.; закриття розділу 28 у переговорах про вступ до ЄС.

Для Полтавської області: усунення інституційного розриву між обласним і міським рівнями управління ОЗ через Координаційну раду; скорочення нерівності у доступі до ПМД між Полтавою та сільськими ТГ до рівня  $< 2:1$  (проти поточних 5-8:1); відновлення 100 % пошкодженої медичної інфраструктури через ДПП-механізми EU4Recovery до 2030 р.

Таким чином, запропоновані механізми підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я в Україні та Полтавської області утворюють цілісну, внутрішньо несуперечливу систему, що спирається на доказову базу зарубіжного досвіду (підрозділ 1.2), усуває конкретні проблеми, виявлені у другому розділі, та відповідає стратегічним пріоритетам євроінтеграції (підрозділ 3.1). Їх послідовна реалізація забезпечить перехід від «реформи в умовах кризи» до сталої, якісної та фінансово захищеної системи охорони здоров'я, що відповідає стандартам Європейського Союзу.

### **Висновки до розділу 3**

Стратегічною основою удосконалення державної політики в системі охорони здоров'я є розпорядження КМУ від 17.01.2025 № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» та Операційний план 2025-2027 рр.. Документ визначає три наскрізних пріоритети: продовження медичної реформи, виконання євроінтеграційних вимог та відновлення системи від наслідків воєнної агресії. Розрив у тривалості здорового життя між Україною (69,7 р.) та ЄС (80,7 р.) є головним стратегічним орієнтиром: його скорочення до 7 років до 2030 р. потребує системних зусиль у профілактиці серцево-судинних захворювань та онкології.

Євроінтеграційний вимір трансформації набув обов'язкового характеру після початку переговорів про вступ до ЄС. Рекордно швидке завершення двостороннього скринінгу з Єврокомісією (вересень 2025 р.), приєднання до

Договору ЈРА та формування Національної програми адаптації законодавства до права ЄС засвідчують значний прогрес. Ключовими незавершеними пріоритетами до 2027 р. залишаються: гармонізація регулювання медичних виробів (EU MDR/IVDR), запровадження системного НТА та адаптація ЕСОЗ до вимог EHDS – умов закриття розділу 28 EU на переговорах про вступ.

У нормативно-правовому та інституційному вимірі запропоновано: ухвалення ЗУ «Про обов'язкове медичне страхування» із законодавчим стеєю особистих витрат пацієнтів; розмежування функцій між МОЗ, НСЗУ та ДСЯОЗ; підзаконний акт КМУ про ДПП у сфері охорони здоров'я. Для Полтавської області – утворення Координаційної ради ОЗ (Департамент ОЗ ПОДА + Департамент ОЗ ПМР + НСЗУ) з єдиним планом маршрутів пацієнтів Полтавського госпітального округу до 01.07.2026 та розробка ДПП-договору для реконструкції ПОКЛ ім. Скліфосовського за коштами EU4Recovery.

У фінансово-економічному вимірі запропоновано: запровадження обов'язкового НТА для нових включень до ПМГ з 2026 р.; субвенційний механізм вирівнювання для сільських ТГ; масштабування Р4Р на вторинну ланку (15 % тарифу НСЗУ прив'язати до клінічних індикаторів з 2026 р.). Для Полтавщини – Р4Р-пілот у договорах НСЗУ з 1-ю МКЛ та ПОКЛ ім. Скліфосовського; картографічний реєстр аптек-партнерів «Доступні ліки»; забезпечення аптеки-партнера в радіусі 15 км для кожної ТГ до 2027 р.

У кадровому та цифровому вимірі запропоновано: EU-сумісну резидентуру (Полтавський ДМУ – регіональний центр); КРІ-систему оплати праці для ЦПМСД №1-3; регіональну програму реінтеграції демобілізованих медиків; розширення ЕСОЗ на вторинну ланку (100 % охоплення до 01.01.2026 р. як умова договору з НСЗУ); публічний дашборд якості на [healthcare.poda.gov.ua](http://healthcare.poda.gov.ua); телемедицину між сільськими ЦПМСД та міськими КНП (скорочення непотрібних очних звернень на 20-30 %).

Система з 10 КРІ-механізмів забезпечує дворівневе вирішення виявлених проблем: загальнонаціональні заходи (ЗУ про медичне

страхування, ОДК-агентство, НТА, ЦПОЗ 2030, EU-резидентура) та регіональні (Координаційна рада, ДПП-інфраструктура, Р4Р-пілот, реєстр аптек, обласна програма психічного здоров'я). Очікувані результати до 2030 р.: фінансова захищеність 95 % населення; укомплектованість ПМД  $\geq 90$  %; відновлення 100 % пошкодженої інфраструктури Полтавщини; скорочення нерівності доступу між містом та ТГ з 5-8:1 до 2:1; закриття розділу 28 ЄС у переговорах про вступ.

Запропонована система механізмів є цілісною, внутрішньо несуперечливою та євроінтеграційно зорієнтованою. Вона спирається на доказову базу зарубіжного досвіду, усуває конкретні проблеми, виявлені у другому розділі, і забезпечує вимірний прогрес у напрямі стандартів ЄС – що в сукупності становить теоретичний і практичний внесок дослідження у розвиток державної політики в системі охорони здоров'я України.

## ВИСНОВКИ

Магістерська робота присвячена дослідженню трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в Україні. Проведений аналіз теоретичних засад, сучасного стану реформування та напрямів удосконалення дозволяє сформулювати такі узагальнюючі висновки.

1. Державна політика в системі охорони здоров'я є цілеспрямованою, науково обґрунтованою діяльністю держави та суб'єктів публічного управління щодо нормативно-правового, організаційного, фінансового та кадрового забезпечення галузі з метою досягнення суспільно значущих цілей здоров'я населення. Синтез нормативно-правового, системно-управлінського та соціально-результативного підходів дозволив сформулювати авторське визначення, що розкриває комплексну природу цього феномену через чотири ключові ознаки: цілеспрямованість, системність, публічність та науковість. Принципи державної політики утворюють восьмиелементну ієрархічну систему – від конституційного (загальнодоступність) до міжнародного (євроінтеграційність), а механізми реалізації функціонують як взаємопов'язана система «важелів управління», де нормативно-правовий механізм формує «правила гри», фінансово-економічний забезпечує ресурсну базу, а інформаційно-аналітичний – зворотний зв'язок.

2. Трансформація державної політики як поняття відрізняється від «реформи» та «модернізації» глибиною системних змін і охоплює чотири одночасні площини: структурну (зміна моделі фінансування від радянської до страхової), нормативну (гармонізація з *acquis communautaire*), управлінську (децентралізація та менеджмент якості) та цифрову (ЕСОЗ і телемедицина). Дихотомія «трансформація як процес / трансформація як стан» визначила методологічну двовимірність аналізу: оцінку досягнутих змін (структурних, інституційних, фінансових) і визначення незавершених завдань, що залишаються на порядку денному реформи.

3. Порівняльний аналіз базових моделей (Бісмарка, Беверіджа, Семашка, ринкової) засвідчив, що Україна здійснює перехід від радянської моделі Семашка до гібридної моделі з єдиним страховим агентом (НСЗУ), загальним охопленням та страховим принципом фінансування – одного з найскладніших реформаторських перетворень. Досвід постсоціалістичних країн (Естонія, Польща, Чехія, Грузія, Молдова) виявив три наскрізні чинники успішної трансформації: послідовність і незворотність реформ; єдиний страховий платник без конкурентної фрагментації фінансування; цифрова інфраструктура як базис, а не надбудова реформи. Зарубіжний досвід адаптовано в авторській таблиці адаптаційного потенціалу: з дев'яти ключових інструментів (НСЗУ, капітаційна модель, ЕСОЗ, базовий пакет, «Доступні ліки», Р4Р, телемедицина, ДПП, co-payment ceiling) перші п'ять вже реалізовано, а останні чотири визначено пріоритетами удосконалення.

4. Нормативно-правова база реформи охорони здоров'я в Україні набула шестирівневої ієрархічної структури та пройшла три законодавчі хвилі: стратегічну (2015-2017), операційну (2018-2020) та адаптаційну (2021-2024). Системоутворюючим є Закон № 2168-VIII (2017), що запровадив принцип «гроші ходять за пацієнтом» та єдиного замовника – НСЗУ. Реформа збереглася і адаптувалася в умовах повномасштабного вторгнення (Закон № 2347-IX, 2022), забезпечивши безперервність фінансування НСЗУ та спрощений доступ понад п'яти мільйонів внутрішньо переміщених осіб до медичних послуг. Водночас виявлено три ключові нормативні прогалини: відсутність закону про медичне страхування, фрагментарність правової бази відбудови зруйнованої воєнними діями медичної інфраструктури та відставання регулювання телемедицини і штучного інтелекту від темпів технологічного розвитку.

5. Інституційна архітектура реформи перейшла від радянської галузевої вертикалі (МОЗ → обласні управління ОЗ → ЦРЛ) до горизонтальної моделі МОЗ-НСЗУ-КНП. НСЗУ уклала договори з понад 1200 КНП, фінансуючи вісім пакетів медичних послуг на понад 130 млрд грн щорічно. Підписано понад 35

мільйонів декларацій між пацієнтами та лікарями первинної медичної допомоги – найбільша реєстрація пацієнтів в історії охорони здоров'я України. Виконання Угоди про асоціацію з ЄС у сфері охорони здоров'я досягло близько 60%, проте незавершеними залишаються гармонізація стандартів медичних виробів (EU MDR/IVDR), запровадження системного НТА та реформа психіатричної допомоги відповідно до Конвенції ООН.

6. Аналіз Полтавської області як регіонального зрізу реформи виявив дворівневу управлінську модель: Департамент охорони здоров'я Полтавської ОВА (директор Лисак В.П.) координує обласні КНП, а Департамент охорони здоров'я Полтавської міської ради (директор Котов С.О.) – міські заклади (ЦПМСД №1, №2, №3 та спеціалізовані КНП). Область стала пілотним регіоном НСЗУ (2019): 56 спеціалізованих закладів отримали 422,7 млн грн за 4 місяці за новою моделлю оплати за випадок госпіталізації, що стало основою для загальнонаціонального запровадження реформи вторинної ланки. Видатки обласного бюджету на охорону здоров'я виконувалися на 96-97 % у 2022-2024 рр., що свідчить про фінансову стійкість навіть в умовах воєнного стану.

7. Комплексна оцінка результативності трансформації виявила суперечливий характер реформи. До системних здобутків відносяться: запровадження ЕСОЗ (охоплення 90 %+ ПМД); реімбурсація понад 2000 найменувань ліків («Доступні ліки»); корпоратизація понад 1800 КНП; підписання понад 35 млн пацієнтських декларацій; пілот Полтавщини у 2019 р. як системоутворюючий для загальнонаціонального запровадження реформи вторинної ланки. До незавершених завдань відносяться: кадровий дефіцит, посилений мобілізацією та відтоком за кордон; пошкодження медичної інфраструктури внаслідок ворожих обстрілів (зокрема, судинне відділення ПОКЛ ім. Скліфосовського); нерівний доступ мешканців сільських ТГ до аптек програми «Доступні ліки»; відсутність єдиного координаційного механізму між обласним та міським рівнями управління ОЗ у Полтаві.

8. Стратегічними пріоритетами розвитку державної політики в системі охорони здоров'я України в євроінтеграційному контексті є шість взаємопов'язаних цілей Стратегії-2030 (схваленої розпорядженням КМУ від 17.01.2025 № 34-р): здорове населення через профілактику; доступна та якісна медична допомога; ефективне фінансування; кадровий потенціал; цифрова трансформація; відбудова. Рекордно швидке завершення двостороннього скринінгу з Єврокомісією (вересень 2025 р.) та приєднання до Договору ЈРА засвідчують якісне прискорення євроінтеграційних зусиль. Ключовими незавершеними зобов'язаннями до 2027 р. за розділом 28 EU є: повна гармонізація регулювання медичних виробів (EU MDR/IVDR); запровадження обов'язкового НТА для включень до ПМГ; адаптація ЕСОЗ до вимог EHDS (European Health Data Space). Розрив у тривалості здорового життя між Україною (69,7 р.) та ЄС (80,7 р.) є головним стратегічним орієнтиром: його скорочення до 7 років до 2030 р. потребує передусім системних зусиль у профілактиці серцево-судинних захворювань – головного чинника наявного розриву.

9. Запропоновані механізми підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я охоплюють чотири виміри. У нормативно-правовому та інституційному вимірі: ухвалення ЗУ «Про обов'язкове медичне страхування» із законодавчим стелею особистих витрат пацієнтів; розмежування функцій між МОЗ, НСЗУ та ДСЯОЗ; підзаконний акт КМУ про ДПП у сфері охорони здоров'я; для Полтавщини – утворення Координаційної ради (Департамент ОЗ ПОВА + Департамент ОЗ ПМР + НСЗУ) з мандатом планування госпітального округу. У фінансово-економічному вимірі: запровадження обов'язкового НТА для ПМГ-2026; субвенційний механізм вирівнювання фінансування для сільських ТГ; масштабування Р4Р на вторинну ланку (15 % тарифу НСЗУ прив'язати до клінічних індикаторів); картографічний реєстр аптек «Доступні ліки» з охопленням кожної ТГ Полтавщини. У кадровому вимірі: EU-сумісна резидентура (Полтавський ДМУ – регіональний центр); КРІ-система оплати

праці для ЦПМСД; регіональна програма реінтеграції демобілізованих медиків. У цифровому вимірі: розширення ЕСОЗ на вторинну ланку (100 % охоплення до 01.01.2026 як умова договору НСЗУ); публічний дашборд якості на [healthcare.poda.gov.ua](http://healthcare.poda.gov.ua); телемедицина між сільськими ЦПМСД та міськими КНП Полтавщини (прогнозоване скорочення непотрібних очних звернень на 20-30 %).

10. Система з десяти КРІ-механізмів забезпечує дворівневе та вимірне вирішення виявлених проблем. Очікувані результати реалізації до 2030 р. на загальнонаціональному рівні: фінансова захищеність 95 % населення (со-  
payment ceiling + закон про медичне страхування); укомплектованість ПМД лікарями  $\geq 90$  %; ЦПОЗ охоплює 100 % закладів; частка особистих витрат пацієнтів (ООПНД) скорочується до рівня  $< 15$  % від загальних витрат на ОЗ; закриття розділу 28 EU у переговорах про вступ до Євросоюзу. На регіональному рівні (Полтавська область): усунення інституційного розриву між обласним і міським рівнями управління через Координаційну раду ОЗ до 01.07.2026; скорочення нерівності у доступі до ПМД між Полтавою та сільськими ТГ з 5-8:1 до рівня 2:1; відновлення 100 % пошкодженої медичної інфраструктури через ДПП-механізми EU4Recovery до 2030 р.; реалізація Р4Р-пілоту у двох провідних КНП міста та публікація першого публічного дашборду якості охорони здоров'я Полтавщини до 01.03.2026 р.

Таким чином, проведене дослідження забезпечує теоретичний і практичний внесок у розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я. Теоретичний внесок полягає у: авторському визначенні державної політики в системі охорони здоров'я; систематизації принципів і механізмів реалізації; концептуальній моделі трансформації як процесу та стану; авторській таблиці адаптаційного потенціалу зарубіжного досвіду для України. Практичний внесок – у: комплексній оцінці результативності реформи на прикладі Полтавської області із залученням офіційних джерел ([healthcare.poda.gov.ua](http://healthcare.poda.gov.ua), [rada-poltava.gov.ua](http://rada-poltava.gov.ua), рішення Полтавської обласної ради); авторській дорожній карті стратегічних пріоритетів 2025-2030 рр. у

євроінтеграційному контексті; системі десяти конкретних механізмів підвищення ефективності з КРІ та відповідальними суб'єктами реалізації для загальнонаціонального та регіонального рівнів. Запропоновані механізми є практично придатними для використання Департаментом охорони здоров'я Полтавської ОВА, Департаментом охорони здоров'я Полтавської міської ради та органами місцевого самоврядування Полтавщини.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асоціація міст України. Охорона здоров'я: фінансування 2022 рік – 152 млрд грн надходжень vs 180,3 млрд грн видатків. URL: <https://www.auc.org.ua/sector-news/204> (дата звернення: 07.05.2025).
2. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Сімейна медицина : підручник. Київ : Вид-во «Вересень», 2015. 824 с.
3. Гойда Н.Г. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: стан та перспективи розвитку в Україні. *Сімейна медицина*. 2014. № 1 (51). С. 20-25.
4. Департамент охорони здоров'я Полтавської міської ради : офіційний веб-сайт. URL: <https://www.rada-poltava.gov.ua/ua/department-of-health-of-poltava-city-council> (дата звернення: 05.10.2025).
5. *Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної військової адміністрації* : офіційний веб-сайт. URL: <https://healthcare.poda.gov.ua/?categoryId=9607> (дата звернення: 05.10.2025).
6. Департамент охорони здоров'я Полтавської ОВА. Формула стійкості: на Полтавщині презентували інструменти психологічної підтримки під час НМТ. 08.05.2025. URL: <https://healthcare.poda.gov.ua/news/263594> (дата звернення: 09.10.2025).
7. Державне управління охороною здоров'я України : монографія / В.В. Лазоришинець та ін. Київ, 2017. 312 с.
8. Долот В.Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658> (дата звернення: 08.10.2025).
9. Загорський В.С., Лободіна З.М. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2018. 276 с.
10. Кабінет Міністрів України. Медична реформа: результати та хід реалізації. URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/>

reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya (дата звернення: 08.10.2025).

11. Камінська Т.М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я. URL: [http://www.ief.org.ua/Arjiv\\_ET/Kaminska206.pdf](http://www.ief.org.ua/Arjiv_ET/Kaminska206.pdf) (дата звернення 14.10.2025).

12. Карамішев В.Д. Стратегічне планування інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків : Вид-во ХАРІ НАДУ «Магістр», 2016. 302 с.

13. Карлаш В.В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. №1. URL: [http://el-zbirn-dn.at.ua/2019\\_1/17.pdf](http://el-zbirn-dn.at.ua/2019_1/17.pdf) (дата звернення 17.10.2025).

14. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 15.10.2025).

15. Концепція нової системи охорони здоров'я URL: [http://moz.gov.ua/docfiles/Pro\\_20140527\\_0\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf) (дата звернення 18.09.2021).

16. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я : схвалена розпорядженням КМУ від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p> (дата звернення: 05.10.2025).

17. Кравченко Ж.Д. Державне регулювання системи первинної медико-санітарної допомоги при вищих навчальних закладах (на прикладі м. Харкова). *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. № 2. С. 195-202.

18. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2018. Вип. 3. С. 82-88.

19. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Україна-2020. Київ : МОЗ, 2012. 181 с.

20. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я : автореф. дис.... канд. держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2019. 20 с.

21. МОЗ : заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283> (дата звернення 16.10.2025).
22. МОЗ України. Євроінтеграція у сфері охорони здоров'я: ключові результати року. 25.12.2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/yevrointegraciya-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya-klyuchovi-rezultati-roku> (дата звернення: 27.10.2025).
23. МОЗ України. Результати 4 місяців пілотного проекту НСЗУ у Полтавській області. Київ : КМУ, 2019. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-pro-rezultati-pilotnogo-proektu-u-poltavskij-oblasti> (дата звернення: 07.10.2025).
24. МОЗ України. Україна демонструє високу динаміку в сфері охорони здоров'я на євроінтеграційному шляху. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ukrayina-demonstruye-visoku-dinamiku-v-sferi-ohoroni-zdorov-ya-na-yevrointegracijnomu-shlyahu> (дата звернення: 30.10.2025).
25. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: світовий досвід та Україна. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.
26. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 01.10.2025).
27. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за ред. В.М. Лехан. Київ : Вид-во Раєвського, 2015. 168 с.
28. Пашков В.М. Господарсько-правове забезпечення охорони здоров'я в Україні : монографія. Полтава : АСМІ, 2014. 452 с.
29. Платформа реформ України. Система охорони здоров'я в Україні (СОЗ). URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-655> (дата звернення: 29.10.2025).
30. Полтавська обласна рада. Звіт про виконання бюджету Полтавської області за 2022 рік : рішення сесії. URL: [https://oblrada-pl.gov.ua/sites/default/files/field/docs/18\\_3.pdf](https://oblrada-pl.gov.ua/sites/default/files/field/docs/18_3.pdf) (дата звернення: 06.10.2025).
31. Полтавська обласна рада. Звіт про виконання бюджету Полтавської області за 2023-2024 роки : рішення сесії. URL: <https://oblrada->

[pl.gov.ua/sites/default/files/field/docs/5\\_25.pdf](https://pl.gov.ua/sites/default/files/field/docs/5_25.pdf) ; <https://oblrada-pl.gov.ua/sites/default/files/field/docs/1028.pdf> (дата звернення: 06.10.2025).

32. Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20> (дата звернення: 15.10.2025).

33. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 02.10.2025).

34. Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування : Закон України від 06.04.2018 № 2709-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2709-19> (дата звернення: 12.10.2025).

35. Про затвердження Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я : Постанова КМУ від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-p> (дата звернення: 07.10.2025).

36. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-p> (дата звернення: 25.10.2025).

37. Рингач Н.О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки. Київ : НАДУ, 2009. 296 с.

38. Рожкова І.В., Солоненко І.М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія. Київ : Фенікс, 2018. 160 с.

39. Рокоцило О.М. Ресурси як об'єкт управління та засіб досягнення цілей. *Державна політика щодо місцевого самоврядування: стан, проблеми та перспективи* : матеріали 2-ої наук.-практ. конф., м. Херсон, 4-5 жовт. 2011 р. Херсон, 2017. С. 114-116.

40. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. Київ, 2019. С. 11-13.

41. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ : Сфера, 2015. 272 с.

42. Слабкий Г.О., Мирний Д.В. Управління охороною здоров'я в умовах децентралізації: монографія. Київ : ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва», 2020. 158 с.

43. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я : навчальний посібник. Київ : Вид-во НАДУ, 2015. 416 с.

44. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України : підручник / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С.Г. Стеценка. Київ : Всеукр. асоціація видавців «Правова єдність», 2018. 507 с.

45. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Гл. 22 «Охорона здоров'я» (Додаток XXXIX). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011) (дата звернення: 06.10.2025).

46. Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2> (дата звернення 01.09.2021).

47. Andersen S.K., Bansler J.P., Kensing F., Moll J. Alignment of concerns: A design rationale for patient participation in eHealth. *Journal of Medical Internet Research*. 2019. Vol. 21, № 1. P. e11048.

48. Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*. 2006. Vol. 355, № 4. P. 375-384.

49. European Commission. Ukraine – Progress on Association Agreement Implementation. Health Chapter Assessment. Brussels : EC, 2023. 48 p.

50. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*. 2010. Vol. 7, № 1. P. e1000089.

51. Gotsadze G., Zoidze A., Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Services Research*. 2009. Vol. 9. P. 69.

52. Hale H., Orrtung R. Beyond the Euromaidan: Comparative Perspectives on Advancing Reform in Ukraine. *Redwood* : Stanford University press, 2016. p. 219.
53. Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. International Profiles of Health Care Systems. New York : The Commonwealth Fund, 2023. 198 p.
54. Papanicolas I., Woskie L.R., Jha A.K. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*. 2018. Vol. 319, № 10. P. 1024-1039.
55. Rechel B., Richardson E., McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies, 2014. 236 p.
56. Roberts M.J., Hsiao W., Berman P., Reich M.R. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York : Oxford University Press, 2008. 352 p.
57. Saltman R.B., Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*. 1998. Vol. 17, № 2. P. 85-108.
58. Toth F. Healthcare policies over the last twenty years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*. 2010. Vol. 95, № 1. P. 82-89.
59. Tynkkynen L.K., Lehto J., Miettinen S. Framing the decision to contract out elderly residential care and primary care services – perspectives of local level politicians and civil servants in Finland. *BMC Health Services Research*. 2012. Vol. 12. P. 201.
60. WHO. Health systems in transition: Estonia. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. Vol. 24, № 2. 181 p.
61. WHO. Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action. Geneva : World Health Organization, 2020. 72 p.

## **ДОДАТКИ**