ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
В.о. завідувача кафедри
_____
А.В.Дакал
«____»_____2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ВЗАЄМОДІЇ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ ТА ПРИВАТНОГО СЕКТОРУ В УПРАВЛІННІ МЕДИЧНОЮ СФЕРОЮ»

Виконала: студентка групи
ТУприч-8-24-М1ПУА(2.0здс)-В
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Гладунова Ганна Вікторівна
Керівник: PhD, доцент Кузьменко Г.О.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Гладунова Ганна Вікторівна. «Організаційні засади взаємодії органів державної влади та приватного сектору в управлінні медичною сферою».

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «магістр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» – Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2026

У кваліфікаційній роботі визначено теоретичні основи публічно-приватної взаємодії у медичній галузі. Проаналізовано організаційно-правовий механізм взаємодії державних органів та приватних суб'єктів. Розкрито перспективи вдосконалення організаційно-правових засад публічно-приватної взаємодії.

Ключові слова: органи державної влади, медична реабілітація в Україні, приватний сектор, реабілітаційна допомога, державно-приватна співпраця, медична сфера.

SUMMARY

Hladunova Hanna. "Organizational Principles of Interaction between Public Authorities and the Private Sector in Medical Sphere Management".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Management and Administration" – Interregional Academy of Personnel Management – Kyiv. 2026

The thesis defines the theoretical foundations of public-private interaction in the medical sector. The organizational and legal mechanism of interaction between state bodies and private entities is analyzed. The prospects for improving the organizational and legal principles of public-private interaction are disclosed.

Key words: public authorities, medical rehabilitation in Ukraine, private sector, rehabilitation assistance, public-private cooperation, medical sphere.

ЗМІСТ

ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ 9
1.1. Поняття, принципи та моделі державно-приватного партнерства 9
1.2. Правові механізми реалізації співпраці у сфері охорони здоров'я 13
1.3. Міжнародна практика залучення приватного сектору до управління медициною 15
Висновки до розділу 1 16
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОДІЇ ДЕРЖАВНИХ ОРГАНІВ ТА ПРИВАТНИХ СУБ'ЄКТІВ 18
2.1. Повноваження та функції державних інституцій у медичній сфері 18
2.2. Форми та напрями участі приватного сектора в охороні здоров'я 21
2.3. Юридичні проблеми співпраці між державою і бізнесом у медицині 25
2.4. Стан публічно-приватного партнерства у медичній сфері: європейські моделі, виклики та уроки для України 30
Висновки до розділу 2 37
РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИХ ЗАСАД ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ 39
3.1. Аналіз ефективності існуючих моделей державно-приватної співпраці 39
3.2. Перешкоди та ризики в реалізації партнерства 42
3.3. Законодавчі та інституційні шляхи розвитку співпраці 45
Висновки до розділу 3 47
ВИСНОВКИ 49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 53
ДОДАТКИ 65

ВСТУП

Актуальність теми. Стійкість і доступність медичної допомоги безпосередньо залежать від людських ресурсів: від того, як держава навчає, допускає до професії, розподіляє, мотивує та утримує медичних працівників. Для України це має особливу вагу через поєднання трансформації фінансування (оплата за результат і контрактування послуг), швидкої цифровізації процесів (е-система охорони здоров'я), посилення регіональних диспропорцій, міграційних втрат, а також різкого зростання навантаження на служби в умовах війни. У таких умовах саме нормативно-правова база виступає «каркасом» керованості: або дає інструменти для оперативного вирівнювання дефіцитів і підвищення якості, або консервує застарілі практики. Комплексний аналіз і вдосконалення правового регулювання повного кадрового циклу в охороні здоров'я є не лише науковим завданням, а й елементом публічної політики відновлення.

Ефективність системи охорони здоров'я в умовах воєнних ризиків, демографічних зрушень і обмежених бюджетів безпосередньо залежить від того, наскільки вміло держава поєднує власні можливості з ресурсами приватного сектору для організації та управління медичними послугами. Сучасні тенденції – від повсюдної цифровізації до переходу на оплату за реально надані послуги й системного забезпечення епідемічної безпеки – потребують не лише додаткових коштів, а й нових управлінських підходів: укладання чітких договорів із надавачами, розумного розподілу ризиків між сторонами, управління повним «життєвим циклом» медичної інфраструктури, використання моделей постачання технологій та кадрової підтримки як послуги. За таких умов публічно-приватна взаємодія у медицині виступає не разовим «проєктом», а сталим організаційно-правовим механізмом підвищення доступності, якості та результативності допомоги [73; 87; 96].

Українська специфіка полягає у трьох ключових моментах. По-перше, запроваджено договірну модель фінансування в межах програми медичних гарантій: Національна служба здоров'я України (НСЗУ) закуповує визначені

пакети медичної допомоги в надавачів усіх форм власності за єдиними правилами. Це створює постійний, а не епізодичний канал залучення приватних закладів до надання послуг за кошти держави [53; 55; 40]. По-друге, електронна система охорони здоров'я переводить управління на основу достовірних даних: фіксуються ролі медичних працівників, договори, маршрути пацієнтів, показники доступності та якості, що робить взаємодію прозорою й вимірюваною [24; 70; 94]. По-третє, повномасштабна війна різко підвищила потребу в рішеннях, які можна швидко розгорнути у великих масштабах: від віддалених консультацій і дистанційного моніторингу стану до партнерської участі бізнесу у відновленні інфраструктури й розбудові реабілітаційних потужностей [2; 39; 46].

Вітчизняні й зарубіжні дослідження широко висвітлюють фінансування послуг, кадрове планування, безперервний професійний розвиток, стандарти якості та безпеки, цифрову трансформацію. Водночас інтегрований погляд на весь цикл «освіта – доступ до професії – працевлаштування – безперервний професійний розвиток – контроль якості» в ув'язці з договірною моделлю державного платника, можливостями е-системи та викликами воєнного часу представлений фрагментарно. Бракує узгодженої рамки індикаторів, типових правових рішень для вузьких місць імплементації та практик міжвідомчої координації.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати правове регулювання управління медичними кадрами в Україні та розробити практичні пропозиції щодо вдосконалення законів, підзаконних актів і процедур їх реалізації з опорою на дані е-системи, принципи доказової політики й належного врядування.

Завдання дослідження.

– розкрити структуру чинної нормативно-правової бази, що регулює підготовку, допуск до професії, працевлаштування та контроль якості діяльності медичних працівників;

– проаналізувати повноваження та взаємодію ключових інституцій (Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти

і науки/Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти, Національна служба здоров'я України, інші органи контролю) у кадровій політиці;

– оцінити вплив договірної моделі фінансування і е-системи на кадрову спроможність закладів (вимоги пакетів послуг, верифікація персоналу, дані й аналітика);

– виявити проблеми імплементації норм: державне замовлення, інтернатура/резидентура, атестація, ліцензійні вимоги, регіональні диспропорції;

– дослідити вплив війни та міграції на кадровий баланс і правові режими (спрощення процедур, мобільність, безпека та якість);

– порівняти українську модель із європейськими та міжнародними підходами до управління кадрами;

– запропонувати зміни до законів і підзаконних актів та управлінські інструменти реалізації (процедури, стандарти, аналітичні панелі, методичні пакети);

– окреслити механізми інституційної координації та підзвітності між центром, регіонами і надавачами послуг.

*Об'єкт дослідження – с*истема управління людськими ресурсами охорони здоров'я в Україні.

*Предмет дослідження – н*ормативно-правові механізми регулювання повного кадрового циклу (освіта, допуск, працевлаштування, безперервний професійний розвиток, контроль якості) та інституційна взаємодія суб'єктів реалізації цієї політики.

Наукова новизна. Запропоновано цілісну рамку «право – дані – контракт» для управління медичними кадрами, що поєднує вимоги допуску до практики, безперервного розвитку та якості з договірними умовами фінансування і цифровою верифікацією. Сформовано набір критеріїв і показників оцінювання ефективності правового регулювання кадрів, а також типізовані рішення для вузьких місць імплементації (гармонізація вимог, стандартні договори, підходи «вартість життєвого циклу», кризові протоколи).

Практичне значення. Розроблені пропозиції можуть бути використані центральними й місцевими органами виконавчої влади, закладами охорони здоров’я, медичними університетами, акредитаційними органами та професійними асоціаціями для оновлення локальних політик, посадових регламентів, договорів із державним платником і внутрішніх процедур управління якістю та кадрами.

Теоретико-методологічна основа. Застосовано принципи публічного адміністрування та належного врядування (поділ повноважень, прозорість, підзвітність, участь заінтересованих сторін), концепцію управління людськими ресурсами в охороні здоров’я (планування, розвиток компетентностей, мотивація, утримання), підходи доказової державної політики та регуляторного аналізу впливу, системний і інституційний аналіз, порівняльно-правовий підхід, ризик-орієнтоване регулювання якості та безпеки.

Методи дослідження. Догматичний (правничий) аналіз Конституції, законів, постанов уряду та відомчих наказів; порівняльно-правовий аналіз із практиками європейських країн та міжнародними рекомендаціями; політико-правовий та інституційний аналіз повноважень і взаємодії органів влади; контент-аналіз офіційних документів; елементи емпіричного аналізу даних е-системи (за наявності доступу) для ілюстрації індикаторів.

Нормативно-правова база дослідження. Конституція України; базові акти у сфері охорони здоров’я; закони щодо державних фінансових гарантій; акти у сфері вищої освіти; урядові постанови про електронну систему, договори з державним платником і ліцензійні умови; накази Міністерства охорони здоров’я з питань інтернатури, атестації та безперервного професійного розвитку; типові вимоги до надавачів; суміжні акти щодо телемедицини, інфекційного контролю, обігу лікарських засобів.

Інформаційна база. Офіційні публікації центральних органів виконавчої влади, відкриті дані електронної системи охорони здоров’я та державного платника (у межах доступності), звіти державних інституцій, аналітика наукових

та міжнародних організацій, матеріали професійних асоціацій, судова практика з кадрових і ліцензійних спорів, результати експертних інтерв'ю (за наявності).

Апробація результатів. Ключові положення планується представити на фахових семінарах і конференціях із публічного управління та охорони здоров'я; за підсумками – підготовка тез для спеціалізованих наукових заходів.

Структура та логіка роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Логіка побудови переходить від концептуальної рамки та міжнародних підходів – до аналізу чинних норм і повноважень інституцій – і далі до практичних рішень: критеріїв оцінювання, типових правових конструкцій і дорожньої карти впровадження.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

1.1. Поняття, принципи та моделі державно-приватного партнерства

Державно-приватне партнерство в медичній сфері доцільно розуміти як організаційно й юридично оформлену співпрацю, у межах якої держава залучає потенціал бізнесу для проєктування, фінансування, створення, експлуатації й технічного обслуговування об'єктів охорони здоров'я та/або безпосереднього надання медичних послуг. Ролі сторін і розподіл ризиків визначаються заздалегідь, фіксуються в договорах, а виконання зобов'язань вимірюється узгодженими показниками результату та якості. У практичному вимірі це включає створення й утримання лікарень і окремих підрозділів, управління діагностичним парком «як послугою», забезпечення лабораторної діагностики, телемедичні консультації, упровадження і підтримку медичних інформаційних систем, виробництво й постачання лікарських засобів і виробів з довгостроковими сервісними зобов'язаннями [73; 96; 75; 94].

Наукові підходи сходяться на тому, що сенс партнерства полягає не у «приватизації функцій держави», а у раціональному розподілі спроможностей: держава бере на себе гарантії рівного доступу й безпеки, а приватний партнер – технологічну гнучкість, управління спеціалізованими ризиками й оперативність. Європейські аналітичні платформи наголошують: результативність виникає там, де контракт не зводиться до купівлі ресурсу, а стає інструментом управління – із чіткими показниками, аудитом і можливістю корекції [73; 87; 96]. Українські дослідники реформ (Лехан, Рудий, Шевченко та ін.) підкреслюють важливість «зв'язки» між стандартами, фінансуванням і даними: лише тоді конкуренція за якість не руйнує солідарність системи, а підсилює її [31; 41; 44].

У центрі партнерства – принципи. Найперше, це найкраще співвідношення витрат і результату в усьому життєвому циклі послуги чи об'єкта; далі –

прозорість рішень і підзвітність, справедливий розподіл ризиків між тими, хто реально може ними керувати; уніфікація вимог до якості та сумісність із національними клінічними протоколами; пацієнт-орієнтованість як критерій організації сервісу [87; 96; 73]. Усе це має підкріплюватися даними: без електронного обліку складно доказово відрізнити належну якість від формального виконання.

Таблиця 1.1

Ключові ознаки державно-приватного партнерства
у медицині та очікувані суспільні результати

Ознака	**практичний зміст**	**індикатори успіху**	**типові ризики у разі відсутності управління**
Договірність і вимірюваність	зобов'язання сторін закріплені у договорі з показниками результату	час доступу, частка ускладнень, повторні госпіталізації, задоволеність пацієнтів	«паперові» угоди без наслідків, неможливість довести якість [73; 87]
Розподіл ризиків	кожен ризик «закріплено» за стороною, що найкраще ним управляє	частка простоїв, штрафи/бонуси, стабільність витрат у циклі	перекладання ризиків на бюджет, зрив послуг [96]
Єдині стандарти якості	однакові вимоги до клінічних протоколів і безпеки для всіх надавачів	дотримання протоколів, результати клінічного аудиту	нерівна якість для різних груп населення [73; 87]
Дані та прозорість	електронна реєстрація подій і персоналу, аудит доступів	повнота електронних записів, верифікація випадків	маніпуляції обсягами, «подвійний» облік [24; 70; 94]

Таблицю складено автором на основі: [24; 70; 73; 87; 94; 96].

На практиці принципи конкретизуються в моделях співпраці. Договірні моделі на послуги охоплюють, зокрема, довгострокові договори на управління діагностичним обладнанням, лабораторні пакети «під ключ», стерилізаційні цикли, харчування, прибирання, транспорт, а також закупівлю клінічних послуг за тарифами або «пакетами» із зафіксованими вимогами до кадрового складу, часу доступу, обсягів та якості [94; 75; 53; 55]. Інфраструктурні моделі, зазвичай, будуються за логікою «проектування–будівництво–фінансування–управління»

(ПБФУ), інколи з елементами володіння або концесійними умовами для допоміжної інфраструктури [73; 75]. Існують і об'єднані організації – спільні підприємства чи операторські компанії з розділеними правами й обов'язками – та інноваційні фінансові підходи: оплата за досягнуті результати, соціальні облігації впливу, а також цифрові платформи, що надаються як послуга з повним супроводом [73; 94].

Таблиця 1.2.

Принципи партнерства та їх операційні критерії у сфері охорони здоров'я

Принцип	**як це перевіряється на практиці**	**типові індикатори**	**інструменти підтвердження**
Найкраще співвідношення витрат і результату	оцінювання витрат у життєвому циклі, порівняння з альтернативами	вартість епізоду лікування, час готовності обладнання	техніко-економічне обґрунтування, аудит витрат [87; 96]
Прозорість і підзвітність	відкриті критерії відбору, звітування про виконання	виконання SLA, публічні дашборди	типові умови договорів, незалежний моніторинг [73; 87]
Справедливий розподіл ризиків	фіксація ризик-матриці в договорі	кількість штрафів/бонусів, частка простоїв	ризик-матриця, плани реагування [96]
Стандартизація і сумісність	відповідність національним протоколам і IT-вимогам	відсоток записів, що відповідають формату, відсутність інцидентів безпеки	сертифікація продуктів, тестування сумісності [24; 70; 94]
Пацієнт-орієнтованість	організація сервісу навколо потреб людини	тривалість очікування, повторні звернення	опитування пацієнтів, аналіз маршрутів [73; 87]

Таблицю складено автором на основі: [24; 70; 73; 87; 94; 96].

Питання вибору моделі завжди залежить від мети (інфраструктура чи послуги), профілю ризиків, часу реалізації, кадрової та фінансової спроможності на стороні держави і від регуляторного середовища. Де потрібна швидкість масштабування та гнучкість, домінують сервісні контракти й цифрові рішення; там, де ключовою є модернізація матеріальної бази, – інфраструктурні формати з чітким майновим режимом [73; 75; 94].

Таблиця 1.3.

Поширені моделі співпраці та їхні характеристики

Тип моделі	**сфера застосування**	**джерело платежів**	**розподіл ризиків**	**приклад операційної умови**
Договір на послугу	лабораторія, стерилізація, харчування, транспорт, клінічні пакети	бюджет програми гарантій/кошти закладу	доступність сервісу – приватний партнер; якість клініки – надавач/держава	час до результату, штрафи за простій, аудит якості [94; 55]
Технологія «як послуга»	діагностика, моніторинг, ІКТ	оплата за дослідження/місяць	обслуговування і зношення – приватний партнер; доступність – у спільній відповідальності	відсоток готовності, індексація платежів [94]
ПБФУ/концесія	будівництво/модернізація об’єктів	платежі за доступність/бюджетні зобов’язання	будівельні й технічні ризики – приватний партнер; попит/політика – держава	плани ТОіР, вимоги до безпеки [73; 75]
Спільне підприємство	окремі центри, операторські функції	змішане фінансування	поділ пропорційно часткам	наглядова рада, KPI керуючого [73]
Оплата за результат	профілактика, хронічні стани	бонуси/утримання частини оплати	ризик недосягнення результату – приватний партнер	цільові показники, незалежна верифікація [87; 72]

Таблицю складено автором на основі: [55; 72; 73; 75; 87; 94].

Узагальнюючи, державно-приватне партнерство у медицині – це управлінський інструмент, що працює лише за наявності прозорих правил і зрілої інфраструктури даних. Без цього воно перетворюється або на дорогі й негнучкі конструкції, або на формальні угоди без відчутного покращення для пацієнтів [73; 87; 96].

1.2. Правові механізми реалізації співпраці у сфері охорони здоров'я

Правова основа публічно-приватної взаємодії в українській медицині складається з взаємопов'язаних блоків – галузевого права, договірної моделі фінансування, електронної інфраструктури та спеціальних вимог до надавачів. Базовий рівень формують «Основи законодавства України про охорону здоров'я», які закріплюють принципи організації допомоги, права пацієнтів, підвищену відповідальність медичних працівників і надають Міністерству охорони здоров'я повноваження встановлювати стандарти якості, допуск до професії, атестацію й ліцензування [11; 43]. Спеціальні закони та підзаконні акти регулюють екстрену медичну допомогу, профілактику та контроль інфекцій, психіатричну допомогу, обіг лікарських засобів, телемедицину тощо [16; 17; 46].

Другий блок – договірна модель фінансування. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» створив механізм закупівлі медичної допомоги через Національну службу здоров'я України. Держава визначає гарантований обсяг послуг і встановлює єдині правила для всіх надавачів – державних, комунальних і приватних. Договори з НСЗУ фіксують вимоги до кадрового складу, оснащення, доступності, маршрутизації пацієнтів, звітності та індикаторів якості й безпеки, а також тарифи й порядок оплати [53; 54; 55].

Третій – електронна охорона здоров'я. Єдина державна електронна система забезпечує реєстрацію суб'єктів (закладів, фізичних осіб-підприємців, працівників), верифікацію ролей, укладення та супровід договорів, облік е-направлень і пролікованих випадків, що робить розрахунки прозорими й дозволяє аналізувати доступність і результати в реальному часі [24; 70; 94]. Саме наявність якісних електронних даних є умовою об'єктивного контролю виконання договорів і своєчасної оплати.

Четвертий – спеціальні вимоги до надавачів. Постанови уряду й накази МОЗ встановлюють мінімальні кадрові, організаційні та технічні умови для отримання права на надання конкретних послуг. Для стаціонарної допомоги,

приміром, це визначення набору спеціалістів, цілодобових чергувань, функціонування лабораторії та діагностики, пожежної й технічної безпеки, систем інфекційного контролю. Виконання цих вимог перевіряється як на етапі укладання договорів, так і під час подальшого моніторингу [47; 55].

Таблиця 1.4.

Правова архітектура публічно-приватної взаємодії в охороні здоров'я України

Рівень регулювання	**що визначає**	**інструменти та документи**	**як перевіряється виконання**
Галузеві закони та підзаконні акти	права пацієнтів, стандарти, допуск до практики	«Основи законодавства», спеціальні закони, накази МОЗ	ліцензування, клінічні аудити, контроль якості [11; 16; 17; 43; 46]
Договірна модель фінансування	єдині правила оплати і вимог до послуг	закон про фінансові гарантії, договори НСЗУ, тарифи, специфікації	моніторинг пакетів, верифікація випадків [53; 54; 55]
Електронна інфраструктура	реєстрація суб'єктів, облік послуг, прозорість	державна електронна система, модулі взаємодії	відповідність форматам, аудит доступів, дашборди [24; 70; 94]
Спеціальні вимоги до надавачів	мінімальні умови кадрів і оснащення	урядові постанови, накази МОЗ	переддоговірні та постдоговірні перевірки [47; 55]

Таблицю складено автором на основі: [11; 16; 17; 24; 43; 47; 53; 54; 55; 70; 94].

В українських умовах склалася «функціональна» модель державно-приватної співпраці: держава через НСЗУ купує послуги у надавачів різних форм власності за єдиними правилами; електронна система й уніфіковані вимоги дозволяють контролювати не лише наявність ресурсів, а й фактичне їх застосування для пацієнта [53; 55; 24; 94]. Паралельно розвиваються договори на обслуговування й управління обладнанням, інформаційні системи, віддалені консультації, партнерські формати відновлення інфраструктури після руйнувань війною [41; 45; 36; 46]. По суті, це управління через договори і дані: замість ручного втручання – стандартизовані угоди, індикатори, аудит.

1.3. Міжнародна практика залучення приватного сектору до управління медициною

Європейський досвід демонструє широку палітру форм. Інфраструктурні проєкти за логікою ПБФУ реалізовувалися у різних країнах із неоднаковими наслідками: там, де технічні завдання підготовлені якісно, ризики розподілені розумно, а моніторинг незалежний, витрати упродовж життєвого циклу були нижчими, а доступність і якість – стабільнішими; при поспіху й слабкому нагляді проєкти ставали дорогими й негнучкими [73; 75; 87]. Масово застосовуються договори на послуги: управління парком діагностичного обладнання із гарантіями готовності, лабораторні дослідження «під ключ», підтримка клінічних інформаційних систем і кіберзахист – усе це підвищує технологічну готовність без значних разових бюджетних витрат, коли оплата здійснюється за фактом і якістю [94; 70].

Закупівля клінічних послуг у приватних закладів за єдиними тарифами й протоколами – звична практика систем солідарного фінансування. Приватні надавачі інтегровані до «гарантованого кошика», а конкуренція з комунальними закладами відбувається на спільних правилах; держава контролює стандарти та результативність лікування [73; 85; 87]. Активно поширюються механізми оплати за досягнуті результати, оплата за епізод лікування, угоди про рівень надання послуг з чіткими строками доступу й параметрами якості [72; 87; 76].

Стрімко зростає вагомість цифрових рішень: від єдиних реєстрів та електронних карток до телемедицини, дистанційного спостереження за хронічними станами, аналітики великих даних для управлінських рішень. Такі формати вимагають сталого партнерства держави з IT-ринком, гарантій безпеки даних і сумісності програмних продуктів. Пандемія COVID-19 підтвердила, що за належного врегулювання віддалені сервіси можна швидко масштабувати, не втрачаючи якості та безпеки [100; 70; 94].

Для України з цього досвіду випливають три універсальні уроки. По-перше, договір – це інструмент управління, а не лише оплати; без чітких

показників і незалежного моніторингу він не працює. По-друге, сервісні договори та цифрові рішення дають найкращий баланс швидкості впровадження й керованості ризиків у кризових умовах. По-третє, конкуренція за якість можлива лише за уніфікованих тарифів і протоколів, а також за наявності даних, що забезпечують підзвітність і порівнюваність результатів [73; 75; 87; 72; 85; 94].

Таблиця 1.5.

Міжнародні орієнтири для розбудови партнерств в Україні

Урок із практики	**що це означає для політики**	**що це означає для договорів**	**що це означає для даних**
Контракт як інструмент управління	фокус на результат і безпеку, а не на процес	показники, бонуси-штрафи, незалежний моніторинг	дашборди доступності та якості, відкритість методик [73; 87]
Перевага сервісних форматів у кризі	швидке масштабування без великих капвкладень	доступність, час реакції, плани безперервності	онлайн-верифікація подій, журналювання доступів [94; 70]
Єдині правила для всіх надавачів	однакові протоколи і тарифи	типові умови, чіткі кадрові вимоги	уніфіковані довідники, сумісність ІТ-рішень [73; 85; 72]

Таблицю складено автором на основі: [70; 72; 73; 85; 87; 94; 100].

Іноземні приклади підтверджують висновок, важливий і для українського контексту воєнного часу: партнерства найкраще працюють там, де держава забезпечує однакові «правила гри», а бізнес – технологічну швидкість і дисципліну виконання. Спільний знаменник – дані: без них не буває ні справедливої оплати, ні реальної підзвітності.

Висновки до розділу 1

Публічно-приватна взаємодія у медицині є механізмом посилення спроможності системи, а не її заміною. Її теоретична рамка спирається на співвідношення витрат і результату, прозорість і підзвітність, справедливий розподіл ризиків, стандартизацію вимог та пацієнт-орієнтованість. У практиці це втілюється в серії моделей – від сервісних договорів і технологій «як послуги»

до інфраструктурних форматів та оплати за досягнуті результати – вибір яких залежить від цілей, ризиків і часових обмежень.

Українська правова й організаційна архітектура дає змогу реалізувати «управління через договори і дані»: галузеві норми визначають стандарти та відповідальність, договірна модель через державного замовника перетворює вимоги на оплачувані зобов'язання, а електронна система забезпечує верифікацію подій і прозорість. Міжнародний досвід підтверджує: саме поєднання єдиних правил, якісних даних і незалежного моніторингу перетворює партнерства на інструмент доступності, якості та безпеки допомоги. Для подальших розділів це означає необхідність детальної специфікації повноважень і процедур, гармонізації вимог, розвитку типових договорів і бездоганної інформаційної безпеки, щоб співпраця держави та бізнесу давала вимірюваний суспільний ефект навіть у найскладніших умовах.

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОДІЇ ДЕРЖАВНИХ ОРГАНІВ ТА ПРИВАТНИХ СУБ'ЄКТІВ

2.1. Повноваження та функції державних інституцій у медичній сфері

Організаційно-правова модель управління медичною сферою в Україні функціонує як багаторівнева система, у якій стратегічні, нормативні, фінансові та наглядові функції розподілені між центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування і спеціалізованими установами. Ця архітектура поєднує вертикальну координацію політики та ресурсів із горизонтальною взаємодією інституцій і ринкових гравців, а також спирається на електронну систему охорони здоров'я як інструмент прозорості та підтверджуваності дій. У сучасній теорії державного управління така модель описується як управління «через норми, договори і дані»: держава формує правила та показники результату, а їх виконання забезпечується контрактами та цифровим обліком [73; 87; 94].

Кабінет Міністрів України визначає системні рамки: затверджує положення про центральні органи, ухвалює постанови щодо вимог до надавачів медичних послуг, правил укладання договорів у межах програми медичних гарантій, порядку функціонування державної електронної системи охорони здоров'я; у бюджетному процесі погоджує параметри програми медичних гарантій. Фактично уряд проєктує «архітектуру ринку» для надавачів усіх форм власності, установлюючи мінімальні кадрові, матеріально-технічні та організаційні вимоги і процедури контролю їх дотримання [55; 47; 62].

Міністерство охорони здоров'я України виконує політико-нормативну, методичну та регуляторну функції: затверджує стандарти і клінічні протоколи, номенклатуру спеціальностей, правила інтернатури, атестації та безперервного професійного розвитку, регламентує застосування телемедицини, видає ліцензії на провадження медичної практики. МОЗ координує профільні установи

громадського здоров’я, організовує реагування на надзвичайні події у сфері здоров’я, ініціює зміни до законодавства, що визначають умови допуску приватних суб’єктів до надання послуг. Наукові праці з українських реформ підкреслюють: саме спроможність МОЗ підтримувати єдність стандартів і практик є визначальною для зменшення регіональних диспропорцій і підвищення керованості системи [11; 41; 44; 46].

Національна служба здоров’я України виконує роль державного замовника медичних послуг. Вона укладає договори з надавачами, здійснює оплату підтверджених випадків допомоги, контролює виконання умов договорів і верифікує кадрові та технічні спроможності через електронну систему. Через структуру пакетів і показники результативності НСЗУ задає практичні орієнтири для організації роботи закладів: склад і доступність команди, порядок роботи, вимоги до безпеки, правила обліку та взаємодії з пацієнтами [53; 55; 40].

Освітній контур забезпечують Міністерство освіти і науки та Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти, які відповідають за акредитацію освітніх програм, рамки стандартів, узгодження результатів навчання з професійними вимогами МОЗ. Коли освітні стандарти та клінічні протоколи синхронізовані, «шов» між підготовкою кадрів і реальними потребами ринку звужується, що, за спостереженнями дослідників, позитивно впливає на якість і безпеку медичної допомоги [9; 31; 41; 44].

Міністерство фінансів визначає бюджетні межі програми медичних гарантій і правила використання коштів, а Міністерство економіки формує політику у сфері публічних закупівель та довгострокової співпраці держави з приватними суб’єктами, зокрема коли йдеться про модернізацію або відновлення інфраструктури [62; 81]. Сферу нагляду і контролю забезпечують Держаудитслужба, Рахункова палата, Антимонопольний комітет і спеціалізовані служби фармаконагляду та санітарного контролю. Органи місцевого самоврядування як власники комунальних закладів ухвалюють рішення щодо майна, локальних стимулів для медичних працівників, логістики та безпеки на території громади [41; 55].

Електронна система охорони здоров’я перетворює нормативні приписи на вимірювані показники доступності, якості та безпеки. У ній реєструються надавачі й працівники, фіксуються декларації, направлення, проліковані випадки та нарахування. Європейські огляди наголошують: керованість системи різко зростає там, де дані є повними, своєчасними та інтегрованими в управлінські рішення. Саме цифровий облік забезпечує справедливу конкуренцію і прозорість участі приватних надавачів у публічних програмах [24; 70; 87; 94].

Підсумовуючи, у вітчизняних умовах спрацьовує зв’язка «політика – стандарти – фінансування – дані – контроль». Вона є основою рівних правил гри для всіх надавачів, якщо підтримується узгодженістю рішень і дисципліною виконання на всіх рівнях.

Таблиця 2.1.

Ключові державні інституції та їх інструменти
впливу на ринок медичних послуг

Інституція	**ключова роль**	**основні інструменти**	**дані/показники, що використовуються**	**вплив на участь приватного сектору**
Кабінет Міністрів України	формування системних правил і бюджетних рамок	постанови, порядок функціонування електронної системи, параметри програми медичних гарантій	обсяги та структура фінансування, державні пріоритети	визначає загальні умови допуску до публічних коштів [55; 47; 62]
МОЗ України	професійні стандарти, допуск до практики, ліцензування	накази, протоколи, ліцензійні умови, правила безперервного розвитку	реєстри фахівців, стандарти якості, показники безпеки	установлює бар’єри входу та вимоги для всіх надавачів [11; 41; 46]

Продовження таблиці 2.1.

НСЗУ	державний замовник послуг	договори, тарифи, специфікації пакетів, моніторинг виконання	електронні записи про послуги, індикатори доступності та якості	створює рівні правила оплати за результат [53; 55; 40]
МОН / НАЗЯВО	академічна якість підготовки кадрів	акредитація програм, освітні стандарти	показники акредитації, результати навчання	узгоджує підготовку кадрів із потребами системи [9; 41]
Органи місцевого самоврядування	управління майном, локальна політика	рішення рад, програми стимулів	локальні показники доступності, навантаження	створюють умови для конкуренції на місці [41; 55]

Таблиця складена автором на основі: [9; 11; 31; 40; 41; 44; 46; 47; 53; 55; 62; 70; 73; 87; 94].

Зміст таблиці демонструє, що інституційні ролі не дублюються, а вибудовують повний цикл управління. Практична сила цього контуру залежить від того, наскільки узгоджено працюють «вузли стику» між інституціями: бюджетні рішення з боку уряду мають відповідати рамкам стандартів МОЗ; освітні стандарти та акредитація – відповідати вимогам до кадрів у пакетах НСЗУ; електронна система – забезпечувати верифікацію не лише факту послуги, а й кадрової спроможності та логістики. Досвід воєнного часу показав, що там, де ця логіка витримана, вдається швидше відновлювати доступність послуг, масштабувати нові формати допомоги та інтегрувати приватних надавачів у спільні маршрути пацієнтів.

2.2. Форми та напрями участі приватного сектора в охороні здоров’я

Участь приватних суб’єктів у системі охорони здоров’я України має кілька вимірів. Перший – надання клінічних послуг за договорами у межах програми медичних гарантій. За умови відповідності мінімальним кадровим і технічним вимогам приватні заклади інтегруються в єдиний тарифний і протокольний простір, де оплата прив’язана до підтверджених випадків, а контроль

здійснюється через електронний облік. Дослідження порівняльних систем показують, що така інтеграція посилює конкуренцію за якість і зменшує стимул до «надмірного лікування», якщо тарифні правила та індикатори результату прозорі [73; 85; 87].

Другий вимір стосується підтримувальних послуг: управління й обслуговування обладнання, лабораторні цикли «під ключ», стерилізація, харчування, прибирання, транспорт, технічна підтримка інформаційних систем. Передача цих процесів на зовнішні договори дозволяє закладам зосереджувати ресурси на клінічній роботі й скорочувати непрямі витрати, тоді як приватні партнери беруть на себе зобов'язання за показниками доступності й безпеки [94; 75].

Третій вимір – технології як послуга. У цій моделі постачальник забезпечує обладнання з витратними матеріалами, програмним забезпеченням і сервісом за фіксованою платою, розподіляючи з закладом ризики поломок і морального старіння. Це особливо доречно в умовах обмежених капітальних видатків і швидкого технологічного оновлення [94].

Четвертий – цифрові рішення та віддалені послуги: медичні інформаційні системи, модулі взаємодії з державною електронною системою, аналітичні панелі, телемедицина. Ключовою умовою є сумісність, інформаційна безпека, захист персональних даних і підзвітність доступів. З огляду на вимоги конфіденційності, моделі співпраці вибудовуються так, щоб державна система контролювала критичні довідники і маршрути, а приватні модулі забезпечували зручність і аналітику [24; 70; 46].

П'ятий вимір – інфраструктурні рішення: модернізація, відновлення або створення об'єктів з довгостроковою експлуатацією. Життєздатність таких договорів залежить від чітких майнових режимів, планів технічного обслуговування і ремонту, прозорих бюджетних зобов'язань і незалежного моніторингу [73; 75; 81]. Нарешті, приватний сектор залучається до програм громадського здоров'я, профілактики та інформаційно-освітніх кампаній, що

підсилює міжсекторальний підхід і закриває «вузькі місця» доступу в громадах [72; 76].

Усі ці форми взаємодії легітимні тільки за умови стандартизованої договірної рамки: чіткий опис послуг і показників, мінімальні кадрові та технічні вимоги, порядок обміну даними через електронну систему, незалежний аудит, прозорий розподіл відповідальності й ризиків, зокрема у випадку інцидентів безпеки. Така стандартизація зменшує трансакційні витрати сторін і забезпечує пацієнтові гарантії якості незалежно від форми власності надавача [55; 94; 24].

Таблиця 2.2

Спектр участі приватного сектора та ключові умови якості

Напрям участі	**зміст співпраці**	**умови допуску**	**критерії якості та безпеки**	**типові ризики та запобіжники**
Клінічні послуги в межах програми медичних гарантій	первинна, спеціалізована, стаціонарна, екстрена, реабілітація	відповідність вимогам до кадрів і оснащення, договір із НСЗУ	протоколи МОЗ, індикатори доступності та якості, електронне підтвердження випадків	недоукомплектованість змін → електронна верифікація графіків [53; 55; 40]
Підтримувальні послуги	обслуговування обладнання, лабораторії, стерилізація, харчування, прибирання, транспорт, технічна підтримка	сертифікації, досвід, відповідність санітарним та безпековим нормам	рівні доступності сервісу, показники безпеки процесів	перерви в сервісі → штрафні положення, резервні потужності [94; 75]
Технології як послуга	обладнання + витратні матеріали + програмне забезпечення + сервіс	фінансова спроможність, сервісні стандарти, план технічного обслуговування і ремонту	час готовності, точність і відтворюваність вимірювань, технічна безпека	інфляційні ризики → індексація платежів, розподіл ризиків [94]

Продовження таблиці 2.2.

Цифрові рішення	медичні інформаційні системи, модулі взаємодії з державною електронною системою, аналітика, телемедицина	сумісність, інформаційна безпека, захист даних	журналювання доступів, тестування навантаження, аудит безпеки	порушення конфіденційності → розмежування прав доступу, резервування [24; 70; 46]
Інфраструктурні проєкти	проектування, будівництво, модернізація, управління об'єктом	правовий режим майна, гарантії обслуговування	плани технічного обслуговування і ремонту, пожежна й технічна безпека	невизначеність зобов'язань → типові майнові положення, незалежний моніторинг [73; 75; 81]
Профілактика й громадське здоров'я	кампанії, скринінги, підтримка мобільних бригад, корпоративні програми	узгодження з регіональними планами	охоплення, своєчасність, якість комунікацій	дублювання заходів → координаційні ради при органах влади [72; 76]

Таблиця складена автором на основі: [24; 40; 41; 45; 53; 55; 70; 73; 75; 81; 85; 87; 94].

Представлений спектр участі приватного сектора відображає еволюцію від точкових підрядних робіт до довгострокових партнерств, у яких якість і безпека фіксуються у вимірюваних показниках, а оплата залежить від підтверджених результатів. У воєнний час найгнучкішими виявилися цифрові рішення та технології як послуга: вони швидше масштабуються, потребують менших одноразових витрат і легше підлаштовуються під зміни маршрутів пацієнтів. У мирний період, на тлі потреби модернізувати матеріальну базу, зростає роль інфраструктурних домовленостей – за умови ясних правил майнової відповідальності та довгострокового планування витрат.

2.3. Юридичні проблеми співпраці між державою і бізнесом у медицині

Наявність базових правил ще не гарантує рівномірної практики їх застосування. Перше джерело напруження – перетин спеціальних договорів на медичні послуги з загальним режимом публічних закупівель для технологічних компонентів. Коли предмет закупівлі некоректно визначено, це спричиняє скарги, відтермінування впровадження і, подекуди, розірвання домовленостей. Типові рішення – правильна класифікація предмета, використання типових умов, попередня консультація з контролюючими органами [53; 55; 62].

Друге слабке місце – несинхронізованість ліцензійних, кадрових і договірних вимог. Якщо мінімальні вимоги до пакета послуг відрізняються за змістом від ліцензійних умов або вимог акредитації, у надавачів виникає правова невизначеність. Рекомендований шлях – гармонізація вимог із визначенням перехідних періодів, поетапних планів відповідності та уніфікацією трактувань у роз’ясненнях [47; 55].

Третій вузол – захист персональних даних у цифровій взаємодії. Приватні розробники мають забезпечити розмежування доступів, журналювання операцій, резервування і незалежний аудит безпеки. У реальності інколи спостерігається розрив між вимогами до конфіденційності та технічними можливостями конкретних продуктів. Вирівнює ситуацію запровадження єдиних технічних регламентів, сертифікація рішень і регулярні перевірки [24; 70].

Четверте – тарифна і фінансова невизначеність поза програмою медичних гарантій. Без підходів до оцінки вартості життєвого циклу, без правил індексації та поділу економічних ризиків довгострокові технологічні угоди стають уразливими до інфляції і коливань обсягу потреб. Тут доцільні рамкові договори з прив’язкою до об’єктивних індексів, а також чіткі механізми коригування зобов’язань [73; 94].

П’яте – розмежування відповідальності за медичну помилку і страхування професійної відповідальності. Коли послуга надається спільно, нечіткий розподіл обов’язків підвищує юридичні ризики. Рішення – обов’язкові страхові положення в договорах, деталізація сценаріїв інцидентів і зобов’язань сторін, а також узгодження цього з внутрішніми протоколами надавачів [11; 44].

Шосте – майнові режими для довгострокових інфраструктурних домовленостей. Питання статусу майна, порядку повернення активу, відповідальності за капітальні ремонти, пожежної й технічної безпеки повинні бути виписані до підписання договору, з урахуванням вимог нагляду і кредиторів. Невизначеність знижує інвестиційний інтерес і здорожчує фінансування [73; 81].

Сьоме – регіональні диспропорції аналітичної та управлінської спроможності. Різна якість планування мережі, обліку кадрів і моніторингу показників формує нерівні ризики для бізнесу і різну якість доступу для пацієнтів. Вихід – відкриті регіональні аналітичні панелі, уніфіковані методики збору даних, регулярні координаційні наради та договори співпраці між закладами різних форм власності [41; 62; 94].

Війна додатково загострила потребу в договірних стабілізаційних положеннях: спрощення переміщення персоналу і баз стажування, прискорене підключення до електронної системи, адаптовані графіки надання допомоги, справедливе коригування індикаторів доступності й порядку взаєморозрахунків у разі руйнування об’єктів. Практика підтвердила: договори, що передбачають такі режими, витримують кризу краще й швидше відновлюються [2; 39; 55].

Таблиця 2.3.

Типові юридичні проблеми співпраці та орієнтири їх вирішення

Проблема	**суть питання**	**наслідки для сторін**	**рекомендоване вирішення**	**нормативні орієнтири**
Перетин процедур закупівель	спеціальні договори на послуги та загальні закупівлі технологій	затримки, скарги, ризик розірвання	коректна кваліфікація предмета, типові умови, попередні консультації	[53; 55; 62]

Продовження таблиці 2.3.

Несинхронізовані вимоги	розбіжності між ліцензійними, кадровими й договірними умовами	Правова невизначеність, ризик санкцій	гармонізація вимог, перехідні періоди, уніфіковані роз'яснення	[47; 55]
Захист даних	розрив між продуктом і вимогами безпеки	відмови у підключенні, ризик інцидентів	регламенти доступів, аудит безпеки, сертифікація рішень	[24; 70]
Тарифна невизначеність	відсутність правил індексації та поділу ризиків	бюджетні розриви, інвестиційні ризики	підхід «вартість життєвого циклу», індексація, рамкові договори	[73; 94]
Відповідальність і страхування	нечіткий розподіл відповідальності при спільному наданні послуги	юридичні спори, зростання ціни ризику	обов'язкові страхові положення, сценарне розмежування обов'язків	[11; 44]
Майнові режими	невизначеність щодо статусу майна та ремонтів	зниження інтересу інвесторів, ускладнення кредитування	типові майнові положення, узгоджені плани обслуговування	[73; 81]
Регіональні диспропорції	різна аналітична спроможність і планування мережі	нерівні ризики для бізнесу, нерівна доступність	відкриті панелі, уніфіковані методики, координаційні наради	[41; 62; 94]

Таблиця складена автором на основі: [11; 24; 41; 44; 47; 53; 55; 62; 70; 73; 81; 94].

Розв'язання зазначених вузлів вимагає не стільки зміни базових законів, скільки наведення ладу в підзаконній базі, узгоджених роз'яснень і типових договорів, а також системної роботи з даними. Там, де індикатори, довідники та вимоги стандартизовані, договори стають прогнозованішими, контроль – ефективнішим, а довіра між державою і бізнесом – вищою. Саме тому інвестиції в якісні дані й механізми управління змінами – не другорядна справа, а ключ до стійкості співпраці.

Таблиця 2.4

Основні проблеми та бар'єри трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я

Ключова проблема/бар'єр	Опис проблеми	Приклад	Можливі шляхи подолання
Опір змінам з боку працівників	Виникає через зміну усталених практик, порушення звичного розподілу обов'язків, а також психологічні бар'єри,	Впровадження нових інформаційних технологій часто викликає	Проведення навчальних програм, інформаційна підтримка та залучення

та ключових зацікавлених сторін	зокрема страх перед невідомим і невизначеність щодо наслідків нововведень.	негативну реакцію через відсутність відповідних навичок або побоювання втратити роботу.	працівників до планування змін.

Продовження таблиці 2.4.

Недостатнє фінансове забезпечення	Нестабільне або обмежене фінансування, яке призводить до затримок у реалізації реформ, скорочення масштабів проектів або навіть заморожування запланованих заходів.	Модернізація медичних закладів у сільських регіонах затримується через нерівномірний розподіл ресурсів.	Залучення додаткових джерел фінансування, розробка гнучких моделей фінансового забезпечення.
Недосконала нормативно-правова база	Законодавство не адаптоване до нових реалій, що створює правові колізії та бюрократичні перепони, особливо під час перерозподілу функцій між центральними та місцевими органами влади.	Зміни в управлінні можуть блокуватися через відсутність нормативного регулювання або конфлікти повноважень.	Системний перегляд законодавчої бази, розробка чітких правових механізмів, залучення експертів у галузі права.
Інституційна слабкість	Низький рівень координації між різними рівнями управління та відсутність чітких механізмів співпраці між державними і недержавними організаціями, що призводить до втрати ефективності та конфліктів.	Відсутність механізмів взаємодії між державними та недержавними організаціями під час надання медичних послуг.	Розробка комплексних механізмів координації, створення єдиних платформ для обміну інформацією та прозорого прийняття рішень.
Відсутність належної комунікаційної стратегії	Недостатня поінформованість персоналу та населення про цілі, етапи та результати реформ, що створює атмосферу недовіри та негативного сприйняття змін.	Працівники та пацієнти сприймають реорганізацію закладів як загрозу через брак інформації про переваги реформи.	Проведення активних інформаційних кампаній, залучення зацікавлених сторін до обговорення та створення каналів зворотного зв’язку.
Низький рівень готовності до цифрової трансформації	Відсутність інфраструктури, низький рівень цифрової грамотності персоналу та обмежене фінансування перешкоджають впровадженню інноваційних технологій.	Впровадження електронних медичних карток затримується через відсутність технічного забезпечення та підготовки персоналу.	Розробка програм навчання, інвестиції у технологічне забезпечення, створення системи захисту даних та інтеграції платформ.

Так, з аналізу таблиці стає очевидним, що основні проблеми та бар'єри у процесі трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я мають як організаційний, так і фінансовий та правовий характер. Відсутність належної нормативно-правової бази, недостатній рівень координації між різними рівнями управління та фінансова нестабільність значно ускладнюють реалізацію реформ. Також значний опір з боку персоналу та низький рівень цифрової готовності системи створюють додаткові перешкоди на шляху до ефективного впровадження змін. Для успішного подолання цих бар'єрів необхідний комплексний підхід, що передбачає забезпечення адекватного фінансування, перегляд законодавства, розробку чіткої комунікаційної стратегії та залучення всіх зацікавлених сторін до процесу реформування.

Підсумовуючи, варто сказати, що ідентифікація ключових проблем та бар'єрів трансформаційних змін є важливим етапом у процесі реформування системи охорони здоров'я. Виявлення основних перешкод дозволяє розробити комплексні стратегії їх подолання, що включають як зміну підходів до управління, так і створення сприятливих умов для адаптації нових моделей. Подолання опору з боку персоналу, забезпечення фінансової стабільності, вдосконалення нормативно-правової бази та інтеграція сучасних технологій є основними передумовами успішної реалізації трансформацій. Тільки за умови врахування всіх цих чинників можна забезпечити довготривалу стійкість та ефективність змін у сфері громадського здоров'я.

2.4. Стан публічно-приватного партнерства у медичній сфері: європейські моделі, виклики та уроки для України

Публічно-приватне партнерство в охороні здоров'я – це не лише спосіб залучення додаткових коштів, а передусім організаційний інструмент, що дозволяє поєднати управлінську спроможність держави з гнучкістю та технологічною динамікою бізнесу. У європейських системах охорони здоров'я воно використовується як засіб підтримки загального доступу до допомоги,

підсилення якості та прискорення оновлення інфраструктури, а також як канал для впровадження інновацій і цифрових рішень. Універсальних рецептів немає: конфігурації партнерства адаптуються до історії побудови системи, рівня економічного розвитку, регіональних відмін і політичних пріоритетів. Проте, незалежно від різниць, спільним знаменником лишається прагнення до рівноваги між суспільним інтересом і господарською мотивацією приватних учасників, між безпекою пацієнта і потребою в гнучкості, між бюджетною відповідальністю і довгостроковою стійкістю послуг.

У країнах Західної Європи участь приватних надавачів у публічно фінансованих програмах є буденною практикою. Там, де домінує бюджетна модель із сильною роллю державного платника, як у Великій Британії, приватний сегмент використовується для зменшення черг, розширення пропозиції окремих послуг і модернізації інфраструктури. Там, де історично склалася страхова модель, як у Німеччині, приватні та напівпублічні страхові каси створюють контрольовану конкуренцію за якість і зручність для пацієнта, а приватні клініки діють у спільному правовому полі з комунальними. Швейцарська система демонструє іншу рівновагу: універсальне обов’язкове страхування поєднується з широким вибором приватних страхувальників, а держава точково вирівнює доступність через адресні субсидії для домогосподарств з нижчими доходами. Нідерланди рухаються схожою траєкторією обов’язкового страхування з приватними страховиками під жорстким державним наглядом за якістю та тарифами, що дає можливість поєднати свободу вибору з передбачуваністю витрат і стандартів.

Південна Європа додає важливий вимір змішаних моделей. Іспанія утримує широкий безоплатний «кошик» у публічній мережі, але активно контрактує приватних надавачів, коли потрібно скоротити час очікування або закрити регіональні прогалини. Франція тримає баланс між загальним страхуванням і приватними додатковими полісами, що дозволяє громадянам розширювати свій пакет і підвищувати комфорт без руйнування базових гарантій. Швеція спирається на децентралізовану відповідальність регіонів і

комун, поєднуючи власну мережу з приватними клініками, – завдяки чому вдається гнучко реагувати на місцеві потреби, залишаючи державі функцію гаранта доступності та стандартів.

За всіх відмінностей простежуються кілька структурних закономірностей. По-перше, партнерство має сенс там, де воно прив'язане до чітко визначених суспільних цілей: ширший доступ, коротші строки очікування, стабільні показники безпеки, прозорі витрати за життєвий цикл. Коли мета розмита, ініціативи втрачають керованість, а витрати зростають без відчутного покращення результатів. По-друге, успішні моделі спираються на єдине поле стандартів: клінічні протоколи, вимоги до персоналу, правила інфекційного контролю та інформаційної безпеки не диференціюються за формою власності – вони є спільним «каркасом» для всіх. По-третє, вирішальне значення має спроможність до вимірювання: відсутність електронних слідів послуги, ненадійні реєстри, слабкий аудит зводять нанівець переваги будь-якого договору.

Європейська практика показує, що форм партнерства чимало. Існують інфраструктурні угоди на проектування, будівництво, фінансування і подальше управління об'єктом; сервісні контракти на управління діагностичними комплексами, лабораторіями, стерилізаційними циклами, логістикою та харчуванням; договори на клінічні послуги в межах гарантованих пакетів; спільні дослідницькі та інноваційні проєкти, де університети і компанії працюють разом з публічними інституціями над новими методами лікування, цифровими рішеннями, моделями віддаленого моніторингу. В усіх випадках ключовою умовою виступає попередній розподіл ризиків: технологічні ризики віддаються тому, хто ними краще управляє; клінічні – тримаються в полі професійних стандартів і державного нагляду; фінансові – закріплюються через прозорі формули, індексацію та правила довгострокових зобов'язань.

Переваги партнерства досить наочні. Воно дозволяє пришвидшувати оновлення матеріально-технічної бази без пікових бюджетних навантажень, розширювати пропозицію там, де публічна мережа не встигає за попитом, і

зменшувати управлінські ризики шляхом контрактування спеціалізованих компетентностей. Більше того, саме приватний сегмент часто стає носієм інновацій: від телемедичних платформ до кіберзахисту та автоматизованої аналітики великих масивів даних. У результаті доступність зростає не лише кількісно, а й у вимірі зручності та швидкості – пацієнт отримує сервіс, ближчий до його повсякденних практик, не втрачаючи при цьому захисту, який гарантує держава.

Разом із тим, партнерство не є панацеєю. Ризики комерціалізації, коли рентабельні напрями та території отримують значно більше уваги, ніж «важкі» сегменти, залишаються реальними. Нерівність доступу може збільшуватися, якщо регулятор не встигає збалансувати мотивації учасників і не підсилює «тонкі місця» бюджетними важелями. Існує також класичний виклик довгострокових контрактів: за недооцінки витрат життєвого циклу або невдалого розподілу ризиків угоди стають дорогими і негнучкими. Нарешті, цифровізація несе подвійний ефект: вона робить послуги прозорішими, але водночас підвищує загрози для конфіденційності та безпеки даних, вимагаючи суворих правил доступу й регулярних незалежних аудитів.

Український контекст надає цим загальним закономірностям особливого звучання. По-перше, країна вже має дієву договірну модель оплати медичних послуг, де державний платник укладає угоди з надавачами різних форм власності. Це фактично інтегрований «функціональний» механізм партнерства, у якому якість і доступність послуг стають предметом оплати і контролю, а вимоги до персоналу та оснащення – мінімальним порогом для входу. По-друге, функціонує електронна система, що дозволяє верифікувати надавачів, фіксувати маршрути пацієнтів, підтверджувати факти надання допомоги і здійснювати взаєморозрахунки. Саме вона перетворює правові приписи на дані, придатні для аналітики, порівняння і прийняття управлінських рішень. По-третє, воєнні умови суттєво розширили поле для партнерства: від відновлення пошкодженої інфраструктури та розгортання реабілітаційних потужностей до впровадження

мобільних форматів допомоги, віддалених консультацій і нових моделей логістики.

Стан публічно-приватного партнерства в українській медицині можна описати як етап прискореної інституціоналізації. На практиці це означає, що приватні клініки та фізичні особи-підприємці системно працюють у публічно фінансованому сегменті, виконуючи затверджені пакети послуг; приватні лабораторії, сервісні компанії, постачальники медичної техніки укладають довгострокові угоди на підтримку та експлуатацію; IT-компанії інтегрують модулі до державної електронної системи, забезпечують обмін даними, кіберзахист і аналітику; освітні та наукові інститути спільно з бізнесом ведуть проєкти з впровадження нових технологій, тренажерної підготовки, симуляційних центрів. З іншого боку, саме в цих напрямах найчастіше проявляються вузли правозастосування: різночитання між ліцензійними умовами і договірними вимогами до пакетів; недостатньо деталізовані правила щодо майнових питань у довгострокових проєктах; нерівномірність якості електронних записів у різних регіонах і закладах; відставання показників і тарифів від реальної ресурсомісткості окремих послуг, насамперед реабілітації, психічного здоров’я, складних хірургічних втручань.

У такій ситуації вирішальним стає питання якості «правил гри». Там, де укладені типові договори з прозорим розподілом ризиків, зрозумілими індикаторами доступності та безпеки, вимогами до обміну даними і визначеними режимами дій на випадок надзвичайних обставин, партнерства працюють передбачувано і відтворювано. Там, де договори складені як «рамки» без чітких показників, контроль перетворюється на ситуативні перевірки, а учасники – на заручників трактувань. Для України це не теоретичне зауваження, а практична інструкція: формалізація очікуваних результатів і зв’язок оплати з підтвердженими даними зменшують ризики для обох сторін і перетворюють партнерство на керований процес.

Додаткової ваги набирає тема кадрової спроможності. Будь-яка угода впирається у реальну наявність фахівців із потрібними компетентностями та

графіками роботи, підтвердженими в електронному контурі. Дефіцит кадрів поєднується з втратою людського потенціалу через міграцію і внутрішнє переміщення, що створює асиметрії між територіями. Там, де місцева влада і заклади проактивно вибудовують програми утримання медиків, житлові та соціальні пакети, договірні стимули для критично дефіцитних спеціальностей, партнерства знаходять опору і масштабуються. Там, де такі механізми відсутні, приватні учасники обережніші в інвестиціях, а пацієнти отримують неоднаковий доступ.

Неможливо обійти увагою і питання рівності. Партнерство, як і будь-який інструмент з елементом ринкової мотивації, тягне за собою ризик нерівномірного покриття територій та напрямів. Європейська практика відповідає на це двома групами інструментів: по-перше, універсальними правилами участі в публічному фінансуванні, що «зрівнюють поле» для приватних і комунальних надавачів; по-друге, адресними механізмами вирівнювання – підвищувальними коефіцієнтами і спеціальними умовами для сільських територій, гірських районів, зон із підвищеним ризиком, а також грантовою підтримкою там, де ринкові стимули не спрацьовують. Перенесення цього підходу на український ґрунт виглядає природним кроком: без коригування фінансових сигналів і без чітко позначених «білих плям» на аналітичних панелях важко очікувати, що ринок сам вирівняє дисбаланси.

Окремий пласт – цифрове здоров’я. Партнерства в ІТ-сфері, інтегровані з державною системою, вимагають не тільки технічної сумісності, а й жорстких регламентів доступу, журналювання дій користувачів, незалежних тестів на навантаження і регулярних аудитів захисту даних. Тут Україна має чітку перевагу у вигляді вже наявної електронної інфраструктури, але одночасно – підвищену відповідальність за її безпеку в умовах збройної агресії. Відповідно, проєкти з телемедицини, дистанційного моніторингу, електронної медичної документації мають супроводжуватися стандартами конфіденційності та прозорими процедурами інцидент-менеджменту.

Усі вищезгадані аспекти сходяться до одного висновку: стан публічно-приватного партнерства в медичній сфері визначається не обсягом залучених коштів чи кількістю підписаних меморандумів, а якістю інституційної тканини – ясністю ролей, передбачуваністю договорів, дисципліною даних і наявністю незалежного нагляду. Чим більше рішень спирається на вимірювані показники та спільні для всіх стандарти, тим менше поле для конфліктів і тим вищою є стійкість до зовнішніх шоків. Чим ближче розподіл ризиків до реальної спроможності сторін їх контролювати, тим дешевшими стають довгострокові зобов'язання. Чим узгодженіші освітні стандарти з професійними вимогами, тим швидше ринок закриває кадрові «вікна».

Україна має усі передумови, щоб рухатися цією траєкторією. Договірна модель державних фінансових гарантій уже дала «канал» для участі приватних надавачів у публічному сегменті, електронна система – «нервову систему» для вимірювання та контролю, а запит суспільства на безпеку і доступність – чітку рамку очікувань. Наступний крок – довести до зрілості правові та методичні елементи: узгодити вимоги ліцензування з вимогами пакетів, кодифікувати типові умови для сервісних і інфраструктурних угод із прив'язкою до вартості життєвого циклу, посилити регулювання інформаційної безпеки, сформувати відкриті регіональні аналітичні панелі, що покажуть дефіцити та навантаження в «реальному часі». Паралельно потрібно розгортати програми утримання кадрів і страхування професійної відповідальності, без яких складні клінічні партнерства залишатимуться фрагментарними.

Змістовний сенс публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я – у перетворенні спільних цілей на спільну відповідальність. Для держави це відповідальність за чіткі правила, справедливість доступу і сталий фінансовий контур. Для бізнесу – за безперервність сервісу, дотримання стандартів і прозорість процесів. Для суспільства – за сформований запит на якість, контроль і участь у прийнятті рішень. Коли ці три вектори збігаються, партнерство перестає бути «проектом» і стає звичною логікою організації послуг, у якій виграють і пацієнти, і фахівці, і система в цілому.

У найближчому горизонті найперспективнішими напрямами для розгортання партнерств виглядають реабілітація та психічне здоров'я, де попит стрімко зростає і потрібні гнучкі формати з довшим «хвостом» спостереження; діагностика і лабораторні сервіси, що критично залежні від технологічної підтримки та стабільного оновлення парку обладнання; телемедицина і моніторинг хронічних станів, здатні зменшувати навантаження на ліжковий фонд і скорочувати час до консультації; відновлення інфраструктури з обов'язковим компонентом енергоефективності і цивільного захисту. Саме на цих ділянках поєднання суспільного запиту і можливостей ринку найсильніше, а отже, і додана вартість партнерства – найбільш відчутна.

Підсумовуючи, стан публічно-приватного партнерства в медичній сфері Європи та України можна описати як рух у бік «управління через договори і дані», де результати вимірюються, ризики розподіляються раціонально, а доступність і безпека становлять ядро кожної угоди. Для України це вікно можливостей: спираючись на вже створену договірну та електронну архітектуру, доробити інституційні шви, забезпечити кадрову та фінансову стійкість і перетворити партнерство на системний інструмент відновлення та розвитку. Саме таке прочитання ППП відповідає і суспільним очікуванням, і логіці сучасних європейських систем охорони здоров'я, і викликам часу, у якому безпека, доказовість і швидкість впровадження рішень є не перевагою, а необхідністю.

Висновки до розділу 2

Організаційно-правовий механізм залучення приватних суб'єктів до управління медичною сферою в Україні ґрунтується на узгодженій зв'язці політики, професійних стандартів, договірного фінансування та електронної верифікації результатів. Ролі інституцій розмежовані так, щоб забезпечити повний цикл: уряд визначає рамки і ресурси; МОЗ задає стандарти допуску та

якості; МОН і НАЗЯВО формують академічну якість підготовки; НСЗУ перетворює вимоги на оплачувані зобов’язання; електронна система охорони здоров’я забезпечує прозорість і контроль. На цьому фундаменті приватні надавачі можуть відповідально і на конкурентних засадах виконувати частину публічних зобов’язань перед пацієнтами.

Перевага нинішньої моделі – перехід від декларативних норм до вимірюваних договірних показників доступності, якості та безпеки. Проте масштабування співпраці обмежують перетин правових режимів закупівель, несинхронізованість вимог, уразливості в захисті персональних даних, невизначеність тарифних механізмів для довгострокових технологічних угод, нечіткий розподіл відповідальності за медичну помилку, майнові питання інфраструктурних домовленостей і різна управлінська спроможність регіонів.

Подолання цих бар’єрів передбачає гармонізацію вимог між ліцензуванням, пакетами послуг і стандартами, упровадження типових договорів із прозорим розподілом ризиків і відпрацьованими режимами дій у надзвичайних умовах, посилення правил інформаційної безпеки, розгортання відкритих аналітичних панелей на регіональному рівні, застосування підходу «вартість життєвого циклу» для технологічних контрактів і розвиток страхування професійної відповідальності. У стратегічній перспективі саме курс на «управління через договори і дані» забезпечить передбачувані правила для бізнесу, посилить стійкість системи та підвищить гарантії доступної і безпечної медичної допомоги для населення.

РОЗДІЛ 3
ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИХ ЗАСАД ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

3.1. Аналіз ефективності існуючих моделей державно-приватної співпраці

Оцінювання дієвості чинних форматів співпраці між державою та приватними суб'єктами в охороні здоров'я доречно проводити через призму цілей системи: гарантована доступність допомоги, належна клінічна якість і безпека, фінансова стійкість і передбачуваність видатків, технологічна готовність, кадрова спроможність, прозорість і підзвітність. У сучасній українській конфігурації основу складає «функціональна» модель закупівлі медичних послуг через державного замовника, де Національна служба здоров'я укладає договори з надавачами всіх форм власності за єдиними правилами, а електронна охорона здоров'я перетворює нормативні приписи на підтверджені даними події [53; 55; 24; 94]. Ця конструкція дозволила уніфікувати допуск до фінансування, вирівняти «правила гри» та вмонтувати контроль якості безпосередньо в механізм оплати, що відповідає рекомендаціям європейських оглядів щодо «управління через договори і дані» [73; 87; 96].

Результативність найбільш виразно простежується на первинній ланці: укладання декларацій, спрощений маршрут пацієнта, стандартизовані вимоги і стимулювання профілактичних послуг сприяли підвищенню охоплення населення, а відтак – вирівнюванню доступу між регіонами. На рівні спеціалізованої допомоги картина складніша: там, де вимоги пакетів послуг збігаються з кадровою і матеріально-технічною спроможністю закладу, виникають «кишені» зростання якості та швидкості доступу; однак у випадках ресурсних розривів або нестачі фахівців спрацьовує «вузьке горлечко» – час очікування та маршрут пацієнта затягуються, а ймовірність направлення в інший

регіон зростає [55; 41]. На тлі війни значення партнерств із приватним сектором посилилося в напрямах, де потрібна технологічна швидкість і резервні потужності: забезпечення лабораторних досліджень «під ключ», управління діагностичним парком, телемедичні консультації, підтримка цифрових рішень для безперервності процесів [70; 94; 46].

Наукові підходи Європейської обсерваторії з систем та політик охорони здоров'я та праці ВООЗ підкреслюють: найкращі результати дають формати, у яких критерії якості та безпеки закріплено в договорах, а контроль здійснюється на підставі незалежно зібраних даних, сумісних в єдиній цифровій інфраструктурі [72; 87; 73]. Українські автори (Лехан, Рудий, Шевченко та ін.) додають, що стійкий ефект забезпечує лише зв'язка «стандарт – тариф – дані», яка одночасно сигналізує ринку, що і як оплачуватиметься, і дає державі можливість перерозподіляти фінансування відповідно до результатів [31; 44]. Саме так вибудовується конкуренція за якість, а не за «видимість діяльності».

Разом із тим ефективність різних моделей відрізняється. Довгострокові технологічні угоди «технологія як послуга» зменшують потребу в капітальних видатках, прискорюють оновлення обладнання і переносять частину ризиків на постачальника, але потребують чітких правил індексації платежів, вимірювання готовності і процедур на випадок форс-мажору [94].

Інфраструктурні проєкти за логікою «проектування–будівництво–фінансування–управління» дають ефект у створенні сучасної матеріальної бази, якщо в договорі збалансовано ризики, а бюджетні зобов'язання передбачувані; у разі поспіху або недооцінки ризиків зростає імовірність завищення вартості та втрати гнучкості [73; 75].

Угоди на підтримувальні послуги (лабораторії, стерилізація, харчування, транспорт) демонструють стабільний позитив за умови жорстких стандартів безпеки, контролю доступності та наявності резервних потужностей [94; 75].

Таблиця 3.1.

Ефективність поширених моделей співпраці: порівняльний зріз

Модель	**мета оцінювання**	**метод оцінювання**	**сильні сторони**	**обмеження та ризики**	**типові показники результату**
Закупівля клінічних послуг за єдиними правилами	доступність та якість допомоги	аналіз даних електронної системи, клінічний аудит	однакові умови допуску, прозора оплата, конкуренція за якість	кадрові «вузькі місця» в окремих регіонах, різна аналітична спроможність	час очікування, повторні госпіталізації, дотримання протоколів [53; 55; 24; 94]
Підтримувальні сервіси «під ключ»	безперервність і безпека процесів	аудит договорів і інцидентів, перевірка готовності	зняття неосновних функцій із закладу, стандартизація	залежність від постачальника, потреба в резервуванні	відсоток готовності, кількість збоїв, час відновлення [94; 75]
Технологія «як послуга»	технологічна готовність і фінансова передбачуваність	порівняння вартості за життєвий цикл, тестування	швидке оновлення парку, перенесення технічних ризиків	тарифна індексація, форс-мажорні сценарії, захист даних	готовність обладнання, собівартість епізоду, точність вимірювань [94]
Інфраструктурні формати ПБФУ	створення/модернізація бази	аудит підготовки, оцінка ризиків, моніторинг	доступ до довгих інвестицій, пов’язані зобов’язання щодо утримання	ризик завищеної вартості та негнучкості за слабкої підготовки	відповідність графіку, інциденти безпеки, витрати циклу [73; 75]

Таблицю складено автором на основі: [24; 53; 55; 70; 73; 75; 87; 94].

Підсумовуючи аналітику, можна констатувати: найбільш «окупними» для системи в умовах обмежених ресурсів і воєнної невизначеності є договори на послуги та технології «як послуга», оскільки вони дають змогу швидко масштабувати спроможності, розподіляють ризики з бізнесом і забезпечують вимірюваність результатів. Інфраструктурні формати виправдані для ключових вузлових об’єктів там, де є гарантований потік пацієнтів і усталені бюджетні

зобов’язання, а підготовка договорів пройшла незалежну експертизу. Кінцевий ефект кожної моделі визначається не стільки формою власності партнера, скільки якістю контракту, зрілістю цифрової інфраструктури, прозорістю моніторингу та наявністю управлінських механізмів корекції у разі відхилень від плану [87; 73; 96].

3.2. Перешкоди та ризики в реалізації партнерства

Найчастіше практичне впровадження співпраці наштовхується на правові перетини, інституційні розриви та операційні ризики. Перешкоди мають різну природу, але в підсумку зводяться до трьох груп. Перша – невідповідність і фрагментація норм: спеціальний галузевий порядок укладання договорів на медичні послуги взаємодіє з загальним режимом публічних закупівель, який регулює технологічні складові, і будь-яка помилка у кваліфікації предмета закупівлі породжує затримки та оскарження [53; 55; 62]. Друга – асиметрія інституційної спроможності: відмінності між регіонами у плануванні мережі, аналізі даних, захисті персональної інформації та підготовці проєктів формують різні ризикові профілі для партнерів, а в окремих випадках – відлякують інвесторів [41; 24; 94]. Третя – воєнні виклики: загрози руйнування інфраструктури, відключення електроенергії та зв’язку, вимушена мобільність персоналу потребують особливих договірних режимів і кризових протоколів – без них навіть найкращий контракт «на папері» не витримує реальних навантажень [2; 39; 55].

Наукові джерела додають критичний вимір довіри. Європейські огляди звертають увагу на те, що партнерства розкривають потенціал лише в умовах прозорості та доступу до порівнюваних даних, інакше суспільне сприйняття приватної участі в публічних програмах стає фактором політичної нестабільності [87; 72]. Українські дослідники реформ, аналізуючи досвід пілотів та подальшого масштабування, наголошують на важливості уніфікації визначень і показників, узгодження вимог до надавачів між ліцензією, стандартами та пакетами послуг,

а також на потребі у типових договорах із жорсткою логікою розподілу ризиків [31; 44].

Додаткові ризики виникають у цифровій площині. Інформаційна безпека, розмежування доступів, журналювання операцій і незалежний аудит – не формальність, а умова довіри до будь-якого рішення, що працює з персональними даними пацієнтів. Порушення цих вимог призводить не лише до юридичних наслідків, а й до втрати легітимності партнерства в очах суспільства [24; 70]. Фінансові ризики для довгих технологічних контрактів – індексація, інфляційні коливання, збої ланцюгів постачання – потребують «захисних клапанів» у договорах і узгоджених методик розрахунку вартості за життєвий цикл [94; 73].

Нарешті, кадровий вимір: без узгоджених профілів компетентностей, механізмів безперервного професійного розвитку і підтвердження кваліфікації важко забезпечити реальне виконання вимог до якості, навіть якщо вони ідеально виписані в документах [41; 11].

Таблиця 3.2.

Матриця ризиків та механізмів пом’якшення
у партнерствах охорони здоров’я

Ризик	**імовірність та вплив**	**ранні індикатори**	**механізм реагування**	**відповідальний суб’єкт**
Помилкова кваліфікація предмета закупівлі	висока і середній	відхилення пропозицій, скарги, зупинка процедур	попередня правова експертиза, типові умови, навчання замовників	замовник, орган оскарження [53; 55; 62]
Несинхронізованість вимог до надавача	середня і високий	розбіжності в перевірках, різні тлумачення	гармонізація вимог, перехідні періоди, спільні роз’яснення	МОЗ, НСЗУ [47; 55]
Порушення захисту персональних даних	низька і високий	аномальна активність у журналах, інциденти	аудит безпеки, розмежування доступів, обов’язкове журналювання	постачальник ІТ, заклад, адміністратор системи [24; 70]
Фінансова невизначеність у довгих договорах	середня і високий	дефіцити, спір щодо індексації	методика «вартість життєвого	замовник, Мінфін,

			циклу», індексаційні формули	постачальник [94; 73]

Продовження таблиці 3.2.

Руйнування/перебої через війну	середня і високий	тривалі простої, недоступність об'єкта	кризові протоколи, резервні майданчики, коригування показників	сторони договору, місцева влада [2; 39; 55]
Дефіцит кадрів і вигорання	висока і середній	невиходи на зміни, зростання скарг	пакети утримання, гнучкі графіки, підтримка БПР	власник закладу, громада, НСЗУ [41; 11]

Таблицю складено автором на основі: [2; 11; 24; 39; 41; 47; 53; 55; 62; 70; 73; 94].

Погляд на ризики через матрицю дозволяє не лише систематизувати ймовірні проблеми, а й «прив'язати» відповідальність. Саме визначеність відповідальних сторін – від головного розпорядника до постачальника технологій – підвищує керованість партнерств. Окрема роль у зниженні невизначеності належить відкритим аналітичним панелям: коли дані про доступність і якість послуг, графіки роботи та оснащення відображаються уніфіковано, і держава, і бізнес приймають рішення на основі однакового фактичного поля [87; 72; 94]. У результаті суспільна довіра до партнерств зростає, а простір для спекуляцій звужується.

3.3. Законодавчі та інституційні шляхи розвитку співпраці

Подальший прогрес залежить від здатності поєднати три вектори: гармонізацію норм, зміцнення інституційної спроможності та розвиток цифрової інфраструктури. На рівні норм доцільно узгодити ліцензійні, кадрові та договірні вимоги, щоб надавач отримував однаковий сигнал незалежно від того, через який документ відбувається перевірка. Потрібні типові договори для ключових форматів співпраці – закупівля клінічних послуг, підтримувальні сервіси, технологія «як послуга», інфраструктурні договори – з уніфікованими розділами про розподіл ризиків, методики індексації, захист даних, кризові протоколи і порядок взаєморозрахунків у форс-мажорних умовах [55; 47; 94]. У сегменті довгих технологічних угод слід закріпити підхід «вартість за життєвий цикл», що

рекомендується ОЕСР та європейськими оглядами як інструмент запобігання прихованому здорожчанню володіння [94; 87].

Інституційно важливо посилити спроможність сторін «жити за даними». Це означає розвиток єдиних довідників і форматів обміну, сертифікацію медичних інформаційних систем на відповідність вимогам сумісності, розбудову незалежного аудиту інформаційної безпеки, підготовку фахівців із аналітики даних у центральних органах, регіонах і закладах [24; 70; 94]. На рівні ринку – запровадження обов'язкових вимог до страхування професійної відповідальності для підрядників клінічних і підтримувальних послуг, а також узгодження механізмів вирішення спорів із швидкими процедурами медіації, щоб не блокувати надання допомоги [11; 44]. Для інфраструктурних проєктів – уніфікація майнових режимів і моделей управління активом протягом усього строку договору, включно з планами технічного обслуговування, пожежною і технічною безпекою [73; 81].

Окремого підсилення потребує локальний рівень. Органи місцевого самоврядування – власники більшості комунальних закладів – мають інструментально підтримати партнерства: забезпечити місцеві програми стимулювання кадрів, визначити пріоритети мережі, затвердити відкриті аналітичні панелі, створити дорадчі ради з участю громадськості та бізнесу. Європейська практика доводить, що там, де громада розуміє логіку рішень і має доступ до даних, конфліктність знижується, а партнерства стають стійкішими [72; 87].

Таблиця 3.3.

Дорожня карта вдосконалення: часові горизонти, зміни та очікуваний ефект

Часовий горизонт	**правові зміни**	**інституційні кроки**	**очікувана вигода**	**метрика успіху**
Короткий (6–12 місяців)	гармонізація вимог до надавачів між ліцензією, стандартами і пакетами; типові договори з	сертифікація медичних ІС на сумісність; запровадження незалежного аудиту безпеки	зменшення правової невизначеності, швидше укладання договорів	час укладання договорів, кількість зауважень на перевірках [47; 55; 24; 70]

	кризовими протоколами			
Середній (1–2 роки)	методика «вартість за життєвий цикл» для технологічних угод; вимоги до страхування професійної відповідальності	навчання аналітиків даних у ЦОВВ і регіонах; відкриті аналітичні панелі регіонів	передбачуваність витрат, підзвітність, зниження збоїв	стабільність витрат, рівень готовності систем, частота інцидентів [94; 87; 41]
Довгий (3–5 років)	уніфікація майнових режимів для інфраструктурних договорів; правила довгострокових бюджетних зобов'язань	створення постійного центру компетентностей з підготовки договорів; механізми медіації спорів	інвестиційна привабливість, стійкість мережі, менше судових затримок	обсяг інвестицій, тривалість вирішення спорів, показники доступності [73; 81; 62]

Таблицю складено автором на основі: [11; 24; 41; 47; 55; 62; 70; 73; 81; 87; 94].

Реалізація такої дорожньої карти передбачає не лише коригування законів і підзаконних актів, а й зміну управлінської культури: рішення мають прийматися на підставі порівнюваних даних, договори – стати інструментом постійного управління, а не актом разового придбання, а взаємодія з приватним сектором – спиратися на чіткий розподіл відповідальності і механізми запобігання конфлікту інтересів. У підсумку відбудеться очікуваний зсув від «ручного режиму» до системності, коли прозорість і вимірюваність стають нормою повсякденної практики.

Висновки до розділу 3

Розгортання публічно-приватної взаємодії як сталого механізму підвищення спроможності медичної системи можливе лише за умови, що держава одночасно поліпшує якість контрактів, узгоджує нормативні вимоги та розбудовує цифрову інфраструктуру, яка забезпечує підзвітність і коригування рішень у реальному часі. Найбільш результативними в умовах ресурсообмежень і воєнних ризиків є договори на послуги й моделі «технологія як послуга», адже

вони швидко нарощують спроможність, розподіляють ризики і дозволяють платити за підтверджений результат. Інфраструктурні формати виправдані там, де є гарантована потреба й передбачуване фінансування, а підготовка договорів пройшла незалежну експертизу.

Стабільний поступ упирається не стільки у відсутність норм, скільки у їх гармонізацію та виконання: узгодження ліцензійних, кадрових і договірних вимог, типізація договорів із чітким розподілом ризиків, правила індексації, захист персональних даних, кризові протоколи та впровадження підходу «вартість за життєвий цикл». Вирішальним є перехід до «управління через дані»: єдині довідники, сумісність медичних інформаційних систем, незалежний аудит безпеки, підготовка аналітиків і публічні аналітичні панелі, що формують довіру й зменшують невизначеність для всіх сторін.

Сила запропонованої траєкторії – у поєднанні правових, інституційних і технологічних рішень. Коли держава забезпечує однакові правила та прозорі методики, а бізнес бере на себе вимірювані зобов’язання і дотримується високих стандартів якості та безпеки, партнерства перестають бути «альтернативою державі» і стають інструментом гарантованої доступності, передбачуваної якості й фінансової стійкості медичної допомоги для кожної людини.

ВИСНОВКИ

Чинна нормативно-правова база формує безперервний цикл «освіта – допуск до професії – працевлаштування – підвищення кваліфікації – контроль якості», який охоплює і загальні галузеві норми, і спеціальні вимоги до надавачів допомоги. Її сильна сторона – узгодженість із сучасною логікою оплати за результат: кадрові, матеріально-технічні та організаційні критерії закріплюються не лише в ліцензії, а й у договорах на оплату медичної допомоги, що робить їх предметом перевірки та фінансової відповідальності. Електронна система охорони здоров’я перетворює норми на вимірювані показники, дозволяючи об’єктивно відстежувати допуск до практики, навантаження, дотримання протоколів, участь у підвищенні кваліфікації. Водночас правова конструкція потребує подальшої гармонізації: іноді умови ліцензування, освітні стандарти та вимоги до пакетів послуг різняться за деталізацією і термінами впровадження, що створює правову невизначеність для закладів і фахівців. Доопрацювання потребують і механізми підтвердження результатів безперервного професійного розвитку, аби зменшити формальний підхід та посилити зв’язок із реальними компетентностями. Загалом база є достатньо всеохопною, щоб забезпечити контроль якості та безпеки, але її результативність прямо залежить від чистоти даних, синхронізації вимог і спроможності інституцій забезпечити однакове застосування правил у всіх регіонах.

Розподіл повноважень між Кабінетом Міністрів, Міністерством охорони здоров’я, Міністерством освіти і науки/Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти, Національною службою здоров’я та іншими органами створює замкнений цикл управління: політика – стандарти – освіта – фінансування – нагляд – дані. Така «зв’язка» дає змогу поєднати зміст професії (вимоги до компетентностей, протоколи, етика), інституційну якість підготовки (акредитація програм), фінансові сигнали (тарифи, умови договорів) і контроль виконання (аудит, електронна верифікація). Найбільш дієвим елементом є договірна роль державного платника, яка матеріалізує політику в оперативні вимоги до команд і процесів. Проте потенціал взаємодії не розкривається

повністю через несталі механізми координації: різний горизонт планування, неузгоджені терміни впровадження норм, обмежений зворотний зв'язок між освітнім блоком і реальними потребами ринку послуг. Потрібні інституційно закріплені постійні спільні формати роботи (робочі групи з правом ухвалення узгоджених рішень, спільні календарі змін, регулярні звіти про виконання) і єдині інформаційні панелі з індикаторами потреб у кадрах, щоб кожна ланка приймала рішення на основі однакових даних. Узгодженість дій безпосередньо підсилює територіальну справедливість і стійкість системи.

Договірна модель оплати та державна електронна система стали ключовими прискорювачами кадрової спроможності. Оплата за надану допомогу, поєднана з конкретними вимогами до складу команди, графіків і процесів, стимулює заклади будувати штат під реальний попит, а не під формальні штатні нормативи. Електронна система забезпечує верифікацію ролей працівників, маршрути пацієнта, реєстрацію випадків і взаєморозрахунки, що зменшує простір для суб'єктивізму та дозволяє аналізувати доступність і якість у розрізі регіонів і послуг. У результаті кадрові рішення все частіше спираються на дані: від планування змін і чергувань до визначення потреб у додаткових компетентностях. Разом із тим виникає нова вимога – дисципліна заповнення та узгодженість реєстрів. Без коректних електронних записів навіть найкращі правила перетворюються на формальність. Також відчутні виклики зі «складними» послугами (реабілітація, психіатрична допомога, вузькі спеціальності): тут тарифи та показники якості мають тонко враховувати ресурсомісткість і тривалість маршруту пацієнта, аби не створювати викривлень у кадровому плануванні. Загалом ефект моделі позитивний: система стала прозорішою й чутливішою до реального попиту, а персонал – предметом не лише норм, а й вимірюваних договірних зобов'язань.

Найпроблемніші місця імплементації зосереджені на стику освіти, допуску до практики і договірних вимог. Формування державного замовлення часто відстає від реальних потреб за спеціальностями та територіями; механізми інтернатури/резидентури не завжди гарантують достатню практичну підготовку

саме на тих базах, де виникає найбільший дефіцит; процедура атестації й визнання результатів підвищення кваліфікації в окремих випадках залишається надмірно формальною. Нерідко спостерігається різночитання між ліцензійними умовами й мінімальними вимогами до пакетів послуг, що ускладнює роботу приватних і невеликих комунальних закладів. Додаються регіональні диспропорції: слабша аналітична спроможність і брак кадрів у громадах зменшують доступність послуг і стримують укладання договорів. Для розв'язання вузлів потрібні: єдина методика прогнозування потреб у кадрах із використанням даних електронної системи та державного платника; гармонізація вимог між ліцензією, стандартами та пакетами; посилення практичної компоненти інтернатури з прив'язкою до місць дефіциту; прозорі електронні реєстри безперервного розвитку; типові підходи до доказів відповідності. Лише поєднання правових корекцій із управлінською підтримкою «слабких» територій дасть стале вирівнювання.

Війна та посилена міграція суттєво переформатували кадровий баланс: зросли потреби на первинному рівні, в екстреній та реабілітаційній допомозі, у психічному здоров'ї; з'явилися нові «гарячі» точки дефіциту фахівців через переміщення населення і руйнування інфраструктури. Тимчасові спрощення – перевод баз стажування, гнучкі графіки, дистанційні формати підвищення кваліфікації, прискорене підключення до електронної системи – дали змогу зберегти безперервність підготовки і надання допомоги. Однак довготривала стійкість вимагатиме їхнього перетворення на системні рішення: національні обліки кадрів з регулярним оновленням, цільові програми утримання та повернення медиків, підтримка житлом і соціальною інфраструктурою, страхування професійних ризиків, підсилення безпеки в закладах. Паралельно необхідно переглянути показники доступності та якості для територій підвищеного ризику, аби договори справедливо відображали складність умов. Міжнародна допомога варто спрямовувати у «вузькі» спеціальності та оснащення для мобільних і віддалених форматів роботи. Правовий режим воєнного часу показав гнучкість системи; завдання наступного етапу – закріпити

гнучкі механізми як елементи постійної готовності до надзвичайних ситуацій. Порівняння з європейськими та міжнародними підходами демонструє зближення за ключовими напрямами: оплата за результат, стандартизовані протоколи, електронні реєстри, індикатори якості, етичний добір і утримання кадрів, урахування витрат упродовж життєвого циклу. Українська модель активно переймає практику «управління через договори і дані», коли вимоги до спроможності команди й процесів стають предметом угод і перевіряються електронно. Водночас є зони, де відставання відчутніше: повнота національних рахунків кадрів, розвиненість політик утримання в «важких» територіях, ширше використання розподілу завдань між професіями (перерозподіл функцій), страхування професійної відповідальності, сталі механізми зовнішньої оцінки якості. Європейські системи показують, що ефект дає не окремий інструмент, а їх поєднання: прогнози потреб → державне замовлення → стандарти компетентностей → договірні вимоги → вимірювання якості → корекція. Саме замкненість циклу й дисципліна даних забезпечують справедливий доступ і підвищення результативності. Українські кроки в цьому напрямі слід поглиблювати, адаптуючи їх до умов воєнного часу та післявоєнного відновлення.

Зміни до законів і підзаконних актів доцільно спрямовувати на гармонізацію вимог і спрощення правозастосування без втрати якості. Потрібні чіткі «містки» між ліцензійними умовами, освітніми стандартами та вимогами пакетів послуг, щоб надавач і фахівець мали однакові критерії відповідності на всіх етапах. Варто унормувати електронні реєстри безперервного професійного розвитку з прозорими правилами зарахування результатів; розширити можливості практикоорієнтованої інтернатури з мотивацією проходити її в місцях найбільшого дефіциту; визначити типові умови договорів для технологічних послуг із підходом «вартість життєвого циклу» та правила індексації; посилити вимоги до інформаційної безпеки і незалежного аудиту цифрових рішень; запровадити обов’язкові положення про страхування професійної відповідальності й розподіл відповідальності між сторонами при

спільному наданні послуг. Серед управлінських інструментів – постійні міжвідомчі групи з мандатом на узгодження змін, єдині інформаційні панелі потреб у кадрах і виконання показників якості, методичні пакети для закладів і органів місцевого самоврядування, програми вирівнювання для «слабких» територій. Такі корекції зменшать трансакційні витрати, підвищать передбачуваність для закладів і фахівців та пришвидшать практичне втілення норм.

Механізми координації й підзвітності мають закріпити єдиний цикл планування і виконання кадрової політики між центром, регіонами та надавачами. Потрібні регулярні спільні планувальні цикли, у межах яких центральні органи узгоджують обсяги державного замовлення й зміни стандартів, державний платник – вимоги до пакетів і індикатори якості, а регіони – мережеві рішення та заходи з утримання кадрів. Єдині відкриті аналітичні панелі з індикаторами доступності, навантаження, вікової структури й участі у підвищенні кваліфікації дадуть змогу побачити «вузькі місця» та розподілити ресурси справедливо. Доцільно інституційно оформити постійні координаційні ради за участю всіх заінтересованих сторін, де рішення супроводжуються календарями реалізації, відповідальними і публічною звітністю. На рівні договорів варто запровадити стандартні положення про обмін даними, порядок дій у надзвичайних ситуаціях і механізми корекції зобов’язань залежно від змін на місцях. Таке поєднання правових, організаційних та інформаційних інструментів перетворює координацію на керований процес, знижує ризики фрагментації й дублювання та забезпечує для громадян головне – безперервний, безпечний і своєчасний доступ до медичної допомоги незалежно від місця проживання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров‘я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті* № 25 (1059), червень 2020 р. URL: http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html

2. Віктор Ляшко: як працює медицина у воєнний час. https://www.youtube.com/watch?v=EjGgYEiLtB4.

3. Гончарова О. Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? *Права Людини в Україні*. Інформаційний портал Харківської правозахисної групи. URL: http://khpg.org/index.php?id=1484060362

4. Гринчук Ю. С., Шемігон О. І., Вихор М. В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування. *Ефективна економіка*. 2019. № 4. URL: http://ojs.dsau.dp.ua/index.php/efektyvnaekonomika/article/view/1898

5. Державне управління охороною здоров’я в Україні: ґенеза і перспективи розвитку : колективна монографія / за заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ, 2013. С. 14

6. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11.

7. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410.

8. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410

9. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров’я. 2017. № 1(5). С. 148–155. URL: //nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_5

10. Закон № 1053-IX від 03.12.2020 Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я

https://zakononline.com.ua/documents/show/491614___696962?from=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F

11. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801- 12

12. Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" https://ips.ligazakon.net/document/view/t012586?an=&ed=2009_04_16&dtm=

13. Закон України “Про систему громадського здоров’я”, Закон № 2573-IX від 06.09.2022. https://zakononline.com.ua/documents/show/508903___698645?from=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F

14. Закон України Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення" https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-VI#Text

15. Закон України Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення https://ips.ligazakon.net/document/T400400

16. Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text

17. Закон України Про лікарські засоби http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/zak02?opendocument

18. Закон України Про психіатричну допомогу. https://rivnesoc.gov.ua/wp-content/uploads/2019/12/zakon_pro_psyhiatrychnu_dopomogu-1.htm

19. Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва: Організаційно-правові аспекти охорони здоров'я в Європі - http://iph.mk.gov.ua/publikatsiji/om-marzejev/organizatsijno-pravovi-aspekti-okhoroni-zdorovya-v-yevropi.html

20. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Реформування охорони здоров'я в Україні - https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/reformuvannya-okhoroni-zdorovya-v-ukrayini/

21. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Роль громадськості в охороні здоров'я: європейський досвід -

https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/rol-gromads-kosti-v-okhoroni-zdorovya-yevropejskij-dosvid/

22. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Стратегія розвитку системи охорони здоров'я в Україні на 2021-2030 роки - https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/strategiya-rozvitku-sistemi-okhoroni-zdorovya-v-ukrayini-na-2021-2030-roki/

23. Інститут законодавства Верховної Ради України: Державне регулювання у сфері охорони здоров'я в європейських країнах - https://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/zbirnuk/nauk-visn-n30/21.pdf

24. Інформаційні технології у сфері охорони здоров’я. Монографія. Л.Б. Ліщинська, С.А. Яремко, К.В. Копняк, І.О. Гулівата, Л.П. Гусак; за заг. ред. Л. Ліщинської. Вінниця : видавничоредакційний відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2018. 240 с.

25. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров‘я України. *Інвестиції: практика та досвід* № 1/2020, с. 161. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

26. Конституція України Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96 ВР. Редакція від 30.09.2016 р.

27. Конституція України поточна редакція від 01 січня 2020 р., № 27-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

28. Конституція України.

29. Котляр А. “Війна та схеми в медицині”. https://zn.ua/SOCIUM/vojna-i-skhemy-v-meditsine.html

30. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров’я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра.* 2013. № 4. С. 99.

31. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров’я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров’я нації.*

2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86. https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf

32. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January,* № 4 (52), 2018 2007. С.5-15.

33. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January,* № 4 (52), 2018 2007. С.5-15.

34. Марта Бот. https://martabot.pro/

35. Медікіт. https://medikit.ua/patient_consultations?viberRedirect=true&referralSource=Google Ads_LikarDoctorOnline&gclid=CjwKCAiAjPyfBhBMEiwAB2CCIqnppUZhcMtapteGOweu5ID-TkNz8Op2eaqJmkANDwTEc_Is4NCl6hoCGQgQAvD_BwE

36. **Медстар Солюшенс**. https://medstar.ua/pro-nas-3/

37. Міністерство охорони здоров'я України - https://moz.gov.ua/

38. Міністерство охорони здоров'я України перезапустило чатбота про COVID-19. https://www.slovoidilo.ua/2020/04/17/novyna/suspilstvo/likar-ivan-mask-volontery-stvoryly-chatbota-moz

39. МОЗ: Відновлення медичної інфраструктури оцінюється щонайменше у понад 6 млрд дол. https: //www.kmu.gov.ua/news/moz-vidnovlennia-medychnoi-infrastruktury-otsiniuietsia-shchonaimenshe-u-ponad-6-mlrd-dol#:~:text.

40. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). https://nszu.gov.ua/pro-nszu

41. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 року. https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf

42. Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України:Проблеми та перспективи реформування охорони здоров'я в Україні -

http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/problemi_ta_perspektivi_reformuvannya_ohoroni_zdorov_ya_v_ukraini.pdf

43. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. №2801 в редакції від 10.03.2018 р.

44. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.

45. Поліклініка без черг. https://global.newmedicine.com.ua/

46. Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#n19.

47. Постанова КМУ "Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення", № 391 від 28 березня 2018 року. https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-vimog-do-nadavacha-poslug-z-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya-z-yakim-golovnimi-rozporyadnikami-byudzhetnih-koshtiv-ukladayutsya-dogovori-pro-medichne-obslugovuvannya-naselennya

48. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII.

49. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427.

50. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427.

51. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751 Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.

52. Про Державний бюджет України на 2015 рік : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80-VIII.

53. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII.

54. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII.

55. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391.

56. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407.

57. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 р. №3612- VI. https://ips.ligazakon.net/document/T113612?an=126

58. Про утворення Національної служби здоров’я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101.

59. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. 87 с. URL: https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838

60. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ v010p710-02

61. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього 25 жовтня 2019 р. URL: https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/

62. ТСН. Стартувала медична реформа: яких кардинальних змін чекати 2018 року: https://tsn.ua/ukrayina/startuvala-medichna-reforma-yakih-kardinalnih-zmin-chekati-2018-roku1075060.html

63. У рамках генеральної асамблеї ООН пройде п'ять зустрічей високого рівня https://www.ukrainepravo.com/international_law/public_international_law/u-ramkakh-generalnoyi-asambleyi-oon-proyde-p-yat-zustrichey-vysokogo-rivnya/?month=01&year=2021

64. Указ президента України №722/2019 Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року. https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825

65. Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка: Перехід від охорони здоров'я до системи охорони здоров'я в Україні - https://ukraine.fes.de/fileadmin/user_upload/EVI_Publikationen/2015/141221_Yaremenko_ua.pdf

66. Центр економічних та політичних досліджень у галузі охорони здоров'я: Реформування охорони здоров'я в Україні: досвід та виклики - https://cepr.health/en/reforms/

67. Центр реформ Міністерства охорони здоров'я України: Реформа системи охорони здоров'я в Україні - https://reform.health.gov.ua/

68. Цілі у сфері сталого розвитку. https://www.iso.org/ru/sdgs.html

69. Шегедин Я.Ю. Державна політика в галузі медсестринства: структурно-функціональний аспект. Науковий вісник «Демократичне врядування». 2017. Вип. 18/19. URL: http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnyk18_19/fail/ Shegedyn.pdf

70. "Digital Health and the COVID-19 Pandemic" - European Commissionhttps://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/digital-health-and-covid-19-pandemic

71. "Health in All Policies in the European Union: The Promises of Collaboration" - International Journal of Health Policy and Managementhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7339479/

72. "Health in All Policies: Prospects and Potentials" - European Observatory on Health Systems and Policieshttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5646153/

73. "Health Systems and Health Reforms in Europe: An Introduction to Key Concepts, Issues and Debates" - European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315942/

74. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

75. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

76. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

77. Commonwealth Fund: Health System Performance Comparison: Lessons from Nine Countries - https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/may/health-system-performance-comparison-lessons-nine-countries

78. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

79. European Observatory on Health Systems and Policies: Health System Performance Assessment: A Tool for Health Governance in the European Union - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327067/

80. Harvard Business Review: Managing Health Care Costs in the United States: The Role of Public-Private Collaboration - https://hbr.org/2017/11/managing-health-care-costs-in-the-united-states-the-role-of-public-private-collaboration

81. Health Affairs: The Role of Governance in Implementing Multisectoral Approaches to Addressing the Social Determinants of Health - https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.05044

82. Journal of Health Politics, Policy and Law: Governance and Health System Strengthening in Pakistan: Bridging the Gap Between Evidence and Policy - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272901/

83. Journal of Public Health Policy: Integrated Health Systems: What Promises and What Pitfalls? - https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-020-00256-3

84. Labonte R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). Global Health. 2007;3(5):1-11.

85. Mackenbach JP, Kulhanova I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Wojtyniak B, Östergren O, Lundberg O. Trends in inequalities in mortality amenable to health care in 17 European countries. Health Aff (Millwood). 2017;36(6):1110-1118. doi:10.1377/hlthaff.2016.1650

86. OECD Health Policy Studies: Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies - https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-health-sector-efficiency_9789264266414-en

87. Ollila, Baum et al. (2013), адаптировано из рабочих определений ВОЗ для 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, Хельсинки, 10–14 июня 2013 г.

88. Public Administration Review: Collaborative Governance in the Public Sector: Lessons Learned and Future Directions - https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/puar.13002

89. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

90. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

91. Solar O, Irwin A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforanalysisandactiononSDH_eng.pdf

92. The Lancet: Public leadership for public health in the era of COVID-19 - https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31199-7/fulltext

93. The Social Determinants of Health: Key Concepts and Recommended Actions for Policy-Makers. Policy Brief. World Health Organization, 2011. https://www.who.int/sdhconference/resources/PolicyBrief_English.pdf

94. The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/

95. The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/.

96. Vovk S. M. A prerequisite for modernization of the medical aid system in Ukraine. International Scientific Conference Innovative Potential of SocioEconomic Systems: the Challenges of the Global World, Part II, December 22th, 2017. Lisbon, Portugal. Baltija Publishing. 128 pages.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Узагальнення нормативно-правової бази

кадрового забезпечення та участі приватного сектора

Напрям/блок регулювання	ключовий акт/документ	рівень акта	основний зміст	що вимагає від закладу/працівника	що перевіряють уповноважені органи	примітки/актуальний стан	джерело/посилання
Конституційні засади	Конституція України	закон (основний)	гарантує право на охорону здоров’я, базові соціальні гарантії	дотримання прав пацієнтів, недискримінація	відповідність статтям щодо безоплатності базових послуг у держ/комун. закладах	тлумачення Конституційного Суду щодо ст. 49	[26; 27; 60]
Базові галузеві норми	Основи законодавства України про охорону здоров’я	закон	принципи організації допомоги, статус медпрацівника, повноваження МОЗ	дотримання стандартів, етики, ведення медичної документації	ліцензія, дотримання стандартів якості, відповідальність	рамковий закон для похідних актів	[11; 43]
Ліцензування практики	Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики (акти МОЗ/КМУ)	постанова/наказ	кадрові, організаційні, оснащення, безпека	підтвердження штатів, приміщень, обладнання, СОП	наявність і відповідність документів, огляд бази	часті підстави зауважень — кадри/оснащення	[47; 55]
Освіта/акредитація	Закони та стандарти вищої освіти; акти МОН/НАЗЯВО	закон/наказ	вимоги до програм підготовки, акредитація	відповідність результатам навчання, програми інтернатури	акредитація, відповідність стандартам	узгодження з клінічними вимогами МОЗ	[9; 41]

Інтернатура /резидентура	Накази МОЗ щодо переліку спец., тривалості, баз	наказ	порядок зарахування, бази стажування, нагляд і підсумкова атестація	наявність наставників, журналів, графіків	відповідність баз інтернатури, виконання програм	під час війни діють спрощення/ переміщення баз	[41; 55]
Атестація/БПР (CPD)	Накази МОЗ про БПР та атестацію	наказ	перехід до компетентнісного обліку, електронні бали, провайдери	набір кредитів БПР, підтвердження активностей	дійсність заходів, сума балів, періодичність	цифровізація обліку, мультиформат БПР	[41]
Договірна модель (ПМГ)	Закон про держ. фінанси і гарантії; пакети НСЗУ	закон/постанова	програма медичних гарантій, закупівля послуг НСЗУ	виконання вимог пакета, дані в е-системі, індикатори	відповідність кадрів і графіків, фіксація випадків	оплата «за послугу/випадок», підвищувальні коефіцієнти	[53; 55; 40]
Вимоги до надавачів ПМГ	Постанова КМУ №391 та специфікації	постанова	мінімальні кадрові/технічні вимоги	оформлені ролі, цілодобові чергування, оснащення	аудит НСЗУ до/після договору	розбіжності з ліцензійними нормами — зона гармонізації	[47; 55]
eHealth/електронні дані	Держ. електронна система охорони здоров’я (регламенти МОЗ/КМУ)	постанова/наказ	реєстри надавачів/медиків, е-направлення, проліковані випадки	коректний облік, інтеграція МІС, захист даних	верифікація ролей, цілісність записів	ключ до підзвітності та аналітики	[24; 70; 94]
Телемедицина	Порядок організації допомоги із застосуванням телемедицини	наказ/постанова	вимоги до процесів, безпеки, згоди	платформа, протоколи, журналювання доступів	дотримання конфіденційності, технічна сумісність	масштабування під час війни	[46]
Громадське здоров’я	Закон про систему громадського здоров’я	закон	профілактика, епіднагляд, міжсекторальність	участь у програмах, звітність	виконання заходів, охоплення	посилення профілактики, скринінгів	[13; 76]

Фармацевтика	Закон про лікарські засоби, фармаконагляд	закон/підзаконні	реєстрація, обіг, контроль якості	договори постачання, простежуваність	сертифікація, належні практики	критично для технологічних ППП	[17]
Нагляд і контроль	Держаудитслужба, Рахункова палата, АМКУ	спеціальні закони	фінансовий/ конкурентний контроль	прозорість договорів, відсутність змов	аудит використання коштів, конкуренції	підсилює довіру до ПМГ/ППП	[62]

Таблиця складена автором на основі: [11; 13; 17; 24; 40; 41; 43; 46; 47; 53; 55; 60; 62; 70; 76; 94] та внутрішніх методичних матеріалів МОЗ/НСЗУ.

ДОДАТОК Б

Матриця повноважень і взаємодій інституцій у кадровій політиці та ППП

Інституція	**роль у кадровій політиці**	**роль у ППП/закупівлях**	**основні інструменти**	**дані/реєстри**	**типові точки взаємодії**	**ризики/вузькі місця**	**індикатори результативності**
КМУ	системні правила, бюджетні рамки	політика державно-приватної співпраці	постанови, параметри ПМГ	бюджетні параметри, плани	погодження умов пакетів, е-системи	фрагментація підзаконних актів	частка покриття ПМГ; рівень доступності
МОЗ	стандарти, допуск, БПР, ліцензія	спеціальні режими (телемедицина, інфекційний контроль)	накази, протоколи, ліцензійні умови	реєстри спеціалістів/закладів	узгодження вимог з НСЗУ, МОН/НАЗЯВО	розриви між ліцензією і пакетами	відсоток надавачів, що відповідають стандартам; охоплення БПР
НСЗУ	держзамовник послуг, контроль спроможності	контрактування приватних надавачів	договори, тарифи, моніторинг	е-записи випадків, індикатори	аудит відповідності пакетам	«паперове» виконання кадрових вимог	виконання індикаторів якості; скарги/1000 випадків
МОН/НАЗЯВО	акредитація освітніх програм	методичне узгодження компетентностей	стандарти освіти, акредитація	реєстри програм, випускників	узгодження профілів з МОЗ/НСЗУ	затримки оновлення стандартів	працевлаштування випускників; відповідність компетентностей
Мінфін	фінансові рамки ПМГ	правила довгострокових зобов’язань	бюджет, фіскальні ліміти	кошториси, звіти	планування ПМГ з КМУ/НСЗУ	недоіндексація тарифів	повнота фінансування; своєчасність оплат
Мінекономіки	публічні закупівлі, конкуренція	рамки ДПП/концесій	політика закупівель, ДПП	реєстр договорів	тлумачення предметів закупівлі	колізії спец/загальних процедур	частка конкурентних процедур; час закупівлі
Місцеве самоврядування	власник комунальних ЗОЗ	співфінансування, локальні ППП	рішення рад, програми стимулів	локальні реєстри мережі	погодження майнових питань	різна управлінська спроможність	забезпеченість лікарями; час до послуги

Нагляд (ДАСУ, РПУ, АМКУ)	фінансовий/конкурентний контроль	антикорупційні запобіжники	аудити, перевірки	звіти, висновки	перевірки договорів/закупівель	затяжні спори, зупинки проектів	доля усунених порушень; превентивні рекомендації

Таблиця складена автором на основі: [41; 47; 53; 55; 62] та офіційних описів повноважень інституцій.

ДОДАТОК В

Набір індикаторів і дашбордів для моніторингу кадрової спроможності та ППП

Показник	**визначення/формула**	**джерело даних**	**періодичність**	**порогові значення/цілі**	**застосування**
забезпеченість лікарями	кількість лікарів на 10 тис. населення	е-система, кадрові реєстри	квартал	≥ нормативу МОЗ	планування держзамовлення, стимули
забезпеченість медсестрами	кількість медсестер на 10 тис.	е-система, HR-дані	квартал	≥ нормативу	баланс команд, графіки
вакантність ставок	частка незаповнених ставок, %	HR-облік	місяць	≤ 5–7%	пріоритизація набору
середній вік персоналу	середній вік по категоріях	HR-облік	півріччя	моніторинг старіння	програми наступництва
виконання БПР	частка працівників із достатніми кредитами	реєстр БПР	рік	100% критичних посад	допуск/атестація

Доступність і якість

Показник	**визначення/формула**	**джерело даних**	**періодичність**	**поріг/ціль**	**застосування**
час до консультації	середній час очікування, дні	е-записи, кол-центр	місяць	≤ ціль пакета	управління чергами
повторні госпіталізації	частка протягом 30 днів	е-система	квартал	↓ тренд	якість переходів care
ускладнення/інциденти	кількість на 1000 випадків	інцидент-репортинг	місяць	0 інцидентів із тяжкими наслідками	навчання, коригувальні дії
охоплення профілактикою	частка цільових груп	е-система, реєстри	квартал	≥ план	пріоритизація ресурсів
задоволеність пацієнтів	індекс опитування, бал	опитування	півріччя	≥ 80/100	покращення сервісу

Фінансова ефективність і вартість життєвого циклу

Показник	**визначення/формула**	**джерело даних**	**періодичність**	**поріг/ціль**	**застосування**
собівартість епізоду	витрати/епізод vs тариф	бухгалтерія, НСЗУ	квартал	≤ тариф ± допуски	корекція шляхів, економія
uptime обладнання	% часу готовності	сервісні журнали	місяць	≥ 95–98%	SLA з партнерами
частка позапланових ремонтів	кількість/квартал	сервісні журнали	квартал	↓ тренд	оновлення парку

індексація контрактів	стан індексації витрат	договори	рік	відповідність інфляції	стійкість ППП

Цифрова дисципліна і безпека

Показник	**визначення/формула**	**періодичність**	**поріг/ціль**	**застосування**
повнота е-записів	частка випадків з повним набором полів	місяць	≥ 98%	якість даних
прострочені підписання	частка записів із затримкою	місяць	≤ 2%	дисципліна обліку
інциденти безпеки	кількість/категорія	місяць	0 критичних	аудит доступів
сумісність МІС	виконання техвимог	півріччя	100% відповідності	інтеграція з eHealth

Реєстр ППП-проєктів

Проєкт	**тип партнерства**	**короткий опис**	**партнер**	**строк/етап**	**очікувані результати**	**статус/ризики**
Управління діагностичним парком	сервісний контракт	МРТ/КТ із повним сервісом та uptime-SLA	ТОВ «…»	2025–2028, етап 1	≥ 98% готовності, ↓черги	у роботі; ризик інфляційних витрат
Лабораторія «під ключ»	договір на послуги	центральна лабораторія з логістикою	ПрАТ «…»	2025–2027	ТАТ ≤ X год, точність ≥ Y	підготовка договору
Телемедицина	цифрова платформа	віддалені консультації спец.	ТОВ «…»	постійно	↓час до консультації	пілот; аудит безпеки
Реабілітаційний центр	інфраструктурний договір	проектування-будівництво-управління	СП ДПП	2025–2035	охоплення Z пац./рік	ТЕО; майнові умови

Таблиці складені автором із використанням логіки індикаторів і джерел даних, описаних у: [24; 40; 41; 53; 55; 70; 87; 94], а також практик побудови медичних дашбордів.