

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

другий (магістерський) рівень вищої освіти

на тему: Державна політика в сфері охорони здоров'я

Виконала:

Єріна Вероніка Романівна
здобувач вищої освіти
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»
ОПП «Публічне управління та адміністрування»

Науковий керівник:

Бричко Аліна Михайлівна
кандидат економічних наук, доцент
кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Бабич Володимир Андрійович
завідувач ортопедо-травматологічного відділення,
КНП СОР "Обласна дитяча клінічна лікарня"

Суми - 2026

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	<u>281 «Публічне управління та адміністрування» ОП</u> <u>«Публічне управління та адміністрування»</u>

Затверджую:

Завідувач кафедри к.е.н., доцент Аліна БРИЧКО

« _____ » _____ 202 4 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Єрїній Веронїці Романївнї

1.Тема квалїфікаційної роботи: Державна політика в сферї охорони здоров'я

2. База практичного дослідження: Управління охорони здоров'я Сумської ОДА

Науковий керівник Бричко Аліна Михайлівна, к.е.н., доцент

затверджена наказом по університету від

«25» листопада 2024 р. № _____

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи)

«10» лютого 2026 р.

4. Вихідні дані до квалїфікаційної роботи:

нормативно-законодавчі акти України, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, статистична інформація за 2022-2024 роки

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- розкрити теоретико-методичні засади формування державної політики у сферї охорони здоров'я та визначити її сутність, принципи і механізми реалізації.
- дослідити сучасний стан державної політики у сферї охорони здоров'я в Україні.
- провести аналіз інституційного та організаційного забезпечення державної політики охорони здоров'я в Україні.
- проаналізувати політику фінансування системи охорони здоров'я України та визначити її ефективність.
- дослідити зарубіжний досвід формування та реалізації державної політики у сферї охорони здоров'я та визначити можливості його імплементації в Україні.
- визначити основні проблеми розвитку системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі.
- розробити напрями удосконалення державної політики у медичній сферї.
- обґрунтувати перспективи розвитку системи охорони здоров'я України в умовах правового режиму воєнного стану.

Завдання прийняв до виконання

Підпис **Веронїка ЄРІНА**

Дата отримання завдання

26 листопада 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану	<i>Жовтень 2024</i>	виконано
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	<i>Листопад 2024</i>	виконано
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	<i>Лютий-квітень 2025</i>	виконано
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	<i>02-31 травня 2025</i>	виконано
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	<i>Червень 2025</i>	виконано
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	<i>Липень-Серпень 2025</i>	виконано
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	<i>Вересень 2025</i>	виконано
8	Доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	<i>Жовтень 2025</i>	виконано
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	<i>Січень 2026</i>	виконано
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедру, до відділу якості освіти)	<i>Лютий 2026</i>	виконано
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	<i>18 лютого 2026</i>	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	<i>26 лютого 2026</i>	виконано

Здобувач

Вероніка ЄРІНА

Науковий керівник роботи

Аліна БРИЧКО

АНОТАЦІЯ

Єріна Вероніка Романівна. Державна політика в сфері охорони здоров'я.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», ОПП «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2026 р. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню теоретико-методичних засад формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також обґрунтуванню напрямів її удосконалення в умовах сучасних соціально-економічних викликів та воєнного стану. У роботі розкрито сутність державної політики у медичній сфері, її інструменти, принципи та механізми реалізації, визначено роль держави у забезпеченні доступності та якості медичних послуг.

Проаналізовано стан державної політики охорони здоров'я в Україні, особливості фінансування системи, кадрового забезпечення, матеріально-технічної бази та цифровізації медичних послуг. Проведено порівняльний аналіз зарубіжного досвіду функціонування систем охорони здоров'я та визначено можливості його адаптації до українських умов. Окрему увагу приділено впливу воєнного стану на функціонування медичної системи та трансформацію управлінських підходів. Проаналізовано сучасний стан здоров'я населення України та чинники, що впливають на ефективність державної політики у цій сфері. Визначено основні проблеми та пріоритетні напрями вдосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в умовах соціально-економічних і демографічних викликів.

Обґрунтовано напрями вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я, що включають розвиток стратегічних закупівель медичних послуг, підвищення ролі первинної медичної допомоги, модернізацію інфраструктури, кадрову мотивацію та впровадження цифрових технологій. Запропоновані заходи спрямовані на формування ефективної, стійкої та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я. Особливу увагу приділено удосконаленню організаційного механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також можливостям застосування інструментів публічно-приватного партнерства з урахуванням кращих європейських практик.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів і рекомендацій у процесі формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також у підготовці фахівців із публічного управління та адміністрування.

Ключові слова: державна політика, охорона здоров'я, публічне управління, механізми реалізації, публічно-приватне партнерство, соціальний розвиток.

SUMMARY

Yerina Veronika Romanivna. State Policy in the Field of Health Care.

Qualification paper in specialty 281 “Public Management and Administration”, Educational Program “Public Management and Administration”. – SNAU, Sumy, 2026. – Manuscript.

The qualification thesis is devoted to the study of the theoretical and methodological foundations of the formation and implementation of state policy in the field of healthcare, as well as to substantiating directions for its improvement under modern socio-economic challenges and martial law conditions. The paper reveals the essence of state policy in the medical sphere, its instruments, principles and implementation mechanisms, and determines the role of the state in ensuring the accessibility and quality of medical services.

The current state of healthcare policy in Ukraine is analyzed, including the features of system financing, staffing, material and technical infrastructure, and digitalization of medical services. A comparative analysis of foreign healthcare systems is conducted and the possibilities of adapting their experience to Ukrainian conditions are identified. Particular attention is paid to the impact of martial law on the functioning of the healthcare system and the transformation of management approaches. The current health status of the population of Ukraine and the factors influencing the effectiveness of public policy in this area are examined. The main problems and priority directions for improving public administration mechanisms in the healthcare system under socio-economic and demographic challenges are determined.

Directions for improving state healthcare policy are substantiated, including the development of strategic purchasing of medical services, strengthening the role of primary healthcare, modernization of infrastructure, personnel motivation, and implementation of digital technologies. The proposed measures are aimed at forming an efficient, sustainable and patient-oriented healthcare system. Special attention is paid to improving the organizational mechanism of policy implementation and to the possibilities of applying public-private partnership instruments taking into account best European practices.

The practical significance of the thesis lies in the possibility of using the obtained results and recommendations in the process of formation and implementation of public healthcare policy, as well as in the training of specialists in public administration and management.

Keywords: state policy, health care, public management, implementation mechanisms, public-private partnership, social development.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	20
2.1 Аналіз стану державної політики охорони здоров'я в Україні	20
2.2 Аналіз політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні	26
2.3 Аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я в зарубіжній практиці	31
РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	39
3.1 Проблематика розвитку в українському секторі охорони здоров'я	39
3.2 Удосконалення державної політики у медичній сфері	46
3.3 Розвиток сфери охорони здоров'я на тлі правового режиму воєнного стану	51
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	64
ДОДАТОК А Копії публікацій	67

ВСТУП

Здоров'я населення є фундаментальною цінністю суспільства, визначальним чинником людського розвитку та стратегічним ресурсом національної безпеки. Саме від рівня громадського здоров'я залежить якість людського капіталу, соціальна стабільність, економічна продуктивність і конкурентоспроможність держави на світовій арені. У сучасних умовах глобальної нестабільності, воєнних конфліктів, демографічного старіння, урбанізації, поширення хронічних неінфекційних хвороб і нових епідемічних загроз проблема формування ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я набуває виняткового значення.

Державна політика у сфері охорони здоров'я - це системна, цілеспрямована діяльність органів публічної влади, спрямована на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян, формування сприятливого соціально-економічного, правового та екологічного середовища для підвищення якості життя населення. Вона є складовою соціальної політики держави, що поєднує економічні, фінансові, організаційні, правові та інформаційно-комунікаційні інструменти управління. Ефективна державна політика у цій сфері передбачає взаємодію державних інституцій, бізнесу, громадянського суспільства, міжнародних партнерів і професійної спільноти для забезпечення сталого розвитку медичної системи.

У мирний і воєнний час перед системою охорони здоров'я стоїть завдання не лише лікування, а й профілактики хвороб, підвищення рівня здорової поведінки населення, формування культури здорового способу життя, розвитку громадського здоров'я як окремої політики держави. Таким чином, державна політика у цій сфері має комплексний міжгалузевий характер і охоплює не тільки медичну допомогу, а й освіту, соціальний захист, екологію, фізичну культуру, безпеку праці, харчування та демографічну політику.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю пошуку шляхів удосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів, забезпечення прозорості фінансових потоків, підвищення якості медичних послуг, а також

гармонізації українського законодавства з європейськими стандартами. Україна, інтегруючись у європейський простір, бере на себе зобов'язання реформувати медичну систему відповідно до принципів соціальної справедливості, сталого розвитку та права кожного громадянина на гідне життя і якісне лікування.

У центрі уваги сучасної державної політики має бути людина - пацієнт, який має право на своєчасну, якісну, доступну й безпечну медичну допомогу. Саме пацієнт-орієнтована модель системи охорони здоров'я передбачає перехід від утримання закладів до оплати конкретних результатів, що стимулює підвищення якості послуг і конкуренції між медичними установами. Разом із тим, важливою залишається роль держави як гаранта справедливого доступу до базових медичних послуг і контролю за якістю медичного обслуговування.

Метою даного дослідження є комплексний аналіз теоретичних і практичних аспектів державної політики у сфері охорони здоров'я України, визначення проблемних зон у її реалізації та розроблення науково обґрунтованих пропозицій щодо підвищення її ефективності в умовах сучасних соціально-економічних і воєнних викликів.

Для досягнення поставленої мети у роботі передбачено вирішення таких **завдань**:

- визначити теоретико-методологічні основи формування державної політики у сфері охорони здоров'я
- здійснити аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні;
- виявити основні чинники, що впливають на рівень здоров'я населення та ефективність медичних послуг;
- оцінити результати реалізації медичної реформи та державних програм у галузі охорони здоров'я;
- узагальнити проблеми й виклики розвитку медичної системи на національному та місцевому рівнях;
- визначити пріоритетні напрями удосконалення державної політики, зокрема фінансової, кадрової, цифрової та соціальної складових;

- розробити практичні рекомендації щодо впровадження ефективних механізмів публічно-приватного партнерства та цифрової трансформації у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є теоретичні, методичні та практичні засади вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасних реформ і міжнародних практик.

Методи дослідження. У роботі використано широкий спектр наукових методів, що забезпечили комплексність і системність аналізу:

- системний підхід - для виявлення взаємозв'язків між складовими державної політики;
- методи аналізу і синтезу - для визначення закономірностей розвитку медичної системи;
- порівняльний аналіз - для зіставлення української моделі з міжнародними;
- економіко-статистичні методи - для оцінки фінансових показників і результативності реформ;
- структурно-функціональний аналіз - для розгляду управлінських механізмів реалізації політики;
- абстрактно-логічний метод - для формулювання висновків і узагальнень.

Наукова новизна дослідження полягає у поглибленні теоретичного розуміння сутності державної політики у сфері охорони здоров'я як багаторівневої системи управління, що інтегрує соціальні, економічні, правові й гуманітарні аспекти розвитку суспільства. У роботі запропоновано науково обґрунтовані напрями удосконалення державної політики з урахуванням європейського досвіду, зокрема: удосконалення фінансового механізму, впровадження цифрових технологій, посилення кадрового потенціалу, розвитку системи громадського здоров'я та забезпечення психологічної підтримки населення.

Практичне значення результатів полягає у можливості їх використання органами державної влади, місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я та освітніми установами для розроблення стратегічних програм, планів

реформування, проєктів державних цільових програм і підвищення ефективності управління у медичній сфері. Отримані результати можуть бути використані в освітньому процесі, у підготовці фахівців у сфері публічного управління та адміністрування, а також у діяльності профільних комітетів Верховної Ради України при підготовці змін до законодавства.

Апробація результатів дослідження. Основні положення, висновки та пропозиції, викладені в роботі, були апробовані на міжнародних науково-практичних конференціях, круглих столах і семінарах, присвячених питанням публічного управління, медичних реформ, соціальної політики та сталого розвитку. Результати дослідження опубліковані у наукових статтях, аналітичних оглядах і тезах доповідей.

Публікації. 1. Єріна В.Р. Теоретичні і методичні основи державної політики охорони здоров'я *IV Міжнародна науково-практична інтернет-конференція студентів, аспірантів та молодих вчених пам'яті видатного українського вченого-економіста Сергія Ілліча Юрія «Розвиток фінансів, аудиту, бухгалтерського обліку та оподаткування: реалії часу»* 11 лютого 2025 року м. Кам'янець-Подільський 2025 С. 399-400.

2. Єріна В.Р. Удосконалення механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я *VII Міжнародної науково-практичної конференції "Модернізація економіки: сучасні реалії, прогностні сценарії та перспективи розвитку" 17-18 квітня 2025 року.* м. Херсон – м. Хмельницький. 2025 – С.434-436.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг становить 65 сторінок комп'ютерного тексту, містить 13 таблиць, 11 графіків, додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Система охорони здоров'я являє собою керовану, функціональну та багаторівневу систему, що створена та використовується з метою здійснення комплексу медичних та соціальних заходів, які забезпечують охорону здоров'я населення країни. А головним напрямком діяльності уряду в сфері охорони здоров'я є розвиток системи охорони здоров'я. На сучасному етапі державне управління сферою охорони здоров'я стосується, насамперед, удосконалення функціонування галузі за рахунок підвищення якості медичного та соціального забезпечення. Вагому роль в цьому процесі відіграють об'єднання та асоціації органів місцевого самоврядування, громадськості, а також юридичні та фізичні особи.

Не останню роль в даному питанні відіграють загальносвітові тенденції в управлінні, оскільки посилення глобалізаційний та інтеграційних процесів призводить до необхідності враховувати суспільні процеси в різних країнах світу та шукати можливості для якомога більшого розкриття потенціалу в ході реформування та перебудови соціальних інститутів. Загальносвітова тенденція полягає в зобов'язанні забезпечити громадянину лише базові потреби в охороні здоров'я, інфраструктурі, освіті, тощо, а основна відповідальність за покращення умов життя лежить на громадянині, тобто, фактично, такий підхід запобігає поширенню утриманських установ та покликано створити більш свідоме та відповідальне громадянське суспільство. Саме тому побудова вітчизняної моделі соціальної держави передбачає, насамперед, розвиток механізмів висхідної соціальної мобільності, а також формування соціального розвитку для всіх груп населення на основі соціального законодавства.

В своїх дослідженнях Н. Кризина стверджує, що в галузі охорони здоров'я національна політика України повинна бути зосереджена, насамперед, на наступних напрямках [3]:

- забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення, а також на побудова державою системи фінансування комплексних народногосподарських програм обстеження та лікування, профілактики, реабілітації та інших заходів;
- експлуатація концептуальних засад подолання кризових явищ в системі охорони здоров'я та повернення її до сталого розвитку;
- встановлення як глобальних державних, так і локальних регіональних цілей, впровадження системи показників та критеріїв оцінювання ефективності управління у зв'язку з переходом до сталого розвитку галузі;
- вихід закладів охорони здоров'я на новий рівень функціонування;
- розробка механізму подолання медико-демографічної кризи, зменшення рівня смертності та забезпечення подовження тривалості життя;
- забезпечення підвищення рівня профілактичної роботи кожної ланки охорони здоров'я та удосконалення функціонування санітарно-епідеміологічної служби;
- підвищення рівня санітарної та гігієнічної культури населення, популяризація здорового способу життя.

Окрім цього, дослідниця акцентує увагу на необхідності включення механізмів державного управління в процес перетворень, адаптуючи їх до реальних можливостей та проблем в існуючій системі охорони здоров'я

Також Я.Ф. Радиш [6] наголошує, що регулювання державної політики в сфері охорони здоров'я повинно здійснюватися у вигляді створення комплексу загальнодержавних рішень та зобов'язань відносно зміцнення та збереження 10 здоров'я населення України за рахунок, насамперед, реалізації низки правових, політичних, наукових, культурних, соціальних, організаційних, медичних та профілактичних заходів, що будуть спрямовані на збереження національного генофонду, гуманітарного потенціалу, що мають також враховувати вимоги та потреби сучасного громадянина, і така її діяльність має здійснюватися як в інтересах кожного окремого громадянина, так і суспільства в цілому.

Окрім базових, існують і альтернативні підходи до розуміння стратегії удосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Наприклад, на думку Т. Чеканової [8], перехід до формування нової системи державного управління

передбачає застосування трьох основних підходів:

- перетворення медичних закладів на автономні недержавні структури, поширення індивідуальної приватної практики, впровадження багатоканального фінансування з боку як місцевого, так і державного бюджетів, при цьому кожен громадянин зберігає своє право на безоплатну медичну допомогу;

- відновлення системи охорони здоров'я, що функціонувала до реформування, тобто усунення обов'язкового медичного страхування та сімейної медицини. Такий підхід передбачає взяття за основу старої системи охорони здоров'я з поступовою його адаптацією до нових ринкових реалій.

Автор наголошує, що найбільш раціональним та доцільним до використання є саме другий підхід, адже він забезпечує можливість для об'єднання комунальної, державної та приватної форм власності та збереження 11 обсягу медичної допомоги, гарантованого державою, а також запроваджує єдину методологію та політику ціноутворення в державних закладах і вільну – в приватних. Автор підкреслює, що саме конкуренція між можливими моделями побудови державної політики в сфері охорони здоров'я може стати рушійною силою для її удосконалення, адже забезпечує можливість вибору оптимального концептуального підходу та досягнути високого рівня ефективності [8].

В умовах сучасних реалій система охорони здоров'я України містить перелік як об'єктивних, так і суб'єктивних проблем, які обумовлюються, насамперед, відсутністю дієвого механізму регулювання, як і існуванням практик управління, що перешкоджають удосконаленню. Так, О. Гриціняк акцентує увагу на основних проявах таких недосконалостей:

- суперечливість та неузгодженість законодавчої бази;
- непослідовність та відсутність комплексного підходу до управління медичною галуззю;
- відсутність виваженої та обґрунтованої політики щодо реформування галузі;
- недостатність фінансування галузі, нецільове використання бюджетних коштів [35].

Таким чином, система охорони здоров'я, що функціонує в державі на

поточний момент, ще не має такого механізму, який забезпечить можливість надання якісної та ефективної медичної допомоги та задоволення відповідних потреб громадян [34] Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я можна охарактеризувати як сукупність принципів, методів та підходів економічного, соціального, адміністративного та правового характеру, що мають бути реалізовані державною з метою забезпечення її ефективного розвитку.

Головні цілі, що переслідуються механізмом державного регулювання:

- удосконалення підходів до організації та управління системою охорони здоров'я;
- забезпечення надання безоплатної медичної допомоги;
- підвищення якості та рівня надання медичних послуг населенню;
- створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг.

Інструменти державного регулювання, що можуть слугувати досягненню цілей, можна умовно поділити за наступними ознаками

Таблиця 1.1 - Класифікація інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я

Ознаки класифікації	Інструменти
За методом здійснення регулювання	Інструменти, що діють в рамках адміністративних методів, засоби, що функціонують в складі економічних методів.
За формою здійснюваного впливу	Засоби, що використовують в складі непрямих методів, засоби, що використовуються в складі прямих методів
За типом ринку	Інструменти регулювання ринку медичних послуг, інструменти регулювання ринку медичних технологій, обладнання, інструментів, освітніх послуг в сфері охорони здоров'я, тощо.
За напрямком застосування інструментів	Інструменти стимулювання розширення асортименту, інструменти стимулювання підвищення якості послуг.

Джерело: сформовано автором на основі [8; 35; 34]

В основі сучасної політики охорони здоров'я лежить ідеологія реформування даної галузі. Визначення ВООЗ характеризує реформу як динамічний, сталий та цілеспрямований процес, в результаті якого відбуваються системні структурні зміни. Тобто, реформування системи охорони здоров'я повинно стати організаційним, нормативним та економічним видом діяльності, що

збалансований з етичними вимогами відносно загальної доступності медичної допомоги у всіх її видах, як і її доступності і справедливості при розподілі на різні соціальні групи. Переробці галузі передують визначення стратегії реформування, яка є першоосновою, і яка підпорядковує функціонування управлінської системи на всіх етапах: від розробки завдань та їх структурування до оцінювання отриманих результатів та встановлення їх відповідності поставленим цілям [38]. Перехід до нової управлінської методології передбачає застосування комплексного підходу, який буде містити в собі, окрім фундаментальних наукових досягнень, елементи творчого підходу та інновації. В цьому аспекті не останню роль відіграє аналіз ефективних прикладів світового досвіду в управлінні та реформуванні охорони здоров'я, а також відповідна професійна підготовка кадрів зі стратегічного менеджменту у відповідній сфері. В такій концепції людина займає ключове місце у покращенні та профілактиці власного здоров'я. Сучасні соціальні, екологічні, індустріальні проблеми потребують нових підходів до управління. Це складне завдання забезпечується міждисциплінарною кооперацією і пошуком методів вирішення. Реформа децентралізації впливає на ці процеси корисно, бо відбувається перехід від моделей централізованого державного управління до моделей кооперації, в яких управління є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівнях держави (парламентів, міністерств, тощо). , відомства, державні та комунальні органи та установи), суспільство (підприємства, профспілки та інші громадські організації, у тому числі лікарі, страхові компанії, благодійні фонди, ЗМІ, окремі громадяни) та на міжнародному рівні (ООН, Європейський Союз, Світ Організація охорони здоров'я та ін.) [17]. Звідси також випливає, що суспільству надається можливість до участі у виконанні функцій управління в цій сфері, в різних його принципових формах: управління системою охорони здоров'я та її зміцненням а саме «управління охороною здоров'я»; співпраця сектору охорони здоров'я та інших державних і приватних секторів в ім'я спільних інтересів, що називається «стратегічне управління в інтересах здоров'я» [18].

Оскільки здоров'я стало одним із окремих макроекономічних і політичних факторів у всіх сферах життя суспільства, до стратегічного управління сферою

охорони здоров'я дедалі активніше залучаються різні державні органи, громадські організації, ділові кола та окремі громадяни. Здоров'я створює право людини, важливий компонент добробуту, глобальне суспільне благо та питання соціальної справедливості та рівності, один із головних факторів економічного розвитку. Його все більше визнають як ресурс і сферу відповідальності інших систем, таких як економіка, охорона навколишнього середовища, освіта, транспорт, продовольча система [19].

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня здоров'я та покращення якості життя населення країни. Реалізація цієї політики потребує здійснення комплексу державних і галузевих заходів (таб. 1.2).

Таблиця 1.2 - Основні механізми реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

№	Механізм	Суть механізму	Приклади реалізації
1	Нормативно-правовий	Розроблення законів, постанов, стандартів і клінічних протоколів, що регламентують діяльність системи.	Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017 р.), медичні стандарти ВООЗ.
2	Фінансово-економічний	Формування системи фінансування галузі через держбюджет, НСЗУ, субвенції, медичне страхування, гранти.	Програма медичних гарантій, пакет послуг НСЗУ.
3	Організаційно-управлінський	Створення чіткої структури управління, розподіл повноважень між рівнями влади, моніторинг діяльності закладів.	Міністерство охорони здоров'я, НСЗУ, департаменти охорони здоров'я місцевих рад.
4	Інформаційно-комунікаційний	Використання електронних систем і цифрових сервісів для управління даними, взаємодії між пацієнтом і лікарем.	eHealth, електронний рецепт, електронна черга, телемедицина.
5	Кадровий	Підготовка, перепідготовка, атестація медичних кадрів, підвищення їхньої мотивації.	Медичні університети, курси підвищення кваліфікації, державні стипендії.
6	Соціально-просвітницький	Інформування населення про права, профілактику, здоровий спосіб життя.	Кампанії МОЗ, дні донорства, програми вакцинації, уроки здоров'я.
7	Міжнародний і партнерський	Співпраця з міжнародними організаціями, інвесторами, фондами.	ВООЗ, USAID, ЄС, ЮНІСЕФ, ПРООН, Глобальний фонд.

Джерело: сформовано автором на основі [8; 35; 34]

1. Нормативно-правовий механізм - закони, підзаконні акти, стандарти медичної допомоги, ліцензування діяльності.
2. Фінансово-економічний механізм - державне фінансування, медичне страхування, гранти, пільгові програми, співфінансування.
3. Організаційно-управлінський механізм - вертикальна структура управління, розподіл повноважень, цифрове адміністрування.
4. Інформаційно-комунікаційний механізм - eHealth, електронний рецепт, електронна черга, реєстри пацієнтів.
5. Кадровий механізм - підготовка, перепідготовка і мотивація медичного персоналу.
6. Соціальний механізм - інформування громадян, формування культури здоров'я, участь громадськості у контролі якості послуг.

У контексті реформування особливо важливим є впровадження системи публічно-приватного партнерства, коли держава делегує частину функцій приватному сектору, зберігаючи стратегічне управління і контроль за якістю послуг. Така модель уже довела ефективність у країнах ЄС, зокрема в Польщі, Чехії та Естонії.

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня здоров'я та покращення якості життя населення країни. Реалізація цієї політики потребує здійснення комплексу державних і галузевих заходів

В умовах реформування одним із важливих аспектів функціонування дієвого механізму регулювання сфери охорони здоров'я є створення досконалої законодавчої бази. Важливою властивістю правового механізму є його зв'язок із конкретною метою, яка передбачає організовану та взаємопов'язану сукупність, здатну забезпечити досягнення поставленої мети шляхом правової реалізації суб'єктами наявних інтересів [25]. Як стверджує В.Пашков, головним завданням державного регулювання в напрямку охорони здоров'я є дотримання двох ключових аспектів: регулятивні заходи повинні забезпечувати вирішення політичних питань, а також слугувати вдосконаленню управлінських механізмів. Політичний аспект полягає, насамперед, у досягненні економічних та соціальних цілей. Він за своєю сутністю має нормативний характер, оскільки базується на

загальноприйнятій системі цінностей і стосується конкретних політичних завдань та суспільних інтересів. Слід зауважити, що соціальнополітичні проблеми, які наявні в сфері охорони здоров'я, є спільними для всіх сучасних країн, і полягають у наступному:

- справедливість та рівність доступу до всіх медичних послуг;
- соціальна солідарність, що полягає у наданні медичної допомоги з залученням національної служби охорони здоров'я та системи обов'язкового медичного страхування;
- економічна ефективність, яка може бути досягнута шляхом забезпечення фінансового обґрунтування витрат на охорону здоров'я;
- інформованість населення з усіх питань, що стосуються охорони здоров'я;
- індивідуальний вибір постачальника послуг у сфері охорони здоров'я.

Другий аспект управління стосується механізмів управління охороною здоров'я, які є змішаними за своєю природою, що відображає складність відносин між кількома постачальниками послуг. Ці заходи спрямовані на більш [16] ефективне та раціональне використання людських і матеріальних ресурсів, мають переважно технічний характер і передбачають регулювання: мають переважно технічний характер і передбачають регулювання:

- якості та ефективності (оцінка економічної ефективності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг);
- доступу пацієнтів до послуг через запровадження відповідної податкової політики;
- поведінки постачальників через перетворення лікарень на державні підприємства, лікарняних кредитів, взаємодія між лікарнями та службами первинної медичної допомоги;
- ринку ліків (встановлення орієнтовних цін);
- діяльності медичних працівників (встановлення заробітної плати, вимог ліцензування) [16].

Підсумовуючи, можна дійти висновку, що система управління змінами в охороні здоров'я має враховувати як актуальні інституційні норми, так і ефективно

використання ресурсів, маючи на меті поєднати розумний інституціоналізм з інноваційним підходом. Галузеві особливості значно впливають на специфіку інновацій у охороні здоров'я: технологічні інновації значно впливають на економічні та організаційні інновації, які призводять до інформаційних інновацій. Опір змінам виникає внаслідок величезної кількості факторів, які можуть значно ускладнити цей процес. З метою успішної реалізації змін ініціатори змін повинні зрозуміти, на якому етапі вони в даний момент знаходяться, та вжити необхідних заходів для керування змінами. Важливим є те, що для створення оновленої культури зміні піддаються як процеси, так і мислення та ставлення. Трансформація повинна бути спроможною витримати виклики і в майбутньому бути схильною до подальших покращень.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Аналіз стану державної політики охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я України перебуває у процесі глибоких і системних трансформацій, що охоплюють усі рівні надання медичної допомоги - від первинного до третинного. Початком цих реформ вважається 2017 рік, коли було ухвалено Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який заклав підвалини для створення нової фінансової моделі охорони здоров'я. Ця модель передбачає перехід від утримання медичних закладів за кошторисним принципом до оплати фактично наданих послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Таким чином, у центр системи поставлено не лікарню, а пацієнта, що є одним із ключових принципів сучасної європейської моделі медицини.

Реформа передбачає комплекс змін, серед яких - автономізація медичних закладів, тобто перетворення комунальних лікарень і поліклінік на комунальні некомерційні підприємства (КНП), які можуть самостійно укладати договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), отримувати кошти за надані послуги, управляти фінансами і сформувати власну кадрову політику. Такий підхід спрямований на підвищення ефективності управління ресурсами, розвиток конкуренції між закладами та стимулювання підвищення якості медичного обслуговування.

На первинному рівні медичної допомоги, який став першим етапом реформи, було створено мережу Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), що охоплюють усі регіони країни. Кожен громадянин отримав можливість вільно обрати сімейного лікаря та укласти з ним декларацію про обслуговування, що забезпечує персоніфікацію медичної допомоги. Станом на початок 2025 року в Україні укладено понад 32 мільйони декларацій, що

становить близько 85% дорослого населення. Цей результат свідчить про високий рівень адаптації населення до нової системи фінансування і довіри до сімейної медицини як основи системи охорони здоров'я.

Разом із тим, зміни торкнулися не лише фінансових аспектів, а й організаційної структури управління. Замість вертикально централізованої системи, що діяла в радянські часи, формується більш децентралізована та партнерська модель, у якій важливу роль відіграють органи місцевого самоврядування, територіальні громади та регіональні департаменти охорони здоров'я. Місцеві ради отримали повноваження щодо управління майном, фінансування та кадрового забезпечення комунальних медичних установ, що дозволило краще враховувати специфіку кожного регіону.

Одним із ключових досягнень останніх років є цифровізація медицини - запровадження національної електронної системи eHealth, що дозволяє лікарям і пацієнтам взаємодіяти через електронні сервіси. Система охоплює функції електронного рецепта, електронного направлення, електронної медичної картки та обліку медичних послуг. Це забезпечує прозорість розрахунків, скорочує ризики корупції, полегшує контроль якості послуг і створює підґрунтя для розвитку телемедицини.

Водночас, попри суттєвий прогрес у реформуванні системи охорони здоров'я, залишаються глибокі структурні диспропорції, що зумовлюють нерівність у доступі до медичних послуг. Існують значні відмінності між великими містами та сільськими районами: у той час як мешканці обласних центрів мають змогу користуватися сучасним обладнанням і спеціалізованими послугами, у сільській місцевості часто бракує лікарів, амбулаторій та транспортної інфраструктури. Це створює ситуацію, коли доступність медичних послуг фактично залежить від місця проживання.

Ще одним викликом є кадровий дефіцит, який ускладнюється масовою міграцією медичних працівників за кордон. За даними Міністерства охорони здоров'я, понад 10 тисяч українських лікарів за останні п'ять років виїхали працювати в країни Європейського Союзу, де умови праці та заробітна плата є значно кращими. Усередині країни спостерігається старіння кадрів: частка лікарів

пенсійного або передпенсійного віку перевищує 30%, що створює ризик кадрової нестабільності у найближчі роки.

Крім кадрової проблеми, актуальною залишається матеріально-технічна застарілість медичних закладів. Більшість обладнання в комунальних лікарнях використовується понад 10 років, а у деяких випадках - з 1990-х років. Це знижує якість діагностики, обмежує можливості впровадження сучасних технологій лікування та ускладнює процес реформування на вторинному рівні.

Незважаючи на ці труднощі, реформа поступово змінює не лише структуру фінансування, а й ментальність управління охороною здоров'я. Якщо раніше основний акцент робився на утриманні лікарняної мережі, то нині - на ефективності витрат і якості послуг. Кожен медичний заклад, що укладає договір з НСЗУ, має довести свою здатність надавати послуги відповідно до визначених стандартів і клінічних протоколів.

Таким чином, сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні є динамічним процесом реформування, який поєднує елементи державного управління, ринкових механізмів і соціальної відповідальності. Вона спрямована на досягнення стратегічної мети - створення системи охорони здоров'я, що відповідає європейським стандартам, є фінансово стійкою, орієнтованою на потреби людини та заснованою на принципах доказової медицини, доступності й прозорості.

Таблиця 2.1 - Основні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я України за 2020–2025 рр.

№	Напрямок	Характеристика	Основні результати
1	Розвиток первинної медичної допомоги	Створення мережі ЦПМСД, укладання декларацій з сімейними лікарями	> 32 млн декларацій в Україні
2	Фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»	Оплата послуг через НСЗУ залежно від обсягу роботи	95% закладів працюють за договорами
3	Цифровізація медицини	Впровадження eHealth, е-рецептів, е-направлень	100% первинних закладів підключено
4	Профілактика та громадське здоров'я	Вакцинація, скринінги, профілактика неінфекційних хвороб	Зниження захворюваності на 7%
5	Підвищення якості медичних кадрів	Програми підготовки та стажування лікарів	Нові навчальні центри в регіонах

Джерело: сформовано автором на основі [6; 7; 8;].

Реалізація основних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я демонструє позитивні результати: розбудовано мережу первинної допомоги, укладено понад 32 млн декларацій, більшість закладів (95%) працюють за договорами з НСЗУ, а цифровізація забезпечила 100% підключення eHealth. Посилено профілактику, що знизило захворюваність на 7%, і покращено підготовку медичних кадрів через створення навчальних центрів.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні має відчутні результати: підвищено ефективність фінансування, прозорість управління, якість послуг і рівень професійної підготовки медиків. Система поступово переходить до європейської моделі, орієнтованої на пацієнта, профілактику та цифрові технології. Проте залишаються проблеми з рівнем фінансування, кадровим дефіцитом, доступністю послуг у сільській місцевості, а також із матеріально-технічним станом лікарень.

Таблиця 2.2 - Основні проблеми реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні в 2025 р.

№	Проблема	Прояв	Можливий шлях вирішення
1	Недостатнє фінансування	Частка витрат на медицину у ВВП – лише 3,9%	Збільшення до 5% ВВП
2	Кадровий дефіцит	30% лікарів – пенсійного віку	Стимулювання молодих фахівців
3	Нерівність доступу	Віддалені громади без амбулаторій	Розвиток мобільних пунктів
4	Застаріле обладнання	>40% обладнання старше 10 років	Цільові державні інвестиції
5	Недовіра населення	Невисока обізнаність пацієнтів	Освітні кампанії МОЗ

Джерело: сформовано автором на основі [6; 7; 8;].

Сфера охорони здоров'я України стикається з низкою системних проблем: недостатнє фінансування (3,9% ВВП) обмежує розвиток галузі; кадровий дефіцит через старіння лікарів знижує якість послуг; існує нерівність доступу в сільських громадах; застаріле обладнання (понад 40%) гальмує модернізацію; а недовіра населення до системи пов'язана з низькою обізнаністю.

Подолання цих викликів потребує збільшення фінансування, підтримки молодих фахівців, розвитку мобільної медицини, оновлення обладнання та

активної комунікації з населенням. Реалізація таких заходів забезпечує стабільність і підвищить ефективність системи охорони здоров'я.

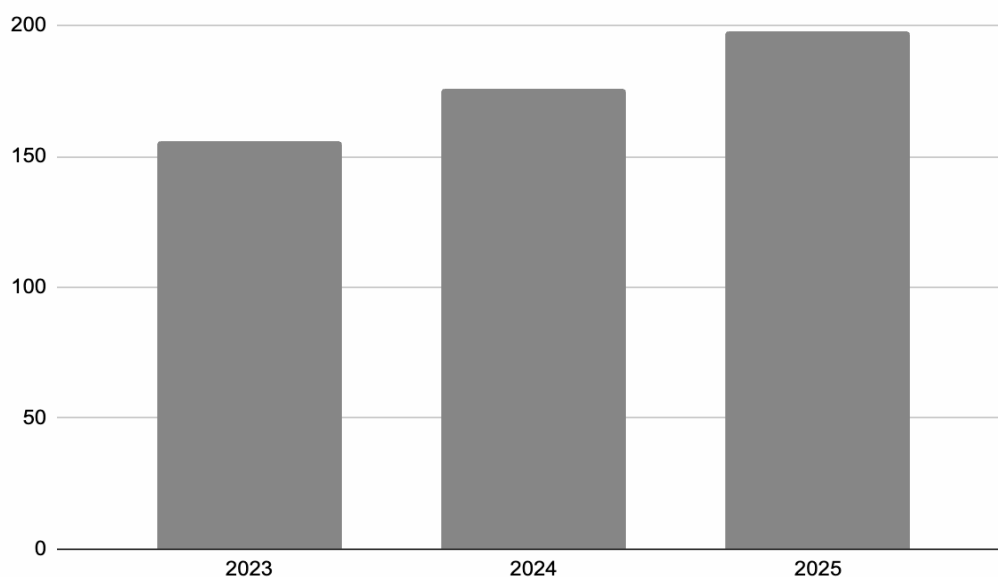


Рисунок 2.1 - Динаміка фінансування охорони здоров'я в Україні в 2023-2025 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [7; 8; 12;].

У 2023–2025 роках фінансування системи охорони здоров'я в Україні зросло з 156 до 198 млрд грн (приблизно на 27%), що демонструє послідовне зміцнення державної підтримки медичної сфери. Таке збільшення бюджетних видатків свідчить про активне впровадження програм медичних гарантій, модернізацію інфраструктури, розвиток цифрових технологій та кадрового потенціалу галузі.

Загалом динаміка фінансування у цей період має стійку тенденцію до зростання, що відображає стратегічну орієнтацію держави на підвищення ефективності та якості медичних послуг. Зростання інвестицій створює потужне підґрунтя для подальшого реформування системи охорони здоров'я, розширення доступу громадян до медичної допомоги та підвищення рівня здоров'я населення в цілому.

Аналізуючи тенденції фінансування медичної галузі, доцільно розглянути структуру розподілу видатків у межах системи охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє визначити пріоритетні напрями використання бюджетних коштів, оцінити ефективність державної політики та ступінь збалансованості між різними

складовими медичної системи.



Рисунок 2.2 - Структура витрат у системі охорони здоров'я за 2025 р.

Джерело: сформовано автором на основі [6; 7; 10; 11;].

У структурі фінансування системи охорони здоров'я України у 2025 році найбільшу частку займає вторинна медична допомога — 40%, що пояснюється значними видатками на лікарняну інфраструктуру, діагностику та лікування складних випадків. Первинна медична допомога отримує 30% коштів, що свідчить про посилення її ролі в системі та підтримку сімейної медицини. Витрати на цифровізацію галузі сягають 20%, що зумовлено впровадженням eHealth, електронних рецептів та оновленням ІТ-інфраструктури. Громадське здоров'я становить 10%, зосереджуючись на профілактиці, вакцинації та санітарному контролі. У 2025 році структура фінансування демонструє зміщення акцентів на цифровізацію та первинну ланку, що свідчить про перехід до більш профілактично орієнтованої й технологічно модернізованої системи охорони здоров'я.

Аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я України у 2020–2025 рр. свідчить про системний і послідовний характер реформ, спрямованих на формування пацієнтоорієнтованої, фінансово прозорої та цифровізованої моделі медицини. Запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», автономізація закладів охорони здоров'я та масштабне впровадження електронної системи

eHealth створили інституційне підґрунтя для підвищення ефективності управління та якості медичних послуг. Позитивною тенденцією є зростання обсягів фінансування галузі у 2023–2025 рр., розширення охоплення населення первинною медичною допомогою та поступове посилення ролі цифрових технологій. Водночас зберігаються системні виклики — недостатній рівень фінансування у відсотках до ВВП, кадровий дефіцит, територіальна нерівність доступу до послуг та матеріально-технічна відсталість частини закладів.

Отже, сучасна модель державної політики у сфері охорони здоров'я демонструє позитивну динаміку розвитку, проте потребує подальшого поглиблення реформ, збалансування структури витрат, інвестування у людський капітал та забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги.

2.2 Аналіз політики фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Фінансове забезпечення є фундаментом будь-якої системи охорони здоров'я, адже саме через механізми фінансування реалізуються державні гарантії доступності медичної допомоги, забезпечується сталий розвиток медичних закладів і впроваджуються реформи. Українська система фінансування медицини перебуває у стані глибокої трансформації, що розпочалася із запровадження державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення у 2017 році. Ці зміни фактично започаткували перехід від радянської моделі бюджетного утримання лікарень до сучасної контрактної системи, у центрі якої - Національна служба здоров'я України (НСЗУ).

Головним принципом нової фінансової моделі стало гасло «гроші йдуть за пацієнтом», яке передбачає оплату не за кількість лікарняних ліжок чи працівників, а за обсяг і якість реально наданих послуг. Такий підхід дозволив лікарням і поліклінікам стати більш автономними у використанні коштів, підвищує мотивацію до ефективної роботи та зменшив бюрократичне навантаження.

Основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я є державний бюджет України, через який здійснюється понад 60% усіх видатків на медицину. Важливу роль відіграють також місцеві бюджети, з яких фінансується утримання

закладів, не охоплених договорами з НСЗУ, капітальні ремонти, енергоносії та комунальні послуги. Крім того, певну частку складають кошти міжнародних донорів (BOOЗ, ЄС, USAID, UNICEF), позабюджетні надходження та платні послуги, що надаються державними й приватними установами.

Таблиця 2.3 - Структура фінансування системи охорони здоров'я України за 2025 р.

Джерело фінансування	Частка у загальному обсязі, %	Характеристика
Державний бюджет	63	Основне джерело, фінансування через МОЗ та НСЗУ
Місцеві бюджети	14	Фінансування інфраструктури, комунальних лікарень
Міжнародні програми	9	USAID, BOOЗ, ЄС – допомога у реформі та цифровізації
Страхові внески	7	Добровільне медичне страхування
Платні послуги	7	Приватні клініки, лабораторії, стоматологія

Джерело: сформовано автором на основі [6; 7; 8; 11; 12; 13;].

У 2025 році структура фінансування системи охорони здоров'я України залишається переважно бюджетною: 63% коштів надходить із державного бюджету, що забезпечує стабільність фінансування через МОЗ та НСЗУ. Місцеві бюджети (14%) підтримують інфраструктуру та комунальні заклади. Значну роль відіграють міжнародні програми (9%), які сприяють реформуванню та цифровізації галузі. Частка страхових внесків і платних послуг (по 7%) свідчить про поступовий розвиток приватного та страхового секторів.

Структура фінансування у 2025 році демонструє домінування державного фінансування при одночасному зростанні ролі місцевих, міжнародних і приватних джерел. Такий баланс створює умови для стійкого розвитку системи охорони здоров'я та підвищення її фінансової незалежності.

Від 2020 року НСЗУ стала єдиним стратегічним закупівельником медичних послуг у межах Програми медичних гарантій (ПМГ). Кожен медичний заклад, незалежно від форми власності, може укласти договір з НСЗУ і отримувати оплату за надані послуги. У 2024 році понад 95% державних і комунальних закладів охорони здоров'я вже працювали за цією моделлю, що дало змогу забезпечити

більшу фінансову прозорість і скоротити корупційні ризики. Одним із позитивних наслідків реформи є зростання обсягів фінансування галузі. Якщо у 2018 році видатки державного бюджету на охорону здоров'я становили 89 млрд грн, то у 2025 році цей показник досяг 198 млрд грн, що свідчить про зростання на понад 120%. Однак навіть із таким збільшенням фінансування частка витрат на медицину у структурі ВВП України залишається порівняно низькою - близько 3,9%, тоді як середній показник у країнах Європейського Союзу становить 7–8%.

Таблиця 2.4 - Динаміка видатків державного бюджету на охорону здоров'я за 2022–2025 рр.

Рік	2022	2023	2024	2025	Абсолютне відхилення 2025 до 2022 рр.
Видатки млрд грн	142	156	176	198	56
Приріст, %	10,9	9,9	12,8	12,5	1,6

Джерело: сформовано автором на основі [7; 8; 11; 12; 13;].

Динаміка видатків державного бюджету на охорону здоров'я у 2022–2025 роках демонструє стійке зростання фінансування галузі. Загальний обсяг видатків зріс із 142 млрд грн у 2022 році до 198 млрд грн у 2025 році, що свідчить про послідовне посилення державної підтримки. Щорічний приріст коливається в межах 9,9–12,8%, що відображає стабільний тренд до збільшення інвестицій у медичну систему. Основними чинниками такого зростання стали: підсилення первинної медичної допомоги (2022 р.), впровадження цифрових технологій eHealth (2023 р.), активізація програм вакцинації (2024 р.) та посилення безпеки медичних закладів (2025 р.).

Зростання бюджетних видатків у 2022–2025 роках свідчить про послідовне реформування системи охорони здоров'я та зміщення пріоритетів у напрямі якості, безпеки й цифровізації. Така позитивна динаміка фінансування створює умови для підвищення ефективності галузі та наближення її до європейських стандартів медичної допомоги.

Сучасна система фінансування має низку суттєвих переваг:

- прозорість - усі контракти між закладами та НСЗУ оприлюднюються у відкритих реєстрах;

- гнучкість - лікарні отримують кошти залежно від кількості наданих послуг, а не кількості ліжок;
- мотивація - медичний персонал має стимул до покращення якості послуг, оскільки фінансування залежить від результату;
- підзвітність - кожен етап витрачання коштів контролюється державою та громадськістю.

Однак існують і недоліки, що стримують ефективність фінансової політики у сфері охорони здоров'я:

- недостатній рівень базового фінансування, який не дозволяє покрити реальні потреби галузі;
- нерівність між регіонами, адже у малих громадах із меншою кількістю населення лікарні отримують менше фінансових надходжень;
- відсутність обов'язкового медичного страхування, через що тягар фінансування лягає переважно на державний бюджет;
- кадрові та технічні проблеми, які не завжди враховуються у механізмах розподілу коштів.

Варто відзначити, що в межах реформи МОЗ і Міністерство фінансів України поступово готують ґрунт для впровадження обов'язкового медичного страхування у середньостроковій перспективі. Передбачається, що ця модель дозволить збільшити частку цільових коштів, спрямованих на медичне обслуговування, та забезпечить більш справедливий розподіл фінансового навантаження між державою, роботодавцями і громадянами.

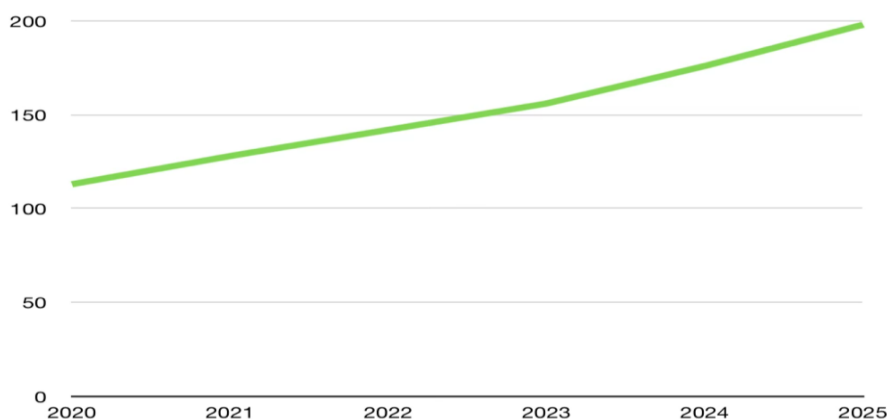


Рисунок 2.3 - Динаміка видатків державного бюджету на охорону здоров'я за 2020–2025 рр.

Джерело: сформоване автором [11; 12; 13]

У 2020–2025 роках спостерігається стійке зростання видатків державного бюджету на охорону здоров'я — з 113 млрд грн у 2020 році до 198 млрд грн у 2025 році. Загальне збільшення становить понад 75% за п'ятирічний період. Найбільш помітні темпи приросту відзначаються у 2022–2025 роках, що пов'язано з активною фазою реформування галузі, розширенням програм медичних гарантій, впровадженням цифрових технологій та посиленням фінансування лікарень у воєнний період.

Динаміка бюджетних видатків у 2020–2025 роках свідчить про послідовне зростання інвестицій держави у сферу охорони здоров'я, спрямованих на модернізацію системи, підвищення якості медичних послуг та забезпечення стійкості галузі в умовах реформ і зовнішніх викликів. З метою оцінки ефективності використання бюджетних коштів важливо проаналізувати, як саме розподіляються фінансові ресурси між основними напрямками розвитку системи охорони здоров'я.



Рисунок 2.4 - Розподіл фінансування за напрямками за 2025 р.

Джерело: сформовано автором на основі [14; 15; 16;].

У 2025 році найбільшу частку фінансування системи охорони здоров'я становлять стаціонарна допомога (40%) та первинна медична допомога (35%), що свідчить про зосередження ресурсів на основних етапах надання медичних послуг. Профілактика (10%) і цифровізація (7%) мають менші, але стратегічно

важливі частки, оскільки вони сприяють зниженню захворюваності й підвищенню ефективності управління. Адміністративні витрати (8%) залишаються на прийнятному рівні, що вказує на раціональне використання коштів. Структура фінансування у 2025 році демонструє збалансований підхід держави до розвитку медичної системи, де пріоритет надано лікуванню та доступності первинної допомоги, водночас підтримуються профілактичні та цифрові напрями як основа для подальшої модернізації галузі.

Проведений аналіз засвідчує, що фінансова модель системи охорони здоров'я України зазнала суттєвої трансформації та набула більш прозорого, контрактного й результатоорієнтованого характеру. Запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» та функціонування НСЗУ як єдиного стратегічного закупівельника медичних послуг сприяли підвищенню ефективності використання бюджетних коштів і зменшенню корупційних ризиків. Динаміка видатків у 2020–2025 роках демонструє стійке зростання фінансування галузі, що створює передумови для модернізації інфраструктури, цифровізації та розширення програм медичних гарантій. Водночас частка витрат на охорону здоров'я у ВВП залишається недостатньою порівняно з європейськими стандартами, а існуючі диспропорції між регіонами, кадрові проблеми та відсутність обов'язкового медичного страхування стримують повну реалізацію потенціалу реформи.

Отже, подальше вдосконалення фінансового забезпечення системи охорони здоров'я має бути спрямоване на збільшення частки цільового фінансування, диверсифікацію джерел надходжень, запровадження страхової моделі та підвищення ефективності розподілу ресурсів відповідно до реальних потреб населення.

2.3 Аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я в зарубіжній практиці

Досвід зарубіжних країн є важливим джерелом для формування ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. Порівняльний аналіз дозволяє виявити успішні моделі фінансування, організації медичної допомоги та

запровадження профілактичних програм, які можуть бути адаптовані до національних умов. Вибір країн для аналізу ґрунтується на різних підходах до систем охорони здоров'я: державне страхування, приватне страхування, змішані моделі та системи з високим рівнем цифровізації.

Німеччина має одну з найбільш ефективних систем охорони здоров'я у світі, засновану на обов'язковому соціальному медичному страхуванні (Gesetzliche Krankenversicherung). Основні риси системи: страхові внески сплачують як роботодавці, так і працівники, що забезпечує фінансову стабільність; усі громадяни мають доступ до повного спектру медичних послуг - первинної, вторинної та високоспеціалізованої допомоги; високий рівень профілактики та скринінгів дозволяє знижувати захворюваність на хронічні та інфекційні хвороби; цифровізація медичних послуг активно розвивається через електронні рецепти, електронні картки та телемедицину.

Переваги для України: можливість адаптувати систему обов'язкового страхування, розширити фінансування профілактики та цифрових сервісів.

Польща впровадила змішану систему фінансування: державні кошти через Національний фонд охорони здоров'я (NFZ) та добровільні страхові внески.

Особливості:

1. Центральний фонд фінансує первинну, спеціалізовану та стаціонарну допомогу, зокрема високоспеціалізовані процедури;
2. Місцеві органи влади відповідають за лікарні регіонального рівня, що підвищує адаптивність до потреб громад;
3. Високий рівень державного контролю за якістю послуг.

Для України польська модель є прикладом децентралізації та оптимізації фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», з можливістю регіональної адаптації ресурсів.

Французька система охорони здоров'я характеризується змішаним фінансуванням:

1. Основний пакет послуг покривається державою через державне страхування;
2. Додаткові послуги фінансуються приватними страховками;

3. Активне використання електронних медичних карток та централізованих баз даних дозволяє контролювати витрати та оптимізувати маршрути пацієнтів;
4. Високий рівень доступності спеціалізованої допомоги.

Франція демонструє ефективність поєднання державного фінансування та приватних ресурсів, що можна застосувати в Україні для розвитку приватних медичних структур із контролем якості.

Велика Британія має державну систему NHS, яка фінансується переважно через податки:

1. Всі послуги первинної та вторинної допомоги надаються безкоштовно;
2. Основний акцент на профілактику, вакцинацію та ранню діагностику;
3. Стандартизація клінічних протоколів та фінансове планування на національному рівні;
4. Розвинена система електронних медичних записів та телемедицини.

NHS демонструє важливість централізованого планування, контролю якості послуг та розвитку профілактичних програм, що актуально для України у контексті підвищення якості та рівності доступу

Таблиця 2.5 - Порівняння моделі фінансування у зарубіжних країнах

Країна	Модель фінансування	Основні джерела коштів	Примітки
Німеччина	Соціальне страхування	Внески роботодавців і працівників	Висока стабільність, цифровізація
Польща	Змішана, з децентралізацією	NFZ + страхові внески	Децентралізований контроль
Франція	Змішана, державна + приватна	Державне страхування + приватні поліси	Велика роль приватного сектору
Великобританія	Державна (NHS)	Податки	Безкоштовні послуги, централізовані протоколи

Джерело: сформовано автором на основі [18; 19; 20; 21;]

У зарубіжних країнах моделі фінансування охорони здоров'я відрізняються за ступенем державного контролю та участі страхових механізмів. Німеччина використовує систему соціального страхування з внесками роботодавців і працівників, що забезпечує стабільність і високий рівень цифровізації. Польща має змішану, децентралізовану модель із фінансуванням через Національний фонд

здоров'я (NFZ). Франція поєднує державне та приватне страхування, що дозволяє збалансувати доступність і конкуренцію. Велика Британія реалізує повністю державну модель (NHS), фінансовану за рахунок податків, із безкоштовними послугами для населення.

Порівняння показує, що європейські системи фінансування медицини орієнтовані на поєднання державної підтримки та страхових механізмів, що забезпечує стабільність і доступність послуг. Для України доцільним є поступове впровадження змішаної моделі, яка поєднуватиме бюджетне фінансування з елементами медичного страхування та цифровим контролем ефективності.

Для кращого розуміння підходів до фінансування охорони здоров'я у різних країнах доцільно розглянути порівняльну характеристику моделей державної політики. Такий аналіз дозволяє оцінити, як організовано джерела фінансування, рівень державного контролю, роль страхових механізмів та приватного сектору, а також визначити ключові переваги та недоліки різних моделей. У наступній таблиці представлено порівняння основних моделей фінансування та організації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах, що слугує основою для визначення напрямів удосконалення української системи.

Таблиця 2.6 - Порівняльна характеристика моделей державної політики у сфері охорони здоров'я

Країна	Модель фінансування	Частка витрат у ВВП, %	Особливості
Німеччина	Обов'язкове страхування (Bismarck)	9,4	Високий рівень солідарності, страхові каси
Велика Британія	Бюджетна (Beveridge)	9,8	NHS – державна служба охорони здоров'я
Польща	Змішана модель	6,3	Централізована страховка NFZ
Франція	Страхова модель із державною компенсацією	9,8	75% витрат компенсується державою
Україна	Перехідна (державно-договірна)	3,9	НСЗУ + місцеві бюджети, децентралізація

Джерело: сформовано автором на основі [14; 16; 18; 19; 20;].

Порівняння показує, що країни з розвиненими системами охорони здоров'я

витрачають на медицину близько 9–10% ВВП, при цьому застосовуються різні моделі фінансування: Німеччина – обов’язкове страхування (Bismarck) з високим рівнем солідарності; Велика Британія – бюджетна модель (Beveridge) з централізованим NHS; Польща – змішана модель із централізованою страховкою NFZ; Франція – страхова модель із державною компенсацією 75% витрат. Україна, із часткою фінансування 3,9% ВВП, перебуває у перехідному стані, поєднуючи державне фінансування через НСЗУ та місцеві бюджети з елементами децентралізації.

Порівняння свідчить, що для досягнення ефективної та стійкої системи охорони здоров’я Україні необхідно збільшити фінансування до рівня розвинених країн та поступово розвивати змішану модель із прозорим поєднанням державного бюджету, страхових механізмів та цифрових інструментів управління. Досвід цих країн показує, що найефективнішими є системи, де поєднується державне гарантування базових послуг із страховими механізмами, що підвищує фінансову стійкість і якість обслуговування.

Таблиця 2.7 - Основні напрями, запозичені в Україні із зарубіжного досвіду

Напрямок	Країна-досвід	Адаптація в Україні	Очікуваний ефект
Контрактна модель фінансування	Велика Британія	НСЗУ – договори з лікарнями	Прозорість, ефективність
Підхід «гроші за пацієнтом»	Німеччина	Оплата за послуги	Мотивація лікарів
Електронні сервіси	Польща	eHealth, e-рецепти	Зручність для пацієнтів
Громадське здоров’я	Франція	Розвиток Центру громадського здоров’я	Профілактика
Медичне страхування	Чехія, Німеччина	Пілотні проєкти страхування	Зменшення навантаження на бюджет

Джерело: сформовано автором на основі [14; 16; 19]

Досвід зарубіжних країн показує ефективні підходи до організації фінансування та управління охороною здоров’я. Велика Британія демонструє переваги контрактної моделі через прозорість та ефективність договорів із лікарнями, що адаптується в Україні через НСЗУ. Німеччина використовує оплату послуг («гроші за пацієнтом»), що мотивує лікарів і підвищує ефективність

надання медичних послуг. Польща активно впроваджує цифрові сервіси eHealth та е-рецепти для зручності пацієнтів. Французький підхід до громадського здоров'я орієнтований на профілактику, а Чехія та Німеччина демонструють переваги пілотних проектів медичного страхування для зменшення бюджетного навантаження.

Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, що комбінація контрактної оплати, мотиваційних моделей для лікарів, цифровізації та розвитку профілактичної медицини здатна підвищити ефективність та прозорість системи охорони здоров'я в Україні. Адаптація цих практик створює умови для оптимізації фінансування, зниження навантаження на бюджет та покращення якості медичних послуг. Розглянувши основні напрями реформ та підходи до фінансування охорони здоров'я, запозичені Україною з досвіду зарубіжних країн, доцільно оцінити обсяг видатків на медицину у порівнянні з іншими країнами ЄС. Такий аналіз дозволяє візуально відобразити співвідношення фінансової підтримки охорони здоров'я та визначити відставання України від європейських стандартів

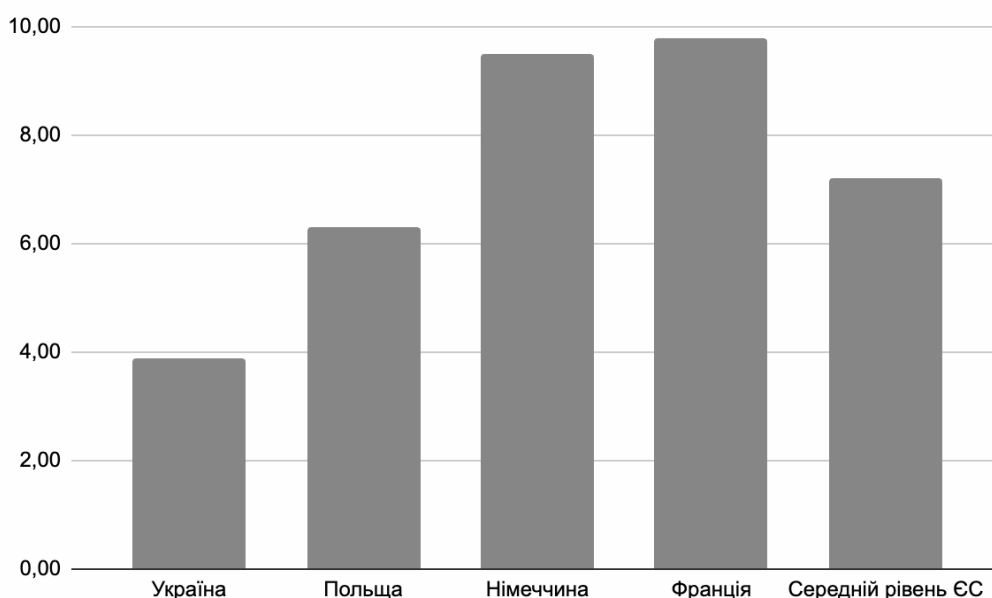


Рисунок 2.5 - Порівняння частки витрат на охорону здоров'я у ВВП країн ЄС і України в 2025 р

Джерело: сформовано автором на основі [14; 18; 19]

У 2025 році частка витрат на охорону здоров'я в Україні становить 3,9% ВВП, що значно нижче за середній рівень ЄС (7,8%) та показники провідних

країн: Польща – 6,3%, Німеччина – 9,4%, Франція – 9,8%. Це свідчить про недостатній рівень фінансування української медичної системи порівняно з європейськими стандартами, що може обмежувати розвиток інфраструктури, цифровізації та профілактичних програм.

Порівняння частки витрат показує необхідність збільшення фінансування охорони здоров'я в Україні для наближення до європейських стандартів і забезпечення більш ефективного та доступного надання медичних послуг. Після аналізу рівня фінансування охорони здоров'я у 2025 році важливо оцінити, як обсяг державних видатків впливає на доступність медичних послуг для населення. Частка витрат у ВВП відображає потенціал системи, тоді як індекс доступності медичних послуг дозволяє оцінити реальну ефективність використання цих коштів та рівень забезпечення населення необхідною медичною допомогою.

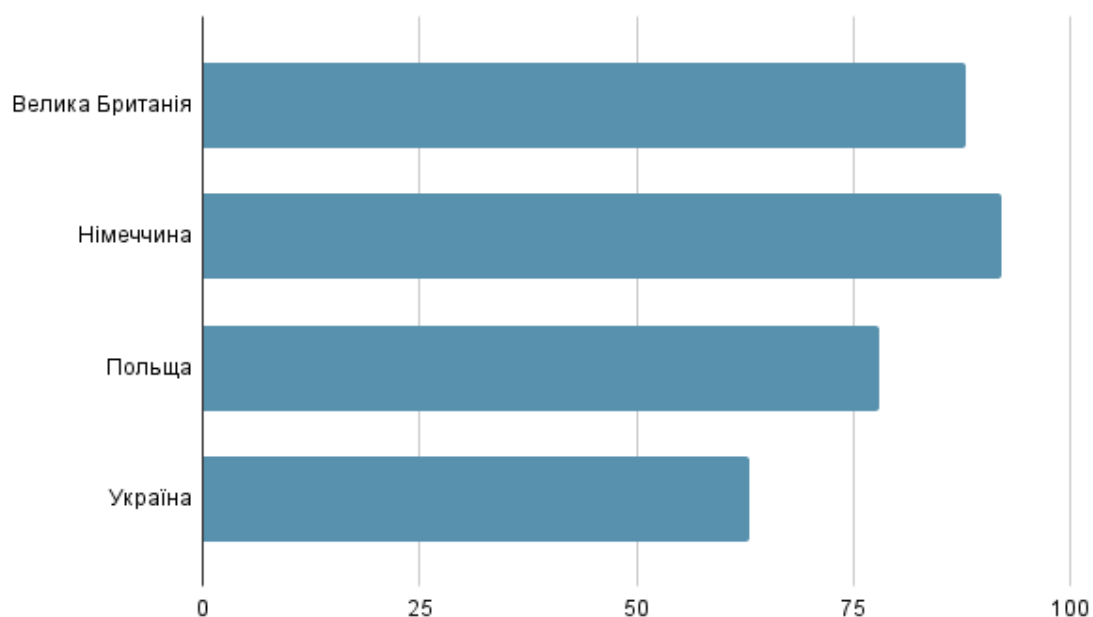


Рисунок 2.6 - Індекс доступності медичних послуг (0–100)

Джерело: сформовано автором на основі [14; 17; 18]

Індекс доступності медичних послуг у 2025 році демонструє, що Україна (65 балів) значно відстає від провідних європейських країн: Німеччина – 92, Велика Британія – 88, Польща – 78. Це свідчить про обмежений доступ населення до якісних медичних послуг, незважаючи на наявне фінансування, і підкреслює необхідність удосконалення організаційних та фінансових механізмів системи

охорони здоров'я.

Результати індексу доступності вказують на потребу покращення якості та доступності медичних послуг в Україні, що може бути досягнуто через підвищення рівня фінансування, розвиток первинної допомоги, цифровізацію та ефективне впровадження реформ у медичній сфері.

Порівняльний аналіз зарубіжних систем охорони здоров'я засвідчив, що найбільш ефективними є моделі, які поєднують державні гарантії базових медичних послуг зі страховими механізмами, цифровим управлінням та пріоритетом профілактики. Україна перебуває у перехідному стані реформування: запроваджено контрактну модель фінансування та принцип «гроші за пацієнтом», однак рівень фінансування і доступності медичних послуг залишається нижчим за європейські стандарти.

Низька частка витрат на охорону здоров'я у ВВП та відставання за індексом доступності медичних послуг свідчать про потребу подальшого вдосконалення організаційних і фінансових механізмів системи. Отже, перспективним напрямом є розвиток змішаної моделі фінансування з елементами медичного страхування, посилення профілактичної медицини та поглиблення цифровізації управління галуззю.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Проблематика розвитку в українському секторі охорони здоров'я

Система охорони здоров'я України перебуває на етапі глибоких реформ та структурних трансформацій, що мають на меті створення сучасної, ефективної, орієнтованої на пацієнта моделі медичного обслуговування. Починаючи з 2017 року, після ухвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», відбувається перехід від централізованої, бюджетно-утримуваної моделі до системи, де фінансування здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що медичні заклади отримують кошти не за кількість ліжок-місць чи штатних посад, а за фактично надані послуги відповідно до укладених договорів із Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Цей підхід докорінно змінює філософію функціонування української медицини: замість пасивного очікування державного фінансування, медичні установи мають конкурувати за пацієнта, підвищуючи якість, доступність та ефективність медичної допомоги. Проте реформування системи виявило низку глибоких проблем, що накопичувалися десятиліттями та гальмують процес модернізації.

1. Інституційна інерція та фрагментація системи управління. Однією з ключових проблем є інституційна інерція, притаманна системі, що формувалася ще в радянські часи. Українська модель охорони здоров'я тривалий час базувалася на жорстко централізованому підході, орієнтованому не на потреби пацієнта, а на утримання інфраструктури. В результаті сформувалася громіздка бюрократична система, у якій управлінські функції часто дублюються між Міністерством охорони здоров'я, місцевими департаментами, державними установами та підрозділами.

Децентралізація управління, що розпочалася з 2015 року, виявила як позитивні, так і негативні ефекти. З одного боку, місцеві громади отримали більше повноважень у розподілі фінансів та організації медичних послуг; з іншого - це призвело до фрагментації системи, коли рівень доступу до медичних послуг суттєво різниться між регіонами. Відсутність єдиного стандарту управління, координаційних механізмів і системи моніторингу якості медичних послуг ускладнює реалізацію єдиної державної політики на місцях.

2. Недостатнє та нераціональне фінансування. Фінансова нестабільність - одна з найгостріших проблем українського сектору охорони здоров'я. Незважаючи на поступове зростання бюджетних видатків, рівень фінансування залишається нижчим від середньоєвропейського. За даними Світового банку, у 2024 році Україна витратила на охорону здоров'я близько 7,3 % ВВП, тоді як у країнах ЄС цей показник коливається в межах 9–11 %.

Основні проблеми фінансування полягають у:

- диспропорції між рівнями медичної допомоги (первинна ланка фінансується краще, ніж вторинна та третинна);
- низькому рівні оплати праці медичних працівників, що спричиняє відтік кадрів;
- відсутності чіткого механізму довгострокового планування витрат;
- залежності більшості закладів від державних субвенцій, що обмежує їх фінансову автономію.

Попри запровадження моделі фінансування через НСЗУ, значна частина коштів продовжує розподілятися неефективно. Існує розрив між фінансуванням медичних послуг і фактичними потребами закладів, особливо у сільській місцевості, де інфраструктура зношена, а кількість населення скорочується.

3. Кадрова криза у медичній галузі. Серед усіх проблем, що стоять перед українською медициною, кадровий дефіцит є однією з найсерйозніших. За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на 2025 рік у країні спостерігається нестача понад 25 тисяч лікарів і близько 40 тисяч середніх медичних працівників.

Основні причини кадрової кризи:

- низький рівень заробітної плати (у 2–3 рази нижчий, ніж у суміжних професіях за рівнем відповідальності);
- високе емоційне навантаження і професійне вигорання;
- масова трудова міграція медиків за кордон;
- старіння кадрів: середній вік лікаря в Україні перевищує 50 років.

Крім того, у системі відсутня ефективна система мотивації молодих фахівців: випускники медичних університетів часто не мають можливості отримати гідну роботу або житло, особливо у сільських громадах. Це створює замкнене коло, в якому дефіцит кадрів призводить до перевантаження існуючих працівників, а це, своєю чергою, стимулює нові звільнення.

4. Нерівність доступу до медичних послуг. Однією з найхарактерніших рис сучасної системи охорони здоров'я є нерівномірність доступу населення до медичних послуг. У великих містах, особливо в обласних центрах, рівень медичного забезпечення є відносно високим: наявні сучасні клініки, приватні центри, фахові лікарі, обладнання. Водночас у малих містах і сільських районах спостерігається дефіцит лікарів, зношені приміщення, відсутність лабораторій і сучасного діагностичного обладнання.

За оцінками Центру громадського здоров'я, понад 25 % сільського населення не має постійного доступу до лікаря загальної практики, а понад 40 % пацієнтів змушені долати відстань понад 10 км для отримання базової медичної допомоги. Нерівність проявляється не лише територіально, але й соціально: малозабезпечені громадяни часто не можуть дозволити собі навіть часткову оплату ліків чи аналізів, тоді як система страхування в Україні досі не охоплює більшість населення.

5. Матеріально-технічна відсталість та низький рівень цифровізації. Матеріально-технічна база більшості державних медичних закладів не відповідає сучасним стандартам. Значна частина обладнання морально та фізично застаріла, а рівень оснащення сучасною технікою є вкрай низьким. У багатьох районних лікарнях досі використовуються прилади, придбані у 1990-х роках, а комп'ютеризація охоплює лише окремі структурні підрозділи.

Важливим кроком стало впровадження електронної системи eHealth, яка дозволяє вести електронні декларації, рецепти, направлення та картки пацієнтів. Проте цифрова трансформація відбувається нерівномірно: не всі заклади мають достатньо техніки, інтернет-з'єднання чи навчений персонал. Це уповільнює процес електронізації документообігу та унеможливорює повноцінну аналітику на національному рівні.

6. Проблеми управління якістю та прозорості системи. Попри існування нормативної бази, система контролю якості медичних послуг залишається слабкою. В Україні відсутня єдина національна система оцінки ефективності роботи медичних закладів. НСЗУ здійснює фінансовий моніторинг, але не завжди має інструменти впливу на якість лікування.

До цього додається брак прозорості у використанні бюджетних коштів, недостатній контроль за закупівлями ліків і обладнання. Хоча електронні тендерні системи (Prozorro) значно зменшили корупційні ризики, локальний рівень управління часто залишається непрозорим.

7. Вплив війни на медичну систему. Після початку повномасштабної агресії Російської Федерації у 2022 році система охорони здоров'я України опинилася під безпрецедентним тиском. Багато закладів зруйновані або частково пошкоджені, десятки тисяч медиків були змушені евакуюватися або перейти на військову службу. У прифронтових регіонах медична інфраструктура функціонує з перебоями, а обсяги надання допомоги зросли в кілька разів.

Водночас війна стимулювала певні позитивні зміни - зросла роль мобільної медицини, волонтерських ініціатив, приватно-державного партнерства, міжнародної допомоги (ВООЗ, USAID, Червоний Хрест, ЄС). Саме під час війни Україна продемонструвала гнучкість і здатність швидко адаптувати систему до екстремальних умов, створюючи польові шпиталі, систему евакуаційного лікування та мережу психологічної підтримки.

8. Недостатній розвиток системи громадського здоров'я. В Україні система громадського здоров'я перебуває лише на стадії становлення. Хоча створено Центр громадського здоров'я МОЗ, його діяльність зосереджена переважно на моніторингу захворюваності та епіднагляді, тоді як профілактична робота на

місцях залишається слабо розвиненою. Рівень охоплення вакцинацією, скринінгом і просвітницькими програмами є нижчим від європейських стандартів.

Культура здорового способу життя серед населення залишається низькою: високі показники тютюнопаління, алкоголізму, ожиріння, недостатньої фізичної активності. Це створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки більшість випадків госпіталізації пов'язана з неінфекційними хворобами, які можна було б попередити.

9. Відсутність ефективного медичного страхування. Попри спроби реформування фінансування, система медичного страхування в Україні досі не функціонує повноцінно. Замість класичної моделі обов'язкового страхування, що діє в ЄС, Україна має систему державних гарантій фінансування, що покриває лише базовий пакет послуг. Як наслідок, значна частина витрат лягає на плечі громадян: за оцінками VoxUkraine, понад 40 % медичних витрат населення здійснюються «з власної кишені».

Це призводить до соціальної нерівності, оскільки для малозабезпечених осіб навіть базове лікування стає непосильним. Питання впровадження обов'язкового медичного страхування вимагає системної законодавчої та інституційної підготовки, включно з визначенням страхових фондів, платників і механізмів контролю.

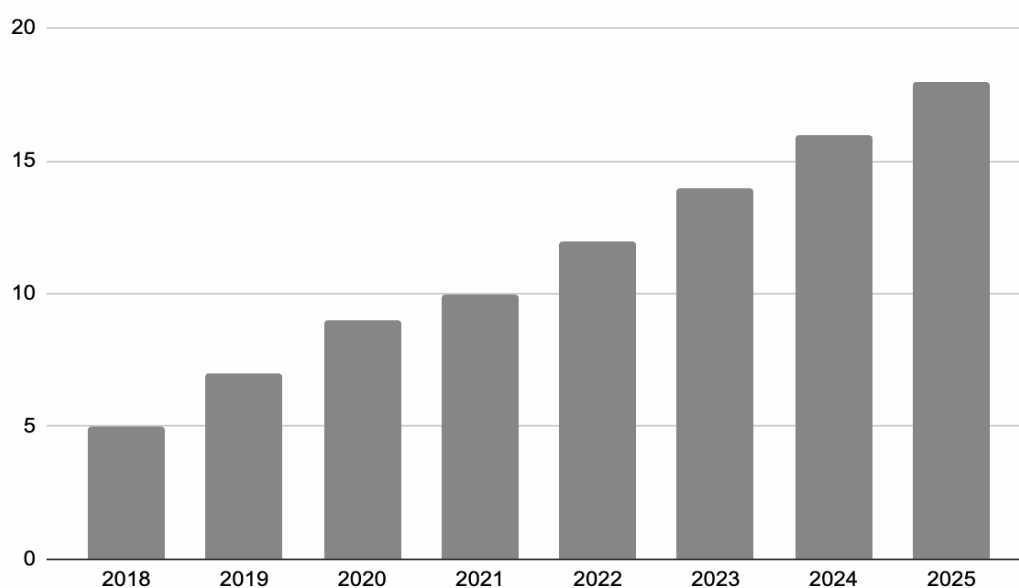


Рисунок 3.1 - Відтік лікарів з державної системи, 2018-2025 рр.

Джерело: сформоване автором [14;15;16]

Стабільне зростання відтоку кадрів демонструє необхідність системних мотиваційних програм для лікарів, особливо у вузькопрофільних спеціальностях. Аналіз динаміки відтоку лікарів із державної системи охорони здоров'я у 2018–2025 роках дозволяє оцінити кадрові ризики галузі та їхній вплив на ефективність надання медичних послуг. Водночас не менш важливо простежити, як структура фінансування системи охорони здоров'я у 2025 році відображає пріоритети державної політики та можливості підтримки медичного персоналу, розвитку інфраструктури й забезпечення належної якості послуг.

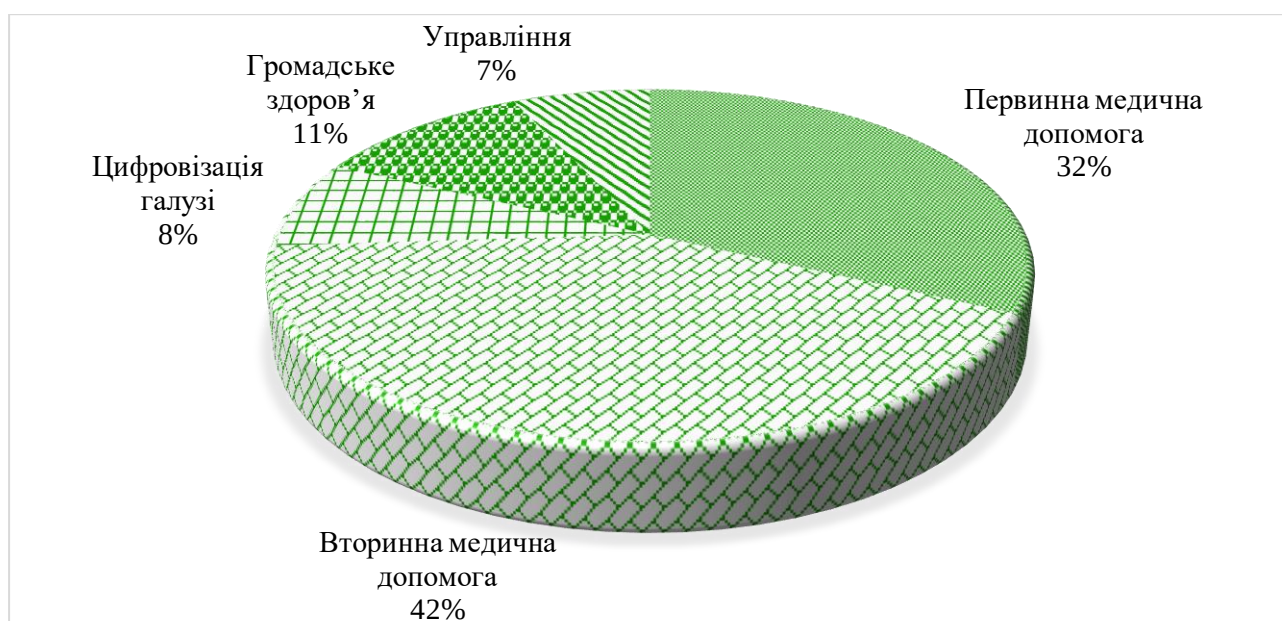


Рисунок 3.2 - Структура витрат на охорону здоров'я за 2025 р.

Джерело: сформовано автором на основі [14; 15; 16; 17].

У 2025 році найбільшу частку видатків у системі охорони здоров'я займає вторинна допомога (42%), що свідчить про зосередження ресурсів на лікарняному рівні. Первинна допомога (32%) отримує значну, але меншу частку фінансування, тоді як громадське здоров'я (11%), цифровізація (8%) та управління (7%) мають підтримувальний характер. Така структура демонструє орієнтацію системи на лікування, а не на профілактику.

Структура витрат у 2025 році показує домінування стаціонарної медицини, але водночас відображає поступове зростання ролі профілактики, цифрових технологій та управлінських процесів. Для підвищення ефективності системи

необхідно змістити акцент на розвиток первинної допомоги та громадського здоров'я, що сприятиме профілактиці захворювань і зменшенню навантаження на лікарні.

1. Кадровий аспект - проблема нестачі медичних кадрів є багатофакторною. Окрім низької зарплати та перевантаження, існує відсутність ефективної програми житлового забезпечення молодих лікарів, що призводить до їхньої концентрації у великих містах та приватному секторі. Це створює дисбаланс між містами та сільською місцевістю.

2. Фінансування - бюджетні кошти переважно спрямовуються на поточні потреби. Інвестиції у нові технології та модернізацію інфраструктури залишаються обмеженими. Це уповільнює розвиток телемедицини та сучасних лабораторій, що є критично важливим у віддалених регіонах.

3. Нерівномірність доступу - населення сільських та віддалених регіонів стикається з обмеженим доступом до вузькопрофільних спеціалістів, що часто призводить до ускладнень та запізненого лікування. Це демонструє потребу у мобільних медичних бригадах та дистанційних сервісах.

4. Цифровізація - хоча система eHealth активно розвивається, її інтеграція ще неповна. Повна цифровізація дозволила б оптимізувати облік пацієнтів, полегшити управління ресурсами та забезпечити прозорість фінансування.

Проведений аналіз засвідчує, що система охорони здоров'я України перебуває у стані комплексної трансформації, однак її розвиток стримується низкою системних проблем інституційного, фінансового, кадрового та організаційного характеру. Попри впровадження нової моделі фінансування та розширення повноважень громад, зберігається фрагментація управління, диспропорції у розподілі ресурсів і нерівність доступу населення до медичних послуг. Кадрова криза, матеріально-технічна відсталість, неповна цифровізація та недостатній розвиток громадського здоров'я формують довгострокові ризики для стійкості системи. Війна додатково загострила наявні проблеми, водночас стимулювавши адаптивність, розвиток мобільних форм медичної допомоги та міжнародну підтримку.

Таким чином, подальше реформування має бути спрямоване на посилення інституційної спроможності, збалансування структури фінансування, інвестування у людський капітал, цифрову трансформацію та розвиток профілактичного напрямку, що забезпечить підвищення якості, доступності та стійкості системи охорони здоров'я України.

3.2 Удосконалення державної політики у медичній сфері

Удосконалення державної політики в охороні здоров'я є ключовим чинником забезпечення високої якості медичних послуг, їх доступності та ефективності. Українська система охорони здоров'я перебуває у процесі масштабної трансформації, яка спрямована на реалізацію стратегічних пріоритетів держави: підвищення ефективності фінансування, розвиток первинної ланки, модернізацію матеріально-технічної бази, цифровізацію та кадрове забезпечення:

1. Фінансова політика та її вдосконалення. Фінансування є фундаментом ефективної системи охорони здоров'я. В Україні в останні роки відбулися суттєві зміни у фінансових механізмах:

- впроваджено модель «гроші йдуть за пацієнтом» через Національну службу здоров'я України (НСЗУ);
- з'явилася можливість диференційованого фінансування для різних рівнів медичної допомоги;
- зростає прозорість бюджетного розподілу та контроль за використанням коштів.

Однак для досягнення стратегічних цілей державі необхідно удосконалити фінансову політику через:

- ✓ довгострокове планування – багаторічні програми модернізації закладів та закупівлі обладнання;
- ✓ підтримку профілактичних заходів – фінансування програм вакцинації, скринінгу, боротьби з неінфекційними хворобами;

✓ вирівнювання ресурсів між регіонами – стимулювання закладів у сільській місцевості та депресивних регіонах.

Це дозволяє зменшити регіональні диспропорції, підвищити рівень доступності медичних послуг і стимулювати розвиток локальних закладів.

2. Модернізація матеріально-технічної бази. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я приділяє велику увагу оновленню матеріально-технічної бази. Основні напрями модернізації: оновлення діагностичного та лікувального обладнання (рентген, УЗД, МРТ, лабораторні комплекси); ремонт та реконструкція будівель медичних закладів, забезпечення безбар'єрного простору; оснащення сучасними системами управління та електронного обліку пацієнтів; розвиток телемедицини для віддалених регіонів.

Модернізація інфраструктури не лише підвищує якість надання послуг, а й підвищує рівень довіри населення до державних закладів, зменшує навантаження на приватний сектор та сприяє запровадженню високотехнологічних методів лікування у державних установах.

3. Кадрове забезпечення та мотиваційна політика. Кадровий фактор залишається ключовим для стабільного функціонування системи охорони здоров'я. Станом на 2025 рік спостерігається дефіцит лікарів у багатьох спеціальностях, особливо вузькопрофільних (анестезіологи, кардіологи, невропатологи). Для удосконалення кадрової політики держава впроваджує такі заходи:

- ✓ програми мотивації молодих спеціалістів, включно з фінансовими бонусами та пільговим житлом;
- ✓ цільова підготовка кадрів – навчальні програми для лікарів у пріоритетних сферах;
- ✓ заохочення роботи у сільській місцевості та депресивних регіонах – спеціальні доплати, соціальні гарантії;
- ✓ система професійного розвитку та перепідготовки – підвищення кваліфікації через сертифікаційні курси та тренінги.

Ефективна кадрова політика дозволяє не лише збалансувати чисельність медичних працівників, а й підвищити їхню мотивацію, що безпосередньо впливає

на якість медичного обслуговування.

4. Розвиток цифровізації та електронних сервісів. Удосконалення політики передбачає активне використання цифрових технологій у сфері охорони здоров'я. Основні напрямки:

- eHealth – електронні медичні картки пацієнтів;
- електронний рецепт та електронне направлення;
- телемедицина та дистанційне спостереження за пацієнтами;
- цифрові платформи для моніторингу якості послуг та фінансування.

Цифровізація дозволяє ефективніше управляти ресурсами, забезпечує прозорість фінансових потоків, спрощує доступ до медичних послуг у віддалених регіонах та підвищує довіру громадян до системи охорони здоров'я.

5. Підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги є пріоритетним напрямом реформування системи охорони здоров'я. Основні заходи: розширення мережі амбулаторій та центрів ПМСД; підвищення доступності профілактичних послуг; навчання та підтримка сімейних лікарів; організація мобільних медичних бригад у віддалених регіонах. Це дозволяє знизити навантаження на вторинну та третинну допомогу, забезпечує раннє виявлення захворювань та підвищує рівень задоволеності населення медичними послугами.

Таблиця 3.3 - Основні напрямки удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я

Напрямок	Заходи	Очікувані результати
Фінансування	Модель «гроші йдуть за пацієнтом», диференційовані тарифи	Прозорість, ефективне використання коштів, стимулювання якості послуг
Модернізація МТБ	Оновлення обладнання, ремонт будівель, телемедицина	Підвищення якості та доступності послуг, розвиток сучасних методів лікування
Кадрова політика	Мотиваційні програми, підготовка та перепідготовка кадрів	Зменшення дефіциту, підвищення ефективності роботи лікарів
Цифровізація	eHealth, телемедицина, електронний рецепт	Прозорість, швидкість обслуговування, оптимізація управління
Первинна допомога	Розширення мережі амбулаторій, профілактичні програми	Зниження навантаження на вторинну допомогу, раннє виявлення хвороб

Джерело: сформовано автором на основі [23; 24; 25; 26; 27].

Фінансування — переходить до моделі «гроші йдуть за пацієнтом», що стимулює прозорість і ефективність використання коштів (орієнтація на пацієнта та якість послуг).

Модернізація МТБ (матеріально-технічної бази) — оновлення обладнання, ремонт закладів, впровадження телемедичних рішень є частиною стратегії розвитку системи до 2030 року. Кадрова політика — спрямована на мотивацію медичних працівників, підготовку та перепідготовку кадрів, що має зменшити дефіцит фахівців та підвищити якість надання послуг (це підтверджується загальними цілями медичної реформи).

Цифровізація — розвиток eHealth, електронних рецептів, телемедицини відповідає сучасним стандартам управління здоров'ям і підвищує прозорість та доступність. Первинна допомога — фокус на розширенні мережі амбулаторій, профілактичних програмах та ранньому виявленні хвороб відповідає стратегії підвищення якості первинної медичної допомоги.

Таблиця 3.4 - Очікуваний ефект удосконалення політики на 2025–2030 рр.

Показник	Поточний рівень 2025, %	Очікуваний рівень 2030, %	Примітка
Кількість лікарів на 10 000 населення	32	40	Завдяки мотиваційним програмам та навчальним ініціативам
Частка медичних закладів з сучасним обладнанням	55	85	Модернізація МТБ, оновлення лабораторій та лікарень
Населення із електронною медичною картою	60	95	Повна інтеграція eHealth
Первинна медична допомога	70	95	Розширення мережі, профілактика, амбулаторії
Задоволеність пацієнтів	65	85	Підвищення якості послуг та доступності

Джерело: сформовано автором на основі [24; 28; 29; 30; 31]

Очікувані результати удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я на 2025–2030 роки свідчать про поступове зміцнення системи за

ключовими показниками. Планується зростання кількості лікарів із 32 до 40 на 10 000 населення, що стане результатом мотиваційних та освітніх програм. Частка медичних закладів із сучасним обладнанням має зрости з 55% до 85%, що свідчить про активну модернізацію матеріально-технічної бази. Повна інтеграція eHealth забезпечить охоплення 95% населення електронними медичними картками. Охоплення первинною допомогою та рівень задоволеності пацієнтів також очікувано зростуть до 95% та 85% відповідно. Прогнозовані зміни демонструють реальний поступ у реформуванні системи охорони здоров'я, спрямований на підвищення якості, доступності та ефективності медичних послуг. Реалізація зазначених заходів дозволить сформувати сучасну, пацієнтоорієнтовану та цифровізовану систему медицини в Україні.

Після визначення очікуваних результатів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я важливо розглянути, як саме розподіляються заходи за основними напрямками реалізації реформ. Такий аналіз дозволяє оцінити пропорції між фінансовими, кадровими, інфраструктурними та цифровими компонентами, що формують цілісну систему розвитку галузі. На рисунку 3.3 подано структуру розподілу заходів удосконалення політики охорони здоров'я, яка відображає пріоритети та баланс у впровадженні державних ініціатив.

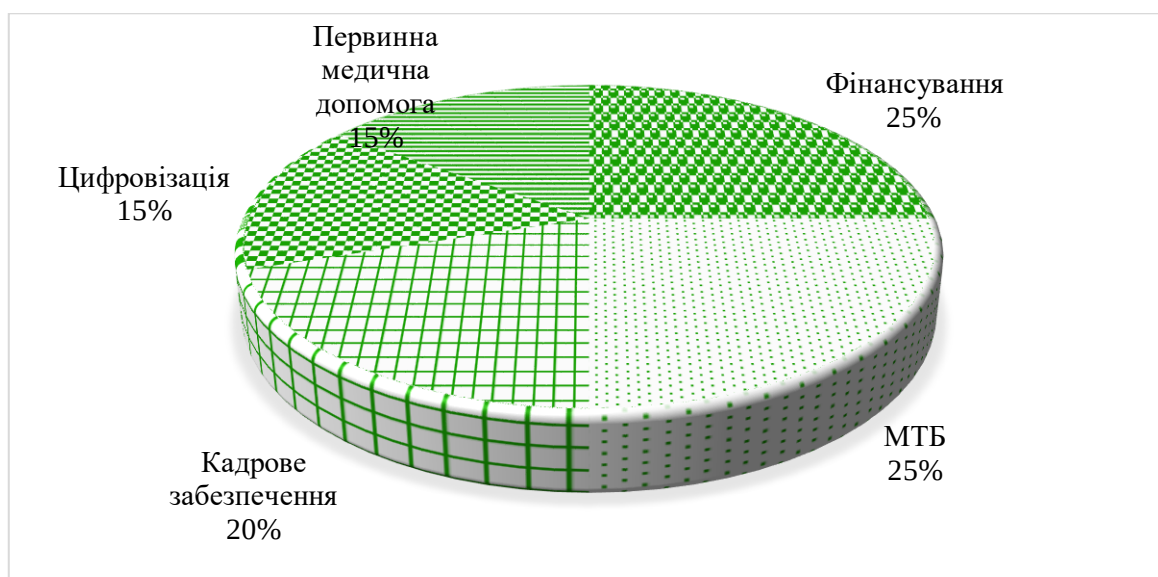


Рисунок 3.3 - Розподіл заходів удосконалення політики охорони здоров'я
Джерело: сформовано автором на основі [24; 25; 27; 30; 32].

Розподіл заходів удосконалення політики охорони здоров'я у 2025–2030 роках свідчить про збалансований підхід держави до розвитку галузі. Найбільші частки припадають на фінансування (25%) та модернізацію матеріально-технічної бази (25%), що підкреслює пріоритетність ресурсного забезпечення системи. Кадрова політика (20%) орієнтована на подолання дефіциту медичних працівників, тоді як цифровізація (15%) і первинна допомога (15%) спрямовані на підвищення ефективності управління та доступності послуг. Представлена структура демонструє прагнення до комплексного розвитку системи охорони здоров'я, де фінансові, інфраструктурні, кадрові та цифрові компоненти взаємодіють для досягнення спільної мети — підвищення якості, ефективності та стійкості медичної системи України.

Отже, удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я України має комплексний характер і охоплює фінансові, кадрові, інфраструктурні та цифрові напрями розвитку. Запровадження моделі стратегічних закупівель медичних послуг, модернізація матеріально-технічної бази, розвиток первинної допомоги та впровадження eHealth формують підґрунтя для переходу до пацієнтоорієнтованої системи медицини. Прогнозовані показники на 2025–2030 роки свідчать про поступове підвищення доступності та якості медичних послуг, зростання кадрового потенціалу та рівня задоволеності населення. Таким чином, реалізація визначених заходів сприятиме формуванню стійкої, ефективної та сучасної системи охорони здоров'я, здатної функціонувати в умовах соціально-економічних викликів та післявоєнного відновлення країни.

3.3 Розвиток сфери охорони здоров'я на тлі правового режиму воєнного стану

Повномасштабне вторгнення російської федерації спричинило масштабні втрати для системи охорони здоров'я України. Було суттєво пошкоджено медичну інфраструктуру, яку розбудовували десятиліттями, порушено логістичні ланцюги постачання, а в багатьох регіонах ускладнено або унеможливлено дотримання

стандартів лікування та профілактики. Окремим викликом стала кадрова ситуація у сфері медицини.

Із початком бойових дій виникли перебої з доставкою лікарських засобів. У східних областях країни аптеки зіткнулися з гострим дефіцитом як найпоширеніших препаратів - жарознижувальних, антисептичних засобів, ліків для зниження артеріального тиску та заспокійливих, - так і медикаментів для пацієнтів із хронічними захворюваннями, зокрема інсуліну та гормональних препаратів. Найскладніша ситуація склалася в населених пунктах, що перебувають під тимчасовою окупацією або поблизу лінії фронту, куди доставка гуманітарних і медичних вантажів є вкрай ускладненою.

Через масове внутрішнє та зовнішнє переміщення громадян структура попиту на медичні послуги в регіонах суттєво змінилася, що посилює дисбаланс у забезпеченні ресурсами системи охорони здоров'я. За даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року було зафіксовано 473 атаки на медичні об'єкти, внаслідок яких загинули щонайменше 98 осіб і 134 отримали поранення. Понад 927 закладів охорони здоров'я зазнали пошкоджень, більше 400 опинилися на тимчасово окупованих територіях, а 123 об'єкти були повністю зруйновані. Для порівняння, наприкінці 2021 року в Україні функціонувало близько 3000 медичних закладів.

Станом на початок жовтня 2022 року вдалося відновити роботу 85 об'єктів, ще 209 перебували на стадії реконструкції. Пріоритетним напрямом діяльності Міністерства охорони здоров'я є відновлення доступу населення, зокрема внутрішньо переміщених осіб, до медичних послуг та забезпечення зайнятості медичних працівників. Для посилення спроможності системи продовжується розгортання мобільних медичних клінік, однак потреба в них залишається високою, особливо у Вінницькій та Хмельницькій областях, які прийняли значну кількість ВПО. За наявними даними, близько 30% внутрішньо переміщених осіб наразі не мають повноцінного доступу до медичної допомоги. Водночас МОЗ повідомляє, що завдяки можливості залучення іноземних фахівців питання гострого дефіциту лікарів наразі не є критичним.

Можливість залучення іноземних медичних фахівців була запроваджена відповідно до Закону України від 29.07.2022 № 2494-IX «Про внесення змін до

деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану». Водночас цей інструмент варто розглядати як тимчасовий і допоміжний. Державна політика у сфері охорони здоров'я має бути зосереджена не лише на оперативному покритті кадрового дефіциту, а й на стабілізації ринку праці в галузі, зокрема через створення умов для працевлаштування внутрішньо переміщених осіб, у тому числі медичних працівників. Оскільки участь іноземних спеціалістів передбачена на обмежений період, у перспективі постане необхідність комплексного вирішення кадрової проблематики в системі охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 року можливістю працевлаштування в іншому медичному закладі скористалися 4050 медичних працівників зі статусом ВПО. Найбільшу їх кількість було зафіксовано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській областях. Також запрацював спеціалізований онлайн-портал для пошуку роботи у медичній сфері. Водночас більшість розміщених на ньому вакансій орієнтовані на лікарів. Найбільша концентрація пропозицій спостерігається у Києві та Київській області, а також у центральних регіонах - Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій - і в Донецькій області.

Попри це, медичні працівники зі статусом внутрішньо переміщених осіб стикаються з труднощами при працевлаштуванні. Частина з них змушена погоджуватися на роботу, що не відповідає їхній кваліфікації, або шукати можливості за кордоном, що негативно впливає на кадровий потенціал галузі.

Додатковим ускладненням є відсутність актуальних і систематизованих даних щодо фактичної чисельності медичних працівників, адже в умовах воєнного стану централізований облік здійснюється нерегулярно. На важливості стратегічного управління кадровими ресурсами наголошує і ВООЗ, яка рекомендує вже зараз формувати кадрову політику з урахуванням перспективи повернення медичного персоналу та створення цифрового реєстру працівників сфери охорони здоров'я.

Окремої уваги потребує питання мотивації медичних працівників в умовах зростання попиту на медичні послуги. Насамперед ідеться про забезпечення конкурентного рівня оплати праці. За статистичними даними, попит на лікарів

зріс у середньому на 30 %, тоді як на молодший і середній медичний персонал — лише на 16 %. Водночас індекс споживчих цін за дев'ять місяців 2022 року підвищився на 21,8 %, що нівелює позитивний ефект зростання попиту для лікарів і свідчить про зниження реальної купівельної спроможності молодшого та середнього персоналу. Це питання є особливо гострим з огляду на хронічний дефіцит молодшого медперсоналу, який спостерігався впродовж усього періоду незалежності України, а також на суттєве навантаження на систему охорони здоров'я в умовах війни.

У період воєнного стану основні ресурси були спрямовані на забезпечення невідкладної медичної допомоги військовим і цивільним постраждалим; реорганізацію медичних закладів для розміщення евакуйованих пацієнтів; збереження роботи критично важливої інфраструктури (лікарні, пологові будинки, аптеки); створення резервів ліків і донорської крові; розширення можливостей телемедицини для регіонів, де відсутній фізичний доступ до медичних послуг. Особливу роль відіграють мобільні медичні бригади, які працюють у зонах, наближених до лінії фронту, та забезпечують мінімальний рівень доступу до первинної допомоги. Попри складну ситуацію, Україна зберегла роботу Національної служби здоров'я, що дозволяє продовжувати фінансування медичних закладів навіть у прифронтових територіях.

Основними викликами медичної системи в умовах війни: руйнування інфраструктури – знищення понад 1200 медичних закладів, з яких близько 200 повністю втрачено; дефіцит кадрів – евакуація лікарів із зон бойових дій, міграція спеціалістів за кордон; перевантаження медичної системи – велика кількість поранених, ВПО, зростання попиту на психіатричну та реабілітаційну допомогу; проблеми логістики та постачання – ускладнене постачання ліків, вакцин, медичного обладнання; зростання психологічного навантаження на медичних працівників; потреба у довгостроковій реабілітації військових та цивільних осіб після поранень.

Держава здійснила низку заходів, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану:

- створення резервного фонду медичного постачання;

- спрощення процедур закупівель для швидкої доставки ліків і медичних засобів;
- тимчасові механізми ліцензування медичної діяльності у зоні бойових дій;
- міжнародна гуманітарна допомога - обладнання, медикаменти, автомобілі швидкої допомоги;
- створення центрів психологічної допомоги та реабілітації для військових і цивільних;
- розширення мережі закладів психічного здоров'я.

Важливим чинником стало запровадження державної програми «Медичний фронт», яка об'єднала ресурси Міністерства охорони здоров'я, обласних адміністрацій та міжнародних партнерів для підтримки лікарень у прифронтових зонах.

Попри кризові обставини, система охорони здоров'я продовжує рухатися у напрямі реформ:

- збережено принцип фінансування через НСЗУ (контракти з лікарями залишаються чинними);
- розширено перелік послуг, що надаються безоплатно, особливо у сфері травматології, реабілітації та психічного здоров'я;
- розвивається телемедицина, що дозволяє надавати консультації у віддалених регіонах;
- покращується координація між державними та міжнародними структурами;
- впроваджується інтеграція медичних і військових структур для оперативного реагування на надзвичайні ситуації.

У період воєнного стану реформа набула кризового, але гнучкого характеру - акцент змістився з довгострокових планів на короткострокову стійкість системи.

Після завершення воєнних дій стратегічними пріоритетами мають стати:

1. Реставрація зруйнованої інфраструктури за принципом “Build Back Better” - будівництво сучасних лікарень європейського зразка.
2. Масштабна реабілітаційна програма для військових і цивільних.

3. Повернення медичних кадрів із-за кордону та створення мотиваційних умов для їх роботи в Україні.

4. Розвиток медичного страхування та партнерства з приватним сектором.

5. Цифровізація - створення єдиного електронного медичного простору з доступом для всіх рівнів допомоги.

Таблиця 3.5 - Основні проблеми та заходи у сфері охорони здоров'я під час воєнного стану

Проблема	Виявлені наслідки	Реакція держави
Руйнування медичних закладів	Втрата лікарняних ліжок, скорочення доступу до лікування	Створення мобільних госпіталів, залучення гуманітарної допомоги
Дефіцит кадрів	Перевантаження медперсоналу, міграція спеціалістів	Спрощення процедур ліцензування, програми підтримки лікарів
Логістичні труднощі	Затримки з доставкою медикаментів	Розвиток гуманітарних коридорів, міжнародна підтримка
Зростання психологічних проблем	ПТСР серед військових і цивільних	Розвиток мережі центрів психічного здоров'я
Недостатня реабілітація	Обмежені можливості для відновлення здоров'я	Створення національної системи реабілітаційних центрів

Джерело: сформовано автором

Період воєнного стану в Україні супроводжується серйозними викликами для системи охорони здоров'я. Основні проблеми включають руйнування медичних закладів, дефіцит кадрів, логістичні труднощі, зростання психологічних розладів і нестачу реабілітаційних потужностей. Держава оперативно реагує шляхом створення мобільних госпіталів, спрощення ліцензування для медиків, налагодження гуманітарних поставок, розвитку центрів психічного здоров'я та формування мережі реабілітаційних центрів.

У відповідь на виклики війни державна політика у сфері охорони здоров'я зосереджується на гнучкості, адаптивності та відновленні медичної інфраструктури. Вжиті заходи спрямовані на забезпечення безперервності медичної допомоги, підтримку персоналу та створення умов для довгострокового

відновлення системи після воєнних дій.

Визначені проблеми та заходи у сфері охорони здоров'я під час воєнного стану дають змогу зрозуміти основні напрями державного реагування на кризові виклики. Водночас важливо проаналізувати реальні результати функціонування медичної системи в умовах війни, що дозволяє оцінити ефективність вжитих дій і рівень стійкості галузі до надзвичайних обставин. У таблиці нижче наведено ключові показники діяльності системи охорони здоров'я України у 2022–2025 роках, які відображають динаміку її адаптації та розвитку в умовах воєнного часу.

Таблиця 3.6 - Ключові результати роботи медичної системи у період воєнного стану на 2022–2025 рр.

Показник	2022	2023	2024	2025	Абсолютне відхилення, +/-
Кількість мобільних медичних бригад	250	340	410	480	230
Кількість відновлених лікарень	60	150	230	320	260
Обсяг міжнародної допомоги, млн дол.	320	550	620	700	380
Пацієнти, що отримали психосоціальну підтримку (тис. осіб)	80	150	210	300	220
Кількість консультацій через телемедицину (тис. випадків)	15	60	120	180	165

Джерело: сформовано автором на основі [36; 37; 38]

У 2022–2025 роках система охорони здоров'я України продемонструвала поступову стабілізацію та відновлення навіть в умовах воєнного стану. Кількість мобільних медичних бригад зросла майже вдвічі (з 250 до 480), що забезпечило оперативне реагування на потреби населення. Відновлення медичних закладів збільшилось із 60 до 320, а міжнародна допомога зросла більш ніж удвічі — з 320 до 700 млн доларів. Значно розширено доступ до психосоціальної підтримки (з 80 до 300 тис. осіб) і телемедичних консультацій (з 15 до 180 тис. випадків), що свідчить про активну цифровізацію медицини.

Отримані результати підтверджують ефективність заходів держави та міжнародної підтримки у зміцненні медичної системи під час війни. Збільшення

кількості мобільних бригад, відновлених лікарень і розширення доступу до телемедицини демонструють високу адаптивність галузі та здатність забезпечувати безперервність медичної допомоги навіть у кризових умовах. Наведені ключові результати роботи медичної системи у період воєнного стану дозволяють оцінити загальні досягнення галузі щодо мобільності, доступу до медичної допомоги та підтримки населення. Зокрема, особливу увагу заслуговує відновлення медичних закладів, що є критичним фактором для забезпечення безперервного надання послуг. На рисунку нижче подано динаміку відновлення лікарень в Україні у 2022–2025 роках, що наочно ілюструє темпи та масштаби реконструкції медичної інфраструктури під час війни.

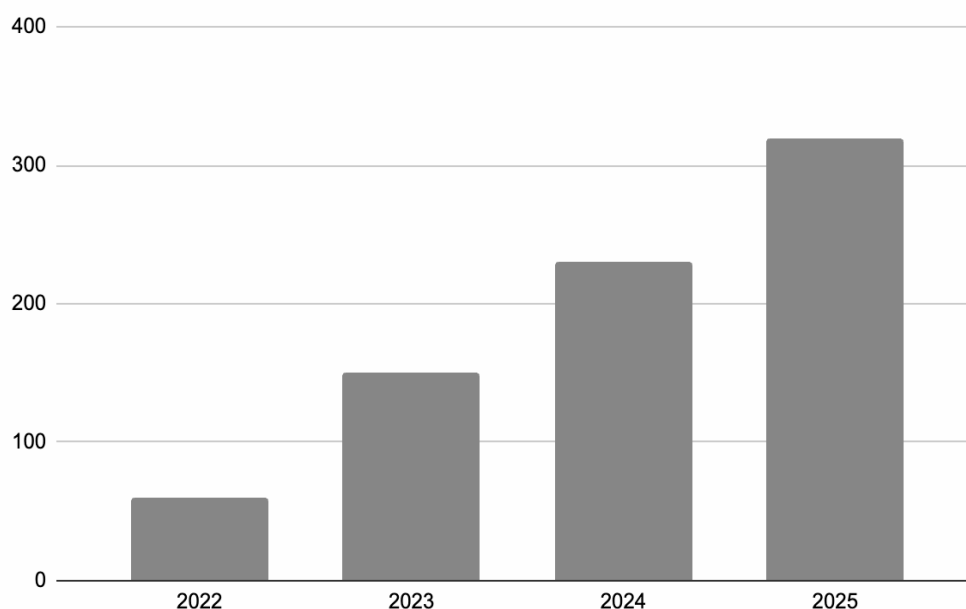


Рисунок 3.4 - Відновлення медичних закладів в Україні на 2022–2025 рр.

Джерело: сформоване автором [36; 37; 38]

У 2022–2025 роках відновлення медичних закладів в Україні демонструє постійне та прискорене відновлення інфраструктури: кількість відновлених лікарень зростає з 60 у 2022 році до 320 у 2025 році. Найбільший приріст спостерігається між 2022 та 2023 роками, що свідчить про активне реагування держави та міжнародних партнерів на руйнування медичних закладів у перші роки війни.

Динаміка відновлення лікарень підтверджує ефективність державних

заходів та міжнародної підтримки у відновленні медичної інфраструктури. Це забезпечує стабільність системи охорони здоров'я та доступність медичних послуг навіть в умовах воєнного часу. Сфера охорони здоров'я України у період воєнного стану зазнала величезних викликів, але водночас продемонструвала гнучкість і здатність до відновлення. Попри руйнування інфраструктури, дефіцит кадрів і складну логістику, держава змогла забезпечити функціонування базових медичних структур, адаптувати систему фінансування та залучити значну міжнародну підтримку.

Аналіз динаміки відновлення медичних закладів у 2022–2025 роках показує масштабні зусилля щодо відновлення інфраструктури. Наступним кроком є оцінка пріоритетів розвитку охорони здоров'я у воєнний період, що дозволяє зрозуміти, на які напрямки спрямовуються ресурси та увага держави для забезпечення безперервності медичних послуг. На наступному рисунку наведено структуру пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я в умовах війни у відсотках.

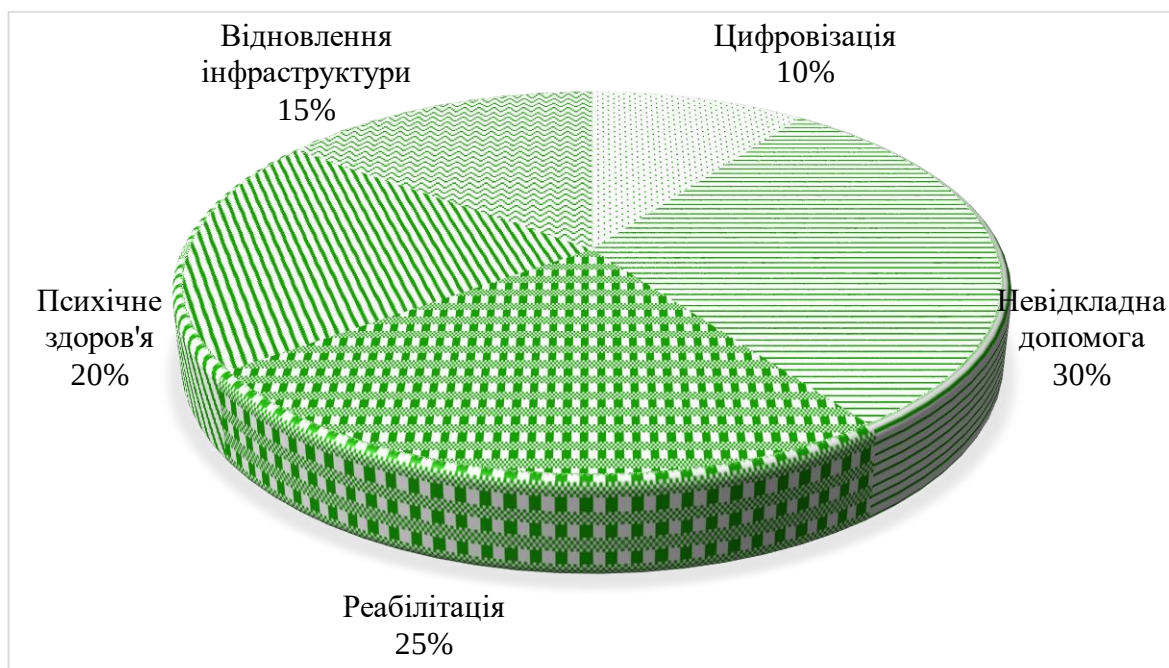


Рисунок 3.5 - Структура пріоритетів розвитку охорони здоров'я у воєнний період, %

Джерело: сформовано автором на основі [38; 39; 40]

Структура пріоритетів розвитку охорони здоров'я у воєнний період показує, що найбільшу увагу приділено невідкладній допомозі (30%) та реабілітації (25%),

що відображає потребу у швидкому реагуванні на поранення та відновленні здоров'я постраждалих. Значну частку займає психічне здоров'я (20%), що підкреслює актуальність психологічної підтримки населення та військових. Менші відсотки виділено на відновлення інфраструктури (15%) та цифровізацію (10%), що демонструє плановий підхід до модернізації та технологічного розвитку галузі.

Розподіл пріоритетів свідчить про комплексну стратегію охорони здоров'я під час війни, яка поєднує термінові потреби населення та поступове відновлення системи. Акцент на невідкладній допомозі, реабілітації та психічному здоров'ї дозволяє ефективно реагувати на наслідки воєнного конфлікту, зберігаючи життєздатність медичної системи.

Подальший розвиток медичної системи має базуватись на таких пріоритетах:

- відновлення та модернізація зруйнованих закладів;
- розбудова реабілітаційної системи;
- підтримка медичних кадрів і створення умов для їхнього повернення;
- розвиток телемедицини;
- інтеграція психічного здоров'я у загальну систему охорони здоров'я.

Таким чином, навіть у кризових умовах війни Україна формує нову модель медичної політики - адаптивну, цифрову, орієнтовану на людину і засновану на принципах стійкості, гнучкості та міжнародного партнерства.

Отже, воєнний стан став безпрецедентним випробуванням для системи охорони здоров'я України, спричинивши масштабні руйнування інфраструктури, кадрові втрати та логістичні ускладнення. Водночас галузь продемонструвала високу адаптивність, зберігши функціонування ключових фінансових механізмів, розширивши мережу мобільних бригад, телемедичних сервісів і психосоціальної підтримки. Динаміка відновлення медичних закладів та зростання міжнародної допомоги свідчать про ефективність державних управлінських рішень і координацію з міжнародними партнерами. Таким чином, у період війни формується нова модель державної політики у сфері охорони здоров'я — гнучка,

кризостійка та орієнтована на довгострокове відновлення й модернізацію системи.

ВИСНОВКИ

Сучасний стан і розвиток державної політики у сфері охорони здоров'я України визначаються складним поєднанням системних реформ, соціально-економічних викликів і безпрецедентних обставин, пов'язаних із воєнним станом. Дослідження дозволило виявити, що трансформація галузі відбувається не лише у межах організаційних і фінансових змін, а й у напрямку формування нової філософії медичної політики - орієнтованої на людину, прозорість, справедливість і якість медичних послуг.

Проведений аналіз теоретико-методичних засад формування державної політики у сфері охорони здоров'я показав, що ця сфера є одним із ключових елементів соціальної безпеки держави. Від її ефективності безпосередньо залежить не лише добробут громадян, а й рівень національної безпеки, соціальної стабільності та продуктивності трудових ресурсів. Основою сучасної моделі виступає концепція “здоров'я як суспільного блага”, що передбачає рівний доступ усіх громадян до якісних медичних послуг незалежно від соціального статусу чи місця проживання.

У межах державної політики охорони здоров'я визначальними є такі принципи, як пріоритетність людини, комплексність, децентралізація, міжвідомча взаємодія, профілактична спрямованість і міжнародна інтеграція. Україна поступово переходить до європейських стандартів медичного управління, у центрі яких - пацієнт, а не установа. Проте теоретичні переваги реформ не завжди мають ефективне практичне втілення через низку системних обмежень - кадрових, фінансових, правових та інфраструктурних.

Дослідження аналітичних матеріалів дало змогу простежити реальний стан реалізації медичної політики на місцевому рівні. Незважаючи на наявність позитивних тенденцій, таких як підвищення рівня фінансування, розвиток електронної медицини, укладення декларацій із сімейними лікарями та впровадження нових механізмів фінансування через Національну службу здоров'я України, система залишається вразливою. Основними проблемами залишаються кадровий дефіцит, застаріла матеріально-технічна база, нерівномірність доступу

до послуг між регіонами, перевантаженість лікарів, недостатня цифровізація та низький рівень інформованості пацієнтів про власні права. Особливої актуальності набуває питання справедливого розподілу фінансових ресурсів між первинною, вторинною і третинною ланками допомоги.

Аналіз показав, що модернізація української медицини значною мірою залежить від місцевої влади, її готовності реалізовувати державні програми, а також від активності громадськості. Розвиток місцевих ініціатив, участь міжнародних партнерів, застосування електронних сервісів та оптимізація управлінських процесів сприяють формуванню більш стійкої та гнучкої системи охорони здоров'я. Успіх реформи залежить від синергії державних стратегій та місцевого рівня управління, від здатності органів влади адаптувати загальнодержавні рішення до конкретних потреб громади.

Удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я є динамічним і багатовимірним процесом. З одного боку, він передбачає продовження структурних реформ - фінансування за принципом "гроші йдуть за пацієнтом", розвиток первинної медико-санітарної допомоги, цифровізацію, кадрову політику. З іншого - він повинен враховувати нові реалії, викликані воєнним станом, руйнуванням медичної інфраструктури, гуманітарними наслідками бойових дій та зростанням попиту на реабілітаційні та психічні послуги. Удосконалення політики охорони здоров'я передбачає одночасну дію декількох взаємопов'язаних механізмів. Фінансова стабільність досягається завдяки оптимізації бюджетних видатків, створенню резервних фондів, залученню міжнародних інвестицій та партнерських програм. Організаційна ефективність залежить від глибини децентралізації, що надає громадам право самостійно визначати пріоритети у сфері охорони здоров'я. Інноваційність системи формується через цифровізацію, використання телемедицини, створення електронних реєстрів пацієнтів та розширення доступу до інформаційних послуг.

В умовах воєнного стану галузь охорони здоров'я набула нового виміру - гуманітарно-безпекового. Її завданням стало не лише лікування населення, а й забезпечення стійкості суспільства, підтримка військових, внутрішньо переміщених осіб, психологічна реабілітація постраждалих. Війна актуалізувала

необхідність уніфікації медичних стандартів, створення мобільних госпіталів, резервів ліків, донорської крові, а також формування комплексної системи медичної безпеки держави.

Водночас кризова ситуація стала каталізатором реформ. Саме в період війни вдалося запуснути низку інноваційних процесів - активне використання телемедицини, впровадження електронних медичних документів, розширення міжнародної співпраці з ВООЗ, USAID, Червоним Хрестом та іншими організаціями. Українська медична система, попри значні втрати, продемонструвала високу адаптивність, організаційну стійкість та гнучкість управлінських рішень.

Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду (Німеччини, Великої Британії, Франції, Польщі) показує, що успішні системи охорони здоров'я базуються на трьох стовпах: стабільному фінансуванні, соціальному страхуванні та високому рівні цифрової інтеграції. Для України важливим є використання змішаної моделі - поєднання державного фінансування з розвитком медичного страхування та приватно-державного партнерства.

Загалом проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що реформа охорони здоров'я в Україні є не просто зміною управлінської моделі, а фундаментальним перетворенням державної політики. Вона переходить від централізованої, бюрократичної системи радянського типу до сучасної, клієнтоорієнтованої, побудованої на принципах ефективності, справедливості та партнерства.

Таким чином, Україна поступово формує власну модель охорони здоров'я, що поєднує найкращі світові практики з національними потребами та особливостями. Вона має потенціал стати не лише основою соціальної безпеки, а й важливим чинником післявоєнного відновлення та сталого розвитку держави.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.12.2025).
2. Pashkov V. (2006). *State regulation of healthcare activities. Pharmaceuticals and Pharmacy*, 26(547). – URL: <https://www.apteka.ua/article/3256>. (дата звернення 11.12.2025)
3. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я у працях українських учених. – URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 11.12.2025).
4. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вебсайт. – URL: <https://moz.gov.ua>. (дата звернення 14.12.2025)
5. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Офіційний вебсайт. – URL: <https://nszu.gov.ua>. (дата звернення 14.12.2025)
6. Радиш Я.Ф. *Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку*: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01. – Київ, 2003. – 35 с. (дата звернення 11.12.2025)
7. Державна служба статистики України. *Національний рахунок охорони здоров'я*. – URL: <https://stat.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2025).
8. Чеканова Т.Д. *Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я*: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. – Одеса, 2008. – 20 с. (дата звернення 11.12.2025)
9. Верховна Рада України. Законодавча база України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.12.2025).
10. USAID Ukraine. *Digital Health Transformation Support Report, 2023*. – Київ: USAID, 2023. – URL: <https://www.usaid.gov/ukraine>. (дата звернення 15.11.2025)
11. Міністерство охорони здоров'я України. *Річний звіт про стан системи охорони здоров'я України за 2024 рік*. – Київ: МОЗ України, 2025. – URL: <https://moz.gov.ua>. (дата звернення 15.11.2025)

12. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). *Звіт про виконання Програми медичних гарантій за 2023–2024 рр.* – Київ: НСЗУ, 2024. – URL: <https://nszu.gov.ua>. (дата звернення 15.11.2025)
13. Міністерство фінансів України. *Звіт про виконання Державного бюджету України за 2018–2024 рр.* – Київ: Мінфін, 2025. – URL: <https://mof.gov.ua>. (дата звернення 20.12.2025)
14. Світовий банк. *Public Finance and Health Expenditure Review: Ukraine 2023–2024.* – Washington, D.C.: World Bank, 2024. – URL: <https://www.worldbank.org>. (дата звернення 20.12.2025)
15. Berezhna Yu.V. (2014). *Conception of state regulation in the public health sector of Ukraine. Business In-form*, 11, 166–170. (дата звернення 11.12.2025)
16. Burnes B. (2004). *Emergent change and planned change – competitors or allies? International Journal of Operations & Production Management*, 24(9), 886–902. doi: 10.1108/01443570410552108. (дата звернення 11.12.2025)
17. Burnes B. (2004). *Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. Journal of Management Studies*, 41(6), 977–1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x. (дата звернення 11.12.2025)
18. Colombo F., Tapay N. (2003). *The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: policy challenges.* – Paris: OECD. (дата звернення 28.12.2025)
19. Світовий банк. *Public Finance and Health Expenditure Review: Ukraine 2023–2024.* – Washington, D.C.: World Bank, 2024. (дата звернення 28.12.2025)
20. Міністерство фінансів України. *Звіт про виконання Державного бюджету України за 2018–2024 рр.* – Київ: Мінфін, 2025. (дата звернення 28.12.2025)
21. World Health Organization (WHO). *Health Financing Profile: Ukraine 2023.* – Geneva: WHO, 2024. – URL: <https://www.who.int>. (дата звернення 03.01.2026)
22. The World Bank. *Ukraine Health Sector Public Expenditure Review 2024.* – Washington, D.C.: World Bank, 2024. (дата звернення 03.01.2026)

23. UNDP. *Resilient Health Systems in Wartime Ukraine*. – URL: <https://www.undp.org/ukraine/publications>. (дата звернення 03.01.2026)
24. USAID. *Ukraine Recovery and Health Resilience Report, 2024*. – URL: <https://www.usaid.gov/ukraine>. (дата звернення 03.01.2026)
25. ВООЗ. *Оцінка системи охорони здоров'я в Україні: виклики та перспективи розвитку, 2023*. – URL: <https://www.who.int>. (дата звернення 05.01.2026)
26. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. – URL: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>. (дата звернення 05.01.2026)
27. World Health Organization. *Global Health Expenditure Database*. – URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-expenditure>. (дата звернення 05.01.2026)
28. Кабінет Міністрів України. *Медична реформа: розвиток людського капіталу*. – URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>. (дата звернення 10.01.2026)
29. Міністерство охорони здоров'я України. *eHealth та телемедицина*. – URL: <https://ehealth.gov.ua>. (дата звернення 10.01.2026)
30. Міністерство фінансів України. *Фінансування охорони здоров'я*. – URL: <https://mof.gov.ua>. (дата звернення 10.01.2026)
31. Міністерство охорони здоров'я України. *Статистика медичних кадрів*. – URL: <https://moz.gov.ua/statistika>. (дата звернення 10.01.2026)
32. Кабінет Міністрів України. *Стратегія розвитку охорони здоров'я*. – URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>. (дата звернення 10.01.2026)
33. Hryhorovych V.R. (2010). *Improving the management mechanisms of state support of the health care system in Ukraine. Public Administration: Improvement and Development*, 2. – URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>. (дата звернення 11.12.2025)
34. Hrytsyniak O.I. (2014). *Improving the regulation of the healthcare system as the main institution of labor development. Scientific Bulletin of Kherson State University, Economic Sciences*, 5(1), 159–161. (дата звернення 11.12.2025)

35. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO). *Фінансування та реформи системи охорони здоров'я*. – URL: <https://www.who.int/health-topics/health-systems>. (дата звернення 10.01.2026)
36. Міністерство охорони здоров'я України. *Первинна медична допомога*. – URL: <https://moz.gov.ua/primary-health-care>. (дата звернення 23.01.2026)
37. WHO. *Quality of Care – Patient Satisfaction*. – URL: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>. (дата звернення 23.01.2026)
38. Міністерство охорони здоров'я України. *Стратегія розвитку системи охорони здоров'я*. – URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>. (дата звернення 23.01.2026)
39. Міністерство охорони здоров'я України. *Звіти та новини про мобільні медичні бригади та відновлення лікарень*. – URL: <https://moz.gov.ua/news>. (дата звернення 23.01.2026)
40. ВООЗ (WHO). *Підтримка охорони здоров'я в Україні під час воєнного стану*. – URL: <https://www.who.int/emergencies/countries/ukraine>. (дата звернення 03.02.2026)
41. Міністерство охорони здоров'я України. *Невідкладна та первинна допомога під час війни*. – URL: <https://moz.gov.ua/news>. (дата звернення 03.02.2026)
42. Міністерство охорони здоров'я України. *Відновлення лікарень та медичної інфраструктури*. – URL: <https://moz.gov.ua/news/recovery>. (дата звернення 03.02.2026)

ДОДАТКИ