

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра
на тему:
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ ТА СТРАТЕГІЇ
РОЗВИТКУ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконав студент 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»
_____ Кирил КОСІЛОВ

Науковий керівник роботи:
Кандидат медичних наук, доцент
_____ Олег ВАШЕВ

Харків – 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ.....	3
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ ТА СТРАТЕГІЙ РОЗВИТКУ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1 Поняття, принципи та етапи розвитку державного регулювання охорони здоров'я	9
1.2 Медичні реформи, перспективи та виклики стратегічного управління і державного регулювання медичних реформ в Україні	17
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ІНСТИТУЦІЙНОЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ ТА СТРАТЕГІЙ РОЗВИТКУ	25
2.1 Суб'єкти державного регулювання, нормативно-правова база, організаційна структура та основні напрямки реалізації державного регулювання медичних реформ	25
2.2 Аналіз системи охорони здоров'я національного та регіонального рівня	36
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА СТРАТЕГІЧНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	53
3.1 Стратегічні орієнтири післявоєнного розвитку системи охорони здоров'я на національному та регіональному рівні	53
3.2 Шляхи вдосконалення державного регулювання медичних реформ та стратегій розвитку у системі охорони здоров'я	61
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	80

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization)
ВРУ	Верховна Рада України
ГРВІ	Гостра респіраторна вірусна інфекція
ДМС	Добровільне медичне страхування
ДНУ	Державна наукова установа
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової
ХОВА	адміністрації
ДР	Державне регулювання
ЄС	Європейський Союз
ЄРДР	Єдиний реєстр досудових розслідувань
ЄСІТС	Єдина система інформаційно-телекомунікаційного супроводу охорони здоров'я
КМУ	Кабінет Міністрів України
ЛПЗ	Лікувально-профілактичний заклад
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МСЕК	Медико-соціальна експертна комісія
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НДІ	Науково-дослідний інститут
ОМС	Органи місцевого самоврядування
ОПОР	Опорний заклад охорони здоров'я
ОТГ	Об'єднана територіальна громада
ПМД	Первинна медична допомога
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ПМГ	Програма медичних гарантій
СЕС	Санітарно-епідеміологічна служба
СНР	Система національного регулювання
СОЗ	Система охорони здоров'я
СРСОЗ	Стратегія розвитку системи охорони здоров'я
УСІ	Універсальне страхування ідентифікації
УСР	Управління стратегічного розвитку
ХОВА	Харківська обласна військова адміністрація
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	Центральна районна лікарня
eHealth	Електронна система охорони здоров'я України
GDP	Валовий внутрішній продукт (Gross Domestic Product)

WHO	World Health Organization — Всесвітня організація охорони здоров'я
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development — Організація економічного співробітництва та розвитку
WB	World Bank — Світовий банк
EU4Health	Програма Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats — метод стратегічного аналізу «Сильні сторони, Слабкі сторони, Можливості, Загрози»
PEST	Political, Economic, Social, Technological — метод макроаналізу зовнішнього середовища (політичного, економічного, соціального, технологічного)

ВСТУП

Актуальність теми. Питання ефективного функціонування системи охорони здоров'я вже давно вийшло за межі суто галузевої проблематики — воно прямо впливає на соціальну стабільність, якість життя населення, національну безпеку та легітимність державної політики. Після здобуття незалежності Україна отримала у спадок централізовану модель охорони здоров'я, що базувалась на принципах планової економіки. Протягом трьох десятиліть ця модель зазнавала численних спроб реформування, однак лише частина з них досягла практичного втілення. Недостатній рівень фінансування, неефективна організаційна структура, надмірна бюрократизація та відсутність стратегічного бачення довгий час залишали систему охорони здоров'я України у кризовому стані [48].

Упродовж 2017–2019 років державна політика у сфері охорони здоров'я зазнала суттєвих змін: було запроваджено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), принцип «гроші йдуть за пацієнтом», розпочато цифрову трансформацію (eHealth), реорганізацію первинної ланки та перегляд системи фінансування [36]. Ці процеси стали першою реальною хвилею системного реформування з елементами стратегічного управління. Водночас вони виявили потребу у нових механізмах регулювання з боку держави: більш гнучких, адаптивних, прозорих [1].

Пандемія COVID-19 у 2020–2021 роках стала точкою перелому — як у світовому масштабі, так і для України. Накопичені недоліки попередніх років, з одного боку, і здобутки початкової реформи, з іншого, показали ефективність (або її відсутність) нових управлінських рішень у кризовий період [43, 44]. Епідеміологічний виклик виявив важливість стратегічного планування, координації між центральними і місцевими рівнями, управління ресурсами та людським капіталом у медичній сфері [34]. Саме тоді державне регулювання охорони здоров'я з формальної функції перетворилось на вирішальний фактор виживання нації.

Подальші події — повномасштабна війна з Росією з 2022 року — ще глибше змінили контекст функціонування галузі. Знищення лікарень, евакуація медичного персоналу, мобілізаційна медицина, виклики логістики та доступу до медичних послуг на деокупованих і фронтових територіях — усе це вимагає нових форм стратегічного управління, адаптивного державного регулювання та модернізації системи охорони здоров'я. У той самий час зростає значення електронної медицини, телемедичних сервісів, мобільних бригад та психологічної підтримки — тих інструментів, які стали результатом або продовженням реформ, запроваджених у попередні роки [27].

Теоретичні та практичні аспекти державного регулювання у системі охорони здоров'я були предметом наукових досліджень таких українських учених: Ю.В.Вороненка, З.С.Гладуна, Л.І.Жаліло, В.В.Загородного, Б.П.Криштопи, В.М.Лєхан, В.Ф.Москаленка, Л.А.Пирога, В.М.Пономаренка, А.В.Степаненко, О.І.Черниш, А.Р.Уваренка, С.В.Шевчука та ін.

Серед них варто згадати представників наукової школи Національної академії державного управління при Президентові України О.Є.Вашева, Б.О.Волоса, О.В.Галацана, Д.В.Карамішева, Я.Ф.Радиша, І.М.Солоненка. Їхні дослідження акцентують увагу на важливості державного регулювання у сфері медичних реформ. Окремий внесок у дослідження проблем охорони здоров'я здійснено в рамках проектів Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку, OECD, які активно підтримували реформування галузі в Україні в останнє десятиліття [46].

Мета роботи - дослідження теоретичних засад, механізмів державного регулювання медичних реформ і стратегій розвитку у системі охорони здоров'я України, з урахуванням викликів пандемії, війни та перспектив повоєнного відновлення.

Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

- визначити сутність і принципи державного регулювання у сфері охорони здоров'я;
- систематизувати етапи реформування медичної галузі в Україні;

- вивчити діяльність основних органів державного регулювання охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях;
- оцінити ефективність запроваджених реформ на основі статистичних, організаційних та правових показників;
- проаналізувати управлінські виклики, які постали у зв'язку з covid-19, війною та необхідністю стратегічного відновлення;
- сформулювати конкретні пропозиції щодо вдосконалення системи регулювання і стратегічного управління в галузі охорони здоров'я;
- визначити практичну цінність результатів дослідження з рекомендаціями запровадження у практичній площині.

Об'єкт дослідження - система державного регулювання у сфері охорони здоров'я України.

Предмет дослідження - механізми, інструменти, етапи та стратегії державного регулювання медичних реформ в умовах трансформаційних викликів (COVID-19, війна, повоєнна відбудова).

Методи дослідження. Для реалізації поставлених мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів.

Для аналізу документальних та літературних джерел, вивчення рівня розробки проблеми у вітчизняній та зарубіжній літературі, еволюції політики держави щодо регулювання ринку медичних послуг застосовувалися історичний і логічний методи, методи наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів удосконалення існуючих та впровадження нових механізмів державного регулювання ринку медичних послуг та визначення напрямів державної політики України у цій сфері. Робота базується переважно на якісних методах наукового аналізу: системному, порівняльному, історико-правовому, структурно-функціональному та інституційному. Для аналізу ефективності реформ

застосовується SWOT-аналіз, метод кейсів, вивчення нормативно-правових актів, а також статистична аналітика. Результати роботи можуть бути використані при формуванні політик у сфері охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях; для удосконалення стратегічних документів (концепцій, програм, дорожніх карт); у роботі МОЗ, НСЗУ, профільних комітетів Верховної Ради України; в освітньому процесі в галузі публічного управління та медичного адміністрування та як основа для подальших досліджень у сфері реформування системи охорони здоров'я.

Магістерська робота є логічним продовженням аналітичної діяльності, проведеної в межах виробничої практики в Департаменті охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації. Дослідження базується на спостереженнях, аналізі нормативної бази, статистичних даних, а також взаємодії з управлінцями та фахівцями медичної галузі на регіональному рівні. Практичний досвід, отриманий у ході практики, став цінною емпіричною основою для поглибленого вивчення обраної теми.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ ТА СТРАТЕГІЙ РОЗВИТКУ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття, принципи та етапи розвитку державного регулювання охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я є однією з найчутливіших до впливу державної політики, адже стосується не лише добробуту, а й життя громадян. Саме тому державне регулювання в цьому секторі набуває стратегічного значення, особливо в умовах нестабільності, збройного конфлікту чи системної трансформації. Проте, щоб говорити про механізми регулювання, необхідно чітко визначити понятійний апарат.

У науковій літературі та управлінській практиці державне регулювання часто ототожнюється з державним управлінням, контролем або адмініструванням. Проте ці поняття не є тотожними [33].

Державне регулювання — це складова частина системи публічного управління, яка зосереджена на цілеспрямованому впливі держави на певну сферу суспільного життя, в даному випадку — на систему охорони здоров'я, з метою забезпечення її ефективного, справедливого та сталого функціонування [33].

У контексті осмислення поняття «державне регулювання у сфері охорони здоров'я» доцільно порівняти підходи українських дослідників та провідних міжнародних організацій.

У вітчизняній літературі регулювання розглядається як юридично врегульована управлінська діяльність уповноважених державних органів, що спрямована на підтримання суспільного порядку, реалізацію соціальних прав та забезпечення виконання державних функцій у відповідній сфері [11], [25].

Такий підхід тяжіє до інституційно-нормативного трактування, з акцентом на владні повноваження, контроль і процедурність [6].

- Натомість, згідно з підходами Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), державне регулювання в охороні здоров'я трактується не стільки як адміністративно-правовий процес, скільки як інструмент досягнення справедливості, доступності та стійкості систем охорони здоров'я [51]. У доповіді WHO Global Strategy on Integrated People-Centred Health Services (2016) підкреслюється, що регулювання має бути не лише владним інструментом, а й механізмом партнерства між державою, професійною спільнотою та громадянами, де пріоритетом є потреби людини, а не лише процедурна відповідність [57].

Світовий банк (World Bank) у своєму звіті Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage (2018) [59] акцентує на тому, що державне регулювання має забезпечувати не стільки надання послуг, скільки їх ефективну координацію, стандартизацію та оцінювання якості. Це зміщує акцент з контролю на стимулювання результатів, зокрема через систему публічної підзвітності, фінансових стимулів і незалежного моніторингу [3].

Публікації OECD, зокрема Health at a Glance: Europe 2022, також підкреслюють, що сучасне регулювання в охороні здоров'я повинно забезпечувати рівновагу між автономією закладів і стратегічним управлінням з боку держави, з опорою на дані, цифрові рішення та доказову політику (evidence-based policymaking) [46], [39].

Таким чином, якщо в українській парадигмі державне регулювання досі залишається здебільшого вертикальною функцією, то у міжнародному дискурсі воно дедалі частіше розглядається як механізм балансування інтересів, співуправління й розвитку через партнерство [7].

Такий підхід є особливо важливим у перехідних та кризових умовах, які переживає Україна [48].

Успішне функціонування механізмів регулювання неможливе без дотримання певних принципів, які визначають логіку управлінських рішень.

У сучасному українському контексті такими принципами є [33]:

- принцип законності — усі дії органів влади мають базуватися на Конституції України, законодавстві та міжнародних угодах у сфері охорони здоров'я. Регулювання не може виходити за межі правового поля, навіть у кризових умовах [13].

- принцип прозорості та підзвітності — громадяни мають право знати, які рішення ухвалюються у сфері охорони здоров'я, які критерії розподілу фінансування, доступу до послуг тощо. У цьому контексті важливу роль відіграє електронна система охорони здоров'я (eHealth) як засіб забезпечення відкритості.

- принцип цільової спрямованості — регулювання має відповідати стратегічним завданням: зменшення захворюваності, збільшення тривалості життя, профілактика, рівний доступ до якісної медичної допомоги.

- принцип децентралізації — передбачає розподіл повноважень між центральними органами (МОЗ, НСЗУ) та місцевим самоврядуванням. Цей принцип особливо важливий у контексті реформи первинної медичної допомоги та автономізації закладів [17], [36].

- принцип адаптивності — механізми державного регулювання мають бути гнучкими та здатними до швидкої трансформації відповідно до змін зовнішнього середовища: пандемія, війна, економічні кризи.

- принцип соціальної справедливості — регулювання повинно враховувати вразливі групи населення, зокрема людей з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб, дітей та літніх людей.

- принцип наукової обґрунтованості та доказовості — усі управлінські рішення у сфері охорони здоров'я мають базуватись на актуальних дослідженнях, статистичних даних та практичних кейсах.

Ці принципи не є лише декларативними. Вони застосовуються (або мають застосовуватись) на практиці — під час розробки пакетів медичних послуг,

формування Програм державних гарантій, реагування на COVID-19, або організації медичної допомоги пораненим військовим[6].

Системи державного регулювання охорони здоров'я в різних країнах світу демонструють широкий спектр підходів — від централізованого державного контролю до ринкових і децентралізованих моделей [11]. Це дозволяє проаналізувати та порівняти принципи, які можуть бути адаптовані в українських умовах[33].

Наприклад, у Великій Британії система NHS (National Health Service) функціонує як повністю публічна, фінансується з податків і є прикладом суворо централізованого управління. Державне регулювання тут охоплює всі етапи — від планування до контролю якості медичних послуг, з чітким дотриманням принципу рівного доступу [23]. У цьому випадку ключовим принципом є універсальність і безоплатність послуг для пацієнта, а також національна стратегічна координація.

США, навпаки, пропонують ринкову модель з елементами державного втручання, де більшість медичних послуг надається приватним сектором [49]. Програми Medicaid і Medicare здійснюють державне субсидування для окремих категорій населення, однак загальна система базується на страховому принципі. Державне регулювання тут виконує переважно функції нагляду, встановлення стандартів і надання пільг. Ця модель демонструє низьку роль центрального управління, але високу роль політичної відповідальності та саморегуляції інститутів [37].

Польща, яка є близькою до України за історичним контекстом, упродовж останніх 20 років реалізувала поступовий перехід до страхової моделі з децентралізацією управління, зберігаючи контроль за базовими стандартами якості з боку Міністерства охорони здоров'я. Центральне регулювання тут зосереджене на ліцензуванні, акредитації та фінансовому контролі, а основний масив управлінських рішень делегується на регіональний рівень[4].

Цікавою є модель Китаю, де державне регулювання об'єднує централізоване фінансування з активним розвитком інновацій, телемедицини та

використанням штучного інтелекту в діагностиці. Там стратегія модернізації медичної системи пов'язана з великими національними інвестиційними програмами та керується в межах національних п'ятирічок [7]. Принципи управління в китайській моделі поєднують плановість, цифровізацію та інституційний контроль.

Отже, порівняльний аналіз свідчить, що успішне державне регулювання охорони здоров'я базується не на єдиній моделі, а на виваженому балансі між центральною координацією, ресурсним забезпеченням, доказовим підходом до політик і адаптивністю до викликів. Для України, яка перебуває у стані системної кризи і трансформації, критично важливо використовувати елементи успішних практик із урахуванням реалій воєнного та повоєнного часу.

Історія державного регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні тісно пов'язана із загальними трансформаціями політичної системи, соціально-економічних моделей і законодавчої бази. З 1991 року країна пройшла складний шлях — від пострадянської централізованої моделі до фрагментарної системи управління, а згодом — до спроб запровадити стратегічне реформування на принципах доказової політики, децентралізації та орієнтації на людину[23]. Умовно цей процес можна поділити на чотири основні етапи [1], [33].

Етап інерційної моделі (1991–2000 роки) який почався після здобуття незалежності України та зберігається радянська модель організації охорони здоров'я, що базується на централізованому управлінні, бюджетному фінансуванні за залишковим принципом і домінуванні стаціонарної допомоги. Фактично, держава виконувала функції адміністративного контролю, без достатніх інструментів регуляції якості, ефективності чи доступності послуг [33]. У цей період відсутні чітко окреслені стратегічні документи. МОЗ діяло як галузевий регулятор у межах жорстко обмеженого фінансового простору. Реформаторські ініціативи були переважно декларативними, обмеженими в дієвості. Уряд ухвалював окремі рішення щодо приватизації аптечних закладів,

розпочались перші пілоти зі страхової медицини, але без системного підходу[23].

Наступний етап декларативного реформування, що тривав з 2000 по 2010 роки, ознаменувався появою перших стратегічних документів, наприклад, Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000), яка вперше визначала довгострокові цілі: модернізацію первинної ланки, запровадження сімейної медицини, перехід до національного медичного страхування [33]. Однак практична реалізація цих ідей була обмежена через нестабільне політичне середовище, зміну урядів та слабе фінансове забезпечення [1].

Управлінська система залишалася переважно централізованою, без делегування повноважень місцевим органам. З'явилися перші експерименти з автономізацією медичних закладів, проте законодавчо вони не були закріплені.

Етап цілеспрямованих реформ (2011–2019 роки) став переломним. У 2014 році в контексті євроінтеграційного курсу та зростаючого суспільного попиту на ефективність державних послуг, Уряд розпочав реальні зміни [33]. Найбільш визначальні події:

- прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017)[9];
- створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) — нової інституції, що здійснює регулювання фінансових потоків за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»;
- впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth);
- механізм укладення договорів між НСЗУ і закладами охорони здоров'я;
- законодавче впровадження первинної ланки сімейної медицини як основної одиниці доступу до медичних послуг[36].

Реформи спричинили й критику: недофінансування, нерівний доступ у сільській місцевості, кадрові проблеми [1]. Водночас саме в цей період державне регулювання почало переходити від адміністративного до стратегічного, з опорою на дані, конкуренцію і партнерство [7], [10].

З 2020 року й до тепер настав етап екстремальних викликів. Пандемія COVID-19 стала стрес-тестом для системи охорони здоров'я. Було розгорнуто мобільні шпиталі, запроваджено централізовану логістику засобів захисту, запрацювали протоколи доказової медицини. Водночас слабкі місця системи виявили себе з новою силою — від нестачі лікарів до проблем із кисневим забезпеченням [33].

Із 24 лютого 2022 року, після повномасштабного вторгнення РФ, державне регулювання охорони здоров'я перейшло в кризовий режим [48]. Пріоритетами стали:

- організація медичної допомоги військовим та цивільним;
- евакуація пацієнтів з прифронтових територій;
- створення резервів лікарських засобів;
- гнучке фінансування та збереження кадрового потенціалу.

Попри війну, реформи не були згорнуті. НСЗУ продовжила контрахтування закладів, працювала система eHealth, відкривалися нові медичні відділення в тилу [32]. З'явилась потреба у повоєнній стратегії відновлення системи охорони здоров'я з урахуванням демографічних, соціальних, економічних наслідків війни [30], [35].

Динаміка бюджетних витрат на охорону здоров'я у 2015–2024 роках, демонструє стійке зростання обсягів фінансування можна прослідити за графіком «(Рисунок 1.1)», що побудовано на основі відкритих даних Мінфіну та аналітичних звітів НСЗУ [3], [12], [32], [47].

Як видно з графіка, протягом 2015–2024 років обсяг бюджетних витрат на охорону здоров'я збільшився більш ніж утричі — з 64,2 до 213,4 млрд грн [12]. Зростання частки витрат у ВВП з 3,1 % до 4,6 % свідчить про посилення державного регулювання фінансової підтримки системи [47]. Найбільші коливання відбулися у 2020–2022 роках у зв'язку з пандемією COVID-19 та воєнним станом. Починаючи з 2023 року, структура фінансування поступово стабілізується, орієнтуючись на відновлення медичної інфраструктури та розвиток цифрових технологій у сфері охорони здоров'я [12].



Рисунок 1.1 – Динаміка бюджетних витрат на охорону здоров'я України у 2015–2024 рр. [12], [47]

Після 2017 року, коли було запроваджено реформу фінансових гарантій та створено НСЗУ, спостерігається поступове збільшення державних видатків, що свідчить про політичну підтримку реформи [32]. Особливо помітний різкий стрибок у 2020 році, пов'язаний із пандемією COVID-19, коли обсяг витрат значно зріс порівняно з попереднім роком [47]. Цей факт свідчить про високу залежність системи охорони здоров'я від кризового реагування та позапланових ресурсів. Після 2022 року, незважаючи на війну, держава продовжує нарощувати фінансування, що підтверджує стратегічну значущість галузі в умовах воєнного стану.

Розподілу функцій державного регулювання охорони здоров'я дозволяє чітко окреслити інституційні ролі основних суб'єктів управління та продемонструвати архітектуру управлінської системи в галузі охорони здоров'я [30], [34]. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) виконує функції стратегічного планування та нормативно-правового забезпечення [6], [23]. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) реалізує механізми фінансового регулювання, укладаючи договори з надавачем послуг та здійснюючи контроль за якістю [3]. Органи місцевого самоврядування та обласні департаменти охорони здоров'я відповідають за реалізацію політик на

місцях, зокрема за організацію первинної медичної допомоги та оперативне реагування на регіональні виклики [36]. Водночас Кабінет Міністрів України та Верховна Рада України здійснюють загальнонаціональне політичне та бюджетне регулювання [33].

Подібне розмежування функцій дозволяє забезпечити розподіл відповідальності, спеціалізацію, та зменшення дублювання повноважень, що відповідає принципам сучасного публічного управління.

Еволюція державного регулювання медичної сфери в Україні — це шлях від формального адміністрування до спроб створення гнучкої, відповідальної, цифрової та людиноорієнтованої системи [1]. Водночас регуляторні механізми ще не досягли системності: бракує інституційної стабільності, прозорих індикаторів ефективності, узгодженості між центром і регіонами. Подальший розвиток має базуватись на досвіді кризових періодів, адаптації міжнародних моделей та реаліях повоєнного відновлення[33].

1.2 Медичні реформи, перспективи та виклики стратегічного управління і державного регулювання медичних реформ в Україні

Система охорони здоров'я України в останні два десятиліття перебуває в стані глибоких трансформацій, що охоплюють як структурні зміни у фінансуванні й управлінні, так і перехід до принципово нової філософії надання медичних послуг [42] [43]. Центральне місце в цих змінах посідають медичні реформи як інструмент реалізації стратегій розвитку. Цей процес супроводжувався значними викликами, соціальною напругою, але також і позитивними зрушеннями, які формують основу для стратегічного розвитку галузі[8].

Ключовим документом, що визначив напрям фінансової реформи, став Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017). Він започаткував нову модель фінансування за принципом

«гроші йдуть за пацієнтом» та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального контрактного органу «(Таблиця 1.1)» [19].

Таблиця 1.1 – Порівняльна характеристика системи фінансування охорони здоров'я до та після реформи [3],[8], [19]

Критерій	До реформи (до 2017 р.)	Після реформи (з 2018 р.)
Принцип фінансування	«за ліжко-місце»	«гроші йдуть за пацієнтом»
Контролюючий орган	МОЗ	НСЗУ
Інструменти контролю	адміністративний нагляд	електронна система eHealth
Декларація з лікарем	відсутня	електронна декларація
Автономія ЗОЗ	мінімальна	перетворення на КНП

Основні елементи цієї реформи:

- заміна фінансування «на ліжко-місце» фінансуванням за послугу — за договором між закладом охорони здоров'я та НСЗУ;
- створення електронної системи eHealth: електронні направлення, електронна медична карта, декларації з лікарем;
- автономізація медичних закладів — перетворення в комунальні некомерційні підприємства (КНП);
- формування гарантованого пакету медичних послуг;
- посилення ролі первинної медичної допомоги як основної ланки доступу до послуг.

Ці заходи дозволили підвищити фінансову дисципліну, створити умови для прозорого фінансування, забезпечити зворотний зв'язок між надавачами і державою, а також зменшити корупційні ризики.

Реформа первинної медичної допомоги – впровадження сімейної медицини як базового рівня доступу до системи охорони здоров'я. Пацієнт має право вільно обирати лікаря, а лікар отримує оплату за кількість укладених декларацій[8],[36].

Цифровізація та прозорість – запровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), електронних рецептів, медичних записів і телемедицини [27]. Це дозволяє скоротити бюрократію, знизити корупційні ризики і спростити доступ до послуг.

Медичні реформи реалізуються відповідно до державних стратегій і планів, затверджених на загальнодержавному рівні [22]. Окрім законодавчих змін, важливу роль у формуванні напрямів реформ відіграють стратегічні документи, зокрема:

- стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року (затверджена розпорядженням КМУ № 1013-р від 14.11.2017): передбачає побудову людиноцентричної, децентралізованої та фінансово стійкої системи.

- національна стратегія розвитку первинної медичної допомоги (2020) [32]: визначає стандарти та критерії якості, впровадження індикаторів результативності. Вона дозволила значно знизити бар'єри доступу для пацієнтів, забезпечити прозору взаємодію між державою й надавачами послуг та зменшити рівень неформальних платежів. Водночас вторинна й третинна ланки медицини, а також система громадського здоров'я, ще потребують більшої регуляторної уваги та фінансової підтримки [36].

- концепція розвитку електронної охорони здоров'я в Україні на 2022–2027 роки: закладає основу для цифрової трансформації системи охорони здоров'я.

- план заходів щодо відновлення медичної інфраструктури в умовах війни (2023): розроблений МОЗ спільно з міжнародними партнерами, фокусується на відбудові медичних установ у прифронтових регіонах [30].

Згідно з вказаними документами, стратегічна мета — створення справедливої, ефективної, орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я «Рисунок 1.2», яка гарантує доступ до якісних послуг незалежно від місця проживання, статі, віку чи соціального статусу [12], [32]. Успішне впровадження реформ можливе лише за умови синергії між політичними цілями, інституційною спроможністю та соціальною підтримкою[13], [31].

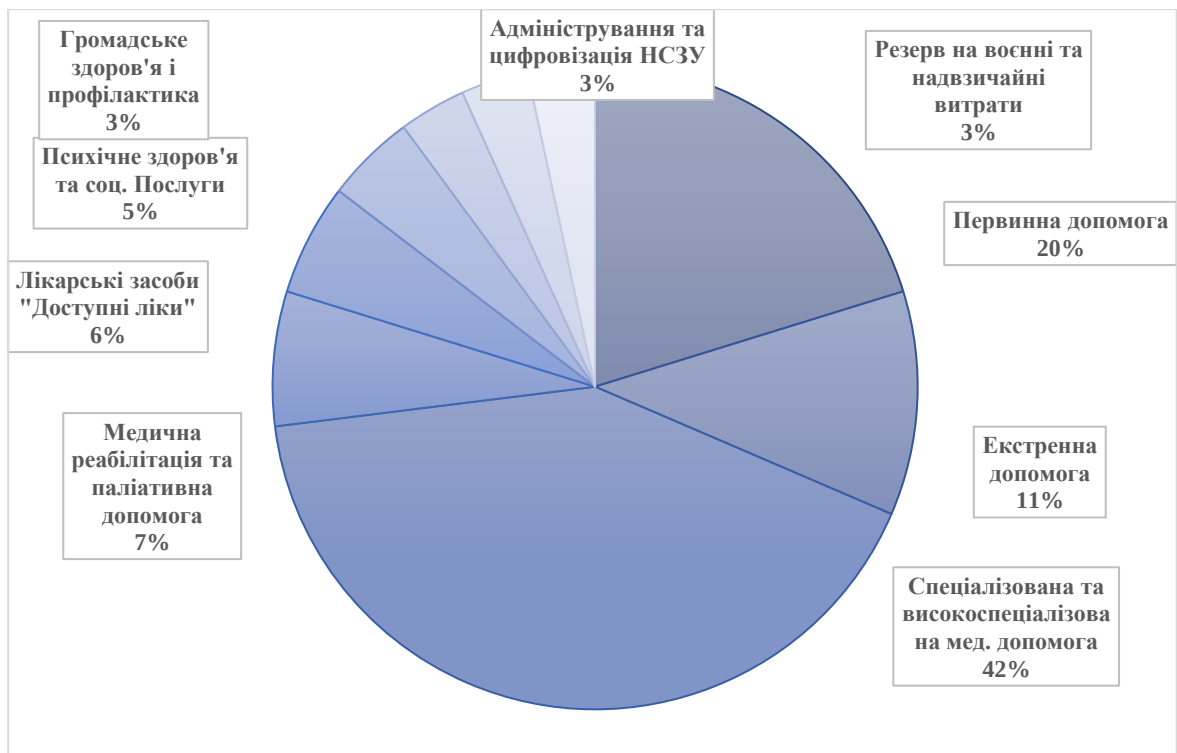


Рисунок 1.2 – Структура фінансування за програмою мед. гарантій за 2024 рік [32]

Українські реформи тісно інтегровані у глобальний дискурс про універсальне медичне покриття (UHC). Ключовими партнерами виступають:

- WHO, яка допомагає адаптувати принципи People-Centred Health Services [57];
- World Bank, що надає фінансову і методичну підтримку (наприклад, проєкт «Serving People, Improving Health») [59];
- USAID, GIZ, UNICEF, які сприяють цифровізації, навчанню кадрів та забезпеченню прозорості [54].

Інституційна модель НСЗУ є частково адаптованою копією британської NHS і американської Medicaid/Medicare, але з елементами власної гібридності. Порівняльні аналізи, зокрема з Японією, Німеччиною, Польщею, свідчать, що модель із єдиним державним платником (НСЗУ) є одним із оптимальних варіантів для країн з обмеженими ресурсами [40].

Сучасна стратегія розвитку передбачає перехід від простої модернізації до глибокої трансформації. До ключових векторів входять:

- цифровізація процесів: дистанційна медицина, телемедичні платформи, єдині реєстри;
- доказова медицина як підґрунтя протоколів і фінансування;
- медико-санітарна інтеграція з системами безпеки і оборони: особливо в умовах воєнного часу.

Медичні реформи в Україні є не просто управлінськими ініціативами, а стратегічним інструментом трансформації всього сектору охорони здоров'я. Їх успіх залежить не лише від політичної волі, а й від здатності держави забезпечити стабільне фінансування, інституційну сталість та зворотний зв'язок з населенням. Розвиток системи має базуватись на доказовому підході, прозорості, та інклюзивності – лише за таких умов реформи матимуть довгостроковий ефект [31].

Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні все більше переходить від декларативної форми до прагматичної моделі планування, реалізації та оцінки результатів. Упродовж останнього десятиліття медичні реформи формувалися у складному соціально-економічному та політичному контексті, що накладає суттєві обмеження на їх ефективну реалізацію. Особливо гостро ці виклики виявилися в умовах воєнного стану, коли система охорони здоров'я перебуває під подвійним навантаженням: реформування та кризового реагування [44].

Серед найактуальніших викликів, які стримують подальший розвиток галузі, слід виокремити:

- інституційну фрагментованість: відсутність чіткої координації між МОЗ, НСЗУ, обласними департаментами охорони здоров'я, що ускладнює реалізацію стратегічних планів;
- обмежену кадрову спроможність управлінців у регіонах, зокрема середньої ланки;
- нерівномірний рівень розвитку цифрових інструментів, що ускладнює стандартизацію даних та моніторинг;

- високу залежність від зовнішніх донорських ресурсів — як у фінансуванні, так і в експертизі;
- проблеми з інтеграцією реформ на місцевому рівні, де зберігаються рудименти старої адміністративної моделі.

Післявоєнний етап розвитку системи охорони здоров'я має стати не просто реконструкцією пошкодженого, а трансформацією моделі управління на основі інклюзивності, справедливості й ефективності. Основні вектори цього планування вже закладено у Національному плані відновлення України, а також у проектах, підтриманих Європейською комісією, Світовим банком та USAID [35], [40], [55] .

Ключові аспекти післявоєнної стратегії:

- реконструкція інфраструктури ЗОЗ: необхідність фізичного відновлення зруйнованих медичних закладів (понад 1200 постраждалих) із урахуванням нових архітектурних стандартів (укриття, автономність, енергоефективність).
- планування медичної мережі на нових демографічних засадах: через внутрішню міграцію, скорочення населення і зміни у віковій структурі виникає потреба перебудови первинної та спеціалізованої допомоги з урахуванням розселення громад, переміщених осіб, ветеранів.
- інтеграція послуг для ветеранів і цивільного населення: формування єдиної моделі медичної, психосоціальної та реабілітаційної допомоги для учасників бойових дій та їхніх родин — один з викликів, що виходить за межі класичних рамок НСЗУ.
- багатоканальне фінансування післявоєнного відновлення: державний бюджет, міжнародні кредити/гранти, приватні інвестиції [55]. Одним із напрямків може стати державно-приватне партнерство (ДПП) у медичній галузі[7].
- зміна фокусу на ментальне здоров'я і реабілітацію: очікується вибухове зростання потреб у послугах психічного здоров'я. У відповідь —

запуск Нацпрограми «Психічне здоров'я для України», розробленої за участю МОЗ, WHO [57], UNICEF [54], Міноборони [56], [58].

- цифровізація як основа управлінської гнучкості: післявоєнне планування передбачає максимальне використання eHealth, телемедицини, інтегрованих медичних реєстрів. Це дозволить скоротити адміністративні витрати і підвищити точність управлінських рішень [27].

- стратегічна координація на центральному рівні: пропонується створити єдиний міжвідомчий орган або раду при КМУ з питань медичного відновлення, яка координуватиме участь МОЗ, НСЗУ, Мінсоцполітики, Міноборони, міжнародних партнерів.

Попри існуючі виклики, державне регулювання має низку стратегічних резервів для подальшої модернізації сфери охорони здоров'я. Серед ключових можливостей:

- розширення повноважень і технічної спроможності НСЗУ як центрального гравця у розподілі ресурсів та аналітичному супроводі політик;
- углиблення цифровізації – зокрема, розвиток eHealth як основи інтегрованих сервісів для лікарів, пацієнтів та державних структур;
- підвищення рівня прозорості та відповідальності через запровадження механізмів відкритих даних і незалежного моніторингу якості послуг;
- залучення міжнародних стратегічних партнерів, як-от WHO [57], USAID, Світовий банк, для стабілізації й розвитку реформ [56], [58];
- інтеграція охорони здоров'я у загальні стратегії відновлення країни, зокрема через Національний план відбудови та Регіональні програми розвитку;
- підвищення престижу медичної професії за рахунок нових моделей підготовки та мотивації лікарів.

Таким чином, ефективність стратегічного управління у сфері охорони здоров'я залежатиме від здатності держави забезпечити інституційну сталість, спадковість реформ і адаптивність до зовнішніх викликів. Для цього необхідно поступово перейти від ситуативного реагування до довгострокового планування з чіткою координацією між центральними та місцевими органами,

активним використанням цифрових інструментів і підкріпленням системи стійкими фінансовими механізмами. Подальший аналіз функціонування органів державного регулювання дозволить глибше оцінити поточний стан та резерви для вдосконалення [52].

Отже, було розкрито ключові теоретико-методологічні підходи до державного регулювання медичних реформ та стратегічного управління у сфері охорони здоров'я. Розглянуто понятійний апарат, принципи та моделі державного втручання у медичну сферу, а також еволюцію управлінських підходів від нормативно-централізованих до контрактно-аналітичних.

Проаналізовано чинні стратегії розвитку охорони здоров'я, зокрема Програму медичних гарантій, Національну стратегію охорони здоров'я України, ініціативи з цифровізації (eHealth), реформу медичної освіти. Акцент зроблено на перспективних напрямках післявоєнного планування — від реконструкції інфраструктури до розбудови інтегрованих моделей медичної, психосоціальної та реабілітаційної допомоги.

Виокремлено проблеми інституційної фрагментації, кадрового дефіциту, нерівного доступу до медичних послуг та недосконалого горизонтального й вертикального узгодження політик. Водночас було визначено потенціал державного регулювання, зокрема через зміцнення ролі НСЗУ, цифрову трансформацію системи та інтеграцію міжнародних практик.

Таким чином, державне регулювання у сфері охорони здоров'я постає як багаторівневий і динамічний процес, що поєднує інституційну перебудову, стратегічне бачення та адаптацію до надзвичайних обставин. Подальше дослідження діяльності органів державного управління у цій сфері дозволить поглибити розуміння реального стану реалізації реформ та окреслити напрями їх удосконалення.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ІНСТИТУЦІЙНОЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ ТА СТРАТЕГІЙ РОЗВИТКУ

2.1 Суб'єкти державного регулювання, нормативно-правова база, організаційна структура та основні напрямки реалізації державного регулювання медичних реформ

Державне регулювання медичної сфери в Україні реалізується через сукупність центральних органів виконавчої влади, спеціалізованих агентств, національних служб, а також органів місцевого самоврядування. Основними суб'єктами стратегічного й оперативного управління є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ), Кабінет Міністрів України, профільні комітети Верховної Ради України та обласні департаменти охорони здоров'я [6]. Їхня взаємодія формує рамки політики, впровадження реформ та бюджетного забезпечення галузі. Взаємозв'язки між суб'єктами державного регулювання подано у блок-схемі (див. Рисунок А.1).

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) — центральний орган виконавчої влади, що формує державну політику у сфері охорони здоров'я. Його функції охоплюють[37]:

- розробку стратегічних документів (стратегія розвитку системи охорони здоров'я, концепції реформування);
- розробку та подання проектів нормативно-правових актів [6];
- координацію взаємодії з іншими ЦОВВ (зокрема, Мінфіном, МОН, Мінсоцполітики);
- затвердження порядків, стандартів надання медичної допомоги;
- управління міжнародною співпрацею у сфері охорони здоров'я.

МОЗ також опосередковано виконує контролюючу функцію, зокрема через підпорядковані агенції (наприклад, Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками) та експертні комісії.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) — центральна ланка нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, створена в межах реформи 2017 року. Вона функціонує як платник і регулятор водночас. Основні функції НСЗУ [19]:

- укладення договорів із закладами охорони здоров'я за Програмою медичних гарантій;
- здійснення розрахунків із надавачами послуг;
- моніторинг якості та обсягів наданих медичних послуг;
- адміністрування системи eHealth;
- формування відкритих аналітичних звітів і реєстрів.

Кабінет Міністрів України здійснює загальне управління державним сектором охорони здоров'я через затвердження програм, бюджетів і кадрову політику в системі МОЗ та НСЗУ. Через нього реалізуються рішення щодо обсягів фінансування, затверджуються ключові постанови про реорганізацію, автономізацію, програми відновлення [35].

Верховна Рада України через профільні комітети бере участь у нормативному забезпеченні реформи [6]. Саме Парламент ухвалив законопроекти, які стали основою трансформації галузі — зокрема Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про лікарські засоби» (нова редакція), «Про громадське здоров'я» тощо.

Обласні, міські та селищні ради, а також виконавчі органи (департаменти охорони здоров'я) відповідають за:

- управління майном медичних установ;
- кадрову політику на місцевому рівні;
- формування місцевих цільових програм охорони здоров'я;
- впровадження національних політик у громадах.

Під час проходження виробничої практики в Департаменті охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації (ДОЗ ХОВА) мав змогу спостерігати за особливостями функціонування регіональної ланки системи державного регулювання охорони здоров'я в умовах воєнного часу. Харківщина, як прикордонна й постійно обстрілювана область, стикається не лише з класичними управлінськими викликами, а й із загрозами безпеки, що безпосередньо впливають на можливості планування, реалізації й моніторингу медичних послуг.

На регіональному рівні ДОЗ виконує низку критично важливих функцій:

- забезпечення реагування на надзвичайні ситуації (евакуація медзакладів, координація із ЗСУ, ДСНС, Нацгвардією);
- реалізація державних програм (Програма медичних гарантій, вакцинація, інсулінотерапія);
- кадрова політика (призначення керівників ЗОЗ, контроль за ліцензійними умовами);
- організація доступу до медичної допомоги в умовах зруйнованої або частково недоступної інфраструктури.

Попри реформу децентралізації та делегування значних повноважень НСЗУ, обласний департамент залишається фактичним координатором регіонального ланцюга, особливо в кризових ситуаціях. Наприклад, в умовах нестачі ліжок-місць, перебоїв із постачанням медикаментів або евакуації пацієнтів із прифронтових громад саме ДОЗ координує оперативну взаємодію між громадами, лікарнями та військовими структурами[8].

Певним викликом, що проявився під час практики, є розрив між стратегічним плануванням на центральному рівні й реальними виконавчими ресурсами в регіоні. Через кадрову обмеженість, недостатню фінансову автономію та технічне навантаження (звітність, погодження, постійні запити), співробітники департаменту часто виконують адміністративну рутину, не маючи змоги впливати на стратегічні рішення [23].

Також важливо зазначити, що інструменти цифрового управління, хоч і формально впроваджені, використовуються вибірково. Ведення частини обліку ще досі здійснюється у паперовій формі, особливо в районах, де пошкоджена інфраструктура або відсутнє стабільне інтернет-з'єднання. eHealth інтегрується повільно, а звіти часто дублюються як в електронному, так і паперовому форматах — що свідчить про низьку адаптацію до цифрових стандартів управління в умовах високої турбулентності.

Водночас, саме на рівні Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації можна спостерігати зародження нових моделей мікроуправління, орієнтованих на оперативність, координацію в умовах невизначеності, роботу з місцевими гуманітарними штабами. Регіон адаптує функції класичного державного регулювання до форс-мажорних реалій — через нестандартні рішення, горизонтальні зв'язки з волонтерами, благодійними фондами та іноземними партнерами. Це демонструє адаптивність регіонального управління як потенційну точку росту в післявоєнний період.

Система державного регулювання у сфері охорони здоров'я України є багаторівневою, функціонально розмежованою, але водночас часто недостатньо скоординованою. Основними викликами залишаються розмитість відповідальності, децентралізаційний тиск, кадровий дефіцит, недостатня аналітична спроможність у громадах. На прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації можна спостерігати, що регіональна ланка виконує значно більше функцій, ніж передбачено формально — особливо в умовах війни. Подальший аналіз організаційної структури та практичної взаємодії інституцій дозволить глибше оцінити ефективність державного регулювання і визначити напрями для інституційної модернізації в умовах відбудови.

Реалізація державного регулювання в системі охорони здоров'я базується на широкому спектрі нормативно-правових актів, які функціонують на національному, міжгалузевому, підзаконному та регіональному рівнях [39]. Формування ефективної моделі державного управління у сфері охорони

здоров'я неможливе без глибокої правової основи, яка забезпечує законність, підзвітність і узгодженість усіх органів, залучених до реалізації реформ (Таблиця Б.1) [13].

Правова конструкція охорони здоров'я в Україні закладена на конституційному і законодавчому рівні[9]. Стаття 49 Конституції України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я та безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Ця норма є підґрунтям усіх наступних нормативно-правових документів [6], що регулюють медичну галузь[10].

Базовим галузевим законом залишається Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№ 2801-ХІІ від 19.11.1992), який визначає основні принципи правового регулювання у сфері охорони здоров'я, зокрема:

- дотримання прав людини в медичній сфері;
- соціальну справедливість у доступі до медичної допомоги;
- інтеграцію до європейського правового простору.

Значного значення у контексті реформ набув Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№ 2168-VIII від 19.10.2017). Саме він запровадив Програму медичних гарантій як основу нової моделі фінансування, з опорою на принцип «гроші йдуть за пацієнтом». В останній редакції закону від 27 березня 2025 року уточнено [19]:

- розширення переліку медичних послуг, що гарантовано державою;
- посилення прозорості контрагування з НСЗУ [32];
- інструменти захисту прав пацієнтів у прифронтових регіонах.

На рівні підзаконного регулювання основними механізмами виступають постанови Кабінету Міністрів України. Зокрема, Постанова КМУ № 1503 від 24.12.2024 «Про реалізацію Програми медичних гарантій у 2025 році» визначає тарифну політику, особливості фінансування закладів у зоні бойових дій, коефіцієнти коригування ставок оплати праці медиків [39].

Постанова також закріплює механізми фінансування через НСЗУ, з урахуванням ризиків для життя та здоров'я персоналу й пацієнтів у кризових умовах[9].

МОЗ України як центральний орган виконавчої влади забезпечує методичну підтримку і нормативне уточнення реалізації політики охорони здоров'я. Основними інструментами є:

- накази МОЗ про клінічні протоколи;
- затвердження вимог до ліцензування;
- нормативи технічного забезпечення лікарень;
- регулювання порядку вакцинації, епіднагляду, цифровізації медичної системи (зокрема — eHealth).

НСЗУ діє як суб'єкт публічного права, на якого покладено функції з укладання договорів, оплати медичних послуг, нагляду за якістю. Всі договори мають регламентовану форму й затверджуються наказами МОЗ та НСЗУ щороку.

Україна є стороною низки міжнародних угод, норми яких імплементуються до національного законодавства:

- Європейська соціальна хартія (переглянута) — право на охорону здоров'я (ст. 11) [40];
- Конституція ВООЗ — принципи глобальної доступності медичних послуг;
- Рамкова конвенція ВООЗ з боротьби проти тютюну;
- Угода про асоціацію з ЄС — включає адаптацію технічних стандартів охорони здоров'я.

У практичному аспекті ці документи впливають на стандартизацію послуг, захист прав пацієнтів, етичні засади медичної діяльності[10].

На рівні області реалізація державної політики охорони здоров'я відбувається через діяльність Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації.

В умовах воєнного стану орган не лише координує реалізацію державних рішень, а й адаптує їх до локальних умов. Приклади актуальних нормативно-правових актів Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації:

- Наказ № 42 від 05.03.2024 «Про організацію медичної евакуації в умовах активних бойових дій» — регламентує дії медичних закладів, алгоритми транспортування [28];
- Постанова ХОВА № 18 від 12.11.2023 «Про затвердження Плану відновлення об'єктів охорони здоров'я на територіях, що постраждали від бойових дій» — регіональна стратегія інфраструктурної реабілітації;
- Наказ № 15 від 18.02.2025 «Про внесення змін до графіків звітності ЛПЗ щодо використання коштів за Програмою медичних гарантій» — забезпечення оперативної звітності та нагляду.

Узагальнення ключових нормативно-правових актів, що формують правове поле медичних реформ, наведено в таблиці Б.1

Центральні закони задають рамку реформ, підзаконні акти КМУ і МОЗ — уточнюють механізми реалізації, а регіональні документи, такі як накази департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації, виконують функцію адаптації державної політики до реальних обставин [9],[16].

Організаційна модель державного регулювання охорони здоров'я в Україні є багаторівневою, поліцентричною та динамічною. Вона об'єднує стратегічні, виконавчі та операційні ланки управління, охоплюючи:

- центральні органи виконавчої влади (МОЗ, НСЗУ, ДСЯМ),
- уряд і парламент, що задають рамкові умови,
- органи місцевого самоврядування (ОМС),
- заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) як первинні виконавці політики,
- регіональні інституції (наприклад, Департаменти охорони здоров'я при ОВА).

Ключовою ознакою цієї структури є розподіл повноважень і функціональна взаємозалежність, що забезпечує реалізацію медичних реформ

не лише у формі політичних рішень, але й у вигляді конкретних послуг, індикаторів, фінансування і контролю [17].

МОЗ є центральним органом виконавчої влади, що формує політику у сфері охорони здоров'я. Основні його функції закріплені у Положенні про МОЗ України, затверджене постановою КМУ № 267 від 25.03.2015. До ключових належать:

- затвердження медичних стандартів та протоколів лікування;
- нормативне регулювання системи eHealth;
- секторальне стратегічне планування;
- погодження тарифів на послуги в рамках ПМГ;
- контроль за відповідністю закладів ліцензійним вимогам.

У 2022–2025 рр. МОЗ активно впроваджує реформу лікарень критичної інфраструктури, формує політики щодо ментального здоров'я та післявоєнної відбудови медичних закладів.

НСЗУ — головний розпорядник коштів за Програмою медичних гарантій. На основі Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування» № 2168-VIII (з останніми змінами від 27.03.2025) [15], служба:

- укладає договори із ЗОЗ;
- здійснює оплату за надані послуги;
- впроваджує індикативне фінансування (на основі результативності);
- веде дашборди прозорості
- здійснює моніторинг якості, включаючи виїзні аудити.

Наприклад, у 2024 році НСЗУ здійснила екстрене фінансування мобільних бригад допомоги на Харківщині, що було затверджено додатковим наказом МОЗ і враховувало воєнний фактор.

У 2023 р. служба здійснила понад 500 перевірок, з яких 62 — в умовах бойових дій (джерело: звіт ДСЯМ за 2023 рік).

Регіональний рівень: департаменти охорони здоров'я ОВА (на прикладі ДОЗ ХОВА) є ключовими виконавцями державної політики в конкретних умовах [26]. Їх компетенції:

- координація закладів у воєнних умовах;
- погодження маршрутів пацієнтів;
- участь у формуванні регіональних стратегій (наприклад, «План відновлення медичної мережі Харківської області» — наказ ДОЗ ХОВА № 18 від 12.11.2023);
- інформаційно-статистична звітність до МОЗ та НСЗУ.

У 2024–2025 рр. Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації реалізовував програми («Рисунок В.1»).

Програма евакуації пацієнтів із прифронтових (червоних) зон (Наказ ДОЗ ХОВА № 42 від 05.03.2024 р) [28].

Мета: створити оперативний і безпечний механізм вивезення важкохворих, поранених та осіб, що потребують планового лікування, із зон активних бойових дій на контрольовану й відносно безпечну територію.

Основні заходи програми:

- формування медичних евакуаційних бригад на базі обласних ЛПЗ (переважно КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» та КНП ХОР «Центр екстреної медичної допомоги»);
- придбання броньованих санітарних авто (частково за допомоги іноземних донорів, зокрема Міжнародного Комітету Червоного Хреста);
- визначення евакуаційних коридорів, погоджених із військовими адміністраціями та СБУ;
- проведення навчання персоналу за оновленими протоколами екстреної евакуації;
- введення єдиного реєстру евакуаційних заявок (пілотно в Куп'янському та Ізюмському районах).

Програма закупівлі та впровадження засобів телемедицини (у партнерстві з ЮНІСЕФ та ГО «100% Життя») [7], [27].

Мета програми забезпечити віддалений доступ до консультацій спеціалізованих лікарів для пацієнтів у віддалених і прифронтових громадах Харківщини, де фізична присутність медичних кадрів обмежена, а саме:

- закуплено понад 70 телемедичних терміналів, укомплектованих базовими засобами діагностики (кардіомонітори, отоскопи, ЕКГ-пристрої з Bluetooth-модулем);
- інтеграція терміналів у систему eHealth, що дало змогу вести електронну картку пацієнта навіть за відсутності мобільного зв'язку (використано супутникові модулі Starlink);
- проведено серію онлайн-навчань для медперсоналу на місцях — амбулаторії ПМД, мобільні пункти на базі ЦПМСД;
- телемедичні консультації з обласними хірургами, педіатрами, психіатрами велися централізовано через платформу, адаптовану під стандарти МОЗ.

За рік проведено понад 6 000 дистанційних консультацій, зокрема у Зміївській, Великобурлуцькій, Лозівській та Барвінківській громадах.

Проект "Електронний кабінет ЛПЗ області" (ініційований Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації за сприяння Мінцифри).

Метою якого було цифровізувати управлінські процеси в обласних медичних установах і оптимізувати подачу звітності, контрагування та комунікацію з МОЗ/НСЗУ [32].

Функціональність кабінету:

- автоматизоване формування звітів за ПМГ (щоквартальна форма звітності до НСЗУ);
- вбудовані декларації, контракти, електронні медичні записи, розклади чергувань та інше — інтегроване з центральним eHealth;
- внутрішній кабінет кадрів, у якому кожен ЛПЗ веде електронні дані щодо своїх працівників: кваліфікація, стаж, сертифікати, реєстрація на курси;
- модуль оцінки ефективності ЗОЗ на основі ключових показників: фінансова дисципліна, обсяг послуг, кількість скарг [12].

До січня 2025 року підключено 95% ЛПЗ Харківської області, які звітують повністю в електронному форматі, знижено бюрократичне навантаження на адміністраторів у ЗОЗ до 40%.

Органи місцевого самоврядування (ОМС), відповідно до Закону «Про місцеве самоврядування», відповідають за:

- організацію ПМД (первинної медичної допомоги);
- утримання КНП (комунальних некомерційних підприємств);
- взаємодію з громадами у сфері доступності медичних послуг.

Приклад: у Чугуївській ОТГ Харківської області у 2023–2024 рр. коштом бюджету громади відновлено амбулаторію ПМД та забезпечено генераторами два ФАПи.

Нинішня організаційна модель має ознаки поліцентричності, коли управління та впровадження реформ не концентрується в одному органі, а розподіляється між кількома суб'єктами.

МОЗ України виступає як стратегічний центр, НСЗУ — як інструмент фінансування, а обласні департаменти охорони здоров'я — як адаптаційні осередки.

Прикладом є НСЗУ, яка хоч і не є класичним органом управління, але фактично здійснює контрагування послуг із лікарнями, аудит діяльності медзакладів та виконує функції «грошового регулятора» відповідно до Програми медичних гарантій [32].

Напрями реалізації державного регулювання:

1) інституційний напрям:

- перегляд повноважень та ролей органів;
- утворення ДСЯМ, реформа МОЗ та децентралізація;

2) правовий напрям:

- постійне оновлення нормативно-правової бази;
- впровадження галузевих стандартів медичних послуг (накази МОЗ);
- фінансово-економічний напрям:
- фінансування через Програму медичних гарантій;

- створення тарифних сіток та підвищення прозорості фінансування;
- пілотні проекти з оплати за результати;

3) цифровізація управління:

- розбудова eHealth;
- впровадження електронного рецепта, направлення, медичної картки;
- використання цифрової звітності у воєнних умовах (адаптовані дашборди НСЗУ);

4) кризове реагування та післявоєнне планування:

- створення спрощених процедур звітності для ЛПЗ у прифронтових регіонах;
- відновлення медичних інфраструктур;
- управління кадровими ризиками.

Організаційна структура державного регулювання медичної сфери в Україні є системною, але гнучкою до умов воєнного стану. Основна реалізація реформ відбувається через чітку функціональну взаємодію між центральними органами (МОЗ, НСЗУ, ДСЯМ), регіонами (ДОЗ), та місцевими виконавцями (ОМС, ЗОЗ) [24].

Важливим елементом стало посилення антикризових компетенцій та впровадження цифрових рішень, що вимагає подальшого розвитку після завершення війни [30].

2.2 Аналіз системи охорони здоров'я національного та регіонального рівня

Система охорони здоров'я в Україні перебуває у фазі глибокої трансформації. Починаючи з 2017 року, було запущено кілька хвиль реформ — від впровадження Програми медичних гарантій до цифровізації процесів та створення НСЗУ. Однак російська агресія кардинально змінила контекст: нові виклики змусили систему працювати у критичних умовах.

Для подальшого стратегічного планування доцільно провести типологізацію проблем («Таблиця 2.1») та розподілити їх на національний та регіональний рівень, адже підхід до вирішення інституційних питань кардинально відрізняється від вирішення ресурсних.

Таблиця 2.1 - Класифікація проблем вдосконалення державного регулювання медичних реформ за типами.

Тип проблеми	Суть	Приклади
Системні	пов'язані з архітектурою управління або логікою регулювання	відсутність єдиного органу аудиту якості, дублювання функцій МОЗ/НСЗУ
Інституційні	пов'язані з механізмами взаємодії та розподілом компетенцій	перетин повноважень НСЗУ і ОМС, слабка міжрівнева координація
Нормативні	недосконалість чи суперечність правових актів	різна інтерпретація понять “пакет послуг”, відсутність вторинного права
Ресурсні	нестача фінансів, кадрів, інфраструктури	критичний дефіцит кадрів у 5 прифронтових районах, брак обладнання
Тимчасові (воєнні)	пов'язані з умовами війни та нестабільності	неможливість планування, руйнування лікарень, міграція пацієнтів

Актуальні проблеми національного рівня:

- фрагментарність нормативної бази - незважаючи на численні реформи (зокрема, трансформацію фінансування через НСЗУ), законодавче поле не завжди узгоджене. Наприклад, паралельне існування старих механізмів розподілу субвенцій і нових контрактних підходів спричиняє адміністративну плутанину [6].

- нестабільність бюджетного планування - бюджети на охорону здоров'я формуються в умовах зовнішньої нестабільності. Прогнозування стало ускладненим після повномасштабного вторгнення, і це створює ризики для довгострокових стратегій.

- невизначеність розподілу повноважень - відсутня чітка вертикаль відповідальності: МОЗ формує політику, НСЗУ реалізує фінансування, регіони — виконавці. Але повноваження перетинаються — наприклад, частина закупівель фінансується МОЗ, але здійснюється НСЗУ чи місцева влада.

- нерівномірний доступ до медичних послуг - попри декларовану універсальність ПМГ, громади з недостатньо розвиненою інфраструктурою

(північ Харківської області, Донеччина, південь Херсонщини) мають суттєво гірший доступ до спеціалізованої допомоги.

- недостатнє кадрове забезпечення - особливо в регіонах, де молоді спеціалісти не готові працювати в прифронтових районах, а середній персонал масово виїжджає. Це ускладнює реалізацію навіть найкращих програм.

Проблеми регіонального рівня (на прикладі Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації):

- обмеженість ресурсів в умовах воєнного стану - попри інноваційні підходи, фінансування лишається нестабільним. Часто доводиться покладатися на міжнародну допомогу (наприклад, ЮНІСЕФ, WHO) [57].

- складнощі логістики та евакуації - існує постійний ризик для пацієнтів і медиків. Порушення ланцюгів постачання медикаментів, нестача транспорту, евакуація ЛПЗ — це чинники, які потребують гнучких рішень.

- вразливість медичної інфраструктури - лікарні в деяких районах зруйновані або виведені з ладу. І навіть за наявності телемедицини — без фізичних місць надання послуг система не повноцінна.

- високе навантаження на управлінський апарат ДОЗ - особливо на фахівців, відповідальних за координацію між МОЗ, НСЗУ, міжнародними донорами, військовими адміністраціями.

Саме у цьому контексті важливо розглянути не лише фактичні проблеми, а й підходи до їх систематизації та вирішення.

Юридичні й доктринальні підходи до вдосконалення регулювання з позицій сучасної теорії публічного управління регулювання — це не лише формування правил, а управління поведінкою суб'єктів через набір інструментів (норми, стимули, заборони, стандарти, рекомендації) [6], [10].

У західній доктрині (OECD, World Bank) регуляторна спроможність вимірюється за кількома критеріями [46], [59]:

- узгодженість нормативного поля (regulatory coherence),
- виконуваність (enforceability),
- стійкість до ризиків (resilience),

- гнучкість в умовах кризи (adaptive governance).

В Україні проблема полягає не стільки в нестачі норм, скільки в їх фрагментарності та суперечності. Різні акти регламентують однакові процеси з різними підходами: приклад — регулювання роботи КНП одночасно законом «Про державні фінансові гарантії...» та Постановою КМУ №1337 [6].

У фаховій літературі України (Ковбасюк Ю.В., Битяк Ю.П., Гречко Т.К., Серьогіна С.Г.) [14] вдосконалення регулювання трактується як комплекс заходів нормотворчого, управлінського та інституційного характеру, спрямованих на підвищення ефективності реалізації публічної політики в умовах мінливого середовища [2].

Впровадження змін у системі охорони здоров'я потребує не лише стратегічного бачення, а й практичних інструментів реалізації. На прикладі Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації видно, що навіть у критичних умовах можлива адаптація регулювання — але тільки за умови належної міжінституційної координації, інвестицій у цифрову інфраструктуру та нормативної узгодженості на всіх рівнях[5].

Доцільно провести порівняльний аналіз на прикладі досвіду інших країн-Польщі, Литви, Ізраїлю («Таблиця 2.2») [4], [41], [42]. Польща — приклад поступової адаптації: від централізованої системи до автономного регулювання через єдину цифрову платформу NFZ. Литва — зразок того, як малі країни ефективно впроваджують цифрові інструменти регулювання якості через електронну аналітику. Ізраїль — приклад високоадаптивної системи, де МОЗ не є головним регулятором, а діє як координатор. Дуже релевантно для умов війни в Україні.

Для виявлення чинників, які впливають на державне регулювання медичних реформ, а також стратегічний розвиток системи охорони здоров'я, з урахуванням викликів воєнного часу, післявоєнного відновлення та регіональної специфіки проведено PEST-, та SWOT-аналіз національного та регіонального рівнів [12].

Таблиця 2.2 - Порівняння регуляторних моделей медичних реформ (Україна, Польща, Литва, Ізраїль (за даними, *Health at a Glance – OECD, Israel's National Health Insurance Law, Polish National Health Strategy 2030.*)) [23], [41], [42], [46], [49]

Країна	Модель фінансування	Регуляторна структура	Стратегічне планування	Система якості та нагляду	Особливості адаптації в кризі [48]
Україна	бюджетно-контрактна (НСЗУ + субвенції)	МОЗ, НСЗУ, місцеві департаменти	нацстратегія здоров'я– 2030 (МОЗ, КМУ)	НСЗУ, індикатори ПМГ	часткова діджиталізація, логістика евакуації
Польща	страхова (NFZ)	МОЗ, NFZ	стратегія «Здоров'я для всіх», до 2030	ISI — інтегрована цифрова система нагляду	децентралізація рішень, автономія ЛПЗ
Литва	страхова з бюджетними індикаторами	міністерство, Центр оцінки медпослуг	стратегія eHealth, Програма профілактики 2022+	автоматизовані метрики оцінки закладів	щвидке оновлення протоколів через цифрові платформи
Ізраїль	страхові каси (чотири фонди)	МОЗ, незалежні страхові каси	секторальне планування з військовою участю	каса наглядає за якістю сама, з МОЗ— контролем	координація між МОЗ, армією, касами у кризах

Україна вже має елементи систем країн ЄС (контрактування, НСЗУ), але недостатньо інтегрована інституційна логіка, і відсутній механізм постійного нормативного аудиту [32].

Висновком є інституційний, правовий та управлінський фокус. Регуляторна логіка має бути послідовною та прозорою. Сьогодні в системі охорони здоров'я України ще зберігаються фрагменти старої системи (субвенції, директиви), які не узгоджені з новими підходами (контрактування, індикативне фінансування).

Реальне реформування неможливе без модернізації механізмів контролю, оцінки, управління якістю. Потрібна інституціоналізація незалежного аудиту.

Регіональні департаменти (як ДОЗ ХОВА) є не лише виконавцями, а й двигунами інновацій, але потребують нормативного підкріплення і повноважень[5].

Вдосконалення повинне охоплювати всі рівні — від закону до алгоритму дій у лікарні. Це особливо критично в умовах війни та відбудови.

PEST-аналіз системи охорони здоров'я України у 2024–2025 роках:

Політичні фактори:

1) національний рівень:

- триваюча війна і надзвичайний стан стимулюють жорсткі рішення у сфері охорони здоров'я (примусова евакуація, мобілізація персоналу, обмеження доступу до планових послуг);

- зростає роль державного регулятора — МОЗ і його функцій координації в умовах воєнної економіки;

- НСЗУ виконує функції контракування в режимі надзвичайної гнучкості, але відсутні оновлені стандарти фінансування на воєнний/післявоєнний період [32];

- Україна має зобов'язання в межах угоди про асоціацію з ЄС, які передбачають наближення системи охорони здоров'я до європейських стандартів (права пацієнтів, безперервність медичної допомоги, облік якості)[4];

- реформи у сфері державного управління (реформування СРДСУ, «кадровий голод» у публічному секторі) впливають на спроможність ДОЗ і МОЗ реалізовувати управлінські функції;

2) регіональний рівень (Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації):

- ДОЗ ХОВА функціонує в умовах підвищеного ризику та нестабільності, виконуючи розпорядчі, логістичні та евакуаційні функції;

- багато управлінських рішень реалізуються через накази ДОЗ ХОВА (напр. №42 — евакуація, №107 — логістика медикаментів), а не лише через МОЗ[16];

- зростає залежність від військових адміністрацій та гуманітарних міжнародних партнерів (ЮНІСЕФ, USAID).

Економічні фактори [12], [32], [43]:

1) національний рівень:

- бюджет охорони здоров'я у 2024–2025 рр. має суттєву допоміжну частину з боку міжнародних донорів (США, Світовий банк, ЄС);
- фінансування ПМГ та НСЗУ залишаються нестабільними, через постійне коригування «воєнного бюджету»;
- витрати на охорону здоров'я у 2023 р. становили близько 3,9% ВВП, що нижче за середній показник ЄС (7–8%) [47];
- залишається розрив між первинною і спеціалізованою допомогою, який не вирішено фінансово (особливо в сільській місцевості) [12];

2) регіональний рівень (ДОЗ ХОВА):

- Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації у 2024 р. виконував закупівлі телемедицини, розгортання електронних кабінетів, інвестиції в евакуаційні ланцюги — часто через спецфонди або гуманітарні механізми [27];
- в області зафіксовано зниження доходів місцевих бюджетів, що ускладнює підтримку ПМД, утримання медичних закладів;
- нерівномірність фінансування по громадах: громади, що приймають ВПО, мають додаткове навантаження без збільшення фінансових ресурсів; Соціальні фактори [12];

1) національний рівень:

- зміна демографії через війну: міграція, втрата працездатного населення, інвалідизація ветеранів, зростання числа пацієнтів з ПТСР;
- низький рівень довіри до медичних закладів у постраждалих зонах, брак інформації, нерівний доступ до послуг;
- високий рівень вигорання та дефіцит кадрів серед медперсоналу, особливо в обласних і районних лікарнях;
- поширення недовіри до змін у системі — зокрема щодо НСЗУ та електронних реєстрів;

2) регіональний рівень (Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації):

- у Харківській області спостерігається евакуація як населення, так і медперсоналу, що створює тиск на рештки інфраструктури;
- збільшується роль соціальних медичних ініціатив (мобільні бригади, телемедицина) для вразливих груп;
- у деяких ОТГ відсутні лікарі загальної практики або працюють лише волонтерські формати допомоги;

Технологічні фактори:

1) національний рівень:

- активне розгортання електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ);
- модернізація протоколів обліку та цифрових медичних карток — одна з вимог від донорів;
- проблеми: низьке покриття eHealth в сільських лікарнях, нестача обладнання та цифрових навичок персоналу;

2) регіональний рівень (Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації):

- у Харківській області реалізуються проекти за підтримки ЮНІСЕФ (закупівля засобів телемедицини) [27];
- запуск електронного кабінету ЛПЗ області (наказ Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації) — часткове рішення проблеми звітності;
- слабка інтеграція даних між рівнями, проблеми з навчанням персоналу користуванню цифровими сервісами.

Аналіз показав, що система охорони здоров'я України в 2024–2025 роках діє в умовах нестабільного зовнішнього середовища. Воєнний стан, бюджетні обмеження, соціальні наслідки конфлікту та нерівномірний рівень цифровізації — це основні виклики, що зумовлюють потребу у стратегічному регулюванні, адаптивності та стійкості.

На регіональному рівні, на прикладі Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації, видно як інституція змушена працювати в режимі кризового управління, компенсуючи відсутність чітких

централізованих рішень за допомогою локальних ініціатив, взаємодії з донорами та логістичних рішень[5].

SWOT-Аналіз системи охорони здоров'я України (національний рівень).

Сильні сторони (strengths):

- наявність базового законодавства та стратегій. Україна має достатню нормативно-правову основу для реалізації реформ у сфері охорони здоров'я, зокрема Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, інші документи МОЗ та КМУ [16].

- інституційна структура. МОЗ, НСЗУ, Центр громадського здоров'я, державні агентства формують чітко розподілену вертикаль, що відповідає за стратегічні, фінансові та контролюючі функції.

- досвід реформ після 2017 року. Запровадження контрактування, системи eHealth, формування Програми медичних гарантій — все це створило певну практичну базу управління змінами.

- підтримка міжнародних партнерів. МОЗ та уряд України мають тривалі та інтенсивні зв'язки з ВООЗ, Світовим банком, USAID, GIZ, які надають консультативну, технічну й фінансову підтримку.

- доступність цифрових інструментів. Система eHealth, електронні кабінети, медична статистика, реєстри — є інструментами для моніторингу, що потребують вдосконалення, але вже використовуються на рівні МОЗ і НСЗУ.

Слабкі сторони (weaknesses):

- фрагментарність управління. Попри наявність нормативної бази, відсутня системна координація між центральними та регіональними органами влади.

- нерівномірне фінансування. Дефіцит бюджету, залежність від міжнародної допомоги, нерівномірний розподіл коштів за видами медичної допомоги.

- кадрова криза. Недостатня кількість фахівців, особливо в сільській місцевості; відтік кваліфікованих кадрів за кордон.

- нестійкість системи в умовах воєнного часу. Руйнування інфраструктури, евакуація лікарень, втрата фахівців у зоні бойових дій, перевантаження системи.

- недостатня прозорість і підзвітність. Часткова закритість процедур закупівель, слабка система контролю якості надання послуг.

Можливості (opportunities):

- післявоєнна відбудова. Можливість інтегрувати кращі міжнародні підходи до регулювання (УНС, resilience health systems) у план післявоєнного відновлення [55].

- цифрова трансформація. Розвиток телемедицини, автоматизація реєстрів, впровадження штучного інтелекту в медичну аналітику.

- фінансування через міжнародні програми. Розширення доступу до проектів GAVI, Європейської Комісії, Світового банку, що дозволяє модернізувати інфраструктуру[4], [55].

- участь громадськості. Активізація НУО, професійних об'єднань, пацієнтських організацій у контролі за якістю та підзвітністю послуг.

- децентралізація та реформа САМ. Передача частини повноважень на місця може сприяти адаптивності системи до місцевих потреб.

Загрози (threats):

- продовження війни. Руйнування закладів, ризик втрати регіональних систем управління, евакуація медичних працівників.

- політична нестабільність. Зміна політичного курсу може поставити під сумнів сталість реформ.

- міграція населення. Втрата людського ресурсу, нерівномірність у розподілі навантаження на систему охорони здоров'я.

- інфляція та нестабільність бюджету. Зменшення реального обсягу фінансування охорони здоров'я [45].

- кібератаки та втрати даних. Уразливість цифрових систем (особливо eHealth) до атак або збоїв у контексті гібридної війни.

Проведений SWOT-аналіз національного рівня системи охорони здоров'я України («Рисунок Г.2») засвідчив наявність вагомих передумов для подальшого розвитку та вдосконалення медичної політики — зокрема, сформовану інституційну модель (МОЗ, НСЗУ), досвід реформ і підтримку міжнародних партнерів. Разом з тим, виявлено серйозні системні слабкості, пов'язані з фрагментацією управління, кадровим дефіцитом і нестабільністю фінансування в умовах війни.

Серед ключових можливостей — цифрова трансформація, післявоєнна модернізація галузі та залучення зовнішніх ресурсів. Найбільш загрозливими чинниками залишаються воєнні ризики, політична нестабільність та вразливість інформаційних систем. Отримані результати стануть підґрунтям для формування стратегічних цілей у наступному розділі магістерської роботи.

SWOT-аналіз системи охорони здоров'я регіонального рівня на прикладі Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації («Рисунок Г.3») [18], [21].

Сильні сторони (strengths):

- висококваліфіковані медичні кадри. У регіоні історично сконцентрована велика кількість медичних університетів та науково-дослідних інститутів, що забезпечує високий рівень підготовки лікарів та молодшого медичного персоналу.

- розвинена мережа медичних закладів. Наявність багатoproфільних лікарень, спеціалізованих центрів (кардіологічний, онкологічний, перинатальний) та інститутів Національної академії медичних наук.

- досвід роботи в екстремальних умовах. Медична система регіону набула унікального досвіду реагування на надзвичайні ситуації, масові травми та управління кризами, пов'язаними з військовими діями.

- впровадження телемедицини. Активне використання телемедичних платформ для консультацій пацієнтів з віддалених та небезпечних районів, а також для обміну досвідом між лікарями.

- міжнародна підтримка та партнерство [7]. Налагоджена співпраця з міжнародними гуманітарними організаціями (MSF, WHO, Червоний Хрест), що надають ресурси, обладнання та експертну допомогу [54],[51].

Слабкі сторони (weaknesses):

- значні руйнування медичної інфраструктури. Багато лікарень та амбулаторій пошкоджено або повністю зруйновано внаслідок обстрілів, особливо у громадах, що були під окупацією або знаходяться близько до кордону.

- кадровий дефіцит у деокупованих та прифронтових громадах. Відтік медичних працівників через безпекові ризики та руйнування житла створює гостру нестачу фахівців на місцях.

- залежність від гуманітарної допомоги. Значна частина потреб у медикаментах та сучасному обладнанні покривається за рахунок міжнародних донорів, що створює ризики у довгостроковій перспективі.

- логістичні проблеми. Ускладнена логістика доставки ліків та евакуації пацієнтів з небезпечних районів через зруйновані дороги та постійні обстріли.

- психологічне вигорання медичних працівників. Надзвичайно високе фізичне та емоційне навантаження на медиків призводить до професійного вигорання та зниження ефективності.

Можливості (opportunities):

- програми відновлення та модернізації. Можливість залучення значних міжнародних та державних інвестицій для відбудови медичних закладів за сучасними стандартами з урахуванням енергоефективності та вимог безбар'єрності .

- розвиток реабілітаційної медицини. Зростаюча потреба у фізичній та психологічній реабілітації військових та цивільних створює поштовх для розбудови сучасної мережі реабілітаційних центрів.

- цифровізація системи охорони здоров'я. Прискорення впровадження електронних медичних записів, систем управління пацієнтами та телемедицини, що підвищує ефективність та доступність послуг.

- міжнародний обмін досвідом. Участь у міжнародних програмах навчання та стажування для медиків дозволяє впроваджувати найкращі світові практики лікування бойової травми, протезування та психологічної підтримки.

Загрози (threats):

- постійні військові ризики. Висока ймовірність повторних обстрілів об'єктів критичної інфраструктури, включаючи медичні заклади, що загрожує життю персоналу та пацієнтів.

- епідеміологічні ризики. Погіршення санітарних умов, проблеми з доступом до чистої води та скупчення людей у прихистках можуть призвести до спалахів інфекційних захворювань (холера, гепатит А, кір).

- погіршення загального стану здоров'я населення. Хронічний стрес, обмежений доступ до планової медичної допомоги та незбалансоване харчування призводять до загострення хронічних хвороб та зниження загального імунітету.

- економічна нестабільність. Обмеженість бюджетного фінансування може призвести до затримок у закупівлі ліків, виплаті заробітної плати та фінансуванні програм розвитку [45].

- подальший відтік кваліфікованих кадрів. Безпекові та економічні чинники можуть стимулювати подальшу міграцію медичних фахівців в інші регіони України або за кордон.

Аналіз внутрішніх факторів системи охорони здоров'я на регіональному рівні (на прикладі Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації) [5].

Сильні сторони (strengths):

1) внутрішня нормативна база (ВНБ):

- департамент працює відповідно до затверджених обласних програм, наказів та положень, адаптованих під військовий стан (зокрема, накази щодо евакуації та логістики медичної допомоги) [18];

- чітке регламентування процедур контрактування з НСЗУ [32].

2) структура організації (СО):

- існує вертикальна структура підпорядкування – від департаменту до центрів ПМСД;

- працює міжвідомча координація з ОМС, військовими адміністраціями, гуманітарними штабами.

3) трудові ресурси (ТР):

- наявний кадровий кістяк з високою стійкістю в умовах війни;
- поступове залучення молодих фахівців через інтернатуру та навчання на базі медичних ВНЗ регіону.

4) здійснені програми (ЗП):

- проекти, що підтримуються ЮНІСЕФ, GIZ, ВООЗ (телемедицина, евакуація) [27];
- пілот електронного кабінету ЛПЗ.

5) система планування (СП):

- сформовані стратегічні документи до 2030 року, зокрема — «Обласна стратегія охорони здоров'я».

6) фінансові та капітальні ресурси (ФіКР):

- власні програми співфінансування з ОМС;
- залучення міжнародної допомоги на закупівлю обладнання (наприклад, телемедичних пристроїв).

7) придатність обліку (ПО):

- упровадження е-звітності через Електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ);
- інтеграція з системами гуманітарного обліку (під час евакуації та обліку ВПО).

8) система зв'язку (СЗ):

- наявність резервного зв'язку (Starlink) в критичних точках;
- оновлена система комунікацій з ЛПЗ.

9) система внутрішнього контролю та аудиту (СВК і А):

- створені відділи моніторингу якості та аналітики.

Слабкі сторони (weaknesses)

1) внутрішня нормативна база (ВНБ):

- частина нормативної бази є фрагментарною та не адаптована до умов тривалого військового стану.

2) структура організації (СО):

- перевантаженість функціоналу у департаменту;
- обмежена спроможність координації в районах з низькою цифровізацією.

3) трудові ресурси (ТР):

- виснаження кадрового ресурсу через мобілізацію, виїзд або вигорання;
- недостатній рівень фахової підготовки управлінців у деяких районах.

4) здійснені програми (ЗП):

- низький рівень інтеграції проєктів у єдину систему;
- частина проєктів не має інституційної сталості (залежні від донорів).

5) система планування (СП):

- недостатня деталізація планів під поточні ризики (наприклад, загострення бойових дій, епідеміологічна криза).

6) фінансові та капітальні ресурси (ФіКР):

- бюджетна залежність від держсубвенцій;
- нерівномірне фінансування районів.

7) придатність обліку (ПО):

- повільне оновлення IT-інфраструктури в районах;
- частина медзакладів досі не підключена до ЕСОЗ.

8) система зв'язку (СЗ):

- уразливість ліній зв'язку у прикордонних громадах;
- недостатнє використання цифрових каналів зворотного зв'язку з пацієнтами.

9) система внутрішнього контролю та аудиту (СВК і А):

- обмеженість кадрових ресурсів для регулярного аудиту;

- відсутність автоматизованих механізмів аналізу ефективності на регіональному рівні.

Проведений SWOT-аналіз діяльності департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації в умовах війни дозволяє виявити як ключові точки стійкості системи, так і критичні вразливості [30]. Серед сильних сторін — сформована інституційна структура, наявність кадрового кістяка, досвід реалізації міжнародних проектів та цифрові інструменти управління [18]. Разом з тим, система демонструє низку проблем — кадрове виснаження, нерівномірність фінансування, технічна відсталість частини районів[21].

Реальні можливості відкриває післявоєнна відбудова за підтримки міжнародних партнерів, а також впровадження телемедицини та реформ децентралізації. Водночас загрози залишаються значними: продовження бойових дій, висока міграція фахівців, політична нестабільність.

Таким чином, нормативно-правова база реформ у сфері охорони здоров'я є розгалуженою та постійно оновлюваною [18]. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», програми «Здоров'я нації», Національна стратегія здоров'я до 2030 року та підзаконні акти формують основу сучасної моделі фінансування та управління. На регіональному рівні прикладом є накази Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації, спрямовані на організацію евакуації пацієнтів, розвиток телемедицини та електронних сервісів[5].

PEST-аналіз дозволив виокремити ключові чинники зовнішнього впливу:

- політичні: військовий стан, євроінтеграційний курс, вимоги адаптації до стандартів ЄС;
- економічні: обмеженість бюджетних ресурсів, міжнародна донорська підтримка, потреба у відновленні інфраструктури [43];
- соціальні: зміни у структурі населення через міграцію та демографічні виклики, зростання очікувань громадян щодо якості медичних послуг;

- технологічні: цифровізація, телемедицина, впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth).

SWOT-аналіз на національному та регіональному рівнях показав розбалансованість системи:

- сильні сторони: існування НСЗУ як фінансового інституту, державне фінансування, активна цифровізація;

- слабкі сторони: кадровий дефіцит, нерівномірність фінансування регіонів, надмірна залежність від зовнішньої допомоги;

- можливості: використання міжнародного досвіду (зокрема Польщі та Литви) [41], [42], впровадження програм післявоєнного відновлення, залучення інвестицій у технології [4];

- загрози: затяжна війна, макроекономічна нестабільність, руйнування медичної інфраструктури, демографічна криза [45].

Порівняння національного та регіонального рівнів показало їх взаємозалежність. Національні політичні та економічні рішення безпосередньо впливають на можливості регіональних департаментів, які у свою чергу формують локальні практики реалізації реформ.

Отже, результати аналізу свідчать про необхідність комплексного та багаторівневого підходу до стратегічного управління медичною сферою. Виявлені фактори зовнішнього середовища та SWOT-профілі національного й регіонального рівнів створюють основу для формування стратегічних рішень.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА СТРАТЕГІЧНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Стратегічні орієнтири післявоєнного розвитку системи охорони здоров'я на національному та регіональному рівні

Цей підрозділ спирається на результати PEST- і SWOT-аналізів (розд. 2) і переводить їх у площину конкретних управлінських рішень. У центрі — принципи стійкості, справедливості доступу, прозорості, відповідальності і євроінтеграційної сумісності (узгодження з практиками WHO/World Bank/OECD, *acquis* ЄС) [1], [46], [51], [57], [59]. Воєнний досвід диктує ще два обов'язкові вектори: готовність до надзвичайних ситуацій і відновлення з урахуванням безпеки [11].

Стратегічні цілі до 2030 року (національний рівень) [25]:

- 1) універсальне покриття (УНС) і фінансовий захист:
 - забезпечити гарантований обсяг послуг на засадах «гроші йдуть за пацієнтом», збереження безоплатності критичних пакетів (екстрена допомога, первинка, пологи, онкоскринінги, базова реабілітація, психічне здоров'я);
 - поступово підвищувати частку публічних видатків на здоров'я (орієнтир — наближення до середньоєвропейських практик) і мінімізувати катастрофічні приватні витрати домогосподарств;
 - інструмент: розширення стратегічних закупівель НСЗУ, ризик-коригування тарифів, спільні програми співфінансування з донорами на перехідний період;
- 2) якість і безпека медичної допомоги:
 - національна система клінічного управління якістю: сучасні настанови, індикатори якості, аудит і публічна звітність;
 - запровадження обов'язкових шляхів пацієнта для найбільш поширених станів (СЗК, інсульт, інфаркт, онкологія, травма, МКХ-11 для МПП);

- оновлена акредитація/сертифікація закладів із зовнішнім незалежним оцінюванням;

3) людські ресурси:

- утримання, повернення, розвиток - багаторівнева мотивація: конкурентні оплати (тарифна сітка із якісними надбавками), житлові та освітні гранти, державні програми контрактування молодих фахівців у «дефіцитні» громади;

- постійний професійний розвиток (CPD) з реальним зв'язком із доплатами/кар'єрним ростом; розвиток нових ролей (сімейна медсестра розширеної практики, координаційна медсестра, case manager);

4) публічне здоров'я та готовність до НС:

- повноцінне розгортання системи громадського здоров'я (епіднагляд, скринінги, профілактика, здоров'я дітей/підлітків, вакцинація) з інтегрованою готовністю до надзвичайних ситуацій (запаси, навчання, симуляції, протоколи взаємодії з ДСНС, оборонним сектором);

- посилення психічного здоров'я та реабілітації (у тому числі ветеранів і цивільних, що зазнали травм/ПТСР), інтеграція в ПМД;

5) цифрова трансформація (eHealth by design):

- інтероперабельна єдина медична інформаційна екосистема: EHR, електронні направлення, рецепти, реєстри, телемедицина, аналітичні панелі;

- кіберзахист і безперервність роботи (резервування дата-центрів, офлайн-режими для «червоних зон»);

6) ланцюг «ліки та технології»:

- ефективність і прозорість - посилення НТА (оцінка медичних технологій) як обов'язкової передумови включення в пакети;

- розвиток централізованих закупівель через МЗУ та електронні каталоги, відстежуваність постачання, антикорупційні гарантії;

7) інтеграція з ЄС та міжнародне партнерство[4]:

- гармонізація технічних стандартів, наглядових процесів (фарма, медвироби, blood safety), використання twinning/TAIEX, участь у тематичних мережах WHO/OECD[4], [46], [57].

Інструменти державного регулювання [7], [24]:

1) правове й інституційне налаштування:

- оновити базові норми щодо гарантованих пакетів і статусу стратегічних закупівель (НСЗУ як «платник із мандатом» + чітка рамка для DRG/капітації/бандлів);

- єдина рамка якості: порядок розробки/апробації клінічних настанов, національний перелік індикаторів якості, порядок зовнішньої оцінки закладів [13];

- публічне здоров'я: деталізація ролей НПГЗ/ЦГЗ, регіональних центрів, механізм «готовності/відповіді»;

- спрощення регуляцій для інновацій (пілоти телемедицини, домашня госпіталізація, mobile clinics) з чіткими вимогами до безпеки;

2) фінансування й стратегічні закупівлі:

- модель оплати: ПМД — ризик-скоригована капітація + Р4Р (оплата за результати: охоплення вакцинацією, контроль АТ/ЦД тощо). Стаціонар — DRG із корекціями для складності/воєнних ризиків; для окремих маршрутів — бандли (наприклад, інсультний маршрут «door-to-needle»). Реабілітація та МГП — комбіновані епізодні тарифи з оцінкою результату [45];

- фонди вирівнювання для прифронтових/деокупованих територій;

- мультиканальність: цільові донорські програми заходять через прозорі механізми і підпорядковуються єдиній стратсвітці МОЗ–НСЗУ;

3) організація мережі послуг:

- регіоналізація стаціонарної допомоги: мережа опорних лікарень, травма-центри рівнів I–III, інсультні та інфарктні центри, маршрутизація екстреної допомоги [29];

- інтеграція ПМД–вторинна–реабілітація–МГП: єдині протоколи, навігація пацієнта, координатор випадку;

- мобільні ланки (мобільні бригади, виїзні кабінети) для «червоних/жовтих зон»;

4) людські ресурси:

- дефіцитні спеціальності: цільові державні замовлення, «зелені коридори» працевлаштування, житлові програми;

- оплата праці: базова ставка + коефіцієнти за складність/віддаленість/якість; прозорі контракти;

- CPD-екосистема: електронне портфоліо, мікрокреденти, симуляційні центри;

5) цифрове здоров'я;

- інтероперабельність: єдині профілі даних, ідентифікація пацієнта/медика, API для ЛІС, реєстри (онко, орфанні, ветерани);

- аналітика для рішень: національні дашборди (доступ НСЗУ/МОЗ/регіонів), відкриті дані для громадського контролю;

- кіберстійкість: резервні вузли, disaster-recovery, стандарти безпеки;

6) ліки та медтехнології:

- НТА як «фільтр» для дорогих технологій; пріоритет — cost-effective інтервенції;

- централізовані закупівлі (МЗУ) із принципом повної прозорості ланцюга від виробника до пацієнта; електронний каталог споживання.

Поетапний план реалізації (дорожня карта) [33].

Етап I - стабілізація та безпека (2025–2026):

- нормативне «ядро»: пакети НСЗУ, порядок якості, рамка DRG/капітації, правила телемедицини;

- пріоритет: екстрена допомога, травма, ПМД, МГП, реабілітація; резервні спроможності в прифронтових регіонах;

- мінімальні ІТ-вимоги до кожного ЗОЗ (електронні направлення/рецепти, базовий EHR);

- перші пілоти Р4Р на ПМД; запуск фонду вирівнювання для «гарячих» територій;

Етап II - трансформація та масштабування (2027–2028):

- повномасштабний DRG для стаціонару + бандли для інсульту/ІМ/ортопедії;
- зовнішня оцінка якості, публічні індикатори по кожній опорній лікарні;
- регіоналізація маршрутів ЕМД, trauma system рівнів I–III [29];
- електронні реєстри (онко, реабілітація, ветерани), розширення телемедицини;

Етап III - консолідація та інтеграція з ЄС (2029–2030):

- гармонізація стандартів фармакологічних та медичних виробів і нагляду;
- участь у європейських реєстрах/проектах;
- повна інтеграція НТА в цикл прийняття рішень (пакети/закупівлі);
- завершення побудови системи якості з незалежною акредитацією.

Міжнародний орієнтир на прикладі Польщі - сильний платник (NFZ) з активним контрагуванням; DRG у стаціонарі; регіоналізація високоспеціалізованих послуг; інтенсивна цифровізація (e-recepta, e-skierowanie) [50]. Урок: єдиний «мотор» закупівель + жорстка прозора звітність за якістю. Литва - комбінація капітації в ПМД і DRG у стаціонарі; фокус на мережі опорних лікарень і телемедицині для віддалених громад; акцент на профілактиці й громадському здоров'ї. Урок: малим країнам критично важлива стандартизація маршрутів і цифрова інтеграція. Ці практики добре накладаються на українську архітектуру МОЗ–НСЗУ і можуть бути використані як «технічні шаблони» для розробки протоколів, оплат і дашбордів [50].

Управління реалізацією (governance) виконуватиметься координаційною радою при КМУ/МОЗ (держоргани + НСЗУ + ЦГЗ/НПГЗ + МЗУ + регіони + пацієнтські та профспільноти) [16]. Офіс впровадження (РМО) з мандатом на щоквартальні рев'ю КРІ, корекцію планів і відкриту звітність[11]. Донорська координація через єдину платформу проектів, узгоджену з пріоритетами стратегії. («Рисунок 3.1»). Нормативна рамка — «живий документ» з переглядом раз на 12–18 міс. за результатами моніторингу[33].



Рисунок 3.1 – Радар-діаграма для візуалізації балансу між стратегічними напрямками розвитку системи охорони здоров'я

Національна післявоєнна стратегія має зшити три виміри: безпека та стійкість, якість і доступ, довіра через прозорість даних і чіткі правила гри [44]. Для цього пропонується чіткий набір цілей до 2030 року, набір інструментів (правових, фінансових, організаційних, кадрових, цифрових), дорожня карта з фазами, система КРІ та управління ризиками [25]. Міжнародний досвід Польщі та Литви підказує робочі прототипи для оплати, мережі, якості й цифровізації [4],[41], [42].

Розвиток системи охорони здоров'я Харківської області у сучасних умовах — це процес, що поєднує виклики воєнного часу, відновлення зруйнованої інфраструктури та необхідність адаптації до реформ на національному рівні [11].

На основі аналізу регіональної діяльності, проведеного у другому розділі, можна виокремити такі пріоритетні стратегічні орієнтири Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації:

1) зміцнення інституційної спроможності системи охорони здоров'я області:

- удосконалення управлінських процесів в органах охорони здоров'я;
- формування єдиної системи аналітичного моніторингу та реагування;
- підвищення координації між Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я;

2) післявоєнне відновлення та модернізація медичної інфраструктури:

- реалізація програм реконструкції пошкоджених лікарень;
- впровадження госпітальних округів, наближених до потреб населення;
- модернізація матеріально-технічної бази опорних закладів;

3) розвиток кадрового потенціалу:

- створення регіональної програми підтримки медичних працівників;
- розроблення системи безперервного професійного розвитку у партнерстві з медичними університетами Харкова;

- залучення молодих спеціалістів через цільові освітні контракти;

4) розвиток телемедицини та цифрових сервісів:

- розширення регіональної мережі телемедичних пунктів;
- повна інтеграція ЛПЗ області у єдину електронну систему eHealth;
- використання аналітичних інструментів для прогнозування потреб у медичних послугах;

5) забезпечення безперервності надання медичних послуг в умовах воєнного стану:

- системна евакуація пацієнтів із прифронтових територій (наказ ДООЗ ХОВА № 42) [28];

- створення мобільних бригад для надання екстреної допомоги;
- забезпечення безпечних маршрутів транспортування хворих [29].

6) підвищення рівня громадського здоров'я та соціальної інтеграції:

- розроблення програм психосоціальної підтримки ВПО та військових;
- організація профілактичних оглядів, вакцинації та моніторингу стану населення;
- формування регіональної системи реагування на надзвичайні ситуації.

Основні напрями інтеграції: уніфікація стандартів якості медичних послуг відповідно до державних протоколів МОЗ; фінансова децентралізація у межах програми «Гроші йдуть за пацієнтом» — підсилення ролі місцевих бюджетів; партнерство з міжнародними донорами (ВООЗ, ЮНІСЕФ, ПРООН) для відбудови системи; запровадження регіональних індикаторів результативності, синхронізованих із національними показниками ефективності (mortality rate, access index, waiting time).

3.2 Шляхи вдосконалення державного регулювання медичних реформ та стратегій розвитку у системі охорони здоров'я

Сучасна система охорони здоров'я України переживає найскладніший період у своїй історії. Військові дії, руйнування інфраструктури, значне міграційне навантаження та трансформація економіки вимагають не лише відновлення, але й переосмислення моделі державного регулювання у сфері охорони здоров'я. Сьогодні головним викликом стає створення стійкої, гнучкої та ефективної системи, яка б відповідала умовам післявоєнного відновлення, інтеграції України до європейського простору та вимогам глобальної безпеки здоров'я.

Державне регулювання в медицині має стати не лише інструментом управління галуззю, а й механізмом стратегічного розвитку — орієнтованим на результат, прозорість, партнерство між державою, громадськістю та приватним сектором [7]. У цьому контексті важливо розглядати регулювання як баланс між централізованими функціями (нормативна політика, стандарти, фінансування) та регіональною автономією, що дозволяє враховувати специфіку кожної області, як у випадку Харківської, що має свої унікальні виклики.

На національному рівні ключовим пріоритетом є формування цілісної післявоєнної стратегії розвитку системи охорони здоров'я. Вона має включати не лише відновлення медичних закладів, а й глибоку модернізацію принципів управління, фінансування та кадрової політики.

Передусім, актуальним є оновлення законодавчої бази. Протягом останніх років Україна зробила значний крок у напрямку реформи, започаткованої ухваленням Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Проте сучасні реалії потребують ухвалення нових рамкових актів, які б передбачали довгострокову політику відновлення галузі, модернізації стандартів медичної допомоги та забезпечення кадрової безпеки. Йдеться, зокрема, про необхідність розробки Закону про післявоєнну стратегію охорони здоров'я, що став би базою для гармонізації національних стандартів з нормами ЄС [6].

Важливим напрямом виступає цифровізація регуляторних процесів. Розвиток електронної системи eHealth та її інтеграція з даними Міністерства фінансів, НСЗУ, Центру громадського здоров'я створюють підґрунтя для відкритості й аналітичності управлінських рішень. Проте національна система потребує не лише технічного вдосконалення, а й зміни філософії управління — переходу до даних як основи регулювання. Для цього доцільно створити єдину державну аналітичну платформу HealthReg Portal, яка б дозволила у реальному часі відстежувати ефективність реформ [52].

Ще одним аспектом є розвиток фінансової автономії медичних закладів. Модель НСЗУ, заснована на принципі «гроші йдуть за пацієнтом», довела свою ефективність, однак потребує подальшої деталізації та гнучкості. Необхідно впровадити багаторівневі контракти між НСЗУ, регіональними структурами та закладами охорони здоров'я, що дозволить узгодити державні пріоритети з місцевими потребами. У цьому контексті варто врахувати європейський досвід (зокрема, Польщі та Литви), де національні агентства фінансування діють у тісній співпраці з місцевими урядами, розподіляючи повноваження щодо контролю, моніторингу та забезпечення якості послуг [41], [42].

Окрему увагу слід приділити людському капіталу, адже жодна реформа не може бути реалізована без достатньої кількості фахівців. Необхідно посилити державні програми розвитку медичних кадрів, орієнтовані на професійну перепідготовку, стимулювання повернення спеціалістів з-за

кордону та підтримку молодих лікарів. Для цього доцільно створити систему регіональних центрів розвитку медичного персоналу, що працюватимуть у координації з вищими навчальними закладами та МОЗ.

Регіональний рівень відіграє ключову роль у практичному втіленні реформ [6]. Харківська область, яка постраждала від воєнних дій, сьогодні демонструє приклад адаптивного управління: навіть в умовах дефіциту ресурсів та руйнувань тут реалізуються цільові програми стабілізації медичної системи[5].

Першочерговим завданням є модернізація системи управління [37]. Харківський департамент охорони здоров'я активно працює над створенням моделі інтегрованого управління через формування «госпітальних округів» і запровадження системи HealthNet Kharkiv, що координує діяльність лікарень у межах територіальних громад. Це дозволяє ефективніше розподіляти ресурси, уникати дублювання функцій і підвищувати якість надання допомоги.

Важливою складовою є інвестиції в інфраструктуру. Зруйновані або пошкоджені лікарні відновлюються з урахуванням принципів «безпечної лікарні» (safe hospital), що забезпечує їх стійкість до надзвичайних ситуацій [7]. Реалізація проєктів «Медичне відновлення Харківщини 2025–2030» передбачає залучення міжнародних донорів, зокрема ВООЗ, ЮНІСЕФ та ЄБРР [5].

Ще один пріоритет — цифровізація регіонального управління. Харківська область стала однією з перших, де впроваджено електронний кабінет закладів охорони здоров'я та систему телемедицини для взаємодії між лікарями у віддалених районах. Такі технології забезпечують неперервність медичної допомоги навіть у кризових умовах.

Не менш значущим є підвищення кадрової спроможності. Співпраця між Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації, ХНМУ та регіональними медичними центрами дозволяє формувати базу практичної підготовки лікарів-інтернів, підвищувати їхню компетентність у сфері менеджменту та публічного управління. Водночас регіон реалізує

програми матеріального стимулювання молодих фахівців — компенсацію житла, надбавки, соціальні пакети [5].

Окрему увагу слід приділити розвитку системи громадського здоров'я, адже війна різко підвищила потребу у профілактичних програмах, зокрема щодо психічного здоров'я, вакцинації та протиепідемічного моніторингу [5]. Харківська область поступово відновлює роботу лабораторних центрів і розвиває підхід «One Health» — цілісне бачення взаємозв'язку між здоров'ям людини, тварин і довкілля.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що вдосконалення державного регулювання медичних реформ має ґрунтуватися на поєднанні централізованих стратегічних підходів і гнучкої регіональної реалізації. Україна потребує комплексної моделі, у якій МОЗ і НСЗУ задають нормативно-стратегічний вектор, а регіональні органи охорони здоров'я забезпечують адаптацію рішень до місцевих умов [53].

Така система стане ефективною лише за умови: інтеграції цифрових інструментів управління, стабільного фінансування, формування кадрового резерву, посилення партнерства з міжнародними інституціями, розбудови системи громадського здоров'я.

Водночас регіональний рівень, на прикладі Харківщини, доводить, що навіть у кризових умовах можливо реалізовувати сучасні управлінські підходи, коли політика перетворюється на практику.

Системне реформування охорони здоров'я в Україні вимагає не лише оновлення нормативної бази, а насамперед чіткої стратегічної архітектури розвитку, що поєднує державне регулювання, міжвідомчу координацію, регіональну автономію та громадську участь. Післявоєнний етап відновлення країни створює унікальне вікно можливостей для формування якісно нової системи управління галуззю, заснованої на принципах сталості, підзвітності, цифрової інтеграції та людиноцентричності.

На національному рівні головною метою є побудова синергетичної моделі регулювання, що забезпечує узгодженість між законодавчими

ініціативами, бюджетною політикою та управлінськими інструментами. В умовах післявоєнного відновлення Міністерство охорони здоров'я України має переорієнтувати систему державного регулювання з реактивного на стратегічно-превентивний формат.

Першим ключовим орієнтиром стає створення стабільного нормативно-правового середовища, яке б відповідало вимогам інтеграції України до Європейського Союзу. Це передбачає кодифікацію законодавства у сфері медичних реформ, узгодження національних протоколів із директивами ЄС, ВООЗ та рекомендаціями ОЕСР. Особливої ваги набуває ухвалення Плану післявоєнного розвитку охорони здоров'я України як окремого стратегічного документа державного рівня.

Другою стратегічною метою є оптимізація фінансової архітектури системи охорони здоров'я. НСЗУ має трансформуватись із агенції, що виконує розподільчу функцію, у потужного аналітично-фінансового регулятора, здатного прогнозувати потреби у фінансуванні та коригувати розподіл ресурсів у реальному часі. Запровадження системи «інтелектуального контракування» дозволить створити прозору модель бюджетного планування та посилити підзвітність закладів охорони здоров'я [12].

Третім напрямом є цифровізація управління та моніторингу реформ. Йдеться не лише про розширення електронної системи eHealth, а про створення єдиної національної платформи HealthReg Gov Portal, яка акумулюватиме аналітичні дані, забезпечуватиме моніторинг реалізації реформ і зв'язок між центральним та регіональними рівнями управління. Відкритий доступ до інформації має стати інструментом суспільного контролю за ефективністю рішень.

Важливим компонентом є розвиток кадрового потенціалу галузі. Необхідно забезпечити цілеспрямовану підготовку управлінських кадрів нового покоління — фахівців, які розуміють як клінічну, так і управлінську складову системи. Підвищення кваліфікації державних службовців, впровадження

освітніх програм у сфері стратегічного управління та оцінювання політик у медицині створить основу для якісного реформування галузі.

Останнім стратегічним орієнтиром виступає розбудова системи громадського здоров'я як пріоритетного напрямку державного регулювання. Це включає посилення профілактичних програм, реагування на надзвичайні ситуації, епідеміологічний нагляд, а також запровадження принципу «One Health» у державні політики. Після пандемії COVID-19 та під час воєнних дій цей напрям набув стратегічного значення як індикатор національної безпеки.

Таким чином, державне регулювання на національному рівні має трансформуватись у комплексну систему, що ґрунтується на принципах сталості, прозорості, цифрової інтеграції та кадрової компетентності [22].

На регіональному рівні головним викликом є забезпечення стійкості функціонування медичної системи в умовах воєнного стану та подальшого відновлення. Харківська область виступає унікальним прикладом регіону, де державне регулювання поєднується із кризовим управлінням, гуманітарною координацією та стратегічним плануванням.

Основним завданням Департаменту охорони здоров'я ХОВА є переорієнтація системи управління на довгострокову перспективу, створення стратегічного бачення розвитку медичної мережі до 2030 року. Такий підхід передбачає формування стійкої інфраструктури, орієнтованої на безпеку пацієнта, енергоефективність і доступність. У цьому контексті регіональна стратегія має включати принципи «smart-regulation» — гнучкого регулювання, яке дозволяє швидко адаптувати управлінські рішення до змін у середовищі.

Другою стратегічною ціллю є побудова інтегрованої мережі медичних кластерів, що поєднує первинну, вторинну та високоспеціалізовану допомогу. Для Харківщини це має особливе значення, адже частина медичних закладів була пошкоджена або переміщена, і саме кластерна модель дозволяє зберегти доступність послуг у громадах навіть під час обмеженого фінансування.

Наступним пріоритетом є цифровізація регіонального управління. Важливо не лише розвивати телемедицину, але й створити регіональну

аналітичну платформу, інтегровану з національною eHealth. Це забезпечить моніторинг ефективності використання коштів, контроль за виконанням контрактів НСЗУ та оперативне реагування на зміни в потребах населення.

Кадрова політика на регіональному рівні повинна орієнтуватися на створення умов для збереження та розвитку людського потенціалу. Зокрема, Департамент охорони здоров'я ХОВА може виступати координатором регіональних програм підтримки молодих лікарів, партнерства з університетами та залучення міжнародних освітніх грантів.

Останній стратегічний вектор — розвиток системи громадського здоров'я регіону, що включає епідеміологічну стійкість, психологічну підтримку населення, програми зменшення тютюнопаління та алкоголізму, а також підготовку до кліматичних та екологічних ризиків, які впливають на здоров'я.

Таким чином, регіональна стратегія має поєднувати інноваційний підхід, децентралізацію управління, соціальну орієнтацію та гнучкість. Це забезпечить не лише стабільність у кризових умовах, але й сталий розвиток у післявоєнний період.

Розбудова системи державного регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні неможлива без чіткої узгодженості дій центральних і регіональних інституцій. Саме тому взаємозв'язок стратегічних рішень між цими рівнями є ключовим для ефективного управління реформами, сталого розвитку системи охорони здоров'я та забезпечення доступності якісних медичних послуг («Таблиця Д.1»).

На національному рівні формуються стратегічні цілі — такі як цифровізація охорони здоров'я, забезпечення фінансової стійкості системи, розвиток кадрового потенціалу та інтеграція у європейський простір охорони здоров'я [22]. На регіональному рівні (зокрема в Харківській області) ці цілі трансформуються у практичні завдання, спрямовані на:

- реалізацію програм eHealth на базі місцевих лікарень;
- посилення спроможності екстреної медичної допомоги;
- розвиток спеціалізованих центрів реабілітації;

- впровадження телемедицини в умовах воєнного стану.

Механізм вертикальної інтеграції полягає у поєднанні політичних рішень центрального рівня (МОЗ, НСЗУ, Кабмін) із виконавчими можливостями місцевих органів управління (Департаментів охорони здоров'я, лікарень, громад).

Наприклад: МОЗ формує нормативну базу та стратегію реформ; НСЗУ здійснює контрактування та контроль фінансування; департаменти охорони здоров'я ОДА організовують виконання програм і контроль на місцях; ОМС та ЗОЗ реалізують на практиці заходи з надання медичних послуг [32].

Регіональний рівень має також розвивати горизонтальні зв'язки — співпрацю між громадами, лікарнями, освітніми та науковими закладами.

У Харківській області сформовано ефективну мережу партнерств із міжнародними структурами (BOOZ, UNICEF, USAID), які надають ресурсну підтримку для модернізації системи та впровадження нових моделей управління [54].

Післявоєнний етап розвитку системи охорони здоров'я вимагатиме координації відбудови медичної інфраструктури. На національному рівні визначено пріоритети (Стратегія відновлення України 2030, План відновлення МОЗ), а регіони, зокрема Харківщина, вже розробляють регіональні плани реконструкції медичних закладів та відновлення кадрового потенціалу [53].

Взаємозв'язок стратегічних рішень базується на узгодженій аналітичній платформі. Національний SWOT-аналіз визначив ключові виклики — нестачу фінансування, кадрову кризу, цифрову нерівність. Регіональний SWOT і PEST аналізи дозволили деталізувати ці проблеми на місцевому рівні та сформулювати конкретні рішення (наприклад, створення обласного Центру цифрового здоров'я, пілотних проектів із відновлення лікарень у прифронтових громадах)[21].

Отже, взаємозв'язок стратегічних рішень між національним та регіональним рівнями є системоутворюючим фактором успішної реалізації медичних реформ. Синергія державного управління, фінансового планування,

кадрової політики та інноваційних технологій забезпечує цілісність і стабільність розвитку системи охорони здоров'я України [34]. Для ефективності потрібна єдина стратегічна рамка, в якій центральна політика МОЗ і конкретні дії регіонів (зокрема Департамент охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації) взаємно підсилюють одна одну, утворюючи стійку архітектуру реформ (Додаток Д).

Система державного регулювання у сфері охорони здоров'я України перебуває у процесі глибокої трансформації, спрямованої на забезпечення сталого розвитку, ефективного використання ресурсів і досягнення високої якості медичних послуг. Проведені аналітичні дослідження на національному та регіональному рівнях засвідчили, що ключові проблеми галузі мають як системний, так і інституційний характер, потребуючи комплексного підходу до їх розв'язання.

Одним із центральних напрямів удосконалення має стати посилення інституційної спроможності органів державної влади у сфері охорони здоров'я. На національному рівні це передбачає:

- підвищення ефективності міжвідомчої координації між МОЗ, НСЗУ, Мінфіном, Мінсоцполітики;
- запровадження єдиного центру стратегічного моніторингу політик охорони здоров'я;
- розробку цифрової системи оцінювання ефективності управлінських рішень.

На регіональному рівні, зокрема у Харківській області, важливим є формування регіонального центру стратегічного планування та аналітики в охороні здоров'я, який би виконував функції прогнозування потреб, аналізу даних eHealth, а також координації між лікарнями, громадами й обласними програмами.

Аналіз показав, що існуючий механізм фінансування медичних закладів через НСЗУ має суттєві переваги (прозорість, контрактна система), проте залишається залежним від централізованих рішень. Доцільно:

- удосконалити модель розподілу фінансування з урахуванням регіональної специфіки (прифронтові, гірські, сільські райони);
- запровадити елементи результативного бюджетування, де частина коштів виділяється за досягнення показників ефективності;
- створити механізм цільових фондів розвитку медичної інфраструктури на регіональному рівні;
- залучати кошти міжнародної технічної допомоги, благодійних фондів і приватного сектору через державно-приватне партнерство.

Однією з найгостріших проблем є кадрова нестача. Для її подолання необхідно розробити систему мотиваційних стимулів:

- впровадити програму “Лікар громади” із компенсацією оренди житла у сільських і прифронтових територіях;
- створити сучасну систему безперервної освіти медичних працівників з акцентом на цифрові навички, телемедицину та кризову медицину;
- запровадити єдину електронну платформу підвищення кваліфікації, синхронізовану з МОЗ та регіональними департаментами;
- сформувати кадрові резерви управлінців у медичній сфері.

Післявоєнне відновлення системи охорони здоров'я має базуватися на принципах стійкості, доступності та адаптивності. Для цього необхідно:

- розробити регіональні карти відновлення медичної інфраструктури, з урахуванням пошкоджень та логістичних можливостей;
- створити єдину базу об'єктів, що підлягають реконструкції, з відкритим доступом;
- забезпечити нормативне врегулювання щодо відбудови лікарень у зонах ризику та тимчасового переміщення закладів;
- інтегрувати принципи “здоров'я в усіх політиках” у плани регіонального розвитку.

Державне регулювання має забезпечити тотальну цифрову інтеграцію усіх ланок системи:

- розширити функціонал системи eHealth для аналітики, прогнозування та управління ресурсами [12];
- розвинути мережу телемедичних центрів у громадах;
- впровадити інструменти штучного інтелекту для аналізу даних щодо захворюваності та ефективності лікування;
- запровадити електронну медичну карту пацієнта як обов'язкову складову лікувального процесу.

Таким чином, підтверджено, що реформа системи охорони здоров'я — це не лише медичне чи фінансове питання, а комплексний процес державного управління. Для його реалізації необхідне узгодження дій між центральними та регіональними структурами, а також забезпечення гнучкого механізму адаптації до кризових умов.

На загальнодержавному рівні виявлено ключові тенденції й потреби стратегічного розвитку. Окремо слід відзначити, що національна стратегія розвитку охорони здоров'я має враховувати післявоєнні виклики — відновлення інфраструктури, забезпечення кадрової стійкості та інтеграцію підходів до реабілітації постраждалих громадян.

Дослідження діяльності Департаменту охорони здоров'я Харківської ОВА показало, що саме регіональна ланка стала ключовим виконавцем державної політики під час воєнного стану. Регіон реалізує складні управлінські завдання: евакуацію пацієнтів, координацію медичних закладів, організацію телемедичних проєктів, закупівлю обладнання, співпрацю з міжнародними донорами [26].

Водночас існують системні обмеження: нестача фінансування, дефіцит кадрів, руйнування інфраструктури, нерівномірний доступ населення до послуг. Це вимагає створення дієвого механізму регіональної автономії у плануванні розвитку системи охорони здоров'я, щоб області могли оперативно реагувати на зміни та приймати власні рішення в межах державної стратегії.

Встановлено, що ефективність державного регулювання можлива лише за умови єдності стратегічних рішень на національному та регіональному рівнях.

Розроблені пропозиції, наведені у цьому розділі, мають практичне застосування для органів влади. Отримані результати підтверджують, що державне регулювання медичних реформ в Україні має значний потенціал для вдосконалення.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання магістерської роботи на тему «Державне регулювання медичних реформ та стратегії розвитку у системі охорони здоров'я» отримано комплексні наукові та практичні результати, які узагальнюють сутність, тенденції, проблеми й перспективи удосконалення державного регулювання у сфері охорони здоров'я України.

1. Визначено сутність і принципи державного регулювання у сфері охорони здоров'я. У роботі розкрито, що державне регулювання у медичній сфері ґрунтується на принципах справедливості, доступності, ефективності, орієнтації на результат та субсидіарності. Доведено, що сучасна модель державного управління в охороні здоров'я поєднує адміністративно-правові, фінансово-економічні та стратегічні механізми впливу, які забезпечують узгодженість політики національного, регіонального та місцевого рівнів.

2. Систематизовано етапи реформування медичної галузі України. У роботі структуровано ключові фази трансформації — від децентралізації та створення НСЗУ до запуску Програми медичних гарантій, розвитку автономії закладів та формування електронної системи охорони здоров'я. Узагальнено, що реформування має поступовий і хвильовий характер, а його результативність суттєво залежить від узгодженості нормативної бази, фінансування та кадрової спроможності.

3. Проаналізовано управлінські виклики, спричинені COVID-19, повномасштабною війною та потребою стратегічного відновлення. Встановлено, що пандемія та війна стали тестом на стійкість системи охорони здоров'я. Доведено, що ключові виклики пов'язані з перевантаженням лікарень, руйнуванням інфраструктури, дефіцитом кадрів, потребою швидкої цифровізації та необхідністю гнучкого управління ресурсами. Визначено, що саме ці кризові події пришвидшили впровадження телемедицини,

маршрутизації пацієнтів, нових моделей екстреної медицини та механізмів міжрегіональної взаємодії.

4. Вивчено діяльність основних органів державного регулювання охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях. У роботі описано функціональну взаємодію МОЗ, НСЗУ, Міністерства фінансів, Кабінету Міністрів та профільних підрозділів обласних адміністрацій. Встановлено, що ефективність державної політики залежить від чіткості розподілу повноважень, актуальності нормативної бази, рівня цифрової інтеграції та здатності органів влади забезпечувати стає фінансування медичних послуг. На прикладі Харківської області проаналізовано практичні аспекти управління медичною мережею в умовах війни.

5. Оцінено ефективність запроваджених реформ на основі статистичних, організаційних та правових показників. Встановлено, що реформи принесли системні зміни — перехід до фінансування «за послугу», розвиток конкуренції між закладами, підвищення прозорості бюджету, покращення доступності первинної медичної допомоги. Водночас виявлено чинники, які знижують результативність: нерівномірність фінансування між регіонами, кадровий дефіцит, перевантаження лікарень на сході країни, недосконалість маршрутизації, повільне впровадження електронних сервісів у громадах. У роботі підтверджено, що для сталого розвитку реформ потрібне посилення стратегічного планування та міжвідомчої координації.

6. Сформульовано конкретні пропозиції щодо вдосконалення системи регулювання й стратегічного управління охороною здоров'я. У третьому розділі розроблено комплекс управлінських рішень на національному та регіональному рівнях: удосконалення фінансової моделі ПМГ, розвиток цифрових сервісів eHealth, формування регіональних планів відновлення інфраструктури, зміцнення кадрового потенціалу, розширення партнерства з міжнародними організаціями, підвищення спроможності закладів до автономії, впровадження системної оцінки якості медичних послуг. Сформовано дерево

стратегічних пріоритетів МОЗ та пропозиції для Харківської області з урахуванням PEST- та SWOT-аналізу.

7. Визначено практичну цінність результатів дослідження з рекомендаціями запровадження у практичній площині

- МОЗ України — для вдосконалення механізмів державного стратегічного планування, розроблення галузевих програм і цифрових ініціатив для розробки єдиної електронної платформи моніторингу реформ;

- НСЗУ — для оптимізації фінансового контролю, контракування медичних послуг і підвищення прозорості закупівель та удосконалення системи управлінської підзвітності МОЗ та НСЗУ[32]

- Департаментами охорони здоров'я ОВА — для впровадження регіональних стратегій розвитку, програм післявоєнного відновлення та кризового реагування та для розширення ролі регіональних департаментів у стратегічному плануванні;

- закладами охорони здоров'я — для удосконалення управління ресурсами, підвищення якості медичних послуг і впровадження інновацій.

Таким чином, у магістерській роботі доведено актуальність і доцільність державного регулювання медичних реформ як ключового чинника розвитку системи охорони здоров'я України. Результати дослідження узгоджуються з сучасним рівнем наукових знань, мають теоретичну новизну, практичну значущість та можуть бути використані у формуванні державної політики, регіональних програм і наукових розробок у сфері публічного управління.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративна реформа для людини (науково-практичний нарис)/ І. Б. Коліушко та ін. Київ : Факт, 2001. 72 с.
2. Битяк Ю. П. Державна служба в Україні: організаційно-правові засади : монографія. Харків : Право, 2005. 304 с.
3. Бюджетний кодекс України: Закон України від 08.07.2010 № 2456-VI. URL:<https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.11.2025).
4. Вашеv О. Є., Бугаєв В. Ю. Зарубіжний досвід державного регулювання медичного обслуговування сільського населення (на прикладі країн ЄС, Канади, Польщі, Литви). Державне будівництво. 2025. № 1. С. 492–503. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2025_1_37 (дата звернення: 01.08.2025).
5. Вашеv О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. 2015. Вип. 1. С. 101–106. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2015_1_18 (дата звернення: 10.11.2025).
6. Вашеv О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. Теорія та практика державного управління. 2014. Вип. 4. С. 197–204. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2014_4_29 (дата звернення: 10.10.2025).
7. Вашеv О. Є., Хижняк С. В. Правові механізми розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. 2024. Вип. 2. С. 314–327.
8. Волчанська Л. Д. Реформування первинної медичної допомоги: оцінка ефективності : стаття. 2020.
9. Гиря В. Українське законодавство у сфері охорони здоров'я: аналіз і напрями вдосконалення : публікація. 2021.

10. Гладун З. Правові засади охорони здоров'я в Україні : монографія. Київ, 2017.
11. Грузева Т. С. Громадське здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку : стаття. 2019.
12. Державна служба статистики України. Офіційні статистичні дані (статистичні збірники «Охорона здоров'я України», «Україна у цифрах», 2015–2024). URL: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 01.09.2025–10.11.2025).
13. Дорофєєва Т. В.: проблеми правового забезпечення : стаття. Київ : Журнал, 2019. 24 с.
14. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / наук.-ред. колегія. Київ : НАДУ, 2011. Т. 5. 408 с.
15. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» : № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.11.2024).
16. Закон України «Про Кабінет Міністрів України» : № 794-VII від 27.02.2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.11.2024).
17. Закон України «Про центральні органи виконавчої влади» : № 3166-VI від 17.03.2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.11.2024).
18. Каранник О. Звіти ДОЗ ХОВА 2023–2024. (внутрішні документи).
19. Кізіма С. С. Економіка охорони здоров'я: фінансування, моделі, реформи : монографія. Київ : Вид-во, 2020. 312 с.
20. Конституція України : Закон України №254к/96-ВР від 28.06.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.11.2024).
21. Кузьменко Ю. Урбанізація та доступ до медичних послуг: регіональний аналіз : стаття. 2022.
22. Лехан В. М., Крячкова Л. В. Управління охороною здоров'я: стратегічні підходи та моделі розвитку. Дніпро : Медкнига, 2020. 240 с.
23. Максименко С. Державна політика у сфері охорони здоров'я: стратегічний вимір : монографія. Київ : Вид-во, 2019. 198 с.

24. Матвійчук А. Механізми державного регулювання у сфері медичної допомоги : стаття. 2018.
25. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. Київ : МОЗ, 2021. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 20.11.2025).
26. Мусієнко О. М. Організаційно-правові засади управління закладами охорони здоров'я : підручник. Київ, 2017. 288 с.
27. Наказ ДОЗ ХОВА «Про впровадження телемедичних сервісів у закладах охорони здоров'я області». Харків, 22.02.2024.
28. Наказ ДОЗ ХОВА «Про організацію медичної евакуації в умовах активних бойових дій». Харків, 05.03.2024.
29. Наказ МОЗ України № 504 «Про удосконалення системи надання медичної допомоги» (ред. 2023). Київ : МОЗ.
30. Наказ МОЗ України № 590 «Про організацію роботи закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану». 10.03.2022.
31. Нечитайло І. М. Державне регулювання медичної допомоги: теоретико-правові засади : монографія. Харків : Вид-во, 2016.
32. НСЗУ. Звіт про виконання Програми медичних гарантій за 2024 рік. Київ : НСЗУ, 2025. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2025).
33. Огнєв В. А. (ред.) Соціальна медицина, громадське здоров'я. У 4 т. Т. 3. Організація охорони здоров'я : навч. посіб. Харків : ХНМУ, 2023. 404 с.
34. Пархоменко-Куцевіл О. М. Державне управління і стратегічне планування у сфері охорони здоров'я : стаття. 2020.
35. План відновлення України (Health Chapter): урядовий документ, 2024.
36. Реформа первинної медичної допомоги (аналітичні матеріали) : збірник, 2019–2023.
37. Сердюк А. М. Національна система громадського здоров'я: управлінський аспект : монографія. Київ, 2018.

38. Шевченко М. Оцінка ефективності роботи НСЗУ у системі державного управління : аналітична доповідь. 2022.
39. Шульга М. Законодавче забезпечення реформування охорони здоров'я : огляд. 2021.
40. Cylus J., Richardson E. Health Financing Policy in Europe : аналітичний звіт. London : Observatory, 2021.
41. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition: Lithuania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022.
42. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition: Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023.
43. Karanikolos M. Economic Crisis and Health System Performance : монографія. Oxford : Publisher, 2019.
44. Kruk M. et al. Health System Resilience: New Framework for Post-Crisis Recovery. Lancet, 2021.
45. Kutzin J. Health Financing for Universal Coverage : WHO Discussion Paper, 2018.
46. OECD. Health at a Glance: Europe 2023. Paris : OECD Publishing, 2023. URL: https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en (дата звернення: 15.10.2025).
47. Rancic N., Jakovljevic M. Long-term Health Expenditure Trends in Europe : дослідження. 2020.
48. Rechel B. Organization and Financing of Health Care in Wartime : стаття/звіт. 2022.
49. Reinhold S., Anderson G. Public Health Governance Models in OECD Countries : книга. 2019.
50. Sagan A. Health Systems in Transition: Poland : monograph. 2023.
51. Saltman R., Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. Copenhagen : WHO, 2018.
52. Smith P. Performance Measurement for Health System Improvement : книга. 2017.

53. UNDP. Recovery and Resilience of Health Services in Eastern Ukraine : звіт. 2024.
54. UNICEF. Assessment of Ukrainian Primary Care 2022. UNICEF Report, 2022.
55. van Ginneken E., Busse R. Patterns of Health System Financing in Europe : дослідження. 2019.
56. WHO. Ukraine Health System Review (HiT Series). European Observatory report, 2023.
57. WHO. WHO Global Health Strategy 2022–2030. Geneva : WHO, 2022. URL: <https://www.who.int> (дата звернення: 10.11.2025).
58. World Bank. Paying for Performance in Health Care : звіт. 2016.
59. World Bank. Ukraine: Health System Transformation Roadmap. Washington, DC : World Bank, 2023. URL: <https://documents.worldbank.org> (дата звернення: 12.11.2025).



Рисунок А.1 - Розподіл функцій державного регулювання в системі охорони здоров'я [16], [17]

ДОДАТОК Б

Таблиця Б.1 – Нормативно-правові акти, що регламентують державне регулювання охорони здоров'я в Україні [39].

Рівень	Тип документа	Назва/номер	Основний зміст та функції
Конституційний	Конституція України	Ст. 49	Гарантує право на охорону здоров'я, безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних ЗОЗ [20]
Законодавчий (базовий)	Закон України	№ 2801-ХІІ від 19.11.1992 «Основи законодавства про охорону здоров'я»	Визначає принципи діяльності медичної системи, взаємодію з міжнародними нормами
	Закон України	№ 2168-VIII від 19.10.2017 (ред. 27.03.2025)	Визначає Програму медичних гарантій, модель «гроші йдуть за пацієнтом»
Спеціальний законодавчий	Закон України	№ 2206-VIII від 14.11.2017	Забезпечення сільської медицини та інфраструктурної доступності
Підзаконний	Постанова КМУ	№ 1503 від 24.12.2024	Регламентує фінансування, тарифи, коефіцієнти під час воєнного стану [16]
	Накази МОЗ	різні (щорічно оновлюються)	Затверджують протоколи, стандарти, порядок укладання договорів з НСЗУ
	Розпорядження НСЗУ	договірні типові форми, моніторинг	Регулювання контракування та звітності [32]
Міжнародний	Угоди та конвенції	Статут ВООЗ, Європейська соціальна хартія, FCTC	Міжнародні зобов'язання у сфері охорони здоров'я, прав людини, громадського здоров'я
Регіональний	Наказ ДООЗ ХОВА	№ 42 від 05.03.2024	Організація медичної евакуації у прифронтових районах
	Постанова ХОВА	№ 18 від 12.11.2023	План відновлення медзакладів у постраждалих громадах
	Наказ ДООЗ ХОВА	№ 15 від 18.02.2025	Зміни до звітності ЛПЗ щодо використання коштів ПМГ у бойових умовах

ДОДАТОК В



Рисунок В.1 - Програми реалізовані ДООЗ ХОБА у 2024–2025 рр

ДОДАТОК Г



Рисунок Г.1 - PEST-аналіз охорони здоров'я України у 2024-2025 роках

 STRENGTHS	 WEAKNESSES
• Наявність базового законодавства та стратегій • Інституційна структура • Досвід реформ після 2017 року • Підтримка міжнародних партнерів • Доступність цифрових інструментів	• Фрагментарність управління • Нерівномірне фінансування • Кадрова криза • Нестійкість системи в умовах воєнного часу • Недостатня прозорість і підзвітність
 OPPORTUNITIES	 THREATS
• Післявоєнна відбудова • Цифрова трансформація • Фінансування через міжнародні програми • Участь громадянськості • Децентралізація та реформа САМ	• Продовження війни • Політична нестабільність • Міграція населення • Інфляція та нестабільність бюджету • Кібератаки та втрата даних

Рисунок Г.2 - SWOT-аналіз національного рівня

STRENGTHS	WEAKNESSES
• внутрішня нормативна база • структура організації • трудові ресурси • здійснені програми • система планування • фінансові та капітальні ресурси • придатність обліку • система зв'язку • система внутрішнього контролю та аудиту	• Фрагментність ВНБ • Перевантаженість функціоналу та обмежена координація • Виснаження ТР, недостатня фахова підготовка • Низький рівень інтеграції недостатня деталізація стратегій • Бюджетна залежність, нерівномірне фінансування • Повільне оновлення ІТ та недостатня інтеграція з ЕСОЗ • Уразливість ліній зв'язку, недостатні канали зв'язку • Обмеженість і труднощі
OPPORTUNITIES	THREATS
• Підтримка міжнародних організацій • Післявоєнне реформування, децентралізація як підґрунтя для гнучкої регіональної політики • Розвиток цифрових сервісів • Інтеграція з національними проектами відбудови	• Активна фаза бойових дій, високий рівень міграції фахівців • Нестабільність держфінансування ризик переривання донорської підтримки • Політичні ризики

Рисунок Г.3 - SWOT-аналіз регіонального рівня [18], [21]

ДОДАТОК Д

Таблиця Матриця стратегічних зв'язків державного регулювання медичних реформ в Україні (національний і регіональний рівні) [34]

Проблема / виклик	Рівень	Стратегічна відповідь (напрямок)	Очікуваний результат
Недосконалість нормативно-правової бази, фрагментарність законодавства	Національний	Гармонізація законодавства із стандартами ЄС, створення єдиного кодифікованого медичного кодексу	Єдність регуляторного поля, зниження дублювання функцій, підвищення правової визначеності
Нерівномірність фінансування між регіонами	Національний / Регіональний	Впровадження механізму програмно-цільового фінансування та гнучких контрактів НСЗУ	Прозоре бюджетне планування, підвищення ефективності використання коштів
Дефіцит кадрів у регіонах та еміграція медпрацівників	Регіональний	Запровадження регіональних програм мотивації, партнерств із ВНЗ та міжнародними фондами	Утримання молодих фахівців, підвищення кадрової стабільності
Відсутність цифрової інтеграції між рівнями управління	Обидва рівні	Створення національної платформи HealthReg Portal та регіональних аналітичних модулів	Безперервний моніторинг, прогнозування ризиків, доступ громадян до даних [12]
Недостатній рівень комунікації між МОЗ, НСЗУ та регіонами	Національний / Регіональний	Запровадження системи міжвідомчих координаційних рад, відкритих звітів і регіональних форумів	Підвищення взаємодії, зменшення управлінських розривів
Руйнування медичної інфраструктури внаслідок воєнних дій	Регіональний	Інтегроване планування реконструкції та розбудови медичних кластерів	Відновлення доступності допомоги, підвищення енергоефективності системи
Низький рівень профілактичної медицини	Національний	Розвиток системи громадського здоров'я, програми профілактики та скринінгу	Зниження тягаря захворювань, підвищення тривалості життя
Обмежена участь громадськості у прийнятті рішень	Регіональний	Інституціоналізація громадських рад при ДОЗ, участь громад у розробці стратегій	Зміцнення довіри, підзвітність влади перед громадянами