

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  
МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ACQUIS ЄС

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

\_\_\_\_\_ Олег КОТКОВ

Науковий керівник роботи:  
кандидат наук з державного управління,  
доцент

\_\_\_\_\_ Надія МИРНА

Харків – 2025

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ.....	8
1.1 Теоретичні підходи до визначення сутності та змісту механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	8
1.2 Структура функціональних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я .....	18
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	27
2.1 Нормативно-правове та інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України .....	27
2.2 Проблеми та виклики публічного управління системою охорони здоров'я України.....	39
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ.....	50
3.1 Пріоритети гармонізації національної політики охорони здоров'я з вимогами acquis ЄС .....	50
3.2 Пропозиції щодо вдосконалення організаційно-правових та управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я України .....	60
ВИСНОВКИ .....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74

## ВСТУП

Система охорони здоров'я України (ОЗ) переживає етап глибокої трансформації, що відбувається під критичним впливом двох ключових чинників: внутрішньої реформи, яка запровадила ринкові механізми фінансування, та безпрецедентних зовнішніх викликів, зумовлених повномасштабною військовою агресією, гуманітарною кризою та прискореним курсом на європейську інтеграцію. В умовах, коли ефективність традиційних адміністративних механізмів виявляється неспроможною забезпечити стійкість і гнучкість системи, питання теоретичного осмислення та практичного вдосконалення механізмів публічного управління ОЗ набуває особливої актуальності.

Сучасний стан публічного управління у цій сфері позначений наявністю системних структурних проблем. Йдеться, зокрема, про правові неузгодженості між конституційно гарантованим правом на безоплатну медичну допомогу та моделлю фінансування «оплата за послугу», що запроваджується через стратегічні закупівлі; про загострену в умовах війни кадрову нестачу й регіональні дисбаланси; а також про фрагментарність управлінських рішень і слабку міжвідомчу взаємодію. Сукупність цих чинників істотно обмежує ефективність державної політики та знижує спроможність системи до стійкого відновлення.

Курс на вступ до Європейського Союзу (ЄС) перетворює гармонізацію політики охорони здоров'я з вимогами *acquis communautaire* на фундаментальний механізм внутрішньої модернізації. Успішна імплементація європейських норм, які охоплюють громадське здоров'я, фармацевтичне регулювання та цифровізацію, вимагає не лише формального прийняття законів, а й розбудови інституційної спроможності та прозорості управління. Таким чином, розроблення науково обґрунтованих пропозицій щодо вдосконалення організаційно-правових та управлінських механізмів, які поєднують принципи

Нового публічного врядування (NPG) та інституційного підходу, є критично важливим для формування стійкої, пацієнтоорієнтованої та інтегрованої в європейський простір системи охорони здоров'я України.

Проблематика формування сучасних, дієвих та науково обґрунтованих механізмів публічного управління в різних секторах державної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я, посідає провідне місце в роботах численних українських дослідників. У вітчизняному науковому дискурсі системно розкрито різні аспекти модернізації управління та забезпечення ефективності функціонування галузі у працях таких авторів, як М. Білинська, З. Гладун, О. Газіна, Карамішев, В. Лазоришинець, В. Лобас, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, О. Предместніков, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош та ін.

Суттєвий науковий внесок у вивчення процесів трансформації державного управління охороною здоров'я здійснили також Ю. Вороненко, Н. Герасименко, Л. Гриценко, В. Москаленко, В. Макуха, К. Найштетік, Ф. Радиш, Г. Слабкий, М. Солоненко, М. Шкода, М. Шутов та інші дослідники, які зосереджували увагу на інституційних змінах, удосконаленні нормативно-правового забезпечення, запровадженні інноваційних управлінських інструментів та підвищенні ефективності медичної системи в умовах соціально-економічних трансформацій.

У сучасних умовах, коли українська система охорони здоров'я переживає багатовимірні зовнішні виклики та внутрішні структурні зміни, зростає потреба у пошуку нових концептуальних підходів, здатних забезпечити її адаптацію до міжнародних та передусім європейських стандартів. Гармонізація з вимогами Європейського Союзу, імплементація асquis у сфері громадського здоров'я, фармацевтичного регулювання, цифрових стандартів та якості медичної допомоги вимагають ґрунтовного наукового аналізу, обґрунтування напрямів розвитку та підготовки відповідних управлінських рішень.

Саме тому актуальність даної теми зумовлюється необхідністю комплексного дослідження теоретичних засад і практичних механізмів оновлення організаційно-правового забезпечення системи охорони здоров'я

України, а також розробленням пропозицій, спрямованих на її адаптацію до європейських підходів управління, що визначає логіку вибору мети, завдань та структури цього дослідження.

*Мета і завдання дослідження.* Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та визначення напрямів удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я України в контексті імплементації *acquis* ЄС.

Досягнення визначеної мети зумовило необхідність вирішення таких завдань:

- визначити сутність та зміст механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я на основі аналізу провідних концепцій;
- систематизувати функціональні механізми публічного управління (правовий, організаційний, економічний, інформаційний) та їхню роль у забезпеченні стійкості системи охорони здоров'я;
- проаналізувати нормативно-правове та інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України, включаючи архітектуру суб'єктів управління;
- виявити та систематизувати ключові проблеми і виклики публічного управління системою охорони здоров'я України в умовах воєнного стану;
- обґрунтувати пріоритети гармонізації національної політики охорони здоров'я з вимогами Європейського Союзу (*acquis communautaire*) за ключовими напрямками;
- розробити пропозиції щодо вдосконалення організаційно-правових та управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я, спрямованих на посилення прозорості, координації та відповідності європейським стандартам.

*Об'єкт дослідження* – процес формування та реалізації політики України у сфері охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.

*Предмет дослідження* – механізми публічного управління системою охорони здоров'я України в контексті імплементації *acquis* ЄС.

*Методи дослідження.* Методологія дослідження ґрунтується на

застосуванні комплексу загальнонаукових та спеціальних методів наукового пізнання для забезпечення достовірності та обґрунтованості отриманих результатів. Системний підхід використано для вивчення системи охорони здоров'я як цілісного, ієрархічного об'єкта, що перебуває у постійному розвитку та взаємодії із зовнішнім середовищем. Застосування інституціонального та структурно-функціонального аналізу дозволило визначити сутність функціональних механізмів публічного управління (правового, організаційного, економічного, інформаційного) та оцінити роль ключових суб'єктів управління (МОЗ, НСЗУ) у процесі реформування. Для зіставлення нормативно-правового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України з європейськими стандартами та вимогами *acquis communautaire* застосовано порівняльно-правовий метод. Формально-логічний метод (аналіз, синтез, індукція, дедукція) був використаний для теоретичного обґрунтування концептуальних засад дослідження, а також для формулювання висновків і практичних пропозицій.

Практичне значення отриманих результатів полягає у формуванні науково обґрунтованих рекомендацій, спрямованих на вдосконалення законодавчих, організаційних та управлінських механізмів у процесі імплементації *acquis* Європейського Союзу в сфері охорони здоров'я України. Запропоновані у дослідженні положення створюють методологічну та практичну основу для підвищення ефективності публічного управління під час адаптації та застосування європейських норм, зокрема в контексті розроблення, реалізації та моніторингу реформ, необхідних для майбутнього членства України в ЄС.

Отримані результати можуть бути використані як практичний інструментарій для вдосконалення механізмів державного регулювання діяльності суб'єктів системи охорони здоров'я, гармонізації національного законодавства з директивами та регламентами ЄС, а також формування стратегічних документів сектору відповідно до європейських стандартів. Крім того, напрацьовані висновки сприятимуть посиленню інституційної спроможності органів державної влади у сфері охорони здоров'я та підвищенню

результативності взаємодії України з інституціями Європейського Союзу в межах процесу інтеграції до єдиного європейського простору охорони здоров'я.

Запропоновані у магістерській роботі теоретичні положення, висновки і рекомендації можуть бути також використані:

- органами публічної влади всіх рівнів управління галузі охорони здоров'я для обґрунтування та здійснення управлінських рішень;
- у навчальному процесі в ННІ «Інституту державного управління» та інших вищих навчальних закладах за програмами підготовки магістрів публічного управління та адміністрування, зокрема при розробці та викладанні модулів, пов'язаних із питаннями щодо формування та реалізації державної політики у сфері європейської інтеграції.

*Апробація результатів дослідження.* Основні теоретичні положення, висновки і пропозиції, сформульовані в роботі, розглядалися й обговорювалися на засіданнях кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції ННІ «Інституту державного управління».

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

### 1.1 Теоретичні підходи до визначення сутності та змісту механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я України питання теоретичного осмислення механізмів публічного управління набуває особливої актуальності. Від ефективності цих механізмів залежить здатність держави забезпечити стійкість та результативність сектору охорони здоров'я, адаптувати його до викликів воєнного часу, гібридних загроз, демографічних змін та фінансових обмежень. У ситуації, коли медична реформа демонструє як успіхи, так і структурні диспропорції, саме ґрунтовний аналіз теоретичних підходів до визначення сутності й змісту механізмів управління дозволяє сформуванню науково обґрунтовану платформу для модернізації галузі.

Публічне управління в охороні здоров'я виступає складною багаторівневою системою, у якій відбувається взаємодія різноманітних суб'єктів: держави, органів місцевого самоврядування, медичних закладів, професійних асоціацій, міжнародних організацій, приватного сектору, громадян та пацієнтських спільнот. Така поліцентричність управління актуалізує необхідність системного перегляду теоретичних засад, на яких ґрунтується діяльність галузі. Адже механізми, через які публічна влада здійснює вплив на розвиток охорони здоров'я, дедалі частіше виходять за межі традиційного адміністративного регулювання та охоплюють інструменти координації, мережевої взаємодії, стимулювання, партнерства й забезпечення публічної цінності.

У науковому середовищі спостерігається зростання інтересу до концептуальної еволюції публічного управління, яка відбувалася протягом останніх десятиліть – від класичної моделі державного адміністрування до Нового публічного менеджменту (NPM), Нового публічного врядування (NPG) та інституціонального підходу. Кожна з цих концепцій пропонує власне бачення того, які механізми є релевантними для досягнення результативності в охороні здоров'я, а також по-різному відповідає на питання щодо ролі держави, автономії організацій, значення ринку, партнерства і громадської участі. Це зумовлює потребу у ґрунтовному порівняльному аналізі, який дає можливість зрозуміти, які саме ідеї варто інтегрувати у вітчизняну практику управління.

Особливе значення має також уточнення змісту та сутності механізмів управління, адже від коректності наукових дефініцій залежить здатність державних інституцій проєктувати й впроваджувати ефективну політику у сфері охорони здоров'я. Механізми публічного управління не є суто технічними інструментами - це складні системні конструкції, що включають правові, організаційні, економічні, інформаційні та соціальні компоненти. Їх ефективність визначається взаємодією між окремими складовими, рівнем інституційної спроможності та відповідністю сучасним концептуальним підходам до організації державної влади.

У цьому контексті теоретичне дослідження механізмів публічного управління виступає не лише академічним завданням, а й практичною необхідністю. Воно створює підґрунтя для формування збалансованої, науково обґрунтованої управлінської моделі, здатної забезпечити високу якість медичних послуг, ефективне використання ресурсів і стале функціонування системи охорони здоров'я в умовах масштабних внутрішніх і зовнішніх викликів.

Дослідження механізмів управління у такій специфічній галузі, як охорона здоров'я, вимагає чіткого розмежування базових категорій. Сучасна наукова парадигма пропонує відхід від традиційного «Державного управління» (State Administration), яке фокусується на ієрархії, внутрішній процедурі та контролі з боку центральних органів, до більш широкого поняття «Публічне управління»

(Public Governance).

Публічне управління визначається як динамічний процес прийняття рішень та формування політики (decision/policy making process), що зміщує фокус з виключно державних структур на багатоаспектну взаємодію акторів. Ця концепція акцентує увагу не лише на процесі, а й на методах і результативності прийняття рішень, яка вимірюється за такими ключовими параметрами, як чутливість (до потреб громадян), результативність, ефективність та професіоналізм. Критично важливим елементом є вимір взаємодії (interaction) та способу, у який будуються відносини між різними зацікавленими сторонами (акторами) [58]. Саме необхідність керувати цими відносинами, залучаючи недержавні структури, є фундаментальною відмінністю публічного управління.

Охорона здоров'я за своєю суттю є невіддільною складовою соціальної сфери. Вітчизняні науковці активно досліджують теоретичні підходи до визначення самої категорії «соціальна сфера», що необхідні для коректного окреслення об'єкта управління. У наукових працях, зокрема, Кальницької М. А., що базуються на дослідженнях українських вчених (як-от А. Скуратівський, Е. М. Лібанова), виділяють три основні теоретичні підходи до розуміння соціальної сфери: 1) процесуальний підхід (соціальні процеси та форми соціальної діяльності спрямовані на підвищення рівня життя у суспільстві); 2) змістовий підхід (спрямований на змістове наповнення поняття «соціальна сфера»); 3) інституційний підхід (розглядає інституційні одиниці, які забезпечують у суспільстві підвищення рівня життя). Соціальна сфера як важлива сфера національної економіки України на даному етапі є складною і динамічною системою, у якій відбуваються кількісні і якісні зміни, ця система постійно змінює напрями розвитку і трансформації, проте сьогодні вона характеризується низькою ефективністю функціонування [13].

Згадана вище вимога щодо «взаємодії між акторами» виступає не просто технічним аспектом, а фундаментальною передумовою для застосування сучасних управлінських концепцій, таких як «нове публічне врядування» (NPG) та створення публічної цінності (Public Value). Управління здоров'ям населення,

яке є складним соціальним феноменом, вимагає залучення громадян, медичних працівників, приватного сектору та різних рівнів влади. Таким чином, вже на етапі визначення категорії «Публічне управління» закладається теоретична основа для аналізу мережевих, а не лише ієрархічних, механізмів.

У науковій літературі механізм управління розглядається через призму системного підходу. Українська наукова школа визначає механізм як складну сукупність, що включає принципи, методи, засоби та інструменти, а також взаємозв'язки між ними, що забезпечують процес досягнення управлінських цілей. Відповідно до системного підходу, механізми мають відповідати об'єктивні вимогам, таким як адекватність, комплексний підхід та цілісність системи. При цьому основними її характеристики повинні бути організованість, ієрархічність і багаторівневність, нерозривна єдність із зовнішнім оточенням і середовищем [12].

Використання системного підходу є необхідним для того, щоб адекватно описати «сутність» та «зміст» механізмів публічного управління.

Сутність (для чого) цього підходу полягає у створенні та підтриманні безперервного процесу розвитку об'єкта управління. У контексті системного бачення управлінських процесів це означає, що система отримує на «вході» певні ресурси - людські, матеріальні, фінансові, інформаційні чи інституційні, які відображають потенційні можливості розвитку. Далі ці ресурси трансформуються через комплекс управлінських рішень, інструментів та механізмів. У результаті на «виході» формується досягнення визначених цілей державного (публічного) регулювання, що проявляється у підвищенні ефективності функціонування системи, покращенні якості послуг, зміцненні спроможності інститутів або забезпеченні сталого розвитку відповідної сфери. Таким чином, сутність механізму полягає не лише у перетворенні ресурсів на результати, а й у цілеспрямованому впливі держави для реалізації стратегічних цілей управління.

Зміст (з чого складається) формується на основі принципів функціональної декомпозиції, яка дає змогу розкласти складний управлінський процес на логічно

пов'язані елементи. Механізм постає як цілісна й взаємодоповнювана система, що охоплює сукупність економічних відносин і визначальних принципів організації діяльності. До його складу входять інформаційні, організаційні, мотиваційні, кадрові та фінансово-економічні компоненти, між якими існують тісні взаємозв'язки. Кожна з цих складових забезпечує реалізацію окремих управлінських функцій, а разом вони формують комплексний інструментарій впливу та координації, необхідний для ефективного функціонування системи. Тобто, механізм виступає інструментом, що здійснює відповідні дії над керованим об'єктом, враховуючи при цьому вплив факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, з метою досягнення певного управлінського результату [41].

За функціональною ознакою, у змісті механізму публічного управління традиційно виділяють такі ключові функціональні механізми (або блоки): правовий, організаційний, інформаційний, соціальний та економічний.

Крім того, при розгляді організаційно-економічного механізму, дослідники виділяють його внутрішню структуру, що включає інформаційний, методологічний, методичний та регуляторно-аналітичний блоки [40].

Це підкреслює, що сучасне управління, особливо у сфері охорони здоров'я, є високотехнологічним і значною мірою залежить від здатності до регулювання, аналізу та інформаційного забезпечення.

Таким чином, якщо «сутність» механізму публічного управління полягає у забезпеченні досягнення соціально значущих результатів (зокрема, у сфері охорони здоров'я) через вплив на об'єкт управління, то його «зміст» - це чітко структурована система функціональних складових (правових, економічних, організаційних), що забезпечують цей вплив.

Дослідження провідних світових концепцій публічного управління має ключове значення для формування сучасних теоретичних засад механізмів державного впливу та регулювання. Саме аналіз класичних і новітніх підходів - від раціонально-бюрократичної моделі Макса Вебера та теорії публічного вибору до неоінституціоналізму, належного врядування, нової публічної служби

та концепції мережевого управління - дає змогу виявити закономірності еволюції публічної влади, з'ясувати ефективні інструменти взаємодії держави й суспільства, а також визначити оптимальні способи забезпечення прозорості, підзвітності та результативності управлінських рішень. Узагальнення світового досвіду дозволяє обґрунтовано формувати концептуальну базу механізмів публічного управління, адаптованих до умов демократичного розвитку, цифрової трансформації та зростання ролі громадян у процесах вироблення політики.

Теоретичні підходи до публічного управління у сфері охорони здоров'я за останні десятиліття пройшли значну еволюцію, що відображено у трьох домінуючих концепціях: Новому публічному менеджменті (NPM), Новому публічному врядуванні (NPG)/Концепції публічної цінності та інституціональному підході. Кожна з них пропонує власний набір механізмів для досягнення цілей.

Концепція Нового публічного менеджменту виникла як глобальний реформаторський рух, головною метою якого було підвищення ефективності та результативності публічних організацій, особливо у секторі охорони здоров'я, шляхом запозичення методів управління з приватного сектору [62].

NPM запровадив низку управлінських механізмів, які стали основою реформ у світовій охороні здоров'я, зокрема:

- Децентралізація та надання більшої автономії публічним менеджерам.
- Використання ринкових механізмів, включаючи конкуренцію, контракти та маркетинг.
- Оплата, орієнтована на результат та контроль за виходом.
- Нові механізми обліку та фінансування, такі як шкала діагностично-споріднених груп (*Diagnostic-Related Group – DRG*) та *performance budgeting* [62].

Впровадження NPM в охороні здоров'я призвело до формування квазі-ринків та використання контрактних стимулів, як-от цільові показники обсягу пацієнтів [64].

В українських умовах зазначені механізми реалізуються шляхом переходу до поособового принципу фінансування («на одного мешканця») та запровадження оплати праці, що ґрунтується на фактичному обсязі й якості виконаної роботи, а не на підтриманні існуючої інфраструктури. Такі зміни спрямовані на посилення фінансової дисципліни та забезпечення раціонального, економного використання наявних ресурсів.

Втім, концепція NPM зазнає суттєвої критики. По-перше, орієнтація на бізнес-логіку та ринкові інструменти нерідко призводить до нехтування політичними, етичними й конституційними аспектами діяльності публічної служби.

По-друге, попри декларовану децентралізацію, практичне впровадження NPM інколи спричиняє посилення адміністративного контролю з боку центру та нашоувхується на значний спротив окремих зацікавлених сторін, зокрема представників медичної спільноти. Досвід, зокрема, пандемії COVID-19, виявив недоліки систем, де економія коштів та жорстка фінансова дисципліна, що є елементами NPM, підірвали стійкість та здатність до гнучкого реагування [64].

Аналіз вітчизняної практики засвідчує певну структурну суперечність: упровадження складних, технологічно насичених механізмів нової публічної менеджерії, зокрема поособового фінансування, потребує розвиненої системи державних інституцій та масштабної організаційно-технічної підтримки. Ефективне функціонування таких інструментів можливе лише за умови налагодженої міжвідомчої координації між ключовими центральними органами виконавчої влади (МОЗ, Мінфін, Мінекономіки) та створення єдиної національної інформаційно-аналітичної платформи. Це підкреслює, що ринково орієнтовані управлінські підходи не можуть діяти автономно й потребують інтеграції в стійкий інституційний та нормативно-управлінський каркас.

На противагу Концепції нового публічного менеджменту (NPM), що фокусувався на економічній ефективності, Нове публічне врядування (NPG) та філософія Створення публічної цінності (Public Value, PV) вийшли на перший план як впливові рамкові основи для осмислення публічних послуг. Цей підхід

трансформує управлінський акцент, переорієнтовуючи його з аналізу внутрішньої ефективності процесів вироблення публічних послуг на оцінювання того, яким чином забезпечити їх таке надання, що найбільш повно відповідає потребам та очікуванням кінцевих отримувачів. Іншими словами, відбувається зміщення уваги від оптимізації внутрішніх процедур до досягнення максимальної результативності зовнішнього впливу та підвищення задоволеності споживачів публічних послуг.

Концепція PV наголошує на трьох ключових аспектах:

- надання легітимних послуг;
- досягнення соціальних результатів (*social outcomes*);
- підтримання довіри та легітимності влади [65].

Публічна цінність проявляється у зміцненні демократичних структур, прозорості адміністративних практик та наданні громадянам нових можливостей для участі у формуванні політики.

Ключові механізми NPG/PV:

*Мережеве та багаторівневе управління* (Multilevel Governance, MLG): визнання важливості міжорганізаційної взаємодії та *collaborative governance* (управління на основі співпраці).

*Ко-продукція* (Co-production): спільне створення цінності між постачальниками послуг та користувачами/громадянами. Цей механізм вимагає трансформації підходів до підзвітності та лідерства, оскільки цінність створюється на різних рівнях екосистеми публічних послуг [65].

У межах концепції NPG роль публічного менеджера в галузі охорони здоров'я зазнає суттєвої трансформації: від адміністративного керівника-розпорядника вона еволюціонує до функції посередника між різними групами заінтересованих сторін. Завдання менеджера полягає не лише в забезпеченні ефективності, процедурної коректності та якості надання послуг, а й у створенні умов для активного залучення громадян до формування політики та спільного виробництва управлінських рішень. Такий підхід відображає принциповий теоретичний зсув: якщо NPM ґрунтується переважно на інструментах контролю

й вимірюванні результатів (зокрема, DRG-моделі чи системах оцінювання output), то NPG акцентує увагу на механізмах фасилітації, участі й ко-продукції, що забезпечують вищу легітимність політики та підсилюють її суспільний ефект.

Інституціональний підхід пропонує аналіз управління через призму формальних і неформальних правил (*rules that govern*), які визначають попит і пропозицію медичних послуг [60].

Цей підхід дозволяє дослідити, як інституційна інерція, організаційна культура та встановлені норми впливають на впровадження реформ. З інституційної точки зору, врядування (Governance) включає не лише політичні та управлінські аспекти, але й вимогу щодо інституційної спроможності (Institutional capacity) для формулювання, прийняття та забезпечення належного дотримання законодавства у сфері громадського здоров'я. Ключові принципи врядування, такі як справедливість, підзвітність, прозорість та участь, також є інституційними вимогами [55].

Прикладом гібридного інституційного механізму є клінічне врядування (Clinical Governance), запроваджене в охороні здоров'я (наприклад, у первинній ланці). Цей механізм спрямований на відхід від старої професійної домінантності, операціоналізуючись через напівформальні мережі (а не ієрархії чи жорсткі контракти). Він поєднує менеджерський нагляд із застосуванням доказової медицини (EBM), забезпечуючи внутрішню професійну підзвітність [57].

Інституціональний підхід засвідчує ключову закономірність: незалежно від того, орієнтується система охорони здоров'я на досягнення економічної результативності у дусі NPM чи на забезпечення соціальної легітимності відповідно до принципів NPG, ефективність функціонування будь-якого управлінського механізму визначається наявністю стійкого інституційного підґрунтя. У цьому контексті ВООЗ акцентує, що дієва політика у сфері охорони здоров'я потребує належної інституційної підтримки, яка включає розвинуті організаційні структури, чітко визначені процедури та інструменти реалізації управлінських втручань.

Проведений теоретичний аналіз свідчить, що публічне управління у сфері охорони здоров'я є багатокомпонентною та поліцентричною системою, яка потребує чітких, науково обґрунтованих підходів до визначення як сутності, так і змісту управлінських механізмів. На сучасному етапі розвитку теорії та практики управління ключовим завданням є інтеграція різних концептуальних моделей, що дозволяють комплексно оцінити особливості функціонування системи охорони здоров'я та визначити оптимальні інструменти державного впливу.

Порівняння провідних світових концепцій – Нового публічного менеджменту, Нового публічного врядування та інституціонального підходу - засвідчує, що жодна з них не може вважатися універсальною. Кожна модель пропонує власне бачення управлінських процесів: NPM акцентує увагу на ефективності та результативності через ринкові інструменти; NPG підкреслює роль участі, партнерства та створення публічної цінності; інституціональний підхід зосереджується на стабільності правил, організаційних структурах і ролі інституційної спроможності. Таким чином, сучасне управління в охороні здоров'я формується у зоні перетину цих концепцій, що визначає необхідність багатовимірного аналізу механізмів.

Узагальнення теоретичних підходів також дозволяє чітко розмежувати сутність і зміст механізмів публічного управління. Сутність проявляється у здатності механізмів забезпечувати досягнення суспільно значущих результатів шляхом цілеспрямованого впливу на об'єкт управління. Зміст же становить внутрішню структуру механізму - сукупність інформаційних, організаційних, економічних, правових та соціальних компонентів, між якими існують тісні взаємозв'язки. Саме ця структурованість забезпечує безперервність і результативність управлінського впливу.

Аналіз також демонструє, що ефективність будь-якого механізму визначається не лише його теоретичною логікою, а й реальним інституційним середовищем: рівнем розвитку організаційних структур, наявністю чітких процедур, якістю нормативно-правового регулювання та можливостями для

міжвідомчої координації. Таким чином, теоретичні підходи повинні поєднуватися з інституційною спроможністю, що є ключовою передумовою успішного врядування у сфері охорони здоров'я.

## **1.2 Структура функціональних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я**

Визначення структури функціональних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я є ключовим етапом у формуванні цілісної наукової моделі управління галуззю. Якщо попередній параграф зосереджував увагу на сутнісному вимірі механізмів - їхньому призначенні, ролі та логіці впливу, - то подальший аналіз потребує конкретизації внутрішньої архітекtonіки цих механізмів, тобто їхньої структури. Адже без розуміння того, з яких компонентів складається механізм і як саме взаємодіють його елементи, неможливо забезпечити ефективне управління системою охорони здоров'я на практиці.

Актуальність дослідження структури функціональних механізмів зумовлена кількома фундаментальними чинниками. По-перше, сучасна система охорони здоров'я України перебуває у стані глибокої трансформації - як під впливом внутрішніх реформ, так і через зовнішні виклики, включаючи війну, демографічну кризу та глобальні епідеміологічні ризики. У таких умовах механізми управління мають бути чітко структурованими, здатними оперативно реагувати на зміни та забезпечувати координацію між різними рівнями влади й численними учасниками галузі.

По-друге, складність та багатовимірність системи охорони здоров'я робить неможливим застосування одномірних або спрощених управлінських конструкцій. Ефективне управління галуззю передбачає поєднання правових, економічних, організаційних, інформаційних та соціальних інструментів, кожен з яких виконує специфічну функцію. Водночас ці інструменти не можуть діяти ізольовано: їхня результативність визначається рівнем узгодженості та взаємодії.

Це вимагає наукового розуміння того, як формуються, пов'язуються між собою та функціонують окремі блоки механізмів.

По-третє, в умовах європейської інтеграції Україна поступово адаптує управлінські практики відповідно до принципів ЄС, включаючи evidence-based policy, мультиакторний підхід, підзвітність, інклюзивність та орієнтацію на публічну цінність. Усі ці принципи вимагають деталізованих механізмів реалізації, які мають бути структуровані таким чином, щоб не лише відповідати нормам ЄС, а й забезпечувати їхню дієвість у національному контексті. Отже, питання структури механізмів є не лише теоретичним, а й критично важливим практичним завданням для модернізації галузі.

По-четверте, аналіз структури механізмів дозволяє оцінити логіку управлінських процесів - від формування політики до її реалізації та контролю результатів. Без чіткого структурування неможливо визначити, які саме функціональні блоки потребують посилення, які інструменти є застарілими, а які - недостатньо узгодженими або неефективними. Знання структури механізмів також дає змогу виявити потенційні «вузькі місця» та ризики, що перешкоджають досягненню стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я.

Обґрунтована структуризація механізмів є невід'ємною умовою інституційного розвитку. Розбудова стійких організаційних, правових та інформаційних систем неможлива без концептуально чіткого розуміння того, як саме мають бути організовані функціональні блоки управління. У цьому контексті структура механізмів не лише описує внутрішню логіку управлінського процесу, а й визначає спроможність державних інституцій ефективно діяти в умовах невизначеності, кризових ситуацій та стратегічних змін.

Отже, дослідження структури функціональних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я є необхідним для формування цілісної наукової моделі управління, забезпечення дієвості реформ, підвищення інституційної спроможності та адаптації системи охорони здоров'я до сучасних викликів і вимог європейського врядування.

Виходячи із системного визначення, зміст механізму публічного управління охороною здоров'я розкривається через його функціональну декомпозицію. Ефективне врядування у цій сфері вимагає інтегрованого функціонування правових, організаційних, економічних та інформаційних елементів.

Організаційно-управлінські механізми є основою для структурованої взаємодії акторів та забезпечення безпосередньої доставки медичних послуг. ВООЗ визначає, що інституційна підтримка включає забезпечення ефективних організаційних структур та механізмів, необхідних для надання послуг з профілактики захворювань та зміцнення здоров'я [55].

Ключові інструменти організаційного механізму включають:

– *Формування багаторівневої моделі управління (MLG)*: Йдеться про розбудову партнерських та координованих взаємин між різними щаблями влади, а також про пошук дієвих форм децентралізації та розвитку місцевого самоврядування. Для України це означає необхідність інституційного зміцнення місцевих, регіональних і національних управлінських структур.

– *Міжвідомча координація*: Ефективне удосконалення управлінського механізму у сфері охорони здоров'я потребує системної взаємодії МОЗ з Мінфіном, Мінекономіки, Мінсоцполітики, Мін'юстом та іншими ключовими суб'єктами. Така координація відповідає підходу Health in All Policies (HiAPs), що є невід'ємним елементом комплексного, інтегрованого врядування.

– *Клінічне врядування (Clinical Governance)*: Цей інструмент, що приходить на зміну традиційним адміністративним ієрархіям, зорієнтований на посилення професійної підзвітності шляхом використання напівформальних мереж та стандартів, заснованих на доказовій медицині.

Фінансово-економічні механізми становлять одну з ключових підсистем забезпечення стійкого функціонування галузі охорони здоров'я, оскільки охоплюють процеси мобілізації, акумулювання (пулінгу) та раціонального розподілу ресурсів, а також організацію закупівель медичних послуг. У межах концепції Нового публічного менеджменту їх застосування орієнтоване

передусім на підвищення результативності використання ресурсів, оптимізацію витрат та забезпечення економічної ефективності системи в цілому.

Головними інструментами, впровадженими у сфері охорони здоров'я багатьох країн, є:

– *Ринкові механізми NPM*: Введення контрактних стимулів, встановлення лімітів витрат. В Україні це проявляється у запровадженні поособового фінансування «на мешканця» та оплати «за обсягом і якістю роботи», що стимулює постачальників послуг до раціоналізації [49].

– *Інноваційні фінансові механізми*: ВООЗ підкреслює важливість механізмів, які мають ширші ефекти, ніж лише покриття потреб, наприклад, «податок на гріх» (*sin-tax*), що одночасно збирає кошти та впливає на суспільну поведінку.

– *Стратегія «малих кроків»*: Українські дослідження пропонують імплементацію економічних механізмів, що не вимагають значних ресурсів, наприклад, запровадження «віртуального фондотримання» лікаря загальної практики [49]. Це ілюструє спробу вбудувати NPM-інструменти в наявну структуру для поступового підвищення ефективності.

Ефективність економічних та організаційних механізмів критично залежить від міцного правового та надійного інформаційного каркасів.

Правові механізми ґрунтуються на забезпеченні верховенства права та захисті прав громадян, що є ключовими цінностями правового підходу до публічного управління. У цьому контексті правовий механізм охоплює інституційну спроможність держави формувати та розвивати нормативно-правову базу, зокрема закони й підзаконні акти у сфері громадського здоров'я, а також забезпечувати їх належне, послідовне й своєчасне застосування. Такий механізм передбачає дотримання усталених регуляторних процедур, ефективну правозастосовну діяльність та відповідність управлінських рішень вимогам законодавства, що є передумовою легітимності та результативності публічної політики у сфері охорони здоров'я [55].

Інформаційно-аналітичні механізми посідають центральне місце у

забезпеченні ухвалення рішень на основі доказів (evidence-based policy), що відповідає сучасним стандартам публічного врядування. У структурі організаційно-економічного механізму інформаційний блок відіграє системоутворювальну роль, оскільки охоплює методологічні та регуляторно-аналітичні компоненти, необхідні для збору, оброблення, інтерпретації та використання достовірних даних у процесі формування й реалізації політики у сфері охорони здоров'я.

Складність сучасних фінансово-економічних інструментів, зокрема системи діагностично-споріднених груп та механізмів оплати за результат, зумовлює їхню критичну залежність від якості, уніфікованості та узгодженості інформаційно-аналітичного забезпечення. За відсутності надійної, стандартизованої та інтероперабельної інформаційної бази зазначені інструменти втрачають ефективність і не можуть забезпечити належного рівня точності, прозорості та обґрунтованості управлінських рішень. У цьому контексті модернізація державно-управлінського механізму в Україні передбачає створення інтегрованої загальнонаціональної інформаційно-аналітичної системи, що об'єднуватиме мережу автоматизованих робочих місць із єдиним програмним забезпеченням, стандартизованими протоколами обміну даними та розподіленими базами даних. Важливим компонентом цієї системи є регулярне оновлення загальнонаціональних класифікаторів медичних послуг, що забезпечує уніфікацію підходів до кодування, звітності та фінансування. Таким чином, інформаційний механізм виступає не допоміжним структурним елементом, а фундаментальною архітектурною основою, яка визначає можливість ефективного функціонування та успішної імплементації економічних реформ у сфері охорони здоров'я.

Комплексний аналіз трьох провідних теоретичних парадигм публічного управління - Нового публічного менеджменту, Нового публічного врядування та інституціоналізму - дає змогу ідентифікувати як точки перетину, так і суттєві розбіжності у розумінні природи й функціонального призначення механізмів управління у сфері охорони здоров'я. Незважаючи на відмінність їхніх

концептуальних засад, усі підходи конвергують у визнанні важливості підзвітності та прозорості як фундаментальних умов легітимності публічного управління. У межах NPM підзвітність пов'язується передусім із відповідальністю менеджерів за досягнення певних фінансових та продуктивних показників; у NPG вона інтерпретується як відповідальність перед громадянами та іншими суспільними акторами; тоді як в інституціональному підході акцент зміщується на дотримання усталених норм, процедур і формальних правил.

Помітна концептуальна дивергенція полягає у визначенні цільових пріоритетів управлінських механізмів. Для NPM ключовими є економічна ефективність, оптимізація витрат і підвищення продуктивності. Натомість NPG ставить у центр соціальну легітимність, довіру та суспільно значущі результати, підкреслюючи роль участі та співтворення політики. Інституціональний підхід фокусується на стабільності правил, інституційній спроможності та стійкості управлінських структур. Для стратегічного управління охороною здоров'я критично важливо інтегрувати ці різні цілі, оскільки ефективна система має бути одночасно економічно життєздатною, соціально справедливою та інституційно стабільною. Це обумовлює формування гібридної моделі, у межах якої ринкові важелі NPM застосовуються для внутрішньої раціоналізації, але їхня дія спрямовується та обмежується інституційними нормами, доповнюючись механізмами створення публічної цінності та забезпечення легітимності.

У секторі охорони здоров'я особливої ваги набуває питання розмежування між ефективністю та якістю. Ефективність характеризується переважно як економічна категорія, що відображає співвідношення ресурсів і результатів, тоді як якість є багатовимірним явищем, яке охоплює клінічні, сервісні, професійні та організаційні аспекти надання медичної допомоги. Це розмежування має безпосередній вплив на вибір управлінських механізмів: фінансово-економічні інструменти (зокрема поособове фінансування чи DRG-моделі) здатні підвищити економічну ефективність, але не гарантують автоматичного покращення клінічних результатів. Забезпечення якості потребує використання додаткових інституційних та організаційних інструментів, серед яких важливе

місце належить клінічному врядуванню. Саме воно формує систему професійної відповідальності, підтримує відповідність стандартам доказової медицини та зміцнює внутрішню якість медичних процесів.

Узагальнення ключових концепцій і структурна декомпозиція механізмів публічного управління створюють підґрунтя для формулювання синтезованого визначення, яке відображає гібридний і багаторівневий характер сучасного управління. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я можна розглядати як системно організовану сукупність взаємопов'язаних правових, організаційних, економічних та інформаційних інструментів, інституційних норм – як формальних, так і неформальних – та процедур повного циклу публічної політики, що реалізуються суб'єктами публічної влади у мережевій взаємодії з громадськими та приватними акторами задля досягнення комплексної ефективності, підзвітності, прозорості, легітимності та створення публічної цінності в процесі надання медичних послуг.

Такий синтез теоретичних підходів має важливе методологічне значення для наукового дослідження, оскільки дозволяє уникнути редукціоністських моделей, які зводять реформу охорони здоров'я виключно до економічних чи адміністративних аспектів. Запропонований підхід формує цілісну основу для подальшого емпіричного аналізу та розроблення практичних механізмів удосконалення публічного управління в галузі.

Проведений аналіз структури функціональних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я засвідчує, що саме структурний вимір механізмів визначає не лише логіку управлінських процесів, а й здатність системи охорони здоров'я до результативного функціонування в умовах модернізації, криз та європейської інтеграції. Вивчення структури механізмів дозволило продемонструвати, що ефективне управління галуззю неможливе без науково обґрунтованої архітекτονіки, яка включає правові, організаційні, економічні та інформаційні компоненти, пов'язані між собою у єдину системну конструкцію.

Структуризація механізмів постає важливою передумовою реформування

галузі, оскільки сучасна система охорони здоров'я України зазнає суттєвих трансформацій під впливом внутрішніх змін і зовнішніх чинників, включаючи воєнну агресію, демографічні зрушення та глобальні епідеміологічні ризики. В умовах високої нестабільності саме структурно впорядковані механізми забезпечують узгодженість дій різних суб'єктів управління, можливість оперативного реагування та досягнення стратегічних цілей державної політики.

Ключовим висновком є те, що жоден із функціональних блоків механізму – правовий, організаційний, економічний або інформаційний - не може діяти ефективно окремо. Їхня результативність визначається рівнем взаємодії та взаємодоповнюваності.

Організаційні механізми створюють інституційні рамки для надання медичних послуг, забезпечують координацію рівнів влади, міжвідомчу взаємодію та професійну підзвітність через клінічне врядування.

Економічні механізми спрямовані на мобілізацію, акумулювання та раціональний розподіл ресурсів, використовуючи як ринкові, так і інноваційні фінансові інструменти, проте їх ефективність критично залежить від інформаційної та правової інфраструктури.

Правові механізми формують нормативну основу управління, забезпечують верховенство права, процедурну передбачуваність і легітимність рішень.

Інформаційно-аналітичні механізми виступають базою для ухвалення доказових рішень, без якої сучасні економічні та організаційні інструменти втрачають свою практичну цінність.

Особливе значення має інтеграція означених структурних елементів у контексті конвергенції теоретичних парадигм публічного управління. Синтез інструментів NPM, орієнтованих на ефективність, із принципами NPG, спрямованими на легітимність, участь та соціальні результати, доповнений інституціональною логікою сталості й передбачуваності, дозволяє сформувати гібридну модель управління, найбільш відповідну сучасним потребам охорони здоров'я. Така модель передбачає оптимізацію ресурсів, водночас гарантує

якість медичних послуг, професійну підзвітність та дотримання стандартів доказової медицини.

Таким чином, дослідження структури функціональних механізмів підтверджує їхню визначальну роль у забезпеченні стійкості, результативності та легітимності управління сектором охорони здоров'я. Чітке структурування механізмів є не лише теоретичною вимогою, а й практичною умовою успішної імплементації реформ, посилення інституційної спроможності та формування сучасної моделі публічного управління відповідно до європейських стандартів.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

#### 2.1 Нормативно-правове та інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України

Система охорони здоров'я (ОЗ) України функціонує на засадах, що ґрунтуються на конституційних гарантіях та ієрархії галузевого законодавства, яке зазнало суттєвої трансформації внаслідок реформи публічного управління. Фундаментом правового забезпечення є положення Конституції України, зокрема статті 49, яка гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Конституція України визначає, що держава зобов'язана створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.<sup>1</sup> Ключовою гарантією є положення про те, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [15].

Конституційний Суд України у своєму Рішенні №10-рп/2002 від 29.05.2002 р. (справа про безоплатну медичну допомогу) надав офіційне тлумачення частини третьої статті 49, підтвердивши неможливість зменшення обсягу конституційних гарантій. Проте це право не є абсолютним і передбачає також низку інших прав, зокрема право пацієнта, який досяг повноліття, на отримання достовірної та повної інформації про стан свого здоров'я, а також право відмовитися від лікування. При цьому за порушення права на медичну допомогу, включаючи ненадання допомоги медичним працівником (ст. 139 КК України) чи незаконну вимогу оплати (ст. 184 КК України) в державних чи комунальних закладах, передбачена кримінальна відповідальність [1].

Вихідна конституційна норма про безоплатність медичної допомоги в державних і комунальних закладах сформувала історичну модель фінансування. Однак Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№2168-VIII від 19.10.2017 р.) став ключовим нормативно-правовим актом (НПА), що визначив перехід до програмно-цільового методу фінансування та моделі стратегічного закупника [27].

Цей нормативний зсув є принциповим для публічного управління. Конституція гарантує безоплатність на рівні закладу (державного чи комунального), тоді як Закон про ПМГ гарантує оплату послуги (включеної до Програми медичних гарантій, ПМГ) [27].

Таким чином, юридична гарантія трансформується: від умовного права на послуги в будь-якому державному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) до права на *гарантований пакет послуг*, незалежно від форми власності надавача. Така модель вимагає щорічного регуляторного втручання (затвердження ПМГ) для забезпечення актуалізації гарантованих прав громадян.

Основні принципи функціонування системи ОЗ визначені Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№ 2801-XII від 19.11.1992 р.). Серед них: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я; відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій,

телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я; багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників сфери охорони здоров'я на правовій і договірній основі; формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-комунікаційних систем, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, а також на засадах інтегрованості, інтегрованості і впровадження інструментів електронної охорони здоров'я [20].

Вимоги до надавачів медичних послуг, які укладають договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), безпосередньо залежать від відповідності галузевим стандартам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я (МОЗ).

Значний вплив на нормативно-правове забезпечення функціонування системи ОЗ має інтеграція до Європейського Союзу. Нормативна база системи активно гармонізується з європейським *acquis communautaire* відповідно до Угоди про асоціацію.

Наприкінці 2023 року було прийнято низку ключових євроінтеграційних нормативно-правових актів, які регулюють заходи щодо безпеки крові та її компонентів (Постанова КМУ №1294 від 12 грудня 2023 р.), впливу небезпечних хімічних та біологічних агентів на працівників (Наказ МОЗ №1976 від 17 листопада 2023 р.), а також вимоги до пластмасових виробів, які контактують із харчовими продуктами [17]. Ці акти відображають стратегічне зміщення фокусу регулювання до європейських стандартів безпеки та якості.

Однак, звітний прогрес виконання зобов'язань за Угодою про асоціацію у сфері ОЗ становив лише 12% за 2023 рік. Це підкреслює, що регуляторна синхронізація є значним викликом для публічного управління. Імплементація європейських вимог вимагає не лише прийняття нових актів, але й їхньої

глибокої інтеграції у вже існуючі галузеві стандарти та процедури. Повільний темп гармонізації створює інституційний ризик для забезпечення належної якості та безпеки медичної допомоги відповідно до очікуваних європейських норм.

Правові основи функціонування системи охорони здоров'я України, представлені в ієрархічній системі, що зазнала суттєвого реформування, можуть бути систематизовані наступним чином:

1. *Конституційний Рівень*: На найвищому рівні знаходиться Конституція України (зокрема, стаття 49). Вона виступає правовим фундаментом, закріплюючи невід'ємне право громадян на охорону здоров'я та гарантуючи безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах, а також заборону на скорочення їхньої мережі. Конституційні гарантії мають пряму дію і є обов'язковими для всіх нижчих рівнів регулювання.

2. *Кодифікований (Рамковий) Рівень*: Безпосередньо під Конституцією розташовані Основи законодавства України про охорону здоров'я. Цей акт має силу кодифікованого закону, що визначає загальні принципи функціонування системи (гуманістична спрямованість, рівноправність, загальнодоступність), права пацієнтів (право на згоду/відмову, інформацію) та вводить ключові терміни, такі як *галузеві стандарти*.

3. *Спеціалізований (Реформований) Рівень*: Ключовим спеціалізованим актом, що трансформував фінансову модель галузі, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей Закон визначає перехід до моделі стратегічного закупника, встановлює Програму медичних гарантій (ПМГ) як гарантований пакет послуг, а також фіксує принципи оплати (єдині тарифи) і повноваження Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

4. *Підзаконний Рівень* (Центральні органи виконавчої влади)/ Цей рівень включає акти Кабінету Міністрів України, які формують інституційну архітектуру та забезпечують операційну діяльність: Постанова КМУ «Про затвердження Положення про МОЗ України» визначає Міністерство охорони

здоров'я як центральний орган виконавчої влади, відповідальний за формування державної політики, стандартизацію та координацію всієї галузі; Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» встановлює правовий статус та функціонал НСЗУ як стратегічного закупівельника медичних послуг, оператора Програми медичних гарантій та контрагента для закладів охорони здоров'я; Постанова КМУ «Деякі питання створення госпітальних округів» регулює механізм формування спроможної мережі закладів вторинної (спеціалізованої) допомоги на регіональному рівні, а також містить рекомендації щодо створення госпітальних рад.

Таким чином, ієрархія забезпечує вертикальну підпорядкованість: від конституційних прав, через рамкові закони та спеціалізовані фінансові гарантії, до детального регулювання функціоналу центральних інституцій (МОЗ, НСЗУ) та механізмів управління мережею (Госпітальні округи).

Інституційна архітектура публічного управління сферою охорони здоров'я України базується на розподілі повноважень між центральними органами виконавчої влади, спеціалізованими агентствами та органами місцевого самоврядування. Кожен інститут виконує чітко окреслені функції, визначені нормативно-правовими актами, що формує комплексний механізм реалізації державної політики у галузі та забезпечує її стійкість.

Інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України на центральному рівні побудовано за моделлю «стратег-закупівельник-контролер» відповідно до принципів Нового публічного менеджменту (New Public Management), що передбачає чітке розділення функцій формування політики, її реалізації та контролю.

Міністерство охорони здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України [5]. Згідно з Положенням, затвердженим Постановою КМУ №267 від 25.03.2015 р., МОЗ забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я та контроль її реалізації [6].

До ключових повноважень Міністерства охорони здоров'я України

належать систематизація та узагальнення практики застосування чинного законодавства, підготовка пропозицій щодо його вдосконалення, а також розроблення й внесення на розгляд Кабінету Міністрів України проєктів законодавчих і нормативно-правових актів. Важливим напрямом діяльності МОЗ є формування та затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, які слугують нормативною основою забезпечення якості медичної допомоги. Міністр охорони здоров'я очолює міністерство, здійснює стратегічне керівництво та координує діяльність підпорядкованих центральних органів виконавчої влади, погоджуючи їхню структуру та плани роботи, що забезпечує належну міжвідомчу та міжінституційну узгодженість у секторі охорони здоров'я.

Національна служба здоров'я України, утворена Постановою КМУ №1101 від 27.12.2017 р., є уповноваженим органом, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за Програмою медичних гарантій. Вона виконує функцію стратегічного замовника медичних послуг. Вона укладає договори про медичне обслуговування населення за ПМГ із закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) незалежно від форми власності, а також з фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію на медичну практику.<sup>12</sup> Ключовими функціями НСЗУ є: проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах, а також встановлення єдиних тарифів оплати надання медичних послуг для всієї території України [27].

Інституційна модель розділення функцій (МОЗ як стратег, НСЗУ як оператор) є прогресивною, але породжує певну залежність ефективності реалізації політики. Якість роботи НСЗУ, зокрема раціональне використання бюджетних ресурсів, безпосередньо залежить від чіткості та економічної обґрунтованості регуляторної бази та галузевих стандартів, які встановлює МОЗ. Наукові дослідження вказують на те, що нераціональне використання бюджетних ресурсів є однією з критичних проблем галузі, що може бути посилено у випадку, якщо регулюючі акти не забезпечують належної

координації між інституціями [42].

До інституційної архітектури, спрямованої МОЗ, також належить Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (далі – Держлікслужба). Цей орган відповідає за державне регулювання та контроль якості лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів та медичних виробів.

Голова Держлікслужби, який є Головним державним інспектором України з контролю якості лікарських засобів, призначається Кабінетом Міністрів України за поданням Прем'єр-міністра на підставі пропозицій Міністра охорони здоров'я. Це підтверджує вертикальну інституційну підзвітність Держлікслужби Міністерству охорони здоров'я, що є необхідним для забезпечення безпеки та якості послуг у всьому інституційному ланцюгу.

Інституційна узгодженість у сфері забезпечення якості та безпеки медичних послуг є ключовим чинником стійкості й ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Встановлені НСЗУ вимоги до надавачів медичних послуг – щодо ліцензування, відповідності матеріально-технічної бази, кадрового потенціалу - ґрунтуються на нормативних стандартах МОЗ і доповнюються контрольними повноваженнями Держлікслужби. У такому інтегрованому інституційному середовищі результативність реформи зумовлюється послідовністю та взаємною узгодженістю всього управлінського ланцюга: якість формування політики МОЗ визначає зміст і вимоги стандартів НСЗУ, а ефективність контролю Держлікслужби забезпечує їх реальне виконання. Будь-яка дисфункція в одній із ланок - зокрема неналежне виконання професійних обов'язків, що тягне встановлену законом відповідальність, - формує інституційний ризик, підриває довіру до системи та послаблює взаємодію суб'єктів у секторі охорони здоров'я.

*Органи місцевого самоврядування* відіграють ключову роль у забезпеченні функціонування комунальних закладів охорони здоров'я та розвитку регіональної мережі. В їхніх повноваженнях – створення та реорганізація ЗОЗ, фінансове забезпечення комунального сектору, а також стратегічне планування

розвитку мережі медичних послуг на території громади. Інституційна взаємодія здійснюється через співпрацю з госпітальними радами та забезпечення відповідності комунальних ЗОЗ вимогам контрастування з НСЗУ, що прямо впливає на фінансову стійкість місцевих систем охорони здоров'я.

Державна служба з лікарських засобів забезпечує державне регулювання та контроль якості лікарських засобів і медичної продукції. Її повноваження охоплюють контроль якості та безпеки лікарських засобів, ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом підконтрольних речовин, а також державний нагляд у сфері фармацевтичної безпеки. Інституційно Держлікслужба є підзвітною МОЗ та погоджує свою структуру й напрями роботи відповідно до галузевої політики.

Таким чином, інституційна матриця системи охорони здоров'я вибудовує взаємопов'язану модель управління, де центральні органи влади формують політику, спеціалізовані служби забезпечують її реалізацію, а органи місцевого самоврядування здійснюють управління інфраструктурою та адаптацію рішень до регіональних потреб. Узгодженість цих інституційних ролей є критичною умовою результативності реформ у сфері охорони здоров'я.

Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (ПМГ) є центральним нормативно-інституційним інструментом публічного управління фінансами в реформованій системі охорони здоров'я.

ПМГ визначена як програма, що встановлює перелік, обсяг, а також повну оплату медичних послуг, лікарських засобів та виробів, які держава гарантує пацієнтам за рахунок коштів Державного бюджету. Це дозволяє державі не лише фінансувати, але й стратегічно управляти *охопленням* медичними послугами, яке має три основні виміри: які послуги включено до гарантованого пакету [33].

Механізм реалізації ПМГ закріплюється щорічно. На 2025 рік він регулюється Постановою Кабінету Міністрів України №1503 від 24 грудня 2024 року, якою затверджено відповідний Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Ця постанова набрала чинності з 1 січня 2025 року, що підтверджує динамічний характер фінансового планування

в секторі ОЗ [5].

У 2025 році Програма медичних гарантій охоплюватиме 44 пакети медичних послуг. Важливим аспектом є постійна актуалізація пакетів відповідно до стратегічних потреб суспільства. Зокрема, у 2025 році з'являються нові пакети, такі як радіоізотопна діагностика (для онкологічних захворювань) та розвиток психосоціальної і психіатричної допомоги. Крім того, вперше фінансуватиметься робота Експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО), що є прямим наслідком реформи медико-соціальної експертизи [9].

Застосування програмно-цільового методу у форматі Програми медичних гарантій (ПМГ) виступає ключовим інструментом публічного управління, що забезпечує визначення пріоритетів державної політики та оптимальний розподіл обмежених публічних фінансових ресурсів. У наукових дослідженнях наголошується, що система охорони здоров'я України характеризується недостатнім рівнем фінансування та суттєвими диспропорціями у використанні ресурсів, що обумовлює потребу в застосуванні стратегічно орієнтованих механізмів фінансового забезпечення галузі. У такому контексті ПМГ виконує функцію регулятора, який спрямовує державні кошти на найбільш соціально значущі напрями медичної допомоги.

Розширення змісту ПМГ у 2025 році шляхом включення нових пакетів послуг, зокрема у сфері психічного здоров'я та екстреної медичної допомоги первинної форми (ЕКОПФО), відображає імплементацію стратегічних орієнтирів розвитку галузі (Стратегія охорони здоров'я до 2030 року) та водночас є відповіддю державної політики на актуальні виклики, пов'язані з наслідками воєнних дій. Це підтверджує, що механізм ПМГ функціонує не лише як фінансовий інструмент, але й як динамічний засіб реалізації державних пріоритетів, адаптуючись до змін потреб населення та контексту публічної політики.

Для реалізації ПМГ Національна служба здоров'я України (НСЗУ) укладає договори з надавачами послуг. До ключових засад оплати належить

встановлення єдиних тарифів для всієї території України, хоча вони можуть диференціюватися за допомогою коригувальних коефіцієнтів (наприклад, 1,29 для певних класів педіатричних та імунологічних послуг) [27].

Умови контракування, встановлені Національною службою здоров'я України, виступають одним із ключових регуляторних механізмів, спрямованих на забезпечення належної якості та доступності медичних послуг. Вимоги до надавачів включають обов'язкове володіння ліцензією на медичну практику, відповідність матеріально-технічної бази галузевим стандартам МОЗ, забезпечення безбар'єрності та доступності для осіб з інвалідністю, а також наявність статусу юридичної особи чи фізичної особи-підприємця. Такі критерії покликані створити мінімально необхідні інституційні умови для надання безпечної, якісної та універсально доступної медичної допомоги.

Водночас, попри нормативну визначеність вимог, зберігається суттєвий інституційний виклик, пов'язаний із обмеженістю ресурсного забезпечення. У випадках, коли уніфіковані тарифи НСЗУ не компенсують реальних витрат на надання якісних послуг, що відповідають сучасним стандартам та вимогам до оснащення, виникає ризик порушення стійкості системи. Наслідком може стати недостатній фінансовий захист пацієнтів і зниження доступності окремих видів медичних послуг, що суперечить конституційним гарантіям доступності охорони здоров'я та підриває засади рівності у доступі до медичної допомоги.

Сучасне функціонування системи охорони здоров'я України зумовлюється не лише чинною нормативно-правовою базою та існуючою інституційною архітектурою, але й впливом довгострокових стратегічних документів, які визначають стратегічні орієнтири та пріоритетні напрями подальших нормативно-правових і інституційних трансформацій галузі. Ці стратегічні акти забезпечують узгодженість реформ із євроінтеграційним курсом держави, слугують основою для формування цілей публічної політики та задають рамку для адаптації національної системи охорони здоров'я до вимог європейського *acquis* та сучасних викликів суспільного розвитку.

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (Стратегія

2030) є ключовим рамковим документом, що визначає бачення Уряду. Вона спрямована на забезпечення стійкості системи в умовах надзвичайних ситуацій (зокрема, війни), розвиток існуючих спроможностей та відбудову за принципом «краще, ніж було». Глобальна мета Стратегії - досягнення якісної, доступної та безоплатної медичної допомоги для всіх, а також забезпечення готовності медичної системи до реагування на загрози [39].

Реалізація Стратегії здійснюється через три стратегічні та шістнадцять оперативних цілей:

*Стратегічна ціль 1:* Забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я (продовження розвитку ПМГ та системи доступу).

*Стратегічна ціль 2:* Посилення міжсекторальної координації державної політики, що впливає на систему охорони здоров'я (інтеграція здоров'я у загальнодержавну політику).

*Стратегічна ціль 3:* Забезпечення та створення умов для розвитку та реалізації потенціалу національної системи охорони здоров'я (розвиток кадрових ресурсів, інфраструктури та науки).

Інституційний аналіз свідчить про зміщення фокусу реформи. Тоді як попередня фаза була зосереджена на фінансовому механізмі (НСЗУ/ПМГ), Стратегія 2030 через Ціль 3 інституційно визнає необхідність реформи *людського капіталу*. Це вимагає створення нових нормативних механізмів, які інтегрують освіту, науку та медичну практику для подолання дисбалансу у кадрових ресурсах [42].

Розвиток кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я постає одним із ключових стратегічних напрямів, що потребує цілеспрямованого та системного нормативно-правового забезпечення. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні визначає комплексну модель вдосконалення підготовки медичних фахівців, орієнтовану на підвищення якості вищої медичної освіти та, відповідно, на забезпечення високого рівня надання медичної допомоги.

У контексті реалізації зазначених стратегічних підходів Кабінет Міністрів

України ухвалив Порядок реалізації експериментального проекту щодо впровадження сучасних освітніх технологій і методологій у медичну освіту (Постанова КМУ № 1370 від 3 грудня 2024 р.). Запровадження цього проекту спрямоване на посилення практикоорієнтованої складової навчального процесу та забезпечення реальної інституційної автономії закладів вищої освіти, що є визначальним чинником підготовки висококваліфікованих кадрів для системи охорони здоров'я.

Роблячи висновок слід зазначити, що нормативно-правове та інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України формує складну, багаторівневу ієрархічну модель публічного управління, що поєднує конституційні гарантії, рамкове галузеве законодавство, спеціалізовані регуляторні акти та підзаконні механізми реалізації державної політики. Конституція України та рішення Конституційного Суду визначають непорушність права громадян на охорону здоров'я та безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах. Реформування галузі, зокрема через запровадження Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», трансформувало традиційну модель фінансування, заклавши основу програмно-цільового підходу та створивши інституцію стратегічного закупника - Національну службу здоров'я України.

Інституційна взаємодія в системі охорони здоров'я вибудовується за моделлю «стратег – оператор – контролер», що відповідає принципам Нового публічного менеджменту. МОЗ забезпечує формування політики та стандартизацію, НСЗУ реалізує фінансові гарантії через механізм Програми медичних гарантій, а Держлікслужба здійснює контроль якості та безпеки медичних засобів. Важливу роль відіграють органи місцевого самоврядування, відповідальні за управління комунальною інфраструктурою та адаптацію рішень до потреб громад.

Євроінтеграційний курс України зумовлює активну гармонізацію національного законодавства з *acquis communautaire*, що водночас створює нові можливості та суттєві інституційні виклики. Впровадження Стратегії розвитку

системи охорони здоров'я до 2030 року та реформ у сфері медичної освіти підсилює стратегічний вектор на якість, стійкість і кадрове забезпечення. У цілому, нормативно-правове та інституційне підґрунтя функціонування системи охорони здоров'я України демонструє поступову еволюцію до сучасної європейської моделі публічного управління, заснованої на прозорості, ефективності та орієнтованості на потреби пацієнта.

## **2.2 Проблеми та виклики публічного управління системою охорони здоров'я України**

Сучасний стан публічного управління системою охорони здоров'я (ОЗ) України характеризується критичним поєднанням незавершених інституційних реформ, що розпочалися з впровадженням ринкових механізмів фінансування, та потужним впливом екзогенних шоків. Ці шоки включають повномасштабну війну, що спричинила гуманітарну та інфраструктурну кризи, а також прискорений процес європейської інтеграції, який вимагає гармонізації стандартів та правового поля. У такому складному, високодинамічному середовищі, управлінські парадигми, орієнтовані на стабільність, виявляються неспроможними, вимагаючи негайного перегляду та адаптації [25].

Проблемна зона публічного управління ОЗ в Україні виходить далеко за межі суто фінансового чи інфраструктурного забезпечення. Вона охоплює глибокі інституційні недоліки, правову невизначеність, що створює широке поле для дискреційних рішень та корупційних ризиків, а також критичну неефективність використання людського капіталу. Ці проблеми, переплітаючись, створюють системну дисфункцію, що підриває стійкість медичної системи та її здатність до відновлення.

Ефективність публічного управління будь-якою сферою, особливо такою соціально чутливою, як охорона здоров'я, прямо залежить від чіткості та

несуперечливості нормативно-правової бази. В Україні, попри глибокі реформи останніх років, нормативно-правове поле залишається фрагментованим, що породжує інституційну дисфункцію.

Однією з найбільш фундаментальних перешкод на шляху підвищення ефективності публічного управління ОЗ є існування правових колізій на конституційному та галузевому рівнях. Колізіями конституційного регулювання права особи на охорону здоров'я є: 1) суперечність між принципом доступності медичної Допомоги та фактичною неможливістю держави її забезпечити; 2) неузгодженість обов'язку лікаря надавати допомогу всім, хто цього потребує (ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я), обов'язку особи піклуватися про своє здоров'я (ст. 10) та права цієї ж особи відмовлятися від медичної допомоги, що фактично може завдати шкоду її здоров'ю (ст. 43); 3) невідповідність ст. 38 та ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо віку, з якого особа має право самостійно обирати лікаря та методи лікування (з 14 років) та отримувати повну інформацію про стан свого здоров'я (з 18 років); 4) суперечність між конституційним принципом, відповідно до якого життя та здоров'я є найвищою соціальною цінністю (ст. 3 Конституції України), та правом батьків або інших законних представників особи, яка не досягла 14 років або визнана судом недієздатною, не надавати згоду на медичну допомогу (ст. 43); 5) неузгодженість ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я з ч. 2 ст. 32 Конституції України щодо абсолютного права на таємницю про стан свого здоров'я, встановленого в Основах, та можливим обмеженням цього права, передбаченим Конституцією України тощо. Як зазначають дослідники, ці колізії виникають не лише через технічні недоліки самого правового регулювання, але й через динамічний розвиток правовідносин, який об'єктивно вимагає встановлення якісно нового правового стану. Проте, незалежно від причини, виникнення колізій правового регулювання призводить до неоднозначного вирішення спорів та конфліктів, що ускладнює практику застосування законодавства і знижує довіру до системи [51].

Інституційно-правові диспропорції у системі охорони здоров'я України

відображають стійку структурну напругу між двома концептуально несумісними моделями регулювання. Перша з них - соціально-орієнтована, конституційно закріплена парадигма, що гарантує громадянам право на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах. Друга - реформована ринково-орієнтована модель, побудована на принципах стратегічного закупівництва, конкуренції між надавачами та оплаті за результат (послугу), що реалізується через інституційний механізм Національної служби здоров'я України. Співіснування цих двох моделей у рамках єдиної правової системи формує внутрішній нормативний дуалізм, який ускладнює узгодженість регуляторної діяльності та цілісність державної політики.

Такий дуалізм створює не лише правозастосовну фрагментацію, але й породжує системні виклики для адміністративних органів, зокрема МОЗ та НСЗУ. Умови нормативної неоднозначності знижують спроможність органів влади формувати чіткі, узгоджені та економічно обґрунтовані регуляторні вимоги - як щодо стандартів медичної допомоги, так і щодо умов контрактування чи тарифоутворення. У результаті виникають прогалини у захисті прав пацієнтів, нерівність у доступі до медичних послуг, надмірне адміністративне навантаження на заклади охорони здоров'я та колізії між різними рівнями нормативного регулювання.

Більше того, цей інституційний дисбаланс посилює ризики у процесі євроінтеграції, оскільки гармонізація з європейським *acquis* потребує чіткої, логічно побудованої та внутрішньо несуперечливої системи регулювання. Відсутність такої узгодженості ускладнює адаптацію європейських директив, впровадження стандартів якості й безпеки, а також створює бар'єри для інтеграції в єдиний європейський простір охорони здоров'я. Отже, подолання інституційно-правових протиріч є передумовою підвищення ефективності публічного управління, забезпечення рівності доступу до медичних послуг та успішного продовження реформ у відповідності до європейських вимог.

Правова невизначеність, яка є прямим наслідком таких колізій, має ланцюговий ефект. Вона призводить до зростання дискреційних повноважень

чиновників та адміністраторів на місцях, що, у свою чергу, підвищує ризики адміністративної та побутової корупції. Таким чином, правові проблеми є не просто технічними, а структурними бар'єрами, що заважають уніфікації нормативно-правової бази та оптимізації ефективного публічного адміністрування [2].

Реформа публічного адміністрування в Україні, у тому числі в секторі охорони здоров'я, характеризується активним упровадженням децентралізаційних механізмів. Такий підхід передбачає поступову передачу частини функцій центральних органів влади на територіальний рівень з метою підвищення інституційної спроможності, управлінської ефективності та якості публічних послуг. Однак, на практиці, однією з головних перешкод залишається слабка міжвідомча координація.

Слабка взаємодія виявляється у неузгодженості між різними рівнями медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) та між різними відомствами. Це не просто логістична проблема, а свідчення фрагментарності управлінських систем, де кожен орган публічної влади часто діє як відносно автономна одиниця, ігноруючи єдині кризові протоколи. Ця фрагментація особливо помітна у сфері цифрової інтеграції та спільного використання даних [21].

В умовах децентралізації, де місцеві органи влади беруть на себе відповідальність за фінансування та управління вторинною ланкою, відсутність чітких протоколів взаємодії та уніфікації законодавчої бази призводить до:

- дублювання функцій;
- конфлікту інтересів;
- неефективного використання ресурсів [25].

Воєнні дії виразно продемонстрували критичну необхідність посилення міжвідомчої координації в системі охорони здоров'я. У сучасних умовах одним із ключових стратегічних викликів постає інтеграція військової та цивільної медицини, що потребує узгодженості організаційних підходів та уніфікації кризових протоколів для забезпечення цілісності й стійкості сектору. Недостатня здатність оперативно вибудувувати ефективну взаємодію між Міністерством

охорони здоров'я, військовими адміністраціями та органами місцевого самоврядування суттєво знижує адаптивний потенціал системи до гуманітарних загроз, ускладнює реагування на надзвичайні ситуації та сповільнює процес відновлення критичних спроможностей.

З огляду на вищевикладене, інституційно-правові бар'єри є підґрунтям для адміністративних проблем, що стримують розвиток сфери.

Першою групою бар'єрів є *правова колізійність*, яка проявляється у суперечностях між конституційно закріпленими гарантіями безоплатної медичної допомоги та сучасними механізмами фінансування, що базуються на оплаті за медичну послугу через систему стратегічного закупівництва. Такі протиріччя створюють правозастосовчий вакуум, ускладнюють вирішення спорів, формують підґрунтя для різночитань і підвищують ризики корупційних зловживань.

Другу групу становлять *бар'єри неузгодженості між різними рівнями системи охорони здоров'я*. Вони виявляються у відсутності чітких механізмів взаємодії між первинною, вторинною та третинною медичною допомогою, а також між цивільною та військовою медициною. Така фрагментація знижує оперативність реагування на кризові ситуації, ускладнює координацію дій та зменшує загальну стійкість системи до надзвичайних викликів.

Третьою групою є *адміністративна інерція*, що проявляється у спротиві органів місцевого самоврядування інституційним змінам, небажанні впроваджувати уніфіковані галузеві стандарти, а також цифрові інструменти управління. Така інерційність уповільнює цифрову трансформацію, знижує прозорість процесів, ускладнює моніторинг якості послуг і посилює нерівність між регіонами.

У сукупності ці бар'єри формують системні обмеження для ефективної реалізації публічної політики в охороні здоров'я, підривають цілісність реформи та потребують комплексного інституційно-правового усунення.

Кадрове забезпечення виступає одним із ключових системоутворювальних елементів, що визначають спроможність та результативність функціонування

закладів охорони здоров'я. В умовах України дефіцит кваліфікованих медичних кадрів набуває характеру структурної кризи та розглядається як один із провідних інституційних бар'єрів, який суттєво обмежує темпи та якість реалізації реформ у секторі охорони здоров'я.

На основі статистичної інформації та даних електронної системи охорони здоров'я виконано аналіз кадрового забезпечення медичної галузі, який виявив значну чисельність та високу динаміку руху кадрів (плинність) у 2020-2021 рр.. Це свідчить про те, що публічне управління недостатньо ефективно використовує механізми утримання та стимулювання персоналу.

Проблематика ще більше ускладнюється вираженими регіональними диспропорціями у кадровому забезпеченні системи охорони здоров'я. Аналітичні дослідження демонструють чітке розмежування між територіями з відносно стабільним забезпеченням медичними кадрами та регіонами, що характеризуються критичним дефіцитом кваліфікованих фахівців. Виникнення таких дисбалансів зумовлюється комплексом структурних та соціально-економічних чинників, серед яких нерівномірність розвитку медичної інфраструктури, диференціація рівня оплати праці, відмінності у можливостях професійного розвитку, а також якість управлінських рішень і стратегічного планування на місцевому рівні. Управління, орієнтоване на ефективний розподіл людських ресурсів, має вирішити це питання через впровадження дієвих стимулюючих механізмів для фахівців, особливо у депресивних або віддалених регіонах [35].

Кадрова криза в системі охорони здоров'я не обмежується дефіцитом фахівців як таким, а має комплексний характер, що охоплює проблеми якості підготовки, професійної компетентності та управлінської культури. Недостатній рівень кваліфікації частини медичного персоналу, у поєднанні з високою плинністю кадрів, формує стійкі організаційні дисфункції та безпосередньо позначається на якості й безпеці надання медичної допомоги. Регіональні диспропорції в кадровому забезпеченні, посилені браком ефективних соціально-економічних стимулів, зумовлюють масштабну внутрішню та зовнішню

міграцію медичних працівників, що підриває спроможність системи забезпечувати рівномірний доступ до послуг та загрожує її довгостроковій стійкості.

Усвідомлення цих взаємопов'язаних факторів вимагає переосмислення підходів до управління людськими ресурсами в охороні здоров'я. Пріоритетними стають запровадження механізмів кадрової мобільності, розвиток комплексних програм професійного розвитку та підвищення кваліфікації, а також створення дієвих інструментів підтримки і збереження кадрів у регіонах. Лише системне посилення кадрового потенціалу може забезпечити стабільність та ефективність функціонування медичної системи в умовах сучасних викликів.

Повномасштабна військова агресія стала одним із ключових каталізаторів загострення кадрової кризи у сфері охорони здоров'я. Війна зумовила одночасно кілька типів кадрових втрат: безповоротні втрати медичного персоналу внаслідок загибелі, масштабну мобілізацію фахівців до лав Збройних сил України, а також суттєвий відтік кадрів за кордон у пошуках безпеки та стабільних умов праці. Додатковим чинником стало різке посилення територіального дисбалансу, спричинене внутрішнім переміщенням як медичних працівників, так і населення, що створило нерівномірний розподіл потреб та навантаження на регіональні системи охорони здоров'я.

Значні руйнування інфраструктури у прифронтових і деокупованих територіях, а також довготривала окупація окремих населених пунктів призвели до повної або часткової зупинки роботи медичних закладів. Це, у свою чергу, спричинило втрату робочих місць, вимушену релокацію персоналу та концентрацію кадрового навантаження на заклади західних і центральних регіонів. За таких умов системна кадрова нерівність поглиблюється, а можливості забезпечення безперервності медичної допомоги у прифронтових громадах суттєво зменшуються, що формує довгострокові ризики для стійкості системи охорони здоров'я загалом.

Публічне управління має реагувати на цей виклик шляхом формування

стратегічних резервів, уніфікації кризових протоколів та посилення кадрової мобільності [25].

Це вимагає швидкої адаптації регуляторної політики, що дозволяє забезпечити гнучкість трудових відносин у медичній сфері, включаючи дистанційну роботу та перекваліфікацію. Необхідно розробити та впровадити спеціалізовані програми для медичних працівників, які постраждали від війни, і тих, хто працює в умовах підвищеного ризику, з метою не лише забезпечення фізичної безпеки, а й підтримки їхнього психологічного стану та професійного розвитку.

Фінансова стійкість і прозорість використання ресурсів є ключовими показниками ефективності публічного управління. В Україні ця сфера стикається з подвійним викликом: нерівномірністю фінансування та хронічними корупційними ризиками.

Одним із ключових системних бар'єрів реформування сектору охорони здоров'я є нерівномірність фінансового забезпечення, що проявляється на кількох взаємопов'язаних рівнях.

По-перше, спостерігається суттєвий дисбаланс між обсягами фінансування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, що формує структурну нерівність у доступі до послуг.

По-друге, існує виражена регіональна асиметрія: громади з високою податковою автономією мають ширші можливості для підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, тоді як території, критично залежні від державних субвенцій, демонструють знижену фінансову спроможність.

По-третє, значною залишається залежність системи охорони здоров'я від міжнародних програм фінансової і технічної допомоги. Хоча така підтримка – зокрема проекти Світового банку та інші донорські ініціативи – забезпечує важливі ресурси та інституційні рішення, надмірна орієнтація на зовнішні джерела фінансування створює ризики для довгострокової стійкості та автономності галузі.

В умовах воєнної та економічної багатовимірної кризи для публічного

управління пріоритетним завданням стає формування засад фінансової та інституційної стійкості медичної системи. Це потребує створення стратегічних резервів - фінансових, матеріально-технічних і кадрових - здатних забезпечити оперативне реагування на непередбачувані шоки та підтримати безперервність надання медичних послуг. Ефективне управління ресурсами в таких умовах передбачає запровадження уніфікованих кризових протоколів фінансування та закупівель, що мінімізують адміністративні затримки та підвищують прозорість і передбачуваність прийняття рішень.

Сфера охорони здоров'я традиційно вважається однією з найбільш схильних до корупції, яка супроводжує процеси розподілу ресурсів, взаємодії з пацієнтами, призначення ліків та здійснення закупівель [21].

Публічне управління активно використовує цифрові технології як стратегічний інструмент протидії цьому явищу. Встановлено, що цифровізація медичних процесів та управлінських рішень, включаючи електронну систему eHealth, систему публічних закупівель ProzoGo, електронні рецепти та відкриті реєстри, створює умови для підвищення прозорості, підзвітності та ефективності використання ресурсів [21]. Ці рішення мають потенціал значно зменшити рівень побутової та адміністративної корупції. Більше того, застосування штучного інтелекту для аналітики транзакцій відкриває нові можливості для виявлення корупційних схем на етапі закупівель.

Разом із тим результати аналізу свідчать, що цифровізація сама по собі не є універсальним розв'язанням системних проблем у сфері охорони здоров'я. Ефективність цифрових інструментів суттєво обмежується низкою управлінських та інституційних чинників, які формують так звану «цифрову вразливість» системи. Одним із ключових проявів такої вразливості є фрагментарність цифрової інфраструктури: розрізнені, непоєднані між собою інформаційні системи не дозволяють сформувати єдину достовірну базу даних, що унеможлиблює проведення комплексного аналізу транзакцій та ускладнює масштабування цифрових сервісів. Додатковим бар'єром виступає опір змінам на місцевому рівні та дефіцит цифрової компетентності серед медичних

працівників, що призводить до помилок у введенні інформації та знижує якість управлінських даних, необхідних для обґрунтованих рішень. Не менш істотним чинником є недостатнє нормативно-правове забезпечення цифрових процесів: відсутність чітких правил, процедур та визначеності щодо кваліфікації цифрових правопорушень суттєво обмежує можливість притягнення до відповідальності за зловживання в електронному середовищі. Сукупно ці проблеми формують інституційну нестійкість цифрової трансформації та знижують її потенціал як інструмента підвищення ефективності публічного управління охороною здоров'я.

Таким чином, корупційні ризики в ОЗ зміщуються з прямих хабарів до маніпуляцій із даними та закупівлями. Ефективне публічне управління вимагає не лише інструментального впровадження технологій, а й формування належної етичної культури службовців та міжінституційної координації [21]. Цифровізація має стратегічне значення для формування нової моделі управління, спрямованої на підвищення довіри громадян до системи.

Аналіз сучасного стану публічного управління системою охорони здоров'я України засвідчує, що ключові проблеми та виклики мають комплексний, взаємопов'язаний характер і формують сукупність системних обмежень, які стримують ефективність реформ. Інституційно-правова нестабільність, кадрова криза та брак стійкості функціональних механізмів постають не як ізольовані явища, а як елементи єдиної структури ризиків, що взаємно підсилюють одна одну. Насамперед інституційно-правові суперечності - зокрема колізії між конституційними гарантіями та сучасними механізмами фінансування - створюють фрагментоване регуляторне середовище, ускладнюють захист прав пацієнтів і знижують легітимність управлінських рішень. Відсутність чіткої міжвідомчої координації додатково поглиблює цю нестабільність, перешкоджаючи уніфікації нормативних підходів.

Кадрова деградація, що проявляється у дефіциті кваліфікованих фахівців, високій плинності кадрів і регіональних дисбалансах, є одним із найгостріших наслідків військової агресії та свідчить про недостатню адаптивність існуючих

інструментів управління персоналом. У свою чергу, фінансова нерівномірність та обмежена прозорість, попри наявність сучасних цифрових інструментів, залишаються значущими перешкодами для забезпечення стійкості системи.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що підвищення ефективності публічного управління охороною здоров'я потребує комплексної трансформації: гармонізації правового поля, інституціоналізації міжвідомчої взаємодії, модернізації кадрової політики та зміцнення фінансової прозорості. Використання цифровізації як стратегічного інструменту має розглядатися не як технічне оновлення, а як фундаментальний компонент побудови стійкої, мережевої та орієнтованої на потреби населення моделі управління.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ

#### **3.1 Пріоритети гармонізації національної політики охорони здоров'я з вимогами *acquis* ЄС**

Гармонізація національної політики охорони здоров'я з вимогами Європейського Союзу дедалі більшою мірою визначає стратегічну траєкторію розвитку української системи охорони здоров'я. Як країна-кандидат на вступ до ЄС, Україна повинна не лише адаптувати підходи до управління та оновлювати стратегічні документи, але й здійснювати повноцінну імплементацію норм права ЄС (*EU acquis*) у сфері охорони здоров'я. Імплементація передбачає не формальне перенесення норм, а їх інтеграцію у національну правову систему, адміністративні процедури, стандарти медичної допомоги, механізми контролю та інституційну взаємодію. Європейське *acquis* у сфері охорони здоров'я охоплює регулювання безпеки пацієнтів, контроль за обігом лікарських засобів і медичних виробів, епіднагляд, забезпечення якості харчових продуктів, реагування на надзвичайні ситуації, охорону праці, цифрові стандарти та механізми сталого фінансування. Відтак, гармонізація політики неможлива без системного впровадження європейських директив, регламентів і рамкових рішень у національну практику.

Потреба в імплементації норм права ЄС зумовлена не лише міжнародними зобов'язаннями, але й об'єктивною необхідністю підвищити інституційну стійкість української медичної системи до сучасних викликів - включно з наслідками війни, зростанням тягаря захворюваності, епідемічними ризиками й соціально-економічними диспропорціями. Європейські моделі управління,

засновані на принципах доказовості, превентивності, міжсекторальності та високих стандартах якості, задають вимоги до структурної перебудови управлінських процесів в Україні. Імплементація *acquis* дозволяє адаптувати найкращі європейські практики у сфері регуляції лікарських засобів, функціонування системи громадського здоров'я, цифрового врядування, кризового реагування та управління людськими ресурсами.

Отже, імплементація норм права ЄС стає не лише технічним завданням, а фундаментальною умовою формування стійкої, сучасної та орієнтованої на потреби населення системи охорони здоров'я України. Вона забезпечує відповідність європейським стандартам, посилює інтеграцію в єдиний європейський простір та створює основу для довготривалої модернізації галузі.

Імплементація *acquis communautaire* у сфері охорони здоров'я є невід'ємною складовою європейської інтеграції України та однією з найбільш соціально значущих галузей гармонізації. У контексті переговорного процесу щодо вступу до Європейського Союзу (ЄС) ця сфера охоплюється, головним чином, Розділом 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я», який входить до Кластеру 2 «Внутрішній ринок» [45]. Цей розділ має широке охоплення, виходячи далеко за межі організації медичних послуг. Він включає регулювання фармацевтичного сектору (лікарські засоби та медичні вироби), стандарти громадського здоров'я (боротьба з транскордонними загрозами, тютюнові вироби, біоциди), забезпечення високої якості крові, тканин та клітин, а також питання мобільності пацієнтів та медичних працівників [10].

На початковому етапі інтеграційні зобов'язання України визначалися Угодою про асоціацію (УА) з ЄС. Прогрес у виконанні положень УА у сфері охорони здоров'я демонструє високий інституційний пріоритет на пряму, сягнувши 88% станом на 2024 рік, що на 10% більше, ніж у попередньому році [22]. Однак, перехід до формату переговорів про членство, зокрема початок офіційного скринінгу, вимагає від України не лише законодавчого закріплення, а й забезпечення повної адміністративної та інституційної спроможності для застосування директив та регламентів ЄС на практиці.

Процес гармонізації законодавства відбувається в умовах повномасштабної військової агресії Російської Федерації, що накладає унікальні виклики на систему охорони здоров'я та, відповідно, на темпи і зміст євроінтеграційних реформ. Війна спричинила гуманітарну кризу, руйнування медичної інфраструктури та критичне навантаження на систему медичних послуг, особливо поблизу лінії фронту та у місцях зосередження внутрішньо переміщених осіб [52].

Окрім масштабних фізичних руйнувань, війна справляє глибокий і тривалий вплив на психічне здоров'я цивільного населення, виступаючи потужним каталізатором зростання поширеності психічних розладів та пов'язаних із ними соматичних захворювань. У відповідь на ці виклики український уряд був змушений адаптувати євроінтеграційні пріоритети, інтегруючи нагальні потреби військового часу в стратегічні документи. Прийняття нового Закону про систему охорони психічного здоров'я у січні 2025 року [11] є яскравим прикладом такої адаптації, коли національний пріоритет (надання допомоги на базі громади) узгоджується із загальноєвропейськими підходами, демонструючи стійкість реформ навіть під час бойових дій.

Для підготовки до офіційного переговорного процесу Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) провело первинну самооцінку (self-screening) рівня відповідності національного законодавства праву ЄС [28]. Фахівцями було опрацьовано понад 1500 актів права ЄС (*acquis* ЄС), внаслідок чого визначено 347 нормативних актів, які потребують обов'язкової імплементації до українського законодавства [18].

У процесі адаптації національного законодавства до вимог *acquis communautaire* Міністерство охорони здоров'я України здійснило систематизацію відповідних директив і регламентів Європейського Союзу, умовно згрупувавши їх за чотирма ключовими напрямками. Такий підхід дозволив сформувану дорожню карту імплементації права ЄС, визначити пріоритети гармонізації та окреслити послідовність нормативних змін.

Найоб'ємнішим є напрям *громадського здоров'я*, який охоплює 258 актів ЄС. У межах Угоди про асоціацію Україною вже повністю імплементовано 39 актів, тоді як 219 залишаються на різних етапах гармонізації, зокрема 5, робота над якими вже розпочата. Значний обсяг нерегульованих питань у цій сфері свідчить про масштабність завдання та потребу у посиленій міжвідомчій координації.

Другим за обсягом є блок *фармацевтичного регулювання*, який передбачає імплементацию 71 акта ЄС. На сьогодні 6 актів адаптовано повністю, 27 – частково або у процесі виконання, а над 7 директивами вже розпочато роботу. З огляду на стратегічну важливість контролю якості лікарських засобів, цей напрям має особливе значення для забезпечення відповідності європейським стандартам безпеки.

У сфері *медичних послуг* виділено 16 актів, з яких 5 повністю імплементовано та 5 частково гармонізовано. Це свідчить про поступовий, але стабільний рух у напрямі інтеграції європейських підходів до забезпечення якості медичної допомоги.

Нарешті, напрям *медичної освіти* включає лише два акти, один із яких уже перебуває на етапі опрацювання. Мінімальна кількість документів не зменшує значущості цього блоку, оскільки він стосується фундаментальних аспектів підготовки кадрів за європейськими стандартами [18].

Аналіз обсягу нормативних актів Європейського Союзу, що підлягають імплементации в Україні, засвідчує, що переважна їх частина стосується сфери громадського здоров'я: 258 із 347 актів належать саме до цього напрямку. Така кількісна домінанта свідчить про те, що процес гармонізації значно виходить за межі реформування фінансування медичних послуг чи модернізації клінічної допомоги. Він потребує глибокої інституційної трансформації та переходу до комплексного підходу «Охорона здоров'я в усіх політиках» (Health in All Policies), який є ключовим методологічним принципом ВООЗ та активно застосовується країнами ЄС.

Змістовна специфіка відповідних актів ЄС охоплює регулювання

широкого спектра громадських детермінант здоров'я: контроль тютюнових виробів, забезпечення якості води та продуктів харчування, управління ризик-факторами неінфекційних захворювань, охорону праці, санітарно-епідеміологічні заходи, хімічну безпеку, захист довкілля й інші сфери, що безпосередньо впливають на здоров'я населення. Це означає, що імплементація *acquis* у сфері громадського здоров'я виходить за межі компетенції МОЗ і вимагає інтенсивної міжвідомчої та міжсекторальної координації - із залученням Міністерства екології, Міністерства економіки, Мінагрополітики, Міністерства освіти і науки, органів місцевого самоврядування та інших інституцій.

Така багатовимірність завдання ускладнює впровадження європейських норм, оскільки потребує не лише нормативної адаптації, а й перебудови механізмів міжсекторальної взаємодії, створення інтегрованих інституційних платформ та узгодження стратегічних цілей різних відомств. Отже, успіх імплементації норм права ЄС у сфері громадського здоров'я безпосередньо залежить від здатності держави забезпечити ефективне управління міжгалузевими процесами та формувати єдину політику, орієнтовану на збереження і зміцнення здоров'я населення.

Ключовим показником успішності імплементації *acquis* є незалежна зовнішня оцінка Європейської Комісії (ЄК). Звіт по Україні в межах Пакета розширення ЄС 2025 року, оприлюднений 4 листопада, став щорічною оцінкою стану виконання реформ та наближення українського законодавства до норм ЄС.<sup>6</sup> Цей звіт є першим після завершення скринінгу українського законодавства і враховує його результати.<sup>1</sup>

Загалом, Україна продемонструвала найкращі результати за останні три роки [11]. Європейська Комісія оцінила підготовку України на рівні «*Good Progress*», що відповідає 4 балам із 5 можливих. Така оцінка у структурі Кластеру 2 є особливо показовою, оскільки охоплює комплекс вимог щодо безпеки пацієнтів, регулювання лікарських засобів, епіднагляду, контролю за якістю продукції та захисту прав споживачів. Досягнення високого рівня відповідності за цим розділом у період воєнного стану має не лише технічне, але й суттєве

політичне значення. Воно засвідчує інституційну стійкість системи охорони здоров'я, здатність ключових органів влади забезпечувати безперервність реформ та підтримувати інтеграційний курс попри надзвичайні обставини.

Отриманий результат підтверджує, що українські інституції – зокрема Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України та Державна служба з лікарських засобів – зберегли необхідний темп і якість роботи, що вимагаються для виконання переговорних критеріїв.

Це свідчить про достатній рівень адміністративної спроможності, ефективного впровадження елементів *acquis communautaire* та послідовну інтеграцію європейських стандартів у національну правову й управлінську практику. Водночас така оцінка Єврокомісії формує додатковий кредит довіри до України з боку інституцій ЄС, посилюючи легітимність реформ і створюючи сприятливі умови для подальшого поглиблення інтеграційних процесів у сфері охорони здоров'я [14].

Серед ключових досягнень, які були позитивно відзначені Європейською Комісією у Звіті 2025 року, виокремлюють [11]:

- Ухвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я.
- Затвердження Стратегії та Плану дій з протидії антимікробній резистентності (АМР).
- Оновлення санітарних та протиепідемічних правил для аптек відповідно до європейських стандартів (наказ МОЗ набрав чинності у липні 2025 року).
- Посилення скринінгу раку та усунення прогалин щодо неінфекційних захворювань.
- Помітний розвиток електронної охорони здоров'я (*eHealth*).

Після завершення внутрішньої самооцінки (*self-screening*) Україна перейшла до фази офіційного оцінювання з боку ЄС.

Процес скринінгу на відповідність *acquis communautaire* виступає важливим каталізатором для формування та ухвалення нормативно-правових актів, що потребують високого рівня технічної деталізації та спеціалізованої

експертизи. Він спрямовує діяльність державних органів у бік розроблення не лише рамкових стратегічних документів, а й конкретних регуляторних інструментів, здатних забезпечити повну сумісність національного законодавства з вимогами внутрішнього ринку Європейського Союзу. Показовим прикладом є підготовка МОЗ України до двосторонньої зустрічі з Європейською Комісією, у межах якої було розроблено та презентовано проєкт Закону «Про надання на ринку та використання біоцидних продуктів». Створення такого законопроєкту засвідчує, що гармонізація у сфері охорони здоров'я потребує не декларативних підходів, а ретельного нормативно-технічного опрацювання складних аспектів регулювання, що охоплюють безпеку продукції, захист здоров'я населення та функціонування внутрішнього ринку ЄС.

Таким чином, переговорний процес і скринінг фактично структурують порядок денний уряду, орієнтуючи його на вирішення спеціалізованих регуляторних завдань, які є необхідними для забезпечення повної відповідності *acquis*. Це підсилює інституційну спроможність держави, поглиблює технічну інтеграцію з ЄС та сприяє переходу від формального зближення норм до їхньої реальної імплементації у національну правову систему.

Одним із найбільш значущих досягнень у сфері імплементації *acquis* є реформування фармацевтичного сектору. Прийнятий Закон України «Про лікарські засоби» (№2469-IX) є фундаментальним кроком, спрямованим на узгодження правил обігу ліків із європейським законодавством. Цей закон вводить в українську практику європейські стандарти виробництва (GMP), дистрибуції (GDP) та належної аптечної практики (GPP) [8].

Законодавчі зміни також передбачають формування нової, інституційно незалежної регуляторної інфраструктури, що становить ключовий елемент підвищення прозорості та зміцнення довіри до національного фармацевтичного ринку. Відповідно до чинної редакції законодавства, передбачається створення окремого регуляторного органу європейського зразка, діяльність якого має розпочатися у січні 2027 року. Запровадження такого органу є необхідним

кроком для забезпечення об'єктивності регуляторних рішень, уніфікації процедур контролю якості лікарських засобів та приведення національної моделі регулювання у відповідність до норм та практик Європейського Союзу.

Крім того, передбачено обов'язкове впровадження національної системи верифікації лікарських засобів, що включає застосування 2D-кодів на упаковках з метою протидії фальсифікації. Цей механізм, інтегрований із загальноєвропейською системою верифікації, має бути повністю запущений у січні 2028 року. Реалізація зазначених заходів забезпечить простежуваність руху лікарських засобів, мінімізує ризики потрапляння фальсифікованої продукції на ринок та сприятиме формуванню єдиного безпечного фармацевтичного простору, сумісного з європейськими вимогами [11].

Водночас суттєве відтермінування набрання чинності ключовими положеннями (до 2027–2028 рр.) залишається предметом фахових дискусій. З одного боку, такі часові інтервали є об'єктивно необхідними для підготовки значного масиву підзаконних актів, формування нового регуляторного органу, забезпечення належного фінансування та розбудови складної цифрової інфраструктури, зокрема національної системи верифікації. З іншого боку, подібний «регуляторний розрив» може створити суттєві ризики у разі прискорення переговорного процесу щодо вступу до ЄС. Проходження етапу скринінгу вимагатиме від України не лише формального ухвалення законодавчих змін, але й демонстрації реалістичної, деталізованої та фінансово обґрунтованої дорожньої карти їх практичної імплементації. В іншому випадку існує загроза виникнення ситуації, у якій правові норми будуть формально наближені до європейських стандартів, проте відповідні інституційні та операційні механізми їх реалізації залишатимуться недостатньо розвиненими чи відставатимуть у темпах впровадження. Такий дисбаланс може негативно вплинути на оцінку готовності України виконувати вимоги *acquis* та уповільнити інтеграційний поступ.

Гармонізація також проявилася у сфері транскордонної співпраці, що має стратегічне значення для безпеки громадян. У квітні 2025 року Україна

приєдналася до Угоди ЄС про спільні закупівлі медичних контрзаходів (*Joint Procurement Agreement*). Це приєднання дозволяє Україні здійснювати спільні закупівлі з державами-членами ЄС, забезпечуючи завчасне придбання критично важливих ліків, вакцин та інноваційних препаратів [11]. Цей крок є прямим інструментом реагування на серйозні транскордонні загрози для здоров'я, посилюючи безпековий вимір у сфері охорони здоров'я України та її інтеграцію до загальноєвропейської системи безпеки здоров'я.

У сфері оцінки медичних технологій (НТА) Україна здійснила часткове узгодження національного законодавства з положеннями нового Регламенту Європейського Союзу щодо НТА, який офіційно набув чинності у 2025 році. Наявна українська система НТА є сформованою та давно інтегрованою у практику прийняття рішень у фармацевтичній та медичній сферах, однак її повна гармонізація з європейськими вимогами потребує подальшої адаптації. Зокрема, йдеться про імплементацію механізмів спільної клінічної оцінки (*Joint Clinical Assessment, JCA*) та спільних наукових консультацій (*Joint Scientific Consultations, JSC*), які є ключовими елементами ЄС-моделі НТА.

Інтеграція України до цих процедур відкриває можливості для поглибленої співпраці з європейськими регуляторами, уніфікації підходів до оцінки ефективності та безпеки медичних технологій, а також суттєвого спрощення регуляторних процесів. Практичне залучення до спільних оцінок зменшить дублювання експертизи, прискорить ухвалення рішень щодо інноваційних лікарських засобів та медичних виробів і сприятиме їх швидшому виходу на український ринок відповідно до стандартів та очікувань Європейського Союзу. У результаті гармонізація НТА стане важливим інструментом інтеграції українського фармацевтичного сектору в єдиний європейський простір та підвищення доступності інноваційних технологій для пацієнтів [3].

У сфері медичної освіти та професійних кваліфікацій, які є критичними для реалізації вільного руху працівників (Розділ 2 *Acquis*), було прийнято Закон України № 4246-IX від 12.02.2025 р. [10]. Цей закон спрямований на приведення системи підготовки та безперервного професійного розвитку кваліфікованих

кадрів у відповідність до міжнародних стандартів, що є необхідною передумовою для взаємного визнання професійних кваліфікацій у майбутньому.

Особливе значення в контексті імплементації норм права ЄС набуває сфера охорони психічного здоров'я, яка стала одним із ключових напрямів нормативно-правових змін останніх років. У січні 2025 року було ухвалено новий Закон України про систему охорони психічного здоров'я, що заклав концептуально оновлену модель організації допомоги. Ця реформа виникла як відповідь держави на масштабні психотравмувальні наслідки збройної агресії та водночас демонструє здатність інтегрувати європейські стандарти у національну політику з урахуванням специфіки воєнного контексту. У законодавстві закріплено перехід від інституційно-орієнтованої моделі до підходів, заснованих на наданні послуг у громаді, що повністю корелює з сучасними європейськими практиками та рекомендаціями ВООЗ.

Воєнні події суттєво вплинули на психічне здоров'я українського населення, спричинивши зростання частоти посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних станів, а також феномену «відкладеного життя». У цьому контексті розбудова системи психічного здоров'я через механізми євроінтеграції набуває особливої ваги, оскільки дозволяє не лише адаптувати нормативну базу до стандартів ЄС, але й залучати цільову міжнародну підтримку, зокрема в межах програми EU4Health. Така інтеграція підсилює інституційну спроможність держави забезпечувати доступну, якісну та стійку допомогу у сфері психічного здоров'я, що є критично важливим для післявоєнного відновлення та загальної суспільної резиліентності [53].

Аналіз пріоритетів гармонізації національної політики охорони здоров'я України з вимогами Європейського Союзу засвідчує, що імплементація *acquis communautaire* у цій сфері є не лише технічним завданням зовнішньополітичного характеру, але й фундаментальним механізмом внутрішньої трансформації системи охорони здоров'я. Європейські стандарти, що охоплюють сфери громадського здоров'я, фармацевтичного регулювання, оцінки медичних технологій, професійних кваліфікацій та психічного здоров'я, формують

комплексний нормативний та інституційний вектор модернізації галузі. Здійснення self-screening та визначення пріоритетних актів для імплементації дозволило Україні сформувати структуровану дорожню карту змін, орієнтовану на адаптацію внутрішнього законодавства до вимог внутрішнього ринку ЄС.

Позитивні оцінки Європейської Комісії у Звіті з розширення ЄС 2025 року підтверджують достатній рівень інституційної спроможності української системи охорони здоров'я, попри екстремальні умови воєнного стану. Окремим досягненням є прогрес у реформуванні фармацевтичного регулювання, цифрового врядування, протидії антимікробній резистентності та розвитку системи психічного здоров'я відповідно до європейських підходів. Водночас повномасштабна війна висвітлила необхідність подальшого посилення міжвідомчої координації, стійкості інституційних механізмів та прискорення практичної імплементації директив і регламентів ЄС. Отже, гармонізація політики охорони здоров'я з acquis ЄС стає ключовим чинником формування стійкої, модернізованої та інтегрованої в європейський простір системи, здатної забезпечувати високі стандарти здоров'я населення.

### **3.2 Пропозиції щодо вдосконалення організаційно-правових та управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я України**

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я України характеризується поєднанням глибоких внутрішніх трансформацій та безпрецедентних зовнішніх викликів, що вимагає переосмислення та модернізації організаційно-правових і управлінських механізмів галузі.

Попередній аналіз засвідчив наявність низки структурних проблем: інституційної фрагментованості, правової колізійності, дисбалансів у фінансуванні, кадрової нестачі, цифрової нерівності та недостатньої міжвідомчої координації, які ускладнюють реалізацію державної політики та знижують

стійкість системи в умовах воєнного стану. Водночас курс на європейську інтеграцію створює нові можливості для гармонізації підходів та наближення до стандартів Європейського Союзу, а також формує імператив щодо імплементації *acquis communautaire* у сфері охорони здоров'я.

У цих умовах актуальним стає формування комплексних пропозицій, спрямованих на вдосконалення механізмів управління, підвищення ефективності нормативно-правового регулювання та інституційної взаємодії, зміцнення системи стратегічного планування, удосконалення кадрової політики та впровадження сучасних цифрових інструментів. Основною метою таких пропозицій є створення стійкої, прозорої та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я, здатної забезпечити високу якість послуг, гнучкість реагування на кризи та відповідність європейським стандартам у контексті майбутнього членства України в ЄС.

Незважаючи на значний прогрес у законодавчій гармонізації, Україна стикається з низкою структурних та інституційних проблем, які можуть уповільнити перехід від формального прийняття законів до ефективного застосування європейських норм на практиці.

Одним із ключових викликів, пов'язаних з інтеграцією до внутрішнього ринку ЄС, є впровадження механізмів соціальної координації та забезпечення вільного руху пацієнтів та працівників. Європейська Комісія у Звіті 2024 року зазначила, що відсутність в Україні національної картки медичного страхування створює суттєві перешкоди для подальшого впровадження Європейської картки медичного страхування (EHIC). Впровадження EHIC є необхідним для забезпечення прав громадян на медичне обслуговування під час тимчасового перебування в країнах ЄС, як це передбачено нормами вільного пересування [23].

МОЗ України визнає цю проблему і затвердило дорожню карту імплементації європейських правил щодо медичного страхування та транскордонної медичної допомоги, зокрема Регламенту 883/2004 про координацію систем соціального забезпечення та Директиви 2011/24/ЄС щодо

доступу пацієнтів до медичної допомоги за кордоном. Робота передбачає запуск національної медичної страхової картки [11].

Ключовим структурним викликом у сфері наближення до стандартів Європейського Союзу є узгодження фінансових механізмів відшкодування вартості медичних послуг. Українська модель, що функціонує через Національну службу здоров'я України як єдиного національного закупівельника (single-payer), має іншу логіку й інституційну архітектуру порівняно з переважно страховими системами держав-членів ЄС. Така відмінність суттєво ускладнює процес гармонізації з вимогами Регламенту (ЄС) № 883/2004, який регулює координацію систем соціального забезпечення, включно з механізмами медичного страхування.

Повне узгодження з цим регламентом передбачає не лише запровадження документа, еквівалентного європейській картці медичного страхування (EHIC), але й створення сумісної інфраструктури для міждержавного фінансового врегулювання. Це означає необхідність розроблення процедур взаємного відшкодування витрат на медичні послуги, встановлення спільних тарифних принципів та забезпечення прозорих каналів обміну інформацією між українськими інституціями та компетентними органами країн-членів ЄС. Відсутність такої інтегрованої системи розрахунків наразі ускладнює двосторонні взаємодії з ЄС у сфері соціального забезпечення та становить суттєвий інституційний бар'єр у контексті переговорів за Розділом 2 «Свобода переміщення працівників». У перспективі це потребуватиме глибокого реформування фінансових та організаційних механізмів національної моделі охорони здоров'я для забезпечення її повної сумісності з європейськими правилами.

Для забезпечення ефективності імплементації асquis критично важливою є інституційна стійкість та прозорість управління. Європейська Комісія постійно наголошує на необхідності забезпечення прозорості у медичних закупівлях, ліцензуванні та управлінні фінансовими ресурсами, а також запобіганні конфліктам інтересів. Створення Наглядової ради ДП «Медичні закупівлі

України» у січні 2025 року стало кроком, спрямованим на посилення корпоративного управління та прозорості [11].

Разом із тим результати проведеного аналізу засвідчують, що одним із найгостріших внутрішніх викликів залишається недостатній рівень координації між центральними органами виконавчої влади, насамперед Міністерством охорони здоров'я, та регіональними органами управління охороною здоров'я. Додаткової уваги потребує й питання зміцнення управління надавачами медичних послуг, удосконалення фінансового менеджменту та підвищення їхньої інституційної підзвітності. Ефективна реалізація стратегічних та оперативних планів розвитку галузі вимагає чіткого визначення комплексу політичних інструментів, а також узгоджених дій і посиленої взаємодії між усіма рівнями системи публічного управління - від центрального до місцевого. Така інтегрованість є передумовою формування цілісної, стійкої та керованої моделі управління охороною здоров'я, здатної забезпечувати досягнення запланованих результатів у складних умовах суспільного розвитку [53].

Вдосконалення управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я України потребує системного переосмислення принципів організації, координації та підзвітності, спираючись на європейські стандарти належного врядування. Одним із ключових напрямів цього процесу є посилення управління постачальниками медичних послуг. Йдеться про впровадження інструментів, які забезпечують вищий рівень фінансової прозорості, операційної автономії та відповідальності медичних закладів перед Національною службою здоров'я України та органами місцевого самоврядування. Такий підхід створює передумови для функціонування ефективної моделі стратегічного закупівельника, відповідає принципам конкурентоспроможності та є необхідним елементом наближення до європейської системи регулювання постачальників у сфері охорони здоров'я. Зміцнення інститутів підзвітності сприятиме підвищенню якості надання медичної допомоги, формуванню стимулів до покращення управлінської практики та зменшенню фінансових і корупційних ризиків.

Другим важливим напрямом є забезпечення міжрегіональної та вертикальної узгодженості політики. Поглиблення координації між Міністерством охорони здоров'я, НСЗУ та обласними департаментами охорони здоров'я є критично необхідним для синхронного впровадження регуляторних рішень на всіх рівнях. Особливе значення це має у сфері громадського здоров'я, яка охоплює найбільший обсяг актів *acquis* і потребує уніфікованих підходів у межах концепції «Здоров'я в усіх політиках» (Health in All Policies). Посилення міжвідомчої взаємодії, стандартизація управлінських процедур та формування інтегрованих механізмів планування сприятимуть забезпеченню узгодженості нормативних змін, підвищенню результативності реформ та реалізації стратегічних цілей європейської інтеграції України.

Україна продемонструвала помітний розвиток електронної охорони здоров'я (eHealth), що було позитивно відзначено Європейською Комісією.<sup>6</sup> Однак, для повної інтеграції до європейського простору охорони здоров'я, ЄК вимагає продовжувати роботу над узгодженням національних eHealth рішень із чинними рекомендаціями ЄС, а також, що є особливо критичним, із Загальним регламентом ЄС про захист даних (GDPR) [11].

Необхідність повної відповідності GDPR створює значний правовий та технічний виклик. Повноцінна інтеграція української eHealth для забезпечення транскордонного обміну даними пацієнтів (відповідно до Директиви 2011/24/ЄС) є неможливою без гарантування високого рівня кібербезпеки та захисту конфіденційної медичної інформації. Це вимагає значних інвестицій у модернізацію ІТ-систем та адаптацію регуляторних практик, включаючи юридичну експертизу для аналізу регуляторних прогалин та розробки пріоритетованого законодавства [36].

Україна послідовно та результативно застосовує інструменти європейської інтеграції для пом'якшення гуманітарних наслідків війни та підвищення стійкості національної системи охорони здоров'я. Зокрема, приєднання до програми Європейського Союзу EU4Health із загальним бюджетом 4,4 млрд євро на 2021–2027 роки, причому на умовах ретроактивності з 1 січня 2022 року,

створило інституційні можливості для залучення українськими державними та приватними суб'єктами фінансування через відкриті конкурси, грантові механізми та проєктну підтримку. Участь у програмі забезпечує доступ до цільових ресурсів, спрямованих на зміцнення готовності сектору охорони здоров'я до серйозних транскордонних загроз, розвиток інфраструктурних спроможностей, підтримку цифровізації та підвищення рівня громадського здоров'я.

Значущість цього інструменту підтверджується результатами діяльності Центру громадського здоров'я України, який продемонстрував Європейській Комісії успішні результати впровадження проєктів у межах EU4Health. Це свідчить не лише про ефективність використання фінансової допомоги, але й про інституційну готовність українських органів до роботи за європейськими програмними стандартами, що наближає систему охорони здоров'я до практик ЄС та сприяє підвищенню її стійкості в умовах війни [63]. Інтеграція в програму EU4Health, посилення співпраці з Європейською Комісією через підтримку проєкту «Підтримка України для розбудови сучасної системи громадського здоров'я», а також пріоритезація психічного здоров'я в законодавчому полі, є стратегічним напрямом, що поєднує негайну гуманітарну реакцію із довгостроковим інституційним зміцненням відповідно до європейських стандартів [63].

Участь України в зазначених європейських програмах забезпечує не лише доступ до фінансових інструментів, але й передбачає отримання фахової технічної підтримки. Зокрема, йдеться про експертний супровід у проведенні комплексного аналізу національного законодавства та підготовку пріоритизованого переліку нормативно-правових актів, що потребують адаптації чи розроблення з метою досягнення повної відповідності правовим вимогам Європейського Союзу. Такий інституційний ресурс істотно підсилює спроможність державних органів до якісної імплементації *acquis* та забезпечує системність у процесі нормативно-правового зближення.

Процес європейської інтеграції України, інституційно закріплений Угодою

про асоціацію та подальшим рухом до повноправного членства в Європейському Союзі, зумовлює необхідність глибокої адаптації національного законодавства до *acquis communautaire*. Однією з найбільш критичних сфер такого нормативного зближення є управління лікарськими засобами, оскільки саме узгодженість регуляторних режимів визначає ефективність функціонування фармацевтичного ринку, безпеку й якість медичних технологій, а також можливість інтеграції України до єдиного європейського фармацевтичного простору. У цьому контексті проєкт Закону України «Про лікарські засоби» виступає стратегічним інструментом регуляторної конвергенції, спрямованим на імплементацію положень ключових директив та регламентів ЄС, включно з Директивою 2001/83/ЄС.

Наявна система регулювання фармацевтичного сектору в Україні демонструє низку суттєвих розбіжностей із європейською моделлю, що створює регуляторну асиметрію та ускладнює транскордонну взаємодію. Зберігається термінологічна та номенклатурна фрагментація, яка перешкоджає прямому застосуванню правових рішень ЄС. Процедурна ізоляція проявляється у неможливості участі України у децентралізованих процедурах (DCP) та процедурах взаємного визнання (MRP), що зумовлює дублювання реєстраційних процесів, збільшує адміністративне навантаження та затримує доступ пацієнтів до інноваційних препаратів. Додаткові виклики пов'язані з недостатньою гармонізацією механізмів GMP/GDP-контролю, рівень імплементації яких не завжди визнається еквівалентним уповноваженими органами ЄС без додаткових інспекцій.

Для забезпечення системної модернізації пропонується комплекс заходів, які охоплюють стратегічні, інституційні, операційні та кадрові напрями. Зокрема, ключовим завданням є повна імплементація відповідних актів *acquis* та прийняття Закону «Про лікарські засоби» у редакції, максимально тотожній положенням європейського законодавства. Паралельно необхідним є створення передумов для визнання регуляторної еквівалентності українських органів із Європейським агентством з лікарських засобів (EMA), що забезпечить

інтеграційний доступ до спільних регуляторних процедур. Серед інституційних кроків пріоритетним є запровадження механізмів *participation-reliance*, які дозволять уникнути дублювання реєстраційних досьє та пришвидшити вихід інноваційних препаратів на ринок.

Важливим є й реформування системи фармаконагляду та цифровізація регуляторних процесів із подальшою інтеграцією національних електронних реєстрів до європейських платформ, зокрема EudraVigilance. Не менш вагомим компонентом є розвиток людського потенціалу через систематичне підвищення кваліфікації регуляторів, володіння методиками оцінки досьє у форматі CTD та участь у програмах Twinning і TAIEХ, що забезпечує відповідність кращим європейським практикам.

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що вдосконалення організаційно-правових та управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я України є комплексним завданням, яке потребує системної, багаторівневої та науково обґрунтованої трансформації. В умовах повномасштабної війни та одночасного руху до Європейського Союзу ці механізми мають забезпечувати не лише стабільність функціонування сектору, але й його адаптивність, відповідність стандартам ЄС та спроможність ефективно реагувати на кризові виклики. Ключовими проблемами залишаються інституційна фрагментованість, недостатня координація між центральним і регіональним рівнями управління, правові колізії, неузгодженість фінансових механізмів, а також обмеженість кадрових та цифрових ресурсів.

Пропозиції, сформульовані в межах цього параграфа, спрямовані на усунення структурних дисфункцій і надання системі чітких інструментів для ефективного управління. Значної ваги набуває посилення інституційної підзвітності та прозорості у діяльності постачальників медичних послуг. Запровадження інструментів фінансового контролю, підвищення операційної автономії закладів охорони здоров'я та впровадження сучасних підходів до корпоративного врядування сприятиме формуванню управлінської моделі європейського типу, орієнтованої на якість, результативність та конкурентність.

Важливою складовою вдосконалення механізмів управління є поглиблення вертикальної координації між МОЗ, НСЗУ та обласними департаментами охорони здоров'я. Єдність регуляторної політики, синхронізація стратегічних планів та запровадження уніфікованих протоколів особливо важливі у сфері громадського здоров'я, яка охоплює найбільший спектр асquis та потребує інтегрованої міжсекторальної взаємодії. Значення цього завдання суттєво зростає в умовах потреби адаптації політики до стандартів ЄС у частині епіднагляду, хімічної та біологічної безпеки, санітарного контролю та профілактики неінфекційних захворювань.

Окремої уваги потребує цифрова інтеграція. Незважаючи на прогрес у розвитку eHealth, повноцінна відповідність європейським стандартам, зокрема GDPR та Директиві 2011/24/ЄС, вимагає модернізації IT-архітектури, посилення кібербезпеки, стандартизації даних та впровадження сумісних європейських цифрових рішень. Це є критичною умовою для забезпечення транскордонного обміну медичною інформацією, мобільності пацієнтів і загального інтеграційного поступу країни.

Підвищення інституційної стійкості є неможливим без повноцінної імплементації асquis, зокрема у сферах регулювання лікарських засобів, фармаконагляду, оцінки медичних технологій і професійних кваліфікацій. Важливим залишається формування регуляторної еквівалентності з ЄС, участь у Twinning, TAIEH, EU4Health, розбудова людського потенціалу та технічної експертизи державних органів.

Узагальнюючи, вдосконалення управлінських та організаційно-правових механізмів має стати системним процесом, що поєднує інституційне зміцнення, євроінтеграційні стандарти, цифрову трансформацію та стійкість до криз. Лише така комплексна модель забезпечить формування сучасної, ефективної та орієнтованої на потреби населення системи охорони здоров'я, інтегрованої до європейського простору.

## ВИСНОВКИ

Здійснене дослідження дає змогу зробити узагальнюючі висновки та запропонувати рекомендації, які мають теоретичне і практичне значення:

1. У роботі проаналізовано провідні теоретичні підходи до визначення сутності та змісту механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я, що дало змогу сформулювати цілісне уявлення про їх природу, структурні компоненти та функціональні особливості. Дослідження продемонструвало, що сучасна модель врядування в охороні здоров'я формується під впливом трьох ключових концепцій: Концепції Нового публічного менеджменту, який орієнтує систему на результативність, економічну ефективність та ринкові інструменти; Концепції Нового публічного врядування, що підкреслює важливість мережевої взаємодії, партнерства, участі громадян та створення публічної цінності; а також інституціонального підходу, який акцентує увагу на ролі формальних і неформальних правил, організаційних структур та інституційної спроможності.

Розмежування сутності та змісту механізмів публічного управління дозволило уточнити їхню внутрішню архітектуру як системи взаємопов'язаних правових, економічних, організаційних, інформаційних і соціальних інструментів. Це підтверджує, що механізми управління є не технічними процедурами, а комплексними системами впливу, від ефективності яких залежить стабільність та результативність галузі.

Узагальнення теоретичних підходів засвідчує, що успішне функціонування механізмів у сфері охорони здоров'я визначається не лише концептуальними моделями, але й реальним станом інституційного середовища, якістю нормативно-правового забезпечення та здатністю держави забезпечувати координацію між багатьма залученими акторами. Це створює необхідне наукове підґрунтя для подальшої модернізації системи управління охороною здоров'я України.

2. Проведений аналіз структури функціональних механізмів публічного

управління у сфері охорони здоров'я засвідчує, що саме структурний вимір значною мірою визначає результативність та стійкість управлінської системи. Сучасна модель публічного управління охороною здоров'я не може обмежуватися окремими інструментами чи ізольованими управлінськими рішеннями: ефективність досягається лише за умови цілісної архітектоніки механізмів, у межах якої правові, організаційні, економічні та інформаційно-аналітичні компоненти перебувають у стані постійної взаємодії та взаємодоповнення. Організаційно-управлінські механізми забезпечують інституційні рамки, багаторівневе врядування та клінічне врядування; економічні механізми формують підґрунтя фінансової стійкості й раціонального використання ресурсів; правові інструменти гарантують легітимність і передбачуваність рішень.

Синтез підходів Нового публічного менеджменту, Нового публічного врядування та інституціоналізму дозволяє розглядати механізми управління як гібридну, багаторівневу систему, орієнтовану одночасно на ефективність, якість, підзвітність і публічну цінність. У контексті воєнних викликів та євроінтеграційного курсу України структуризація механізмів набуває не лише теоретичного, а й прикладного значення, оскільки є передумовою успішної імплементації реформ, посилення інституційної спроможності та наближення до стандартів європейського врядування в галузі охорони здоров'я.

3. Дослідження показало, що нормативно-правове та інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України формується як багаторівнева, ієрархічно впорядкована модель, у центрі якої - конституційні гарантії права на охорону здоров'я та безоплатну медичну допомогу. Реформування галузі, зокрема запровадження Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та створення Програми медичних гарантій, зумовило перехід від традиційної бюджетно-утримувальної системи до програмно-цільового підходу й інституалізації НСЗУ як стратегічного закупника медичних послуг. Такий нормативний зсув змінив логіку управління галуззю, спрямовуючи її на результативність, прозорість та

орієнтацію на потреби пацієнта.

Дослідження також засвідчило, що європейський інтеграційний курс України та імплементація *acquis communautaire* у сфері охорони здоров'я є ключовими рушійними факторами подальших трансформацій. Гармонізація законодавства, виконання зобов'язань Угоди про асоціацію та реалізація Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року спрямовують реформу на зміцнення інституційної стійкості, розвиток кадрового потенціалу, модернізацію інфраструктури та підвищення якості управлінських процесів. У цілому отримані результати свідчать про поступову еволюцію системи охорони здоров'я України у напрямі сучасної європейської моделі публічного управління, заснованої на прозорості, ефективності та пацієнтоорієнтованості.

4. Аналіз проблем та викликів публічного управління системою охорони здоров'я України засвідчує наявність глибокої системної кризи, що формується на перетині інституційно-правових, кадрових, фінансових та управлінських дисфункцій, посилених повномасштабною війною. Інституційно-правова нестабільність, зокрема нормативний дуалізм між конституційною моделлю безоплатної допомоги та ринково-орієнтованою моделлю стратегічного закупівництва, породжує правові колізії, дискреційність рішень і корупційні ризики, знижуючи легітимність публічної політики. Слабка міжвідомча координація, неузгодженість між рівнями медичної допомоги та розрив між військовою і цивільною медициною підривають спроможність системи ефективно реагувати на кризові ситуації.

Кадрова криза має структурний характер і проявляється у поєднанні дефіциту фахівців, високої плинності кадрів, регіональних дисбалансів та міграційних процесів, що безпосередньо впливають на доступність і якість послуг. Фінансова нерівномірність, залежність від зовнішньої допомоги та збереження корупційних практик, попри розвиток eHealth і ProZorro, обмежують стійкість системи. При цьому цифровізація поки що залишається частково фрагментованою та вразливою через управлінські, інфраструктурні та нормативні обмеження.

Узагальнюючи, можна констатувати, що подолання виявлених викликів потребує комплексної трансформації: гармонізації правового поля, посилення міжвідомчої координації, стратегічного управління людськими ресурсами, поглиблення фінансової прозорості та системного використання цифрових технологій як інструменту стійкого публічного управління.

5. Аналіз пріоритетів гармонізації національної політики охорони здоров'я України з вимогами *acquis* ЄС засвідчує, що євроінтеграційний вектор розвитку галузі набув системоутворювального характеру. Імплементация норм права ЄС розглядається не як формальна вимога переговорного процесу, а як інструмент глибинної модернізації правових, інституційних та управлінських засад функціонування системи. Структурування *acquis* за основними напрямками – громадське здоров'я, фармацевтичне регулювання, медичні послуги та медична освіта – дало змогу сформуванню дорожню карту змін, орієнтовану на послідовне наближення до стандартів внутрішнього ринку ЄС.

Водночас результати *self-screening* і зовнішні оцінки Європейської Комісії підтверджують, що, попри воєнний стан, Україна досягла відчутного прогресу в адаптації законодавства, зокрема у сферах безпеки лікарських засобів, епіднагляду, протидії антимікробній резистентності, розвитку *eHealth* та реформування системи психічного здоров'я. Разом із тим зберігаються виклики, пов'язані з масштабністю завдань у сфері громадського здоров'я, потребою посилення міжвідомчої та міжсекторальної координації, а також ризиками «регуляторного розриву» між ухваленням норм і реальними спроможностями їх практичної реалізації.

Отже, гармонізація з *acquis* ЄС постає ключовою умовою формування стійкої, сучасної та резиліентної системи охорони здоров'я, інтегрованої в європейський простір, здатної забезпечувати високі стандарти захисту здоров'я населення навіть в умовах тривалих кризових впливів.

6. Проведений аналіз засвідчує, що вдосконалення організаційно-правових та управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я України є ключовою умовою підвищення ефективності функціонування галузі в умовах воєнних

викликів та стратегічного курсу на європейську інтеграцію. Структурні проблеми, визначені у дослідженні, зумовлюють необхідність системного реформування управління на всіх рівнях - від центральних органів виконавчої влади до постачальників медичних послуг. Особливого значення набуває гармонізація національного законодавства з правом Європейського Союзу, оскільки саме імплементація *acquis* ЄС визначає рамкові вимоги до якості, безпеки та прозорості управлінських процесів у секторі.

Запропоновані напрями вдосконалення - посилення підзвітності та автономії надавачів медичних послуг, уніфікація міжрегіональної політики, зміцнення механізмів міжвідомчої координації, розвиток eHealth - формують основу для модернізації системи відповідно до стандартів ЄС. Такі підходи здатні не лише підвищити результативність державного управління, але й забезпечити стійкість галузі в умовах кризи, прозорість фінансових потоків та мобільність пацієнтів у майбутньому європейському просторі охорони здоров'я.

Отже, успішна реалізація запропонованих заходів створить передумови для інтеграції української системи охорони здоров'я до внутрішнього ринку ЄС, підвищить якість медичних послуг і сприятиме формуванню сучасної, ефективної та європейсько орієнтованої моделі публічного управління в галузі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабенко Я. Що включає в себе конституційне право на медичну допомогу? *Вища школа адвокатури НААУ*. 26.06.2023 р. URL: <https://www.hsa.org.ua/blog/shho-vkliucaje-v-sebe-konstituciine-pravo-na-medichnu-dopomogu> (дата звернення: 05.11.2025).
2. Бобко Л. О. Проблеми становлення та розвитку системи публічного адміністрування в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. №5. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/5\\_2018/34.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/5_2018/34.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).
3. Вебінар «Регламент ЄС з оцінки медичних технологій: можливості для розробників лікарських засобів». 2025. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vebinar-reglament-yes-z-ocinki-medichnih-tehnologij-mozhlivosti-dlya-rozrobnikov-likarskih-zasobiv> (дата звернення: 05.11.2025).
4. Вплив війни на психічне здоров'я населення. 22.02.2023 р. *ЄС: веб-сайт*. URL: <https://speech-repository.webcloud.ec.europa.eu/speech/%D0%B2%D0%BF%D0%BB%D0%B8%D0%B2-%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8-%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B5-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%98%D1%8F-%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F> (дата звернення: 05.11.2025).
5. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 р. № 1503. Дата оновлення: 14.11.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.11.2025).
6. Деякі питання створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. №1074-2019-п. Втрата чинності: 04.03.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> (дата

звернення: 05.11.2025).

7. Дячков Д. В., Синенко В. А. Фактори впливу на систему управління підприємств в сфері надання медичних послуг України. *Економічний простір*. 2025. № 196. С. 10-18. URL: <https://economic-prostir.com.ua/wp-content/uploads/2025/01/196-10-18-dyachkov.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).

8. Закон «Про лікарські засоби»: поступове наближення до стандартів ЄС. 24.11.2023 р. *Редакція РАП: веб-сайт*. URL: <https://www.rap.in.ua/zakon-pro-likarski-zasobi-postupove-nablizhennya-do-standartiv-yes/> (дата звернення: 05.11.2025).

9. Затверджено Програму медичних гарантій на 2025 р. 31.12.2024 р. *Український Медичний Часопис: веб-сайт*. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-261855-zatverdzheno-programu-medichnih-garantij-na-2025-r> (дата звернення: 05.11.2025).

10. Звіт про роботу Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування за період роботи тринадцятої сесії ВР України дев'ятого скликання (лютий–серпень 2025). URL: <https://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/34033.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).

11. Звіт про розширення ЄС 2025: значний прогрес у сфері охорони здоров'я. 04.11.2025 р. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zvit-pro-rozshirennya-yes-2025-znachnij-progres-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 05.11.2025).

12. Іванов Д. В. Концептуальні підходи до визначення складових механізмів та системи державного регулювання розвитку економічного потенціалу територій. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 10. С. 103-108. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/10\\_2018/103.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/10_2018/103.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).

13. Кальницька М. А. Теоретичні підходи до визначення соціальної сфери та особливості її функціонування в Україні. *Економіка та суспільство*. 2017. №10. С. 529-534. URL: [https://economyandsociety.in.ua/journals/10\\_ukr/](https://economyandsociety.in.ua/journals/10_ukr/)

91.pdf (дата звернення: 05.11.2025).

14. Ключові напрями євроінтеграції галузі охорони здоров'я обговорили у межах підготовки до скринінгової зустрічі. 25.01.2025 р. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/klyuchovi-napryami-yevrointegraciyi-v-galuzi-ohoroni-zdorov-ya-obgovorili-u-mezhah-pidgotovki-do-skriningovoyi-zustrichi> (дата звернення: 05.11.2025).

15. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Дата оновлення: 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.11.2025).

16. Медичне страхування (громадяни ЄС). *Integreat App: веб-сайт*. URL: <https://integreat.app/marburg-biedenkopf/uk/%D1%8E%D1%80%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96-%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F/%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%8F%D0%BD%D0%B8-%D1%94%D1%81-%D1%82%D0%B0-%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%8F%D0%BD%D0%B8-%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%82%D1%96%D1%85-%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B5-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%8F%D0%BD%D0%B8-%D1%94%D1%81> (дата звернення: 05.11.2025).

17. МОЗ виконало 78% зобов'язань за Угодою про асоціацію. 29.02.2024 р. *Державна служба: веб-сайт*. URL: [https://www.dls.gov.ua/for\\_subject/%D0%BC%D0%BE%D0%B7-%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE-78-%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B2%CA%BC%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%8C-%D0%B7%D0%B0-%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D1%8E-%D0%BF%D1%80/](https://www.dls.gov.ua/for_subject/%D0%BC%D0%BE%D0%B7-%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE-78-%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B2%CA%BC%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%8C-%D0%B7%D0%B0-%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D1%8E-%D0%BF%D1%80/) (дата звернення: 05.11.2025).

18. МОЗ завершило перший етап оцінки актів права ЄС в рамках процедури селф-скринінгу. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/>

moz-zavershilo-pershij-etap-ocinki-aktiv-prava-es-v-ramkah-proceduri-self-skriningu (дата звернення: 05.11.2025).

19. МОЗ затвердило дорожню карту імплементації європейських правил щодо медичного страхування та транскордонної медичної допомоги. *Голос України: електронне видання*. 02.09.2025 р. URL: <https://www.golos.com.ua/article/386387> (дата звернення: 05.11.2025).

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. №2801-ХІІ. Дата оновлення: 27.09.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 11.10.2025).

21. Палагнюк К. В. Цифрові технології у протидії корупції у сфері охорони здоров'я України. *Публічне управління та адміністрування*. 2025. Том 36 (75) №3 (2025). С. 58-64. URL: [http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2025/3\\_2025/11.pdf](http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2025/3_2025/11.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).

22. Підсумки року: євроінтеграція у сфері охорони здоров'я. 2024. *Миколаївська ОДА: веб-сайт*. URL: [https://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14972:pidsumki-roku-evrointegratsiya-u-sferi-okhoroni-zdorov-ya&catid=303&Itemid=355](https://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=14972:pidsumki-roku-evrointegratsiya-u-sferi-okhoroni-zdorov-ya&catid=303&Itemid=355) (дата звернення: 05.11.2025).

23. Пояснювальна записка щодо відповідності *acquis communautaire* проекту Закону України «Про лікарські засоби». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/GI05236A> (дата звернення: 05.11.2025).

24. Предместніков О., Посашева Д. Правове регулювання відносин у галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. 30.05.2023 р. С. 38-42. URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/article/view/992> (дата звернення: 05.11.2025).

25. Приймак Л. В. Реформа охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах. *Філософія та управління*. 2025. №3 (7). URL: [https://www.researchgate.net/publication/390615858\\_REFORMA\\_OHORONI\\_ZDOROV'A\\_V\\_UKRAINI\\_V\\_SUCASNIH\\_UMOVANHEALTHCARE\\_REFORM\\_IN\\_UKRAINE\\_UNDER\\_MODERN\\_CONDITIONS](https://www.researchgate.net/publication/390615858_REFORMA_OHORONI_ZDOROV'A_V_UKRAINI_V_SUCASNIH_UMOVANHEALTHCARE_REFORM_IN_UKRAINE_UNDER_MODERN_CONDITIONS) (дата звернення: 05.11.2025).

26. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо

невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України від 20.12.2019 р. № 421-IX. Дата оновлення: 31.12.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. Дата оновлення: 31.10.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

28. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. Дата оновлення: 09.11.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

29. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.10.2017 р. №v0162282-17. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

30. Про матеріали і предмети, призначені для контакту з харчовими продуктами: Закон України від 03.11.2022 р. № 2718-IX. Дата оновлення: 15.11.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2718-20#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

31. Про реалізації експериментального проєкту щодо запровадження сучасних підходів в медичній освіті: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2024 р. № 1370. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1370-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

32. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. Дата оновлення: 31.12.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.11.2025).

33. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantij\\_vprovadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).

34. Рішення Конституційного Суду України у справі про безоплатну медичну допомогу від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text> (дата звернення: 05.11.2025).
35. Сабецька Т. І. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2022. № 40. URL: [https://www.researchgate.net/publication/362383890\\_ANALIZ\\_KADROVOGO\\_ZABEZPECHENNA\\_GALUZI\\_OHORONI\\_ZDOROV'A\\_UKRAINI](https://www.researchgate.net/publication/362383890_ANALIZ_KADROVOGO_ZABEZPECHENNA_GALUZI_OHORONI_ZDOROV'A_UKRAINI) (дата звернення: 05.11.2025).
36. Скринінгова зустріч за переговорним розділом 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я». *Правовий Радник: веб-сайт*. 12.02.2025 р. URL: <https://www.legaladviser-ngo.com/news/666c71f7-aa61-4e3c-b512-c0479bfb4de6> (дата звернення: 05.11.2025).
37. Совгиря О. В. Конституційна реформа в Україні: питання колізій. *Вісник Конституційного суду України*. 2011. № 6. С. 488-492.
38. Стартував проєкт для органів місцевого самоврядування «Ефективне управління мережею медичних закладів в умовах децентралізації». 18.11.2021 р. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/startuvav-proekt-dlja-organiv-miscevogo-samovrjaduvannja-efektivne-upravlinnja-merezheju-medichnih-zakladiv-v-umovah-decentralizacii#!> (дата звернення: 05.11.2025).
39. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://healthstrategy2030.com.ua/> (дата звернення: 05.11.2025).
40. Тарачевський М. М. Структурні елементи організаційно-економічного механізму. *Еко-наука та суспільство*. 2020. №3. URL: [https://eco-science.net/wp-content/uploads/2020/03/2.20.\\_topic\\_Tarachevskii-M.M.pdf](https://eco-science.net/wp-content/uploads/2020/03/2.20._topic_Tarachevskii-M.M.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).
41. Тульчинська С. О. Функціонування організаційно-економічного механізму інноваційного процесу. *Стратегічні пріоритети*. 2008. №1. С. 89-95. URL: [https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=en&user=N2eqLYEAAAIAJ&citation\\_for\\_view=N2eqLYEAAAIAJ:u5HHmVD\\_uO8C](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=N2eqLYEAAAIAJ&citation_for_view=N2eqLYEAAAIAJ:u5HHmVD_uO8C) (дата

звернення: 05.11.2025).

42. Турчин К. Ю. Модернізація публічного управління у сфері надання медичних послуг в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні: дис.... д-ра філос. (PhD): 281. Львів, 2025. URL: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2025/radaphd/32401/disertaciya-turchin-kyu.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).

43. У МОЗ окреслили основні аспекти імплементації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС в сфері охорони здоров'я. 24.09.2014 р. *Урядовий портал: веб-сайт*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/247625584> (дата звернення: 05.11.2025).

44. Україна завершила процес скринінгу на відповідність до Європейського законодавства. 30.09.2025 р. *Міністерство розвитку громад та територій України: веб-сайт*. URL: <https://mindev.gov.ua/news/ukraina-zavershyla-protses-skryninhu-na-vidpovidnist-do-ievropeiskoho-zakonodavstva> (дата звернення: 05.11.2025).

45. Україна отримала найвищі за три роки оцінки ЄС за реформи на шляху євроінтеграції. 04.11.2025 р. *FinClub: веб-сайт*. URL: <https://finclub.net/news/ukraina-otrymala-naivyshchi-za-try-roky-otsinky-yes-za-reformy-na-shliakhu-ievrointehratsii.html> (дата звернення: 05.11.2025).

46. Україна та ЄС завершила скринінг вітчизняного медичного законодавства. 07.10.2025 р. *thePharma.Media.: веб-сайт*. URL: <https://thepharma.media/uk/news/39837-ukrayina-zaversila-skrining-zakonodavstva-z-jes-moz-povidomilo-pro-uspisni-rezultati-07102025> (дата звернення: 05.11.2025).

47. Управління здоров'ям громад на місцевому рівні: фокус на потребах, можливостях і перспективах (серія заходів з НСЗУ). *Всеукраїнська Асоціація ОТГ: веб-сайт*. URL: <https://hromady.org/upravlinnya-zdorovyam-gromad-na-miscevomu-rivni/> (дата звернення: 05.11.2025).

48. Уряд визначив механізм реалізації Програми медичних гарантій у 2025 році. 30.12.2024 р. *МОЗ України: веб-сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-viznachiv-mehanizm-realizaciyi-programi-medichnih->

garantij-u-2025-rosi (дата звернення: 05.11.2025).

49. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медичне право України: проблеми становлення та розвитку»*. Львів, 2007. С. 318-322. URL: [https://medicallaw.org.ua/uploads/media/01\\_318\\_01.pdf](https://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_318_01.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).

50. Центр громадського здоров'я представив Єврокомісії здобутки за програмою EU4HEALTH за 2024 рік. 18.02.2025 р. *Центр громадського здоров'я: веб-сайт*. URL: <https://www.phc.org.ua/news/centr-gromadskogo-zdorovya-predstaviv-evrokomisii-zdobutki-za-programoyu-eu4health-za-2024-0> (дата звернення: 05.11.2025).

51. Швець Ю. Ю. Колізії конституційного регулювання права особи на охорону здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Юриспруденція*. 2017. №29 (1). С. 43-46. URL: [http://vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc29/part\\_1/13.pdf](http://vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc29/part_1/13.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).

52. Що ж чекає на майбутнє системи охорони здоров'я України? 20.02.2023 р. *ЕРС: веб-сайт*. URL: <https://www.epc.eu/publication/What-now-for-the-future-of-Ukraines-healthcare-system-4e8784/> (дата звернення: 05.11.2025).

53. Association Agreement on Ukraine's. EU4Health Programme 2021-2027. *EU: website*. URL: [https://health.ec.europa.eu/document/download/6636c43e-c928-4207-8c51-47fcf52c51de\\_en](https://health.ec.europa.eu/document/download/6636c43e-c928-4207-8c51-47fcf52c51de_en) (дата звернення: 11.10.2025).

54. Association Implementation Report on Ukraine. 22.07.2022. *EU: website*. URL: <https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/documents/Association%20Implementation%20Report%20on%20Ukraine%20-%20Joint%20staff%20working%20document.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).

55. Assuring effective health governance, public health legislation, financing and institutional support. *WHO: website*: <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/effective-health-governance.html> (дата звернення: 05.11.2025).

56. Commission staff working document. Ukraine 2024 Report. *EU: website*.

URL: [https://enlargement.ec.europa.eu/document/download/1924a044-b30f-48a2-99c1-50edeac14da1\\_en?filename=Ukraine%20Report%202024.pdf](https://enlargement.ec.europa.eu/document/download/1924a044-b30f-48a2-99c1-50edeac14da1_en?filename=Ukraine%20Report%202024.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).

57. David John W. Hunter. The changing role of the professional in health care personnel in health and health care management. *Social Science & Medicine*. 1996. Vol. 43, Issue 5. P. 799-808. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953696001256> (дата звернення: 05.11.2025).

58. Hanafiah S. N., Ruhendi T. M. Exploring Key Elements of Public Governance. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*. 2021. Vol. 56, No 1. P. 92–103. URL: <https://www.gssrr.org/JournalOfBasicAndApplied/article/view/12308> (дата звернення: 05.11.2025).

59. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. *World Bank: website*. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168сec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).

60. Institutional analysis of health system governance. *Health Policy and Planning*. 2017. Vol. 32, Issue 9. P. 1337–1348. URL: <https://academic.oup.com/heapol/article/32/9/1337/3952584?searchresult=1> (дата звернення: 05.11.2025).

61. Perikangas S., Kostilainen H., Kainulainen S. Co-production of social innovations and enabling ecosystems for social enterprises. *International Journal of Public Sector Management*. 16.10.2023. P. 351–369. URL: <https://scispace.com/papers/co-production-of-social-innovations-and-enabling-ecosystems-4480xkehg6> (дата звернення: 05.11.2025).

62. Tabrizi J. S., Goshayie E. H. New public management in Iran's health complex: a management framework for primary health care system. *National Library of Medicine*. 2018. Vol. 19, №3. P. 264-276. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6452965/> (дата звернення: 05.11.2025).

63. The EU project «Support to Ukraine for Developing a Modern Public Health System» is looking for legal experts to support the Ministry of Health (MoH) on approximation with the EU acquis in the Public Health Area. 22.10.2024. *EU:*

*website*. URL: [https://www.eeas.europa.eu/delegations/ukraine/eu-project-%E2%80%9Csupport-ukraine-developing-modern-public-health-system%E2%80%9D-looking-legal-experts-support\\_en](https://www.eeas.europa.eu/delegations/ukraine/eu-project-%E2%80%9Csupport-ukraine-developing-modern-public-health-system%E2%80%9D-looking-legal-experts-support_en) (дата звернення: 05.11.2025).

64. The health system is failing: a review of the failures of the market and the state and a call for health governance. *Health Policy and Planning*. 2024. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11358241/> (дата звернення: 05.11.2025).

65. Virtanena P., Jalonen H. Public value creation mechanisms in the context of public service logic: an integrated conceptual framework. *Public management review*. 2024. VOL. 26, NO. 8. P. 2331-2354. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/14719037.2023.2268111?needAccess=true> (дата звернення: 05.11.2025).