

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Юридичний факультет

Кафедра публічного управління та адміністрування

«Допущено до захисту»

В. о. завідувача кафедри публічного
управління та адміністрування

В. М. Ємельянов

“ _____ ” _____ 20__ року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ЗМІНИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Керівник: д. держ. упр., професор
Ємельянов Володимир Михайлович
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: д. держ. упр., професор
Андріяш Вікторія Іванівна
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студент VI курсу групи 639мз
Микитенко Юлія Вікторівна
(П.І.Б.)

Спеціальнос
ті: 281 «Публічне управління та
адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Публічне управління закладами
охорони здоров'я»

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено зміни публічного управління закладами охорони здоров'я України в умовах воєнного стану на прикладі Харківської області як одного з найбільш постраждалих регіонів. Актуальність теми зумовлена повномасштабною збройною агресією проти України, що призвела до значних руйнувань медичної інфраструктури, ускладнення доступу населення до медичних послуг, зростання навантаження на систему охорони здоров'я та необхідності оперативної трансформації управлінських механізмів на державному і регіональному рівнях.

Метою роботи є комплексний аналіз особливостей публічного управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану та обґрунтування напрямів удосконалення управлінських механізмів із урахуванням сучасних викликів і потреб регіону. Для досягнення поставленої мети в роботі розкрито теоретико-правові засади публічного управління у сфері охорони здоров'я, проаналізовано нормативно-правове забезпечення функціонування галузі, досліджено практичні аспекти реалізації медичної реформи на регіональному рівні.

Особливу увагу приділено аналізу надання медичних послуг цивільному населенню та військовослужбовцям у Харківській області, питанням кадрового забезпечення та підготовки медичного персоналу в умовах воєнного стану. У роботі здійснено оцінку ефективності створення госпітальних округів на прикладі закладів охорони здоров'я області, зокрема обласної клінічної лікарні, лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги, перинатального центру, обласної дитячої лікарні та лікарень інтенсивного лікування районного рівня. розглянуто можливості застосування державно-приватного партнерства як інструменту відновлення та розвитку медичної інфраструктури в умовах обмежених бюджетних ресурсів.

Методологічною основою дослідження є загальнонаукові та спеціальні методи пізнання, зокрема аналіз і синтез, системний та структурно-функціональний підходи, порівняльний аналіз, методи узагальнення

статистичних і аналітичних даних. Інформаційну базу роботи становлять норми чинного законодавства України, офіційні матеріали Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України, Харківської обласної військової адміністрації, органів місцевого самоврядування, наукові публікації вітчизняних і зарубіжних дослідників.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання органами публічної влади та керівниками закладів охорони здоров'я для вдосконалення управлінських рішень у сфері організації медичної допомоги в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення галузі.

Ключові слова: публічне управління, охорона здоров'я, воєнний стан, медична реформа, госпітальний округ, Харківська область, державно-приватне партнерство.

ABSTRACT

The qualification paper examines changes in the public administration of healthcare institutions in Ukraine under martial law, using the Kharkiv region as a case study of one of the most affected areas. The relevance of the topic is обусловлена the full-scale armed aggression against Ukraine, which has led to significant destruction of healthcare infrastructure, restricted access of the population to medical services, increased pressure on the healthcare system, and the need for rapid transformation of governance mechanisms at both national and regional levels.

The purpose of the study is to provide a comprehensive analysis of the specific features of public administration of healthcare institutions under martial law and to substantiate directions for improving governance mechanisms in view of current challenges and regional needs. To achieve this goal, the paper elaborates the theoretical and legal foundations of public administration in the healthcare sector, analyzes the regulatory framework governing the functioning of the sector, and examines practical aspects of the implementation of healthcare reform at the regional level.

Special attention is paid to the analysis of the provision of medical services to the civilian population and military personnel in the Kharkiv region, as well as to issues of staffing and training of medical personnel under martial law. The study assesses the effectiveness of the establishment of hospital districts using key healthcare institutions of the region as examples, including the regional clinical hospital, the emergency and urgent care hospital, the perinatal center, the regional children's hospital, and district-level intensive care hospitals. In addition, the possibilities of applying public-private partnership as a tool for the restoration and development of healthcare infrastructure under conditions of limited budgetary resources are considered.

The methodological basis of the research consists of general scientific and special methods of inquiry, including analysis and synthesis, systemic and structural-functional approaches, comparative analysis, as well as methods of generalization of statistical and analytical data. The information base of the study includes current legislation of Ukraine, official materials of the Cabinet of Ministers of Ukraine, the

Ministry of Health of Ukraine, the National Health Service of Ukraine, the Kharkiv Regional Military Administration, local self-government bodies, as well as scientific publications by domestic and foreign researchers.

The practical significance of the obtained results lies in the possibility of their use by public authorities and healthcare institution managers to improve managerial decision-making in the organization of medical care under martial law and in the post-war recovery of the healthcare sector.

Keywords: public administration, healthcare, martial law, healthcare reform, hospital district, Kharkiv region, public-private partnership.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1	12
ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ХДОРОВ'Я.....	12
1.1 Основні поняття публічного управління закладами охорони здоров'я	12
1.2. Законодавче забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я на державному та регіональному рівні	14
1.3. Основні етапи медичної реформи на регіональному рівні	20
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2	27
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	27
2.1 Надання медичних послуг цивільному населенню і військовослужбовцям в закладах охорони здоров'я у Харківській області	27
2.2. Підготовка персоналу та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я у Харківській області.....	30
Висновки до розділу 2	37
РОЗДІЛ 3	39
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	39
3.1 Аналіз ефективності створення госпітальних округів	39
3.2 Впровадження новітніх технологій управління закладами охорони здоров'я (цифровізація, штучний інтелект).....	52
3.3. Можливість застосування державно-приватного партнерства в управління закладами охорони здоров'я.....	53
Висновки до розділу 3	55
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Повномасштабна збройна агресія російської федерації проти України, запровадження воєнного стану та тривала виснажлива війна принципово змінили умови функціонування системи охорони здоров'я й публічного управління загалом. Заклади охорони здоров'я вимушено поєднують виконання своєї базової місії - забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою - з реагуванням на масові бойові травми, переміщенням населення, руйнуванням інфраструктури, хронічним стресом персоналу та пацієнтів, трансформація моделі фінансування охорони здоров'я, започаткована ще до 2020 року, продовжується і в умовах війни. Запровадження Програми медичних гарантій, перехід до контрактної моделі відносин між Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та надавачами послуг, розгортання електронної системи охорони здоров'я, розвиток автономізації закладів охорони здоров'я суттєво змінили логіку публічного управління галуззю, за даними НСЗУ, лише у 2023 році безоплатну медичну допомогу за Програмою медичних гарантій отримали понад 22 млн пацієнтів, а обсяг виплат закладам охорони здоров'я перевищив 133 млрд грн, що засвідчує масштаб та системність нової моделі фінансування навіть в умовах воєнного стану.

На фоні воєнних викликів держава продовжує формувати середньо- та довгострокове бачення розвитку системи охорони здоров'я. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р схвалено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затверджено операційний план заходів з її реалізації на 2025-2027 роки, де окремо наголошено на необхідності підвищення управлінської спроможності закладів, посилення ролі даних в ухваленні рішень, розвитку електронної системи охорони здоров'я та інтеграції з європейськими підходами до публічного управління, продовжується реалізація Концепції розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року (розпорядження КМУ від 21.06.2024 р. № 572-р), що вимагає від керівників закладів інтегрувати послуги з психічного здоров'я у загальні

стратегії розвитку та структуру управління.

Особливістю поточного етапу є поєднання реформаторського, стратегічного та кризового (надзвичайного) управління, НСЗУ та МОЗ продовжують удосконалювати інструменти контракування, тарифоутворення та управління ризиками, у 2025 році передбачено зростання базових капітаційних ставок на первинній ланці та уточнення механізмів реалізації Програми медичних гарантій, міжнародні організації фіксують значне зростання потреб у медичній допомозі: за оцінками гуманітарного плану ООН на 2025 рік, понад 9,2 млн людей в Україні потребують допомоги у сфері охорони здоров'я, у тому числі близько 2,2 млн внутрішньо переміщених осіб, що ставить перед закладами охорони здоров'я безпрецедентні завдання.

Наукові дослідження останніх років підкреслюють, що стійкість системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану безпосередньо залежить від якості управлінських рішень, компетентності керівників, ефективності механізмів мотивації та розвитку персоналу, прозорості фінансування, від того, наскільки швидко управлінська система здатна інтегрувати цифрові інструменти та аналітику даних у щоденну практику. Серед українських дослідників зростає інтерес до механізмів підтримки закладів охорони здоров'я в умовах реформ та війни, удосконалення управління персоналом, правових механізмів ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я, до типових моделей публічного управління, адаптованих до умов високої невизначеності та ризиків на цьому тлі актуальною постає проблема комплексного осмислення саме змін публічного управління закладами охорони здоров'я в період з 2021 року по сьогодні, з урахуванням впливу воєнного стану, нових стратегічних документів Уряду, практики реалізації Програми медичних гарантій та досвіду міжнародних організацій.

Актуальність обраної теми зумовлена посиленням децентралізації та ролі органів місцевого самоврядування в управлінні закладами охорони здоров'я. У багатьох громадах саме органи місцевого самоврядування забезпечують утримання та розвиток медичної інфраструктури, співфінансування капітальних видатків, організацію укриттів, логістику пацієнтів, транспорт для екстреної

допомоги.

Воєнний стан посилив кадрові втрати, міграцію медичних працівників, виснаження персоналу, що обумовлює потребу в оновленні механізмів мотивації, атестації, підготовки та безперервного професійного розвитку медичного персоналу й управлінців, держава продовжує вдосконалювати нормативне регулювання атестації працівників, призначення керівників закладів, функціонування наглядових рад, що безпосередньо стосується публічного управління в галузі.

Ступінь наукової розробленості проблеми дозволяє констатувати, що питання реформування системи охорони здоров'я, фінансових механізмів, автономізації закладів, цифровізації медичної сфери та вдосконалення управлінських рішень розглядалися в роботах вітчизняних і зарубіжних дослідників, які аналізували економічні механізми управління медичними закладами, впровадження систем менеджменту якості, державне регулювання охорони здоров'я, модернізацію механізмів публічного управління галуззю [15; 21; 22; 24; 28; 29]. Комплексний аналіз динаміки змін публічного управління закладами охорони здоров'я в період з 2021 року, з фокусом на впливі воєнного стану, адаптації управлінських моделей та інструментів, інтеграції міжнародних підходів і досвіду партнерів, поки що представлений фрагментарно, що зумовлює наукову й практичну значущість обраного дослідження.

Об'єктом дослідження є система публічного управління закладами охорони здоров'я України в умовах воєнного стану.

Предметом дослідження є зміни механізмів, інструментів та організаційних форм публічного управління закладами охорони здоров'я в Україні у 2021-2025 роках під впливом воєнного стану, реформ фінансування та цифрової трансформації.

Метою дослідження є науково обґрунтований аналіз змін публічного управління закладами охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану та розроблення практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності управлінських рішень на державному та регіональному рівнях.

Для досягнення поставленої мети у роботі вирішуються такі основні завдання:

- з'ясувати теоретико-правові засади публічного управління закладами охорони здоров'я та сучасні підходи до ухвалення управлінських рішень у галузі;
- проаналізувати еволюцію нормативно-правового забезпечення публічного управління охороною здоров'я на державному й регіональному рівнях у 2021-2025 роках;
- узагальнити основні етапи та результати медичної реформи в регіональному вимірі, зокрема з урахуванням запровадження воєнного стану;
- дослідити практику використання аналітичних інструментів НСЗУ та електронної системи охорони здоров'я у процесі управління закладами;
- виявити проблеми та ризики, що виникають у публічному управлінні закладами охорони здоров'я в умовах війни;
- запропонувати напрями удосконалення механізмів публічного управління закладами з урахуванням вимог Стратегії розвитку системи охорони здоров'я та європейських стандартів.

Методологічну основу дослідження становить комплекс загальнонаукових і спеціальних методів пізнання.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в уточненні змісту поняття «зміни публічного управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану» як системної трансформації цілей, інструментів, акторів та взаємодій у процесі управління закладами, зумовленої поєднанням реформаторського та кризового управління; у виділенні та характеристиці трендів трансформації публічного управління закладами охорони здоров'я в Україні у 2021-2025 роках; у пропозиціях щодо удосконалення механізмів взаємодії між НСЗУ, органами місцевого самоврядування та керівниками закладів на основі використання даних електронної системи охорони здоров'я та інструментів ризик-менеджменту.

Практичне значення одержаних результатів - у можливості використання сформульованих у роботі висновків і рекомендацій у діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування під час розроблення регіональних

програм розвитку охорони здоров'я, планів спроможності медичної мережі, місцевих стратегій розвитку громад; у діяльності керівників закладів охорони здоров'я - для удосконалення внутрішніх механізмів управління, мотивації персоналу, використання аналітичних інструментів НСЗУ; у навчальному процесі закладів вищої освіти - як аналітичного матеріалу в курсах з публічного управління та адміністрування, управління в охороні здоров'я, місцевого самоврядування.

Інформаційну базу дослідження становлять Конституція України, закони України та підзаконні нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я й публічного управління, зокрема акти Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ; стратегічні документи Уряду, включно зі Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, планами заходів з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я; офіційні статистичні дані Державної служби статистики України, МОЗ, НСЗУ; аналітичні записки Національного інституту стратегічних досліджень, Всеукраїнської асоціації громад; звіти й публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я та інших міжнародних організацій; наукові монографії, статті, дисертаційні дослідження українських та іноземних авторів.

Структура роботи зумовлена метою та завданнями дослідження й логікою розкриття теми. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Основні поняття публічного управління закладами охорони здоров'я

Публічне управління закладами охорони здоров'я охоплює діяльність органів державної влади та місцевого самоврядування щодо організації, регулювання, фінансування і контролю функціонування системи медичних закладів з метою забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою, це сукупність управлінських рішень і дій, що спрямовані на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, підтримку ефективної роботи медичних установ та підвищення результативності системи охорони здоров'я в цілому. До суб'єктів такого управління належать Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ), інші центральні органи виконавчої влади, обласні та районні військові адміністрації (в умовах воєнного стану), органи місцевого самоврядування (обласні, міські, селищні та сільські ради), які є власниками більшості комунальних закладів охорони здоров'я, професійні регуляторні органи (атестаційні та акредитаційні комісії тощо) [9].

Однією з базових категорій є заклад охорони здоров'я - організація (установа або підприємство), основним завданням якої є медичне обслуговування населення, в контексті українського законодавства до закладів охорони здоров'я відносяться лікарні, поліклініки, амбулаторії, центри первинної медико-санітарної допомоги, диспансери, станції екстреної медичної допомоги, перинатальні центри. Поняття публічного управління медичними закладами включає як стратегічний рівень (формування політики, стратегій розвитку галузі, нормативних вимог), так і операційний рівень (управління окремими установами, прийняття управлінських рішень їх керівниками, забезпечення фінансово-господарської діяльності, кадрового забезпечення, контролю якості послуг), особливість сучасної моделі управління охороною здоров'я України: вона

поєднує елементи децентралізації і автономізації медичних закладів із збереженням ролі держави у фінансуванні через програму медичних гарантій, у 2017-2018 рр. було закладено основу нової системи, коли ухвалено Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-VIII від 19.10.2017, створено НСЗУ як національного замовника медичних послуг та запроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Автономізація медичних закладів - одне з понять сучасної реформи, процес, завершений до 2020 року, надав закладам ширші управлінські та фінансові повноваження: право самостійно розпоряджатися коштами, оптимізувати штат, запроваджувати платні послуги (в межах визначених законодавством) тощо. За оцінкою урядової Стратегії розвитку системи охорони здоров'я, автономізація підвищила рівень самостійності управлінських рішень керівництва закладів та їхніх власників (засновників), дала змогу запровадити оплату за медичну послугу замість кошторисного утримання, заклала основи конкурентності між надавачами послуг, стало фундаментом фінансових змін спочатку на рівні первинної медичної допомоги (сімейні лікарі), а згодом - і на рівні спеціалізованої допомоги, що надається лікарнями вторинного і третинного рівня. В умовах ринку медичних послуг, що формується, поняття ефективного менеджменту закладу охорони здоров'я виходить на перший план: лікарні, які вміють організувати роботу, підвищити якість і репутацію, отримують більше пацієнтів та відповідно більше фінансування від НСЗУ, тоді як слабкі в управлінні заклади ризикують втрачати пацієнтів і фінансову стійкість, публічне управління сьогодні - це не командно-адміністративний розподіл ресурсів «згори», як було раніше, а створення умов для ефективної самостійної діяльності медичних установ та справедливого фінансування на основі результатів їх роботи [8].

В контексті публічного управління важливим є поняття якості медичних послуг та її забезпечення управлінськими рішеннями. Якість і доступність медичної допомоги розглядаються як результати діяльності системи охорони здоров'я, тому держава впроваджує різноманітні механізми контролю і

стимулювання якості: протоколи лікування, акредитацію закладів, ліцензування фахівців, моніторинг показників здоров'я населення, зворотний зв'язок від пацієнтів. Роль публічного управління полягає у встановленні цих “правил гри” та стандартів, за якими працюють автономні заклади, аби вони орієнтувалися не лише на фінансові показники, а й на поліпшення здоров'я населення. Дослідники відзначають, що доступність медичних послуг сама по собі не є самоціллю - завдання полягає в тому, щоб завдяки підвищенню якості і доступності сприяти поліпшенню здоров'я людей і якості їх життя. Пандемія COVID-19 та згодом війна актуалізували поняття стійкості системи охорони здоров'я - спроможності витримувати кризи і продовжувати надавати послуги [4].

1.2. Законодавче забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я на державному та регіональному рівні

Правове поле, у межах якого здійснюється публічне управління медичною сферою, значно розширилося та оновилося протягом 2021-2025 років. На державному рівні було прийнято низку стратегічних документів, законів та підзаконних актів, що формують сучасну нормативну базу охорони здоров'я України, враховуючи як довгострокові цілі розвитку галузі, так і виклики воєнного часу, на регіональному рівні (області, громади) діють нормативні акти органів місцевого самоврядування та військових адміністрацій, що конкретизують і реалізують державну політику з урахуванням місцевих потреб [12].

Базовим законодавчим актом, що визначає засади охорони здоров'я, залишаються Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон від 19.11.1992 №2801-XII з численними змінами), за останні роки ухвалено нові закони, які суттєво змінили правила функціонування системи. Найважливіший з них - Закон №2168-VIII “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, що запровадив Програму медичних гарантій (ПМГ), програма стала головним фінансовим механізмом: держава через НСЗУ

закуповує у медичних закладів визначений пакет послуг для населення, оплачуючи їх за встановленими тарифами, а пацієнти отримують ці послуги безоплатно, фактично ПМГ замінила собою стару систему фінансування через медичну субвенцію з бюджету, перейшовши від утримання закладів до оплати послуг пацієнтам. За даними уряду, навіть під час війни фінансування ПМГ не скоротилося, а навпаки зростало: так, у 2023 році на неї було виділено 157,3 млрд грн, а у 2024 - 180,7 млрд грн, що більше, ніж довоєнного 2021 року, на 2025 рік бюджет ПМГ заплановано у розмірі 175 млрд грн, свідчить про пріоритетність охорони здоров'я навіть в умовах обмежених ресурсів воєнного часу.

Згідно з оцінкою Національного інституту стратегічних досліджень (НІСД), оприлюдненою у 2025 році, обсяги фінансування за ПМГ покривають лише близько 70% реальних витрат медичних закладів, занижені тарифи на деякі послуги та зростання цін (через інфляцію, воєнні ризики) створюють ризики фінансової збитковості лікарень, особливо в регіонах. Представники НСЗУ частково визнають цю проблему, проте наголошують, що значною мірою фінансовий стан закладів залежить від ефективності їх менеджменту та спроможності залучати пацієнтів: у конкурентному середовищі одні лікарні успішно розвиваються, тоді як інші - недовантажені пацієнтами і змушені оптимізувати витрати, для вирішення проблеми недофінансування вже в 2024 році за підтримки ВООЗ було проведено перегляд методики розрахунку тарифів, були здійснені масштабні дослідження собівартості послуг первинної меддопомоги, що дозволило обґрунтувати підвищення капітаційної ставки для сімейних лікарів у 2025 році [56].

Закон України “Про систему громадського здоров'я” №2573-IX від 06.09.2022, створив правові рамки для функціонування та розвитку системи громадського здоров'я, передбачив формування Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) в кожному регіоні, пандемія COVID-19, а згодом і воєнні біологічні загрози, такі як ризики інфекцій, спонукали до посилення епідеміологічного нагляду та готовності реагувати на спалахи хвороб, закон закріпив повноваження МОЗ у цій сфері та визначив задачі ЦКПХ, що діють на

обласному рівні, відбувається перебудова старої санітарно-епідеміологічної служби на сучасну мережу громадського здоров'я, інтегровану у міжнародні системи моніторингу загроз здоров'ю.

Для вдосконалення державної політики у сфері лікарських засобів прийнято нову редакцію Закону України “Про лікарські засоби” №2469-IX від 28.07.2022, закон привів регулювання обігу ліків у відповідність до норм ЄС, розмежував функції формування політики (залишились за МОЗ) і реалізації політики (передані новоствореному центральному органу виконавчої влади - Державній службі з лікарських засобів та контролю за наркотиками, що отримала спеціальний статус), впроваджено європейські принципи регулювання фармацевтичного ринку, посилено контроль за якістю та безпекою ліків, що є важливою частиною забезпечення ефективності лікування.

Велике значення має державне стратегічне планування розвитку галузі. 17 січня 2025 року Кабінет Міністрів України розпорядженням №34-р схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердив операційний план заходів на 2025-2027 роки для її реалізації, документ окреслює глобальну мету - створення в Україні такої системи охорони здоров'я, що забезпечить кожному громадянину якісні, доступні та безоплатні медичні послуги на рівні з європейськими країнами, у Стратегії проаналізовано поточний стан галузі, тенденції та проблеми, що потребують розв'язання. Зокрема, зазначено, що попри успіхи реформи (запровадження НСЗУ, автономізація, цифровізація тощо), існують значні виклики: низька середня тривалість життя українців, високий рівень неінфекційних захворювань і смертності, старіння населення, недостатні показники вакцинації, наголошено на пріоритетності проблем психічного здоров'я, які з “прихованого виклику” перетворилися на очевидну проблему після початку повномасштабної війни. Стратегія-2030 ставить серед цілей розвиток служб психічного здоров'я, боротьбу з залежностями, зміцнення реабілітації, інтеграцію медичних послуг навколо пацієнта [18].

Серед нових нормативних актів слід згадати і розпорядження КМУ №572-

р від 21 червня 2024 р, яким затверджено план заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року, документ конкретизує кроки, необхідні для розбудови системи надання психічної допомоги населенню, що особливо актуально в умовах воєнної травматизації населення, план передбачає створення розгалуженої мережі служб психологічної підтримки, навчання кадрів (психологів, психотерапевтів) для роботи з посттравматичними стресовими розладами, інтеграцію послуг з психічного здоров'я на рівні громад і первинної ланки, проведення інформаційних кампаній щодо подолання стигми психічних розладів, формування сучасної системи ментального здоров'я стало настільки важливим, що у Програмі медичних гарантій на 2025 рік з'явився новий пакет послуг - "Психосоціальна і психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах психічного здоров'я", який держава оплачує на рівні з іншими пріоритетними послугами, нормативні акти (концепції, стратегії) впливають на практичні управлінські рішення щодо фінансування та організації нових служб, приймалися і суто прикладні накази МОЗ та постанови Уряду, покликані вирішувати конкретні завдання управління закладами охорони здоров'я, з метою підвищення прозорості та ефективності управління державними і комунальними лікарнями МОЗ затвердило новий порядок проведення конкурсів на посади керівників закладів, наказ МОЗ №2143 від 23 грудня 2024 р. затвердив "Порядок оцінювання учасників конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я" (zareestrovaniy в Мін'юсті в січні 2025), порядок вводить єдині критерії та бальну систему оцінки кандидатів на керівні посади лікарень, що має забезпечити обрання професійних, компетентних менеджерів на конкурентній основі, а не за суб'єктивними рішеннями [21].

В умовах розширення автономії лікарень професійність їх керівників виходить на перший план, тому держава встановила чіткі вимоги до їх відбору і оцінки. Подібним чином, для посилення громадського контролю та підзвітності, Кабінет Міністрів ухвалив постанову №1221 від 21 листопада 2023 р. "Про

наглядову раду закладу охорони здоров'я", якою визначено порядок утворення і діяльності наглядових рад при державних та комунальних лікарнях. Наглядові ради, до складу яких можуть входити представники громадськості, донорів, органів влади, мають здійснювати функції контролю за діяльністю керівництва закладу, дотриманням цільового використання коштів, якістю послуг та захистом прав пацієнтів.

Для забезпечення безперебійної роботи лікарень в умовах воєнних ризиків Уряд та МОЗ надали закладам охорони здоров'я більше гнучкості у питаннях закупівель, кадрових питань тощо, постановою КМУ №169 від 28.02.2022 (та роз'ясненням МОЗ від 4 березня 2022) заклади охорони здоров'я були тимчасово звільнені від обов'язку проводити відкриті тендерні процедури і отримали право здійснювати закупівлі ліків, обладнання, послуг за переговорною процедурою без Prozorro, лікарням оперативно закуповувати необхідні ресурси (медикаменти, паливо, генератори тощо) в умовах надзвичайної ситуації, коли затримки могли коштувати життя пацієнтів. МОЗ видало наказ №1415 від 4 серпня 2022 р. "Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста... в період дії воєнного стану", яким врегульовано питання кваліфікації медперсоналу: дію чинних сертифікатів лікарів та медсестер, строк яких спливав, було продовжено на час війни, а планові атестації кадрів дозволено проводити дистанційно або відтерміновано [27].

На підтримку кадрів приймалися і соціальні рішення: постановою КМУ № 254 від 07.03.2022 запроваджено доплати медичним працівникам, які працюють у зоні активних бойових дій, а у квітні 2022 - програма забезпечення житлом медиків, що втратили домівки. У 2023 році МОЗ разом з військовими адміністраціями організували систему психологічної підтримки та мотиваційні заходи для медиків, які працюють в екстремальних умовах (психологічні тренінги, ротації на менш напружені ділянки, заохочення нагородами). Усе це формує частину нормативного забезпечення публічного управління в умовах війни, яке хоч і має тимчасовий характер, але критично важливе для стабільності системи. Внаслідок децентралізації влади та медичної реформи значна роль у

забезпеченні діяльності медичних закладів належить органам місцевого самоврядування - обласним, міським та селищним радам, виконавчим комітетам громад, виступають засновниками переважної більшості лікарень і амбулаторій (зокрема, всі заклади вторинної допомоги належать або обласним радам, або районним/міським громадам), місцеві органи ухвалюють рішення про затвердження статутів медичних КНП, призначення їх керівників (через конкурси), затвердження фінансових планів, виділення додаткового фінансування з місцевих бюджетів на потреби закладів. У різних регіонах протягом 2021-2023 років місцеві ради приймали програми розвитку охорони здоров'я (обласні програми боротьби з онкологією, цукровим діабетом, місцеві програми підтримки первинної допомоги тощо) і виділяли на них кошти з місцевих бюджетів [65].

Через нерівномірність навантаження (наприклад, прифронтові області чи громади з великим числом переселенців мали значно більше пацієнтів) місцева влада запроваджувала заходи з перерозподілу ресурсів: облаштування додаткових місць у лікарнях, фінансування ремонтів укріплень та резервних джерел енергії для лікарень, організація транспортної логістики для евакуації пацієнтів з небезпечних зон тощо, для координації дій на рівні областей працювали обласні військові адміністрації (ОВА), які у 2022-2023 рр. видавали накази про перепрофілювання лікарень під лікування поранених, створення госпітальних баз для інфекційних хворих тощо, в окремих регіонах рішеннями ОВА визначалися опорні лікарні, куди централізовано направляли важкопоранених цивільних або військових, тоді як інші лікарні переводилися в режим планового мінімуму. У західних областях навпаки розпорядженнями ОВА розширювали штат і потужності первинної ланки для обслуговування хвилі переселенців (відкриття нових амбулаторій на базі тимчасових модулів, залучення лікарів-переселенців до роботи тощо).

Місцеві департаменти охорони здоров'я при ОВА (колишні управління при облдержадміністраціях) продовжують здійснювати аналітичну функцію - збирають статистику, проводять аналіз доступності медичних послуг,

інформують МОЗ та НСЗУ про стан мережі, у 2023 році завдяки розвиткові дашбордів НСЗУ (публічних аналітичних панелей) органи місцевої влади отримали доступ до детальної інформації про діяльність закладів: кількість пролікованих пацієнтів, виконання планів, фінансові показники, рівень забезпечення медикаментами тощо. Всеукраїнська Асоціація громад спільно з НСЗУ провела навчання для керівників громад щодо використання цих даних для прийняття управлінських рішень на місцях (визначення, які відділення потребують дофінансування, де потрібен новий лікар або обладнання і т.д.), законодавче забезпечення публічного управління охороною здоров'я нині являє собою багаторівневу систему документів. На верхньому рівні - державні стратегії та закони, що задають рамки і правила; середній рівень - постанови уряду і накази МОЗ, що конкретизують політику і встановлюють процедури; і нижній рівень - рішення місцевих рад, адміністрацій, що забезпечують безпосереднє функціонування закладів і адаптацію загальнонаціональних норм до конкретних умов громади чи регіону [17].

1.3. Основні етапи медичної реформи на регіональному рівні

Розгляд еволюції публічного управління медичною галуззю був би неповним без аналізу впровадження медичної реформи безпосередньо “на місцях” - у регіонах та громадах. Із 2021 року Україна фактично перейшла до завершальної фази побудови нової моделі охорони здоров'я, заклавши фундамент у попередні роки [6]. Основні етапи цієї реформи на регіональному рівні можна окреслити:

- 1) трансформація первинної ланки та створення мережі сімейної медицини (2018-2020, продовження у 2021-2022);
- 2) реформування спеціалізованої (вторинної) і високоспеціалізованої (третинної) меддопомоги, оптимізація мережі лікарень (2020-2023);
- 3) поглиблення децентралізації та нові акценти реформи в умовах війни (2022-2025).

До 2021 року всі регіони завершили перехід на нову модель фінансування первинки: амбулаторії та центри ПМСД уклали контракти з НСЗУ, пацієнти масово підписали декларації з сімейними лікарями. У 2021-2022 рр. цей сегмент увійшов у фазу стабільної роботи, демонструючи переваги нової системи, на первинну ланку держава традиційно спрямовувала пріоритетне фінансування, оскільки саме сімейна медицина є “воротами” системи охорони здоров’я, з усіх закладів, що отримують кошти за ПМГ, більшість - це комунальні центри ПМСД або приватні клініки, що надають первинну допомогу [3]. Цікаво, що реформою передбачалася рівність усіх надавачів, і станом на 2025 рік понад 50% послуг первинної меддопомоги в Україні держава закуповує у приватного сектору - тобто сімейні лікарі-ФОПи та приватні амбулаторії конкурують з комунальними за пацієнта і успішно інтегровані в систему, конкуренція стимулювала якість: пацієнти обирають лікарів за відгуками, зручністю, результативністю, і менш успішні практики змушені або покращувати сервіс, або припиняти діяльність. На регіональному рівні це проявилось по-різному: у великих містах з’явилося багато приватних кабінетів сімейної медицини, натомість у сільській місцевості первинка лишається в основному комунальною (ФАПи, амбулаторії), хоча і там впроваджувалися стимулюючі заходи - службове житло, транспорт для лікарів, доплати з місцевого бюджету - щоб залучити фахівців.

Важливим досягненням цих років стало значне покращення електронного документообігу та сервісів на рівні первинки. Запущена ще у 2018 році електронна система охорони здоров’я (ЕСОЗ) до 2021 покрила всі амбулаторії: електронні медичні записи, електронні рецепти за програмою “Доступні ліки”, електронні направлення до вузьких спеціалістів - усе це стало звичним інструментом. Згідно зі звітом НСЗУ за 2023 рік, у системі зареєстровано понад 30 тисяч лікарів первинної допомоги і було виписано мільйони електронних рецептів та направлень. Цифровізація істотно полегшила управління: з’явилися дані для аналізу звернень, обсягів наданих послуг, що дозволяє і НСЗУ, і місцевій владі приймати обґрунтовані рішення (наприклад, про відкриття нової амбулаторії у районі з великим навантаженням, або про перенавчання лікарів для

роботи з певними хворобами, якщо статистика це показує). У період пандемії COVID-19 у 2021-2022 рр. саме первинка взяла на себе значну частину навантаження - спостереження за амбулаторними хворими, вакцинація населення [18]. Регіони організували сотні пунктів щеплення, мобільні бригади - цей досвід став у нагоді вже під час війни, коли виникла потреба масової вакцинації від дифтерії, правця серед військових і цивільних, чи проведення психологічних консультацій на рівні громади.

У 2020 році стартував другий етап реформи, коли фінансування за новою моделлю поширилося на лікарні (стаціонари) і поліклініки спеціалізованої допомоги. До 2021 року всі комунальні некомерційні лікарні перейшли на прямі договори з НСЗУ за пакетами медичних послуг. Для регіонів це означало докорінну зміну порядку фінансування: замість медичної субвенції, яку обласні/міські бюджети раніше розподіляли між лікарнями (фінансуючи в основному “ліжко-місця” та штат), кошти почали надходити від НСЗУ на рахунок лікарень відповідно до фактично наданих послуг пацієнтам, перехід виявив як сильні, так і слабкі місця мережі: одні лікарні історично мали високий попит (наприклад, обласні лікарні, великі міські лікарні), тому отримали більше фінансування, ніж за субвенції, і змогли підняти зарплати і оновити матеріальну базу, особливо малозавантажені районні лікарні - зіткнулися з фінансовими труднощами, оскільки пацієнтів небагато, а утримувати цілий штат і будівлю дорого. Як наслідок, уже в 2021-2022 роках постало питання оптимізації мережі закладів у регіонах. МОЗ ще у 2019 році розробило концепцію формування так званих госпітальних округів - об'єднань лікарень певної території з визначенням багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого або другого рівня як опорної [21]. Цей план довелося скоригувати через адміністративно-територіальну реформу 2020 року (ліквідацію старих районів та створення укрупнених районів і громад), а згодом і через війну.

У 2021-2022 рр. обласні державні адміністрації спільно з МОЗ провели аналіз мережі: визначили, які лікарні критично необхідні (наприклад, єдині в окрузі пологові стаціонари чи хірургічні відділення), а які дублюють функції на

невеликій відстані. На основі цього у багатьох областях запропонували план реорганізації: злиття кількох закладів, перепрофілювання лікарень з малою завантаженістю в хоспіси чи реабілітаційні центри, концентрація дороговартісного обладнання в опорних закладах, створення єдиних адміністративних об'єднань (коли велика лікарня бере під своє управління відділення у сусідніх містечках як філії) [11]. Війна дещо призупинила активну фазу оптимізації, адже скорочувати будь-які медичні потужності в умовах зростання потреб не вигідно соціально, інший процес відбувся природно: частина лікарень на окупованих чи прифронтових територіях припинила роботу або була евакуйована, натомість інші (в тилу) стали розширюватися, приймаючи додаткових пацієнтів і персонал.

З точки зору управління, у 2022-2023 роках регіони активно впроваджували нові пріоритетні напрями медичних послуг за програмою гарантій. Серед них - реабілітація та медична допомога при травмах війни. Якщо раніше реабілітаційні послуги не були в центрі уваги, то війна різко збільшила кількість пацієнтів з ампутаціями, пораненнями, психологічними травмами, які потребують тривалого відновлення, вже у 2023 році в пакетах НСЗУ з'явилися нові послуги: реабілітація в стаціонарних умовах і реабілітація амбулаторна (для різних нозологій і станів) [14]. На 2024 рік тарифи на ці послуги підвищено, спрощено вимоги для законтрактування закладів за реабілітаційними пакетами. НСЗУ відзначила, що війна внесла корективи - додано дві нові послуги реабілітації (стаціонарну та амбулаторну), а механізми оплати вдосконалено з огляду на зростання кількості поранених і складність їх лікування. Кожна область була змушена розвивати реабілітаційні відділення: десь на базі санаторіїв, десь у існуючих лікарнях розгортали реабілітаційні палати, навчали персонал сучасних методик, посилено екстрену медичну допомогу: бригади "швидкої" отримали більше автомобілів (значна частина - за рахунок міжнародної допомоги), оснащення для роботи в умовах обстрілів, нові протоколи медичної сортування при масових випадках.

Впровадження реформ на місцях передбачало розвиток спеціалізованих

центрів для пріоритетних захворювань, у 2020-2021 рр. держава визначила пріоритетними пакетами лікування інсульту, інфаркту, пологів, неонатальну допомогу, онкологію [19]. У кожній області був перелік лікарень, які під ці пакети отримували підвищені тарифи і додаткове обладнання (наприклад, ангіографи для інфарктних центрів, КТ для інсультних). У 2021 році ці мережі були більш-менш сформовані. Під час війни їхня робота продовжилась, хоча інколи пацієнтів доводилося евакуювати до сусідніх областей (наприклад, онкопацієнтів з прифронтових зон перевозили до Інституту раку чи в обласні онкодиспансери тилових регіонів). Уряд у 2023-му навіть прийняв рішення, що послугу екстреної високоспеціалізованої допомоги, як-от пологи з ускладненнями або кардіохірургія, пацієнт отримає безоплатно навіть якщо виїде в інший регіон, а витрати компенсуються приймаючому закладу за єдиними тарифами, суть єдиного медичного простору, про який говорилося на початку реформи - коли не має значення, де людина отримує допомогу, всюди держава оплачує її згідно з гарантіями.

На регіональному рівні за останні роки впроваджувались нові підходи до навчання та мотивації медичного персоналу. У 2022 році МОЗ повністю перевело безперервний професійний розвиток (БПР) медиків на кредитно-бальну систему: лікарі можуть здобувати бали за онлайн-курси, конференції і подавати їх через електронне портфоліо - це значно спростило атестацію і зробило її гнучкішою. У деяких областях (Івано-Франківській) ще раніше почали запроваджувати тренінги з комунікації з пацієнтами, курси менеджменту для завідувачів відділень тощо [56] . У 2023 році, попри воєнний стан, було продовжено реалізацію пілотного проєкту з ліцензування лікарів: в кількох регіонах лікарі добровільно проходили незалежне тестування, що в майбутньому стане основою для запровадження обов'язкового ліцензування професійної компетентності, зросла кількість осіб, які здобувають спеціальність “менеджмент у охороні здоров'я” - готуються нові керівники закладів, здатні працювати в автономних умовах, за дослідженнями вітчизняних науковців, ефективне управління в медицині потребує підготовки фахівців нового типу - з економічними,

юридичними та управлінськими знаннями, що доповнюють медичну освіту, деякі університети розширили програми підготовки менеджерів охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

Аналіз розвитку публічного управління закладами охорони здоров'я України з 2021 року до сьогодні показав суттєву еволюцію нормативно-правових підходів, управлінських механізмів і пріоритетів галузі, особливо під впливом зовнішніх кризових чинників. Автономізація медичних закладів та запровадження принципу “гроші ходять за пацієнтом” сформували більш конкурентне середовище, де якість управління безпосередньо впливає на успіх закладу, законодавча база суттєво оновилася: ухвалено стратегічні документи, нові закони, цілу низку постанов та наказів, що підвищують прозорість і ефективність управління. Всі ці акти створили сучасну нормативну основу, яка наближує українську медичну систему до європейських стандартів управління і якості, воєнний стан став серйозним випробуванням, але і каталізатором змін. Попри колосальні втрати інфраструктури (тисячі зруйнованих об'єктів) та вимушене скорочення бюджетних видатків, система охорони здоров'я виявилася стійкою - фінансування програми медгарантій продовжувалося, медична допомога надавалася навіть у прифронтових регіонах, а управлінські рішення ухвалювалися швидко і гнучко. Держава і громади спільно забезпечили евакуацію пацієнтів із зон бойових дій, розподіл навантаження між регіонами, підтримку медиків. Було адаптовано ряд процесів: спрощено бюрократичні процедури, активізовано цифрові інструменти моніторингу, залучено міжнародну допомогу для закриття критичних потреб. Війна висвітлила й нові пріоритети - реабілітація, психічне здоров'я, екстрена допомога - які одразу були включені до політик і програм фінансування, публічне управління продемонструвало здатність вчитися і перебудовуватися під тиском обставин.

Громади та області отримали більше прав і ресурсів для розвитку своїх

закладів, що в перспективі має підвищити чутливість системи до місцевих потреб. Вже зараз помітні позитивні зрушення: з'явилися регіональні програми підтримки медицини, місцева влада інвестує в лікарні (закупівля обладнання, ремонт відділень), укладає партнерства з благодійниками.

РОЗДІЛ 2

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Надання медичних послуг цивільному населенню і військовослужбовцям в закладах охорони здоров'я у Харківській області

Запровадження воєнного стану та активні бойові дії на території Харківської області з 2022 року суттєво трансформували систему публічного управління закладами охорони здоров'я регіону. Харківщина є одним із найбільш постраждалих регіонів України, що зумовило різке зростання потреб у медичній допомозі для цивільного населення та військовослужбовців одночасно з масштабними руйнуваннями медичної інфраструктури. У цих умовах Харківська обласна військова адміністрація була змушена перейти до кризової моделі управління, поєднуючи функції стратегічного планування, оперативного реагування та координації дій між закладами охорони здоров'я, військовими структурами та центральними органами виконавчої влади [22].

Організація надання медичних послуг у Харківській області в умовах воєнного стану ґрунтується на принципі безперервності медичної допомоги незалежно від безпекової ситуації. [23] Обласні та міські заклади охорони здоров'я, зокрема КНП «Харківська обласна клінічна лікарня», КНП «Обласна клінічна травматологічна лікарня», КНП «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги», спеціалізовані диспансери й багатопрофільні лікарні, були перепрофільовані для прийому поранених військовослужбовців і постраждалих цивільних осіб. При цьому збереження доступу населення до первинної та спеціалізованої допомоги стало одним із управлінських завдань ХОВА.

Особливістю регіональної моделі надання медичних послуг стало поєднання цивільної та військової медицини в межах єдиної медичної мережі. Значна частина цивільних лікарень Харкова та області залучається до лікування військовослужбовців, що обумовлює підвищене навантаження на ліжковий фонд,

медичний персонал і матеріально-технічні ресурси. Водночас військові медичні установи, зокрема військові шпиталі Північного регіону, співпрацюють із цивільними закладами у межах єдиного маршруту пацієнтів, що координується органами публічної влади на обласному рівні.

Управлінські рішення ХОВА у сфері охорони здоров'я в умовах війни спрямовані на концентрацію ресурсів у найбільш спроможних закладах, проявляється у визначенні опорних лікарень, які забезпечують надання екстреної, хірургічної та реанімаційної допомоги, у перерозподілі фінансування за договорами з Національною службою здоров'я України. Програма медичних гарантій залишається основним фінансовим інструментом, що забезпечує стабільність функціонування закладів охорони здоров'я Харківської області, незважаючи на зниження платоспроможності населення та руйнування частини медичної інфраструктури.

В умовах постійної загрози обстрілів важливого значення набули питання медичної евакуації та логістики. За координації ХОВА було налагоджено механізми евакуації пацієнтів із прифронтових та деокупованих територій області до медичних закладів Харкова або інших регіонів України. Така система передбачає взаємодію закладів екстреної медичної допомоги, лікарень вторинного і третинного рівнів, органів місцевого самоврядування та військових адміністрацій. Проте складність транспортної логістики, пошкодження дорожньої інфраструктури та безпекові ризики суттєво ускладнюють своєчасність надання медичної допомоги в окремих громадах області [45].

Додатковим викликом для системи охорони здоров'я Харківщини є значні руйнування медичних закладів. Частина лікарень і амбулаторій була повністю або частково знищена внаслідок бойових дій, що призвело до скорочення фізичної доступності медичних послуг у низці населених пунктів. У таких умовах органи публічного управління вимушені використовувати альтернативні форми надання допомоги, зокрема мобільні медичні бригади та тимчасові медичні пункти, які забезпечують базові послуги цивільному населенню у громадах з обмеженою інфраструктурою, надання медичних послуг у

Харківській області в умовах воєнного стану супроводжується системними проблемами. Серед них - перевантаження опорних лікарень, нестача медичного персоналу, зростання кількості пацієнтів з мінно-вибуховими травмами та психічними розладами, обмежені можливості для планового лікування хронічних захворювань. Особливо гостро ці проблеми проявляються у районах, що тривалий час перебували під окупацією або зазнавали інтенсивних обстрілів [18].

Міністерство охорони здоров'я наказом від 25 лютого 2022 року зобов'язало керівників усіх закладів охорони здоров'я забезпечити цілодобове і безперебійне надання медичної допомоги всім постраждалим та пораненим. На Харківщині це означало збереження роботи лікарень і служб на «бойових» орієнтирах. Зокрема служба екстреної медичної допомоги області обробляє близько 1200 викликів на добу - практично без змін порівняно з довоєнним рівнем. За даними Харківської ОВА, у 2024 році ця цифра зросла лише на 2000 викликів загалом (менше 1% приросту), незважаючи на постійні обстріли, пункти базування «екстренки» або залишаються на місцях, або своєчасно релокуються зі зруйнованих районів

Військово-медичний клінічний центр Північного регіону у Харкові, який є основним військовим шпиталем Північного регіону, надає допомогу як захисникам, так і цивільним пацієнтам, підтверджує інтеграцію закладів різних форм власності в єдину мережу допомоги [34]. Війна призвела до втрат у персоналі: лише за перші три роки повномасштабного вторгнення 8 працівників «екстренки» Харківщини загинули, ще 18 отримали поранення. Значна частина автопарку бригад швидкої допомоги була пошкоджена (150 машин) або знищена (15 машин), але систематичне оновлення автопарку (завдяки волонтерам, міжнародним партнерам та МОЗ) дозволило зберегти швидкість реагування, попри критичні виклики воєнного стану, екстрена медицина області функціонує на довоєнному рівні (виконуючи близько 1200 виїздів щоденно), а більші лікарні області надають допомогу і постраждалим цивільним, і пораненим військовим згідно з державними наказами.

2.2. Підготовка персоналу та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я у Харківській області

Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я Харківської області впродовж останніх п'яти років формувалося під впливом двох різних, але взаємопов'язаних хвиль викликів, (2021-початок 2022 року) була пов'язана з постпандемічним навантаженням, переглядом організації праці, оплатою та гарантіями безпеки персоналу, (з лютого 2022 року і дотепер) визначається умовами воєнного стану, коли кадрова політика фактично стала елементом системи стійкості регіону: від наявності медичних працівників, їхньої підготовки та утримання на робочих місцях залежить безперервність надання допомоги цивільним і військовим, готовність системи до масових надходжень постраждалих, розгортання послуг реабілітації та психічного здоров'я, здатність медзакладів працювати в умовах руйнувань і перебоїв інфраструктури [28].

Для Харківщини кадрове питання має особливу гостроту, адже область належить до прифронтових і зазнала масштабних втрат медичної інфраструктури. У 2025 році Харківська ОВА публічно констатувала, що значна частина закладів охорони здоров'я була пошкоджена/зруйнована, а медики тривалий час працювали у складних умовах (нестача тепла, води, електроенергії, ризики обстрілів), при цьому завдання забезпечити доступ до послуг залишалося незмінним, а обставина прямо впливає на кадровий контур управління: коли будівлі зруйновані, відділення переміщуються, змінюється маршрутизація пацієнтів, зростає потреба у мобільних командах, а ризики для персоналу множаться, - класичні інструменти "планового" кадрового менеджменту (штатний розпис, атестаційні цикли, план підвищення кваліфікації) уже не забезпечують результату без кризових рішень та міжсекторальної координації.

Кадрові проблеми у регіоні не виникли раптово у 2022 році: вони мають структурну природу, але війна радикально прискорила їх і зробила видимими у кожному закладі, дефіцит кадрів підсилюється міграцією (внутрішньою і

зовнішньою), що для прифронтового регіону означає відтік фахівців у більш безпечні області або за кордон, зростає частка “критично дефіцитних” спеціальностей: реабілітація, невідкладні стани, психічне здоров’я, трансфузіологія, дитяча онкологія та інші вузькі напрями, які складно швидко “закрити” ротацією чи сумісництвом, змінюється профіль потреб населення: поряд із традиційною допомогою суттєво зростає навантаження на екстрену медицину, травматологію, протезування/реабілітацію, психологічну підтримку [31].

Публічне управління реагувало на ці виклики у два контури - нормативно-правовий та трудовий, який мав стабілізувати оплату праці й забезпечити базові гарантії. У 2022 році питання оплати праці медиків було закріплено урядовими рішеннями, що встановили мінімальні орієнтири та підходи до нарахувань, створили основу для контролю дотримання трудових прав. На практиці на Харківщині це супроводжувалося інформаційно-роз’яснювальною роботою й візитами інспекційних органів до конкретних КНП (до КНП ХОР «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» та низки міських лікарень/поліклінік Харкова), де обговорювали застосування норм оплати праці і недопущення порушень, пов’язаних із переведенням на неповний робочий час, у 2024 році на рівні області були публічно окреслені проекти відбудови закладів охорони здоров’я: загалом повідомлялося про 52 проекти, частина яких реалізується, а частина запланована, включно з новим будівництвом.

Для кадрової політики це важливо не лише як “будівництво стін”, а як відновлення робочих місць, створення умов безпеки праці та повернення фахівців у громади.

У кадровій політиці воєнного часу важливо оцінювати не стільки декларації, скільки управлінський цикл: яку проблему зафіксовано, яке рішення обрано, який отримано (чи очікується) результат, і які зберігаються ризики. Для Харківської області цей цикл добре простежується в офіційних повідомленнях обласного рівня та державних нормативних актах [23].

Проблема полягала у тому, що на фоні пікових навантажень, змін режимів

роботи та фінансових коливань для медиків критичною стала передбачуваність нарахувань і недопущення практик, які сприймаються як “урізання” трудових прав. Управлінським рішенням виступили урядові постанови, які задають мінімальні стандарти й рамку для нарахування зарплати, роз’яснення щодо їх застосування.

Таблиця 2.1

Кадрові виклики у Харківській області (2021-2025) та їх управлінське значення для закладів охорони здоров’я (офіційні/перевірювані джерела)

Кадровий виклик (проблема)	Як проявляється на рівні КНП/мережі	Управлінське значення
Нестабільність умов праці та трудові ризики	потреба контролю дотримання трудових прав і коректного застосування правил оплати праці	підвищення ризику плінності кадрів; потреба в комплаєнсі та комунікації з персоналом
Необхідність стандартизувати базові фінансові гарантії (зарплата)	потреба чітких мінімальних орієнтирів оплати (лікарі/сестринство тощо)	стабілізація мотивації; зменшення “внутрішньої міграції” між закладами через зарплатні перекося
Руйнування/пошкодження інфраструктури та робота в умовах війни	необхідність швидкої відбудови/переналаштування мережі; загрози безпеці	без інфраструктурної “опори” неможливо втримати кадри і забезпечити безперервність послуг
Потреба масового навчання для нових запитів (психічне здоров’я, кризові стани)	перепрофілювання частини функцій на первинці; підготовка великої кількості фахівців	“розширення ролі” первинної ланки знижує навантаження на стаціонари та дефіцитних спеціалістів
Дефіцит технологій/обладнання і потреба підвищення кваліфікації	одночасна потреба: оснастити заклади та навчити персонал працювати з новими рішеннями	розвиток партнерств як інструмент кадрової спроможності (навчання + техніка)

Джерело: складено на основі [18]

На регіональному рівні додатковим механізмом стали інформаційні візити/роз’яснення, коли в конкретних харківських КНП із керівництвом обговорювали правила нарахування заробітної плати і запобігання порушенням. Результатом такого підходу є зниження ймовірності конфліктів і збереження працездатності колективів у момент, коли будь-який відтік персоналу

безпосередньо зменшує доступність допомоги. Водночас ризики залишаються: по-перше, мінімальні стандарти не завжди компенсують “воєнну” складову ризику, по-друге, фінансова спроможність окремих КНП і громад може відрізнятись, що знову породжує конкуренцію за кадри.

Проблема в тому, що у війні різко зростає потреба в психосоціальній підтримці, а спеціалізованих кадрів (психіатри, психотерапевти, клінічні психологи) недостатньо, особливо в регіонах з високими ризиками та міграцією. Управлінським рішенням на Харківщині стало розгортання навчання за глобальною програмою BOOЗ mhGAP із залученням медичних працівників первинної ланки. В офіційному повідомленні ХОВА зафіксовано, що підготовку за mhGAP пройшли понад 5400 фахівців сімейної медицини, і це подано як один із лідерських показників області. Результатом є “розширення компетенцій” первинки: частину звернень можна коректно маршрутизувати, частину - супроводжувати на базовому рівні, тим самим знижуючи навантаження на вузьких фахівців і стаціонари. Ризики при цьому типові: якість практичного застосування знань залежить від супервізії, часу на прийом, емоційного вигорання сімейних лікарів та доступності спеціалізованих сервісів для скерування складних випадків.

Проблема полягає в тому, що навіть за наявності фахівців їхня ефективність обмежується застарілою або втраченою матеріально-технічною базою, браком навчання для нових технологій і протоколів. Управлінським рішенням на рівні області стало посилення співпраці з міжнародними партнерами: ХОВА повідомляла про меморандум із Siemens Healthineers Diagnostics, де серед цілей зазначено підтримку регіону, посилення спроможності закладів через сучасне обладнання та окремо підкреслено фокус на підвищенні кваліфікації медичного персоналу. Результат у таких кейсах зазвичай двокомпонентний: швидке “закриття” технологічних прогалин і формування нових навичок у персоналу, що підсилює утримання кадрів (медики охочіше залишаються там, де можуть працювати професійно й безпечно). Ризики - залежність від зовнішнього фінансування та потреба узгодження донорських

проектів із реальними потребами мережі.

Проблема Харківщини полягає в тому, що руйнування закладів - це руйнування робочих місць і “професійної інфраструктури” (операційні, лабораторії, реанімації, відділення), без яких навіть мотивований персонал не може працювати повною мірою.

Таблиця 2.2

**Матриця управлінських рішень у сфері кадрового забезпечення
(Харківська область): проблема → рішення → результат → ризики**

Проблема	Управлінське рішення (рівень держави/регіону)	Фіксований/очікуваний результат	Ризики
Непередбачуваність оплати праці, ризики трудових спорів	Нормативні стандарти оплати праці (КМУ №2; КМУ №28) + роз'яснення щодо застосування; комунікація та перевірки дотримання трудових прав у конкретних КНП Харківщини	стабілізація мотивації; зниження конфліктності; утримання кадрів у критичні періоди	різна фінансова спроможність закладів; “зарплатна конкуренція” між регіонами; інфляційний тиск
Дефіцит спеціалістів для психічного здоров'я і зростання запиту населення	Масове навчання первинки за mhGAP; регіональна координація з МОЗ та профільними структурами	“розширення компетенцій” первинки; краща маршрутизація; часткове зняття навантаження з дефіцитних фахівців	вигорання; потреба супервізії; нерівномірність застосування навичок у громадах
Потреба сучасного обладнання + навчання персоналу	Партнерські проекти (меморандуми/співпраця), в яких навчання персоналу закладено як обов'язковий компонент	підвищення спроможності закладів; формування нових компетенцій; підсилення “утримуючого” ефекту для кадрів	залежність від донорів; логістичні ризики; потреба техсервісу та стандартизації
Руйнування медзакладів і скорочення “професійного середовища” для роботи	Програмування відбудови/нового будівництва; визначення пріоритетів (місто + райони)	відновлення робочих місць і відділень; повернення послуг; можливість комплектувати сталі команди	повторні руйнування; затримки фінансування; кадровий “вакуум” до завершення проектів

Джерело: складено на основі [24]

Управлінське рішення на регіональному рівні включає програмування відбудови: облрада повідомляла про 52 проекти відбудови медзакладів, частину з яких реалізують, частину планують. Результат - поступове відновлення

потужностей, можливість повертати послуги на місця, а отже й формувати стабільні команди. Ризики - безпекові (повторні обстріли), фінансові (потреба в тривалому фінансуванні) та кадрові (паралельно потрібно “утримати” людей до завершення робіт).

Таблиця 2.3

**Підготовка персоналу та інструменти розвитку компетенцій у
Харківській області (офіційні повідомлення/нормативні акти)**

Напрямок підготовки/підсилення компетенцій	Що саме зроблено/задекларовано	Управлінський ефект для кадрового забезпечення
mhGAP (психічне здоров'я) для первинки	повідомлено про підготовку понад 5400 фахівців сімейної медицини за програмою BOO3 mhGAP	швидке масштабування компетенцій; часткове перекриття дефіциту вузьких фахівців; підтримка населення у громадах
Партнерські програми з навчанням персоналу	меморандум про співпрацю з Siemens Healthineers Diagnostics; акцент на підвищенні кваліфікації медичного персоналу та посиленні спроможності закладів	підвищення якості роботи і привабливості робочого місця; утримання кадрів через професійний розвиток
Нормативне “підкріплення” мотивації через оплату праці	встановлення державних підходів до оплати праці медичних/фармацевтичних працівників; мінімальні орієнтири	стабілізація доходу як базова умова збереження кадрів

Джерело: складено на основі [21]

Показовим є приклад КНП ХОР «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» як інституції, де кадровий аспект має подвійний характер: із одного боку, це дефіцитні спеціальності та високе навантаження, з іншого - пряма залежність від трудових гарантій, безпеки, графіків, психологічної підтримки персоналу. Саме цей КНП фігурує серед закладів, які відвідували в рамках інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо трудових прав та змін в оплаті праці (на рівні регіональних підрозділів Держпраці), що ілюструє, як державна нормативна рамка “доводиться” до конкретного закладу. У таких кейсах типова управлінська логіка виглядає так: проблема - ризики

порушень/неоднозначного трактування норм у стресових умовах; рішення - комунікація, роз'яснення, контроль; результат - зниження напруги в колективах і підтримка працездатності; ризики - повторні кризи фінансування або нові нормативні зміни, що знову потребують адаптації, у Харківській області формується “навчальна вісь” кадрового забезпечення через розвиток компетенцій первинної ланки й громадського здоров'я. Регіональна координаційна рада з питань громадського здоров'я, про яку повідомляла ХОВА, виступає прикладом управлінського майданчика, де поєднуються представники МОЗ, ХОВА, міськради, установ і партнерів, а предметом є не лише організація послуг, а й підготовка фахівців для нових потреб (mhGAP), дозволяє в дипломному тексті показати, що кадрова політика - це не лише “штати”, а й управління компетенціями та міжвідомча координація.

Досвід Харківської області демонструє, що у воєнний період кадрове забезпечення перестає бути “внутрішньою справою” окремого КНП і стає предметом публічного управління у вузькому сенсі: через нормативні гарантії оплати праці, контроль дотримання трудових прав, регіональну координацію з МОЗ та партнерами, програмування відбудови мережі і, що через масове нарощування компетенцій під нові запити. Власне, підготовка понад 5400 фахівців первинної ланки за mhGAP на рівні області є прикладом того, як управлінське рішення “переносить” частину функцій у ті сегменти системи, де кадровий ресурс можна масштабувати швидше, стійкість кадрової моделі напряду залежить від двох умов: безпекової (наявність укриттів, безпечних умов праці, зниження ризику повторних руйнувань) та фінансової (можливість підтримувати гідну оплату праці та розвиток). Саме тому відбудова закладів і партнерські програми, де поряд із обладнанням закладено підвищення кваліфікації персоналу, є не допоміжними, а системними інструментами кадрового управління у прифронтовому регіоні.

Міська влада Харкова неодноразово констатувала гострий дефіцит медичних кадрів у прифронтовому регіоні. За словами мера міста Ігоря Терехова, головною проблемою залишається нестача лікарів та медсестер, що поєднується

з високим ризиком для життя медика під час війни.

Для повернення фахівців з інших регіонів і навіть із-за кордону міська влада пропонує впроваджувати соціальні гарантії: забезпечувати молодих медиків житлом, підвищувати заробітні плати та створювати комплексні пакети підтримки для їхніх сімей (доступна освіта дітям, працевлаштування членів родин тощо), в Харківській області впроваджено цільові державні програми фінансування для збереження кадрового потенціалу: медзаклади, що працюють у зонах бойових дій, отримують надбавки до зарплат за кожного працівника, в рамках загальнодержавної програми підтримки прифронтових територій заклади, які опікуються українськими бійцями, щомісяця отримують субвенції на загальну суму мільйони гривень для підвищення фондів оплати праці. З початку дії цих змін вже укладено договори на понад 515 млн грн, щоб утримати в прифронтових лікарнях наявних медиків, служби охорони здоров'я змінили підходи до підготовки персоналу, з 1 січня 2025 року Харківська обласна служба екстреної допомоги перейшла на систему роботи бригад з парамедиками та медичними техніками, замінивши посади санітарів. Водії швидких отримали навчання й стали повноцінними членами медичних бригад, трансформація дозволяє підвищити кваліфікацію бригад та ефективність надання невідкладної допомоги під час воєнного режиму. За оцінками фахівців, ці заходи разом із додатковим фінансуванням мають зменшити критичний дефіцит кадрів у прифронтових районах Харківщини втрати серед медиків через бойові дії (як-от загибель 8 працівників «екстренки» області) показують, що попри заходи з підтримки, регіон стикається з гострим кадровим викликом у воєнний час.

Висновки до розділу 2

Отже, у період воєнного стану система охорони здоров'я Харківської області працює в умовах підвищеного навантаження та обмежених ресурсів. Попри обстріли та ризики, базові медичні послуги, екстрена допомога, надаються стабільно, стрімкий приріст поранених у поєднанні з кадровими

втратами (8 загиблих, 18 поранених медиків) створює дефіцит персоналу. Для збереження кадрового потенціалу в області запроваджено цільові доплати і програми підтримки, змінено професійні стандарти (наприклад, введено систему парамедиків), харківські медичні заклади, координовані обласною адміністрацією і МОЗ, функціонують в умовах війни, забезпечуючи обидві цільові групи (цивільних і військових), проте критично потребують посилення заходів щодо утримання та підготовки кадрів.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Аналіз ефективності створення госпітальних округів

Формування та функціонування госпітальних округів є одним із інструментів трансформації системи охорони здоров'я України в умовах децентралізації та реформування публічного управління. Запровадження цього механізму стало відповіддю на хронічні проблеми територіальної нерівності доступу до спеціалізованої медичної допомоги, фрагментованість мережі лікувальних закладів і відсутність узгодженого планування розвитку вторинної ланки медицини. В умовах сучасних викликів, зокрема воєнного стану, роль госпітальних округів набуває додаткового значення як інструменту концентрації ресурсів і підвищення ефективності управлінських рішень.

Законодавчі засади формування госпітальних округів закріплені у нормах національного законодавства про місцеве самоврядування та охорону здоров'я. Територіальні громади в межах власних і делегованих повноважень відповідають за управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх фінансового та матеріально-технічного забезпечення, за створення умов доступності медичного обслуговування для населення, саме громади стають суб'єктами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні [54].

Госпітальний округ у законодавчому розумінні є функціональним об'єднанням закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які здійснюють медичну практику на визначеній території та мають відповідну ліцензію. Його створення спрямоване на забезпечення територіальної доступності спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, яка не може бути ефективно організована на рівні окремої громади. У межах кожного госпітального округу визначаються опорні заклади охорони здоров'я, які виконують роль базових центрів надання медичних послуг вторинного рівня та

концентрують кадрові, технологічні й фінансові ресурси.

Механізм створення та функціонування госпітальних округів деталізований у підзаконних нормативно-правових актах Кабінету Міністрів України, що встановлюють єдиний підхід до їх формування, управління та координації діяльності. Усі комунальні заклади охорони здоров'я, які перебувають у власності територіальних громад, автоматично входять до складу відповідного госпітального округу, що зумовлює необхідність узгодження управлінських рішень між різними громадами та рівнями влади.

Запровадження госпітальних округів набуло особливої актуальності після адміністративно-територіальної реформи та укрупнення районів, у результаті чого заклади охорони здоров'я вторинного рівня були передані з районної у комунальну власність територіальних громад, поставило перед органами місцевого самоврядування нові завдання щодо стратегічного планування розвитку медичної мережі, визначення ролі кожного закладу та оптимального розподілу фінансових ресурсів. У такій ситуації госпітальні округи стали інструментом координації дій громад, що дозволяє уникнути дублювання функцій і нераціонального використання коштів [56].

Логіка створення госпітальних округів і внутрішніх госпітальних кластерів у межах трансформації системи охорони здоров'я України полягає в тому, щоб «зшити» розрізнені мережі закладів у керовану систему, яка одночасно гарантує доступність базової допомоги «поруч із домом» і концентрацію складних випадків у сильніших багатoproфільних центрах із необхідними кадрами, обладнанням та організаційною спроможністю. В українських умовах ефективність такого підходу перевіряється не лише економічними або медичними метриками, а й здатністю мережі працювати під час воєнного стану: витримувати руйнування інфраструктури, релокації населення і персоналу, ризики логістики, дефіцит ресурсів та потреби, які різко зросли (поранення, реабілітація, ментальне здоров'я, безперервність первинки, екстренка). Для Харківської області це набуває особливої гостроти, адже регіон системно перебуває під обстрілами, мав періоди окупації частини територій і змушений

паралельно «підтримувати роботу» та «перезбирати мережу» під нові умови.

Після 2021 року управлінська логіка реформи на рівні госпітальних округів посилилася через перехід від фрагментарної «опорності» до системного формування спроможної мережі, де статуси закладів (надкластерні, кластерні, загальні, центри за профілями) пов'язуються з гарантованими пакетами послуг, вимогами до кадрового складу, обладнання, маршрутизації пацієнта та плануванням капітальних інвестицій [63]. В інформаційному полі Харківщини ці зміни описуються як продовження реорганізацій, що стартували ще до повномасштабної війни, та як наступний етап, який був визначений урядовими рішеннями 2023 року щодо організації спроможної мережі.

У практичному вимірі ефективність госпітального округу доцільно оцінювати як здатність системи досягати трьох взаємопов'язаних результатів: по-перше, забезпечувати доступність і безперервність допомоги; по-друге, підвищувати якість через концентрацію складних випадків і стандартизацію маршрутів, раціонально використовувати ресурси (фінанси, кадри, обладнання) і зменшувати управлінські «втрати» від дублювання функцій, неефективних малопотужних стаціонарів та непрозорих потоків фінансування. В умовах воєнного стану до цих трьох блоків додається четвертий - стійкість (resilience): наявність резервних рішень (модульні амбулаторії, мобільні аптечні пункти, укриття/«безпечні середовища», альтернативне енергоживлення і водопостачання), що дозволяють зберігати функціонування навіть при пошкодженні будівель і мереж.

Харківський госпітальний округ є одним із найбільших та найбільш функціонально навантажених госпітальних округів України, що зумовлено як чисельністю населення регіону, так і особливостями його безпекової ситуації в умовах воєнного стану. Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в межах цього округу стало результатом поєднання державної політики у сфері медичної реформи та необхідності адаптації системи охорони здоров'я до наслідків повномасштабної збройної агресії [41].

Структурно Харківський госпітальний округ охоплює декілька кластерів,

сформованих за територіальним принципом з урахуванням транспортної доступності, щільності населення та наявного медичного потенціалу. До складу округу входять Богодухівський, Ізюмський, Красноградський, Куп'янський, Лозівський та Харківський кластери, кожен з яких виконує визначену функцію у забезпеченні надання спеціалізованої медичної допомоги. Така кластерна модель дозволяє поєднати централізацію складних медичних послуг із збереженням доступності базової стаціонарної допомоги для мешканців громад.

Спроможна мережа Харківського госпітального округу включає 43 заклади спеціалізованої медичної допомоги, не враховуючи заклади первинної ланки та екстреної медичної допомоги. Зазначена кількість закладів свідчить про високу концентрацію медичних ресурсів у регіоні, що є критично важливим в умовах воєнного навантаження на систему охорони здоров'я. У межах цієї мережі заклади поділяються за функціональним статусом на надкластерні, кластерні та загальні лікарні, що дозволяє чітко розмежувати рівні складності медичної допомоги та оптимізувати маршрутизацію пацієнтів [31].

Надкластерні лікарні Харківського госпітального округу становлять ядро системи спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. До цієї групи віднесено сім закладів, які виконують функції регіональних центрів лікування найбільш складних клінічних випадків. Їх діяльність зосереджена на наданні допомоги пацієнтам із тяжкими захворюваннями, політравмами, онкологічною, кардіологічною, психіатричною, інфекційною патологією, на забезпеченні перинатальної та неонатальної допомоги. Саме ці заклади акумулюють найбільш підготовлений кадровий потенціал, сучасне медичне обладнання та мають найбільшу кількість договорів із Національною службою здоров'я України за високовартісними пакетами медичних послуг.

Кластерні лікарні, яких у межах округу визначено п'ятнадцять, забезпечують надання спеціалізованої медичної допомоги на рівні кластерів. Вони виконують роль проміжної ланки між надкластерними закладами та загальними лікарнями, приймаючи пацієнтів з ускладненими, але не критичними станами. Саме на ці заклади покладено завдання зниження навантаження на

надкластерні центри та забезпечення стабільного доступу населення до вторинної медичної допомоги у межах відповідних територій. У воєнних умовах кластерні лікарні відіграють важливу роль у наданні допомоги постраждалим у прифронтових і деокупованих громадах, де логістика транспортування пацієнтів до обласного центру може бути ускладненою або небезпечною.

Загальні лікарні, яких у спроможній мережі Харківського госпітального округу налічується двадцять одна, забезпечують базовий рівень стаціонарної медичної допомоги. Вони орієнтовані на лікування найбільш поширених захворювань, надання планової та невідкладної допомоги у межах своїх громад, стабілізацію пацієнтів перед можливим переведенням до закладів вищого рівня. Наявність значної кількості загальних лікарень дозволяє зберегти доступність медичних послуг для населення сільських та малих міських територій, що є особливо важливим в умовах воєнного стану та внутрішнього переміщення населення [46].

Офіційне погодження спроможної мережі закладів охорони здоров'я Харківського госпітального округу відбулося 9 червня 2023 року на засіданні Робочої групи з питань погодження пропозицій щодо визначення спроможної мережі та планів розвитку госпітальних округів. Прийняте рішення зафіксовано у відповідному протоколі та стало основою для подальшого стратегічного планування розвитку медичної інфраструктури області. Важливо, що це рішення ухвалювалося вже з урахуванням реалій повномасштабної війни, масштабних руйнувань закладів охорони здоров'я та необхідності їх поетапного відновлення.

Офіційні повідомлення Харківської ОВА фіксують масштаб руйнувань у медичній інфраструктурі області: внаслідок повномасштабної війни пошкоджено або зруйновано значну частку закладів, а відновлення відбувається поступово в межах доступних ресурсів і міжнародної підтримки, в інформації ХОВА наведено, що пошкоджено/зруйновано 76% закладів охорони здоров'я області, а зі значної кількості пошкоджених об'єктів частину вже відновлено [29]. Саме цей контекст робить питання госпітальних округів не «технічною оптимізацією», а управлінським механізмом виживання системи: коли частина потужностей

вибуває, мережа має швидко перерозподілити навантаження, змінити маршрутизацію, забезпечити переміщення обладнання і кадрів, переукладання контрактів із НСЗУ, підтримати первинку й екстрену допомогу в деокупованих/прифронтових громадах.

Публічно доступні матеріали щодо Харківщини описують, що мережа закладів для цілей спроможної мережі була суттєво «сконцентрована» порівняно з попереднім станом: із ширшої сукупності закладів сформовано менший перелік закладів госпітального округу з поділом за ролями (надкластерні, кластерні, медичні центри, загальні, первинка та екстренка). Управлінський сенс такого кроку - перейти від ситуації, коли «всі роблять усе», до моделі, де чітко визначено: де пацієнт отримує базові послуги; куди його скеровують за складних станів; які заклади мають підтримувати профільні напрями (онкологія, інфекції, психічне здоров'я тощо); де концентруються інвестиції в обладнання, реабілітацію та спеціалізовані команди [60].

Таблиця 3.1

**Узагальнена структура спроможної мережі Харківського
госпітального округу**

Елемент мережі	Управлінська роль у госпітальному окрузі	Орієнтовно зафіксована кількість у публічному описі
Надкластерні лікарні	Концентрація найскладніших випадків, широкий перелік напрямів, опорність для області	2
Медичні центри (профільні)	Спеціалізація за напрямками (онкологія, інфекції, психічне здоров'я тощо), формування єдиних профільних маршрутів	5
Кластерні заклади	Базова стаціонарна допомога для великих зон обслуговування, підтримка пріоритетних пакетів	15
Загальні заклади	Підтримка доступності в громадах, де недоцільна «висока» спеціалізація, але потрібна стабільна лікарняна функція	21
Первинна медична допомога	Безперервність ПМД, робота з хронічними станами, профілактика, маршрутизація до стаціонару	41
Екстрена медична допомога	Швидке реагування, стабілізація, доставка за маршрутом до відповідного рівня	1 (із мережею підрозділів/пунктів)

Джерело: складено на основі [29]

Ефективність з'являється тоді, коли класифікація перетворюється на управлінські рішення щодо фінансування, кадрових пріоритетів, закупівель обладнання, капітальних ремонтів, безпекових інфраструктурних рішень та регіональної маршрутизації пацієнта.

Таблиця 3.2

Фінансово-організаційні маркери спроможності мережі Харківщини

Показник	Що демонструє для оцінки ефективності госпітального округу	Значення (за відкритими даними)
Кількість договорів із НСЗУ за ПМГ (2024)	Масштаб мережі надавачів, що реально працюють у договірній моделі та здатні надавати послуги	284 договори
Обсяг фінансування від НСЗУ (2024)	Наявність ресурсу для утримання персоналу, закупівель, ліків, витратних матеріалів і частково - модернізації	майже 6,6 млрд грн
Частка пошкоджених/зруйнованих закладів	Рівень зовнішнього шоку, який має «переварити» мережа; критерій стійкості	76%
Відновлені об'єкти з числа пошкоджених	Реальний темп відновлення і здатність мережі відновлювати потужності	118 відновлених із 435 пошкоджених об'єктів

Джерело: складено на основі [56]

Найбільш перевірюваним індикатором «життєздатності» госпітального округу в Україні є контрактування з НСЗУ та обсяги фінансування за Програмою медичних гарантій. Для Харківської області у відкритому регіональному документі (Програма соціально-економічного розвитку/аналітичний блок щодо галузі) наведено, що на 2024 рік заклади області уклали 284 договори на медичне обслуговування населення, а фінансування від НСЗУ за цими договорами становило майже 6,6 млрд грн.

У контексті оцінки ефективності госпітальних округів це означає, що навіть за умов руйнування інфраструктури та ризиків логістики система зберігає елемент керованості: договірні відносини із «національним замовником» і фінансовий потік, який прив'язаний до пакетів послуг. Коли частина закладів втрачає можливість працювати, механізм ПМГ дозволяє перерозподіляти попит і потоки пацієнтів на ті заклади, які фактично спроможні надавати допомогу, а

регіональна влада отримує підстави планувати відновлення, підсилюючи саме ті вузли мережі, які дають найбільший внесок у доступність і якість.

Якщо в довоєнний період ефективність госпітальних округів часто оцінювали через доступність планової стаціонарної допомоги та інсультні/інфарктні маршрути, то для Харківщини 2022-2025 років «тестами» стали реабілітація та ментальне здоров'я. У регіональному документі зазначено, що за напрямом «реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» договір із НСЗУ уклали 11 закладів комунальної форми власності, і частина з них належить до спроможної мережі госпітального округу, що для області у 2024 році за бюджетною програмою відновлення/розвитку медичної галузі було передбачено 235 одиниць обладнання за десятьма позиціями, що прямо пов'язується з розбудовою реабілітаційних спроможностей.

Окремо в офіційному повідомленні ХОВА щодо відбудови сфери охорони здоров'я зафіксовано, що в області функціонують і розвиваються послуги ментального здоров'я: визначено значну кількість надавачів, підкреслено участь області в нових пакетах медпослуг та укладання договорів на відповідні послуги. Для оцінки ефективності госпітального округу це важливо тим, що показує здатність мережі швидко адаптуватися під нові потреби, не руйнуючи базову інфраструктуру первинки та екстренки, і водночас нарощувати «дефіцитні» напрями, які критично потрібні в умовах війни.

Ефективність госпітального округу в прифронтовому регіоні проявляється через управлінські рішення, які на перший погляд не є «медичними», але визначають можливість надавати послуги. Харківська ОВА повідомляє про встановлення модульних амбулаторій замість зруйнованих, розвиток мобільних аптечних пунктів для деокупованих/важкодоступних громад та старт розбудови безпечних середовищ (укриттів/споруд подвійного призначення) для безперервності медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій.

З погляду аналізу госпітальних округів це означає, що мережа починає працювати як система з резервами: коли стаціонар або амбулаторія вибуває, частину функції підхоплюють модульні рішення; коли аптечна логістика

порушена - працюють мобільні формати; коли зростає ризик для персоналу та пацієнтів - інфраструктурні безпекові рішення стають частиною «управління якістю» і «управління ризиками», а не лише цивільного захисту.

Для Харківської області ефективність створення госпітального округу доцільно формулювати як досягнення керованості мережі в умовах екстремальної невизначеності, зберігається контрактна архітектура з НСЗУ і значний масштаб фінансування за ПМГ, що створює ресурсну основу для функціонування закладів і робить систему менш залежною від «ручного» розподілу коштів, формується структурована мережа з розподілом ролей закладів, що дозволяє будувати маршрути пацієнтів і планувати підсилення вузлів, мережа демонструє адаптацію до воєнних викликів через нарощування реабілітаційних і психічних послуг та через інфраструктурні рішення для безперервності надання допомоги.

Разом із тим, для дипломної роботи важливо чесно показати, що ефективність госпітального округу в Харківській області має об'єктивні «стелі», ризик - збереження високого рівня пошкоджень закладів і повторювані атаки, які можуть нівелювати інвестиції та «збивати» маршрутизацію, ризик - кадровий: навіть за наявності договорів і обладнання система може втрачати спроможність через міграцію персоналу і вигорання, що вже є типовим для прифронтових регіонів; у вашій роботі це логічно має бути розкрито в підрозділі 2.2 як взаємозв'язок між кадровою політикою, мотиваційними інструментами і реальною доступністю послуг, ризик - нерівність доступу між громадами: формально наявність кластерів і центрів має покращувати якість, але фізична доступність (дороги, обстріли, комендантська година, транспорт) може робити «правильну» маршрутизацію практично складною, особливо для вразливих груп [23].

У відповідності до реформи медичної мережі, у Харківській області створено госпітальний округ зі спроможною мережею закладів. З-поміж попередніх 196 закладів було відібрано 85, які увійшли до нового госпітального округу. До спроможної мережі включено 2 надкластерні лікарні (Харківська

обласна лікарня та Харківська обласна дитяча лікарня), 5 медичних центрів (наприклад, онкоцентр, центр інфекційних хвороб, кардіологічний, перинатальний тощо), 15 кластерних лікарень у районах та 21 загальний заклад, структура передбачає розподіл ролей: надкластерні лікарні мають надавати максимально широкий спектр спеціалізованої допомоги (до 28 напрямків), що удосконалює їх спроможність працювати як регіональні центри вищого рівня. Кластерні лікарні покривають базовий пакет медичних послуг (не менше 20 напрямків) для приблизно 120 тисяч населення району.

Законодавчо передбачено, що надкластерні лікарні та медичні центри отримуватимуть окреме фінансування від МОЗ, зокрема для закупівлі сучасного обладнання, держава планує системно інвестувати в заклади округу, щоб підвищити якість високоспеціалізованої допомоги. За заявою керівництва департаменту охорони здоров'я, у надкластерних лікарнях уже почали впроваджувати додаткові напрямки (наприклад, кардіохірургія, реабілітація, трансфузіологія), що раніше виконувалися менш системно. Аналіз очікуваних ефектів показує: інтеграція лікарень у великі кластери має на меті оптимізувати маршрути пацієнтів, стандартизувати потоки важких випадків і концентрувати ресурси у вузлових пунктах, реальні виклики обмежують повноцінність ефектів реформи. На відміну від мирного часу, повномасштабна війна ускладнює швидке нарощування спроможностей: як зазначено в обласному департаменті, через війну неможливо «завтра» облаштувати всі лікарні, хоча до цих закладів поступово надходить необхідне обладнання від МОЗ. У деяких кластерних лікарнях досі бракує передбачених спроможністю напрямків (психіатрична допомога, паліативна допомога, трансфузіологія тощо), що свідчить про необхідність додаткового часу на доукомплектацію, нову «спроможну мережу» затверджено на три роки, після завершення яких її ефективність проаналізують і, у разі потреби, продовжать, початкові результати показують структурну оптимізацію медичної мережі Харківщини (скорочення числа закладів та укрупнення центрів), остаточна оцінка ефективності створення госпітальних округів у регіоні залежатиме від того, наскільки ці центри зможуть швидко

наростити потужності та покрити всі передбачені напрямки послуг.

Створення госпітальних округів у Харківській області набуло прикладного, а не декларативного характеру саме в умовах воєнного стану, коли реальна ефективність управлінських рішень перевіряється здатністю системи охорони здоров'я функціонувати під постійним безпековим тиском, з обмеженими ресурсами та високим рівнем потреб у невідкладній і спеціалізованій допомозі. Для регіону, який з 2022 року перебуває під регулярними обстрілами та зазнав масштабних руйнувань медичної інфраструктури, госпітальний округ став не лише інструментом оптимізації мережі, а механізмом забезпечення безперервності медичних послуг і концентрації спроможностей у визначених опорних точках.

У межах Харківського госпітального округу роль відіграють багатопрофільні та спеціалізовані заклади обласного рівня, які фактично формують «ядро» вторинної та частково третинної медичної допомоги. КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» виконує функцію універсального багатопрофільного стаціонару, здатного приймати найскладніші клінічні випадки з усієї області. У воєнний період ефективність включення цього закладу до структури госпітального округу проявляється в тому, що саме тут концентруються пацієнти, які потребують високоспеціалізованої допомоги, складних хірургічних втручань, інтенсивної терапії та багатодисциплінарного підходу. Управлінське рішення щодо концентрації ресурсів у цьому закладі дозволяє зменшити дублювання дорогих послуг у менш спроможних лікарнях і водночас забезпечити більш прогнозовану якість лікування. Разом із тим, війна створює постійний ризик перевантаження обласної клінічної лікарні через обмежену пропускну спроможність і залежність від безперебійного енергопостачання, що вимагає додаткових рішень щодо резервних систем і логістики.

Окремим елементом ефективності госпітального округу є функціонування КНП «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О. І. Мещанінова». У системі округу цей заклад виконує

роль ургентного стаціонару, який приймає основний потік пацієнтів з гострими станами в межах великого міста. У воєнних умовах значення цієї лікарні суттєво зросло, оскільки саме вона забезпечує оперативне прийняття постраждалих від обстрілів, дорожньо-транспортних пригод, гострих серцево-судинних та інших невідкладних станів. Ефективність госпітального округу в цьому випадку проявляється у чіткому розмежуванні функцій: лікарня швидкої допомоги знімає пікове навантаження з обласної клінічної лікарні, дозволяючи останній зосередитися на складніших випадках, що потребують тривалішого лікування. Ризиком залишається високе кадрове навантаження і професійне вигорання персоналу, яке в умовах війни може нівелювати організаційні переваги такої моделі.

Спеціалізовані заклади відіграють визначальну роль у забезпеченні ефективності госпітального округу. КНП Харківської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр» є прикладом концентрації акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги на обласному рівні. Включення перинатального центру до структури округу дозволяє забезпечити маршрутизацію вагітних із високим перинатальним ризиком з усієї області до закладу, який має відповідне обладнання, кадрову укомплектованість і досвід роботи в умовах ускладнених пологів. У воєнний період ефективність такої концентрації проявляється в зниженні материнської та перинатальної смертності, навіть попри ускладнену логістику і загрозу безпеці. Водночас цей заклад залишається вразливим до ризиків інфраструктурного характеру, що зумовлює необхідність додаткових управлінських рішень щодо укриттів і резервних систем життєзабезпечення.

Подібну логіку має функціонування КНП Харківської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня», яка в межах госпітального округу забезпечує концентрацію спеціалізованої медичної допомоги дітям. Для Харківської області, де значна кількість дітей постраждала внаслідок бойових дій і вимушеного переміщення, ефективність цього закладу полягає в можливості надавати комплексну допомогу без необхідності направлення дітей до дорослих

стаціонарів або за межі регіону. Управлінська доцільність включення дитячої лікарні до ядра округу полягає в зменшенні ризиків для вразливої категорії населення та збереженні спеціалізованих кадрів у межах області. Ризики, однак, пов'язані з кадровим дефіцитом педіатричних спеціальностей і високими вимогами до безпеки перебування дітей у стаціонарі під час повітряних тривог.

Ефективність госпітального округу не обмежується обласним центром і значною мірою залежить від роботи лікарень інтенсивного лікування на районному рівні. КНП Балаклійської міської ради «Балаклійська клінічна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування» є прикладом такого закладу, який забезпечує доступність вторинної допомоги для населення східної частини області. У воєнний період цей заклад відіграє критичну роль у скороченні часу доїзду пацієнтів до стаціонару, що особливо важливо в умовах ускладненої логістики та пошкодженої транспортної інфраструктури. Ефективність включення Балаклійської лікарні до структури госпітального округу проявляється у зменшенні навантаження на харківські стаціонари та збереженні можливості надання ургентної допомоги на місцях. Водночас ризиком залишається обмежена ресурсна база і потреба постійної підтримки з боку обласного рівня.

Аналогічну функцію в західній та південно-західній частинах області виконує КНП «Лозівське територіальне медичне об'єднання». Як районний вузол госпітального округу, цей заклад забезпечує надання широкого спектра вторинної допомоги та виконує роль проміжної ланки між первинною медичною допомогою і обласними центрами. У воєнних умовах ефективність Лозівського ТМО полягає в здатності приймати пацієнтів з навколишніх громад і забезпечувати стабільну роботу стаціонару, зменшуючи необхідність транспортування хворих на великі відстані. Ризики пов'язані з кадровим забезпеченням і необхідністю модернізації обладнання для відповідності вимогам спроможної мережі.

Важливим елементом госпітального округу є КНП «Чугуївська центральна лікарня імені М. І. Кононенка», яка обслуговує населення східних громад області

та відіграє роль локального центру вторинної допомоги. У контексті воєнного стану ефективність цього закладу визначається можливістю забезпечити медичну допомогу на місцях без надмірної залежності від обласного центру, що особливо актуально у періоди інтенсивних обстрілів Харкова. Управлінська доцільність включення Чугуївської ЦЛ до мережі округу полягає в підвищенні територіальної доступності допомоги та зменшенні навантаження на екстрену медицину. Водночас ризиками залишаються інфраструктурні втрати та необхідність підтримки з боку держави й міжнародних партнерів.

3.2 Впровадження новітніх технологій управління закладами охорони здоров'я (цифровізація, штучний інтелект)

Національна електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) відіграє роль у цифровізації медицини України. Уже зараз через ЕСОЗ лікарі можуть виписувати електронні направлення та рецепти, оформлювати електронні лікарняні і свідоцтва про народження, медичні огляди і програми реабілітації вносяться в електронну систему, що полегшує моніторинг пацієнтів. У 2023 р. запущено пілот «e-Stock» для цифрового управління запасами ліків, нові модулі «Гуманітарна допомога» та «Вакцинація». У 2024 році заплановано запуск особистого кабінету пацієнта з можливістю онлайн-укладання декларації, розширення функціоналу реабілітації та впровадження верифікації ліків, сервіси спрямовані на підвищення ефективності управління закладами: електронні дані полегшують планування потреб і контроль якості, а телемедичні інструменти (наприклад, онлайн-консультації) зберігають роботу первинної ланки в умовах локальних обстрілів.

Разом із цифровими реєстрами, в Україну активно інтегрують технології штучного інтелекту. Так, у вересні 2023 року в Одесі запровадили пілотний проєкт BrainScan, в якому нейромережа аналізує комп'ютерні томограми головного мозку пацієнтів у автоматичному режимі, сервіс значно пришвидшує діагностику інсультів та уражень мозку: лікар може отримати оброблене

зображення за 5 хвилин після сканування. Досвід роботи цього ШІ-сервісу вже поширено на прифронтовий Краматорськ, що демонструє готовність впроваджувати подібні інновації в зоні бойових дій. На рівні аналітики в Україні розроблено рекомендації щодо впровадження ШІ в охороні здоров'я, на міжнародній конференції «Досягнення, перспективи і ризики впровадження ШІ» (листопад 2025) було окреслено можливості міждисциплінарної співпраці у цьому напрямі, Харківщина може використовувати наявну національну інфраструктуру (ЕСОЗ, телемедичні сервіси) та долучатися до проєктів на базі ШІ для оптимізації роботи клінік: від автоматизації рутинних рентген-аналізів до прогнозування потреб у медичних ресурсах.

3.3. Можливість застосування державно-приватного партнерства в управлінні закладами охорони здоров'я

В умовах воєнного стану питання застосування державно-приватного партнерства в управлінні закладами охорони здоров'я в Україні набуло не теоретичного, а суто прикладного характеру. Руйнування медичної інфраструктури, обмеженість бюджетних ресурсів, зростання потреб населення у медичних послугах та необхідність швидкого відновлення закладів охорони здоров'я актуалізували пошук таких управлінських механізмів, які дозволяють поєднати публічні інтереси держави з фінансовими, управлінськими й технологічними можливостями приватного сектору. У цьому контексті державно-приватне партнерство розглядається не як альтернатива державній системі охорони здоров'я, а як інструмент її підтримки, стабілізації та модернізації.

Правові передумови застосування державно-приватного партнерства в Україні сформовані ще до початку повномасштабної війни та базуються на положеннях Закону України «Про державно-приватне партнерство», галузевого законодавства у сфері охорони здоров'я, бюджетного та концесійного законодавства. Водночас саме воєнний стан виявив обмеженість традиційних

бюджетних механізмів фінансування та змусив органи публічної влади активніше звертатися до моделей залучення приватного капіталу, зберігаючи при цьому контроль над стратегічно важливими активами та соціальною спрямованістю медичних послуг. За оцінками міжнародних організацій і Світового банку, частка витрат на охорону здоров'я в Україні залишається суттєво нижчою, ніж у більшості європейських країн, що об'єктивно обмежує можливості держави самостійно фінансувати відновлення і розвиток медичної мережі.

У системі публічного управління охороною здоров'я державно-приватне партнерство потенційно дозволяє вирішувати одразу декілька взаємопов'язаних завдань. По-перше, воно створює умови для залучення додаткових інвестицій у відбудову та модернізацію закладів охорони здоров'я без повної приватизації майна. По-друге, партнерство відкриває доступ до управлінських і технологічних компетенцій приватного сектору, що особливо важливо для впровадження сучасних медичних технологій, цифрових рішень, телемедицини та енергоефективних систем. По-третє, за умови належного публічного контролю ДПП може сприяти підвищенню ефективності використання комунального майна та зниженню навантаження на місцеві бюджети.

Для Харківської області, яка зазнала одного з найбільших рівнів руйнувань медичної інфраструктури, потенціал державно-приватного партнерства є особливо значущим. Масштабні пошкодження лікарень, поліклінік і допоміжної інфраструктури створили ситуацію, за якої відновлення виключно за рахунок бюджетних коштів потребує тривалого часу. У цьому контексті залучення приватних партнерів може бути доцільним насамперед у проєктах реконструкції та технічного переоснащення таких закладів, як обласні та міські лікарні інтенсивного лікування, перинатальні центри, діагностичні та реабілітаційні підрозділи. При цьому завданням публічної влади залишається забезпечення того, щоб участь приватного партнера не призводила до звуження доступу населення до безоплатних медичних послуг у межах Програми медичних гарантій.

Практика функціонування системи фінансування через Національну

службу здоров'я України створює додаткові можливості для реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Контракти НСЗУ, укладені як з комунальними, так і з приватними надавачами медичних послуг, формують відносно прозорий і прогнозований фінансовий потік, який може слугувати основою для довгострокових партнерських угод. Для приватного партнера це знижує інвестиційні ризики, а для держави - дозволяє зберегти контроль над обсягом і якістю медичних послуг через стандарти та вимоги до договорів. У воєнний період така модель є особливо актуальною, оскільки поєднує ринкові стимули з публічними гарантіями доступності медичної допомоги.

Разом із тим, застосування державно-приватного партнерства в управлінні закладами охорони здоров'я супроводжується низкою системних ризиків, які мають бути враховані в процесі прийняття управлінських рішень. Одним із є ризик конфлікту між соціальною функцією медичного закладу та комерційними інтересами приватного партнера. В умовах війни цей ризик посилюється, оскільки попит на медичні послуги зростає, а платоспроможність населення, навпаки, знижується.

Передача окремих функцій або об'єктів в управління приватному партнеру може викликати соціальну напругу серед медичного персоналу, побоювання щодо умов праці та стабільності зайнятості. Для Харківської області, де кадрове забезпечення й без того перебуває під тиском воєнних факторів, ці ризики потребують особливо обережного підходу. Практика ДПП має супроводжуватися гарантіями збереження трудових прав медичних працівників, прозорими умовами оплати праці та можливостями професійного розвитку.

Висновки до розділу 3

Таким чином, можливість застосування державно-приватного партнерства в управлінні закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану слід розглядати як один із інструментів удосконалення публічного управління, а не універсальне рішення всіх проблем галузі. Для Харківської області ДПП може

стати ефективним механізмом прискорення відбудови, оновлення матеріально-технічної бази та впровадження інновацій за умови збереження публічного контролю, соціальної спрямованості та відповідності державній політиці у сфері охорони здоров'я. Саме баланс між економічною доцільністю та суспільним інтересом визначатиме ефективність державно-приватного партнерства як складової сучасної системи публічного управління медичною галуззю.

Проведений аналіз показує, що в Харківській області створено нову госпітальну мережу з укрупнених відділень (надкластерних, кластерних, медичних центрів), що потенційно підвищує рівень спеціалізації та доступності багатьох послуг. Створення госпітального округу дає можливість концентрувати ресурси й оснащення в установах, однак воєнні умови уповільнюють повне нарощування потужностей, впровадження інформаційних систем (електронних реєстрів, телемедицини) та ІІІ-технологій (як показано на прикладі «BrainScan») підвищує ефективність управління і якість обстеження та лікування. За таких обставин державно-приватні ініціативи стають особливо актуальними: досвід реформи «Superhumans» демонструє, як ДПП може прискорити модернізацію установ та розширити спектр послуг, удосконалення механізмів управління медичною галуззю Харківщини вимагає комплексного підходу: законодавчого впровадження нових інструментів (спроможна мережа, електронне здоров'я), нарощування технологічного потенціалу і залучення приватних інвестицій за прозорими правилами.

ВИСНОВКИ

У сучасній правовій науці поняття публічного управління закладами охорони здоров'я розкривається через призму їх правового статусу, організаційно-правової форми, функціонального призначення та місця в системі публічної влади. Заклади охорони здоров'я не є звичайними суб'єктами господарювання, оскільки їх діяльність безпосередньо пов'язана з реалізацією конституційного права людини на охорону здоров'я та виконанням соціальної функції держави і територіальних громад.

У наукових підходах правовий статус закладів охорони здоров'я трактується як особливе, нормативно визначене становище цих суб'єктів у системі державних і комунальних інституцій, яке охоплює порядок їх створення, функціонування, підпорядкування, кадрове та матеріально-технічне забезпечення, коло повноважень і обов'язків. Такий статус формується нормами адміністративного, господарського та медичного права і відображає публічний характер діяльності закладів охорони здоров'я як юридичних осіб.

Комунальні заклади охорони здоров'я належать до юридичних осіб публічного права, що зумовлює специфіку їх створення та функціонування. Вони утворюються розпорядчим рішенням органів місцевого самоврядування, діють у межах делегованих повноважень територіальних громад та використовують майно, яке перебуває у комунальній власності й має особливий правовий режим. Ця обставина визначає підвищені вимоги до прозорості управління, підзвітності та контролю за діяльністю таких закладів.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, заклад охорони здоров'я визнається юридичною особою будь-якої форми власності або її відокремленим підрозділом, який на підставі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників забезпечує медичне обслуговування населення, законодавство не обмежує організаційно-правову форму таких закладів, однак для комунального сектору чітко визначено можливість функціонування у формі установ або комунальних некомерційних

підприємств.

Зміни публічного управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану охоплюють негайну адаптацію системи до нових потреб безпеки і винорих навантажень. У Харківській області за перші роки війни запроваджено цілодобовий режим роботи лікарень та служб екстреної медицини для вчасного надання допомоги пораненим. У той же час суттєво зросло фінансування для утримання персоналу і реконструкції медзакладів; розроблено підтримуючі програми для залучення й утримання лікарів у прифронтових громадах. Спеціалізована мережа лікувальних установ реформується шляхом створення госпітальних округів - це забезпечує краще розподілення високоспеціалізованої допомоги за спільним планом.

Цифровізація та інновації (електронні реєстри, телемедицина, штучний інтелект) дають змогу підтримувати управління закладами та клінічні процеси навіть у зонах дії війни, можливість державно-приватного партнерства відкриває додаткові ресурси для розвитку медичної інфраструктури: уже є приклади успішних проєктів такої співпраці (як «Superhumans»), дослідження свідчить: незважаючи на кризові умови, система охорони здоров'я Харківщини демонструє стійкість та поступове запровадження модернізаційних процесів під егідою публічного управління. Ці трансформації залишаються для забезпечення доступності і якості медичних послуг у воєнний час.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова С. Є, Пігарчук М. Г. Державна підтримка розвитку приватної медицини: фінансовий аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 11. С. 157-162. DOI: 10.32702/2306-6814.2023.11.157. URL: <https://www.investplan.com.ua> (дата звернення: 16.12.2025).
2. Babenko M. M. Development of public administration of the health care system and pharmacy in Ukraine. *Farmatsevtychnyi Zhurnal*. 2022. № 4. P. 3-11. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.22.01> (дата звернення: 16.12.2025).
3. Baker M. S, Baker J, Burkle F. M. Russia's hybrid warfare in Ukraine threatens both healthcare & health protections provided by international law. *Annals of Global Health*. 2023. Vol. 89, № 1. Ubiquity Press. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.4022> (дата звернення: 16.12.2025).
4. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 21-22. С. 132-137. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/21-22_2020/27.pdf (дата звернення: 16.12.2025).
5. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20> (дата звернення: 16.12.2025).
6. Богдан Д, Бойко А, Василькова А. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. 133 с. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situationalanalysis-2019.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).
7. Борщ В. І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. *Вісник ЖДТУ: Економіка, управління та адміністрування*. 2019. № 2 (88). С. 156-161.
8. Винницький Б, Лендел М, Онищук Б. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерства в Україні та за кордоном. Київ : К.І.С, 2018. 146 с.

9. Волосовець О. П, Заболотько В. М, Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. № 1 (84). Том 2. С. 20-26.
10. Гбур З. В. Механізми та інструменти менеджменту медичного закладу комунального неприбуткового підприємства в умовах реформи охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2020. № 3 (23). С. 75-94. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-3\(23\)-75-94](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-3(23)-75-94) (дата звернення: 16.12.2025).
11. Гойда Н. Г, Курділь Н. В, Вороненко В. В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорожский медицинский журнал*. 2013. № 5 (80). С. 104-108.
12. Граціотова Г. О, Ясіновська М. О. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. *ECONOMICS: time realities*. 2020. № 6 (52). С. 25-34.
13. Грицко О. М, Пеканець С. Р. Моделі та тенденції розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. Том 33 (72), № 3. С. 46-53. DOI: <https://doi.org/10.32838/TNU-2663-6468/2022.3/09> (дата звернення: 16.12.2025).
14. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навчально-наукове видання / заг. ред. М. М. Білинської. Київ - Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
15. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні і перспективи розвитку / упорядник Я. Ф. Радиш. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
16. Дорош Й, Ібатуллін Ш, Тарнопольський А, Сакал О, Харитоненко Р. The role of land management in the process of economic modernization in Ukraine. *Землеустрій, кадастр і моніторинг земель*. 2023. № 2. С. 25-36. DOI: <https://doi.org/10.31548/zemleustriy2023.02.02> (дата звернення: 16.12.2025).
17. Dzhus M, Golovach I. Impact of Ukrainian-Russian war on health care and humanitarian crisis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2023. Vol.

17. Р. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.265> (дата звернення: 16.12.2025).
18. Жаліло Л. І, Мартинюк О. І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).
19. Заболотько В. М. (укл.). Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019-2020 роки. Київ, 2021. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html> (дата звернення: 16.12.2025).
20. Запатріна І. В. Публічно-приватне партнерство в Україні: перспективи застосування для реалізації інфраструктурних проектів і надання публічних послуг. *Економіка та прогнозування*. 2010. № 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/econprog_2010_4_8 (дата звернення: 16.12.2025).
21. Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/dutp/2007-2/txts/07igfsas.htm> (дата звернення: 16.12.2025).
22. Іщенко Г. О, Юристовська Н. Я. Перспективи розвитку державно-приватного партнерства в умовах реформи охорони здоров'я. *Науковий вісник "Демократичне врядування"*. 2020. Вип. 2 (26). URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2022/jan/26390/228506-articletext-520923-1-10-20210408.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).
23. Клименко С. Є, Лашкул З. В, Мотовиця Н. Я, Ярова Л. Д. Сучасний стан реалізації договорів державно-приватного партнерства та державних інвестиційних проектів у сфері охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2022. № 2. С. 68-74.
24. Ключник А, Прогонюк Л, Галунець Н, Гусенко А, Олійник Т. Public management and administration in territorial communities of Ukraine during the war and in the post-war period. *Economic Affairs* (New Delhi). 2023. Vol. 68 (Special Issue). Р. 923-929. DOI: <https://doi.org/10.46852/0424-2513.2s.2023.40> (дата звернення: 16.12.2025).
25. Ковалишин О. The factor of democracy and prosperity and the formation of the nation state in the example of Ukraine: Pre-war picture. *Studia Europejskie* -

Studies in European Affairs. 2023. № 4. Р. 173-193. DOI: <https://doi.org/10.33067/se.4.2023.10> (дата звернення: 16.12.2025).

26. Красівський О. Specific features of public involvement and digitalization of services when reforming public administration during the war. *Democratic Governance*. 2023. Vol. 31, № 1. Р. 12-23. DOI: <https://doi.org/10.23939/dg2023.01.012> (дата звернення: 16.12.2025).

27. Крикун О. Д. Стан та перспективи кадрового забезпечення ринку приватної медицини в Україні. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 2 (9). С. 74-81.

28. Криничко Л. Р, Петрик С. М, Криничко Ф. Р. Удосконалення правового механізму реалізації державно-приватного партнерства як інвестиційного проєкту в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 23. С. 131-137. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.23.131 (дата звернення: 16.12.2025).

29. Круглов В. В. Моделі державно-приватного партнерства. *Державне управління*. 2018. № 2 (62). URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2018/12.pdf (дата звернення: 16.12.2025).

30. Медична освіта (офіційний сайт). Скільки лікарів в Україні? URL: <http://medosvita.info/2021/02/21/скільки-лікарів-в-україні/> (дата звернення: 16.12.2025).

31. Медична платформа. URL: <https://medplatforma.com.ua> (дата звернення: 16.12.2025).

32. Методичні рекомендації для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Ілик Р. Р, Литовченко І, Слободніченко М. та інші. Для державних та комунальних закладів охорони здоров'я, для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я. МОЗ України. 2018. 70 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).

33. Мінфін: у 2023 році видатки на охорону здоров'я становили 217,4 млрд гривень. Кабінет Міністрів України. 2024. URL:

<https://www.kmu.gov.ua/news/minfin-u-2023-rotsi-vydatky-na-okhoronu-zdorovia-stanovyly-2174-mlrd-hryven> (дата звернення: 16.12.2025).

34. Надюк З. О. Державне управління інноваційним розвитком національної системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2019. № 1. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/854399> (дата звернення: 16.12.2025).

35. Нагорянський А. О. Improvement of public administration of the medical rehabilitation system as an integral part of public health policy. *Clinical and Preventive Medicine*. 2021. Vol. 2, № 16. P. 63-69. DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(16\).2021.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(16).2021.08) (дата звернення: 16.12.2025).

36. Павлюк К. В. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави. *Наукові праці КНТУ. Економічні науки*. 2010. № 17. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Npkntu_e_2010_17_4 (дата звернення: 16.12.2025).

37. Пархоменко А. Russia's war in Ukraine and cardiovascular health care. *Circulation*. 2023. Vol. 147, № 10. P. 779-781. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.063196> (дата звернення: 16.12.2025).

38. Проект державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Агенція з питань підтримки державно-приватного партнерства. URL: <https://pppagency.me.gov.ua/uk/project/derzhavno-privatne-partnerstvo-u-sferi-okhoroni-zdorovya/> (дата звернення: 16.12.2025).

39. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 16.12.2025).

40. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. Дата оновлення: 01.01.2022. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/2404-17#Text> (дата звернення: 16.12.2025).

41. Prusaczyk A, Bogdan M, Vinker S, Gujski M, Żuk P, Kowalska-Bobko I, Lewtak K. Health care organization in Poland in light of the refugee crisis related to the military conflict in Ukraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, № 5. Article 3831. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20053831> (дата звернення: 16.12.2025).

42. Савостенко Т. О, Шевченко Л. Г, Соломаха О. А. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання: стан і проблеми. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. Розділ 2. Механізми публічного управління. 2022. № 2. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.2.6> (дата звернення: 16.12.2025).

43. Степанова О. В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України. *Ефективна економіка*. 2014. № 6. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3157> (дата звернення: 16.12.2025).

44. Суспільне медіа. URL: <https://suspilne.media> (дата звернення: 16.12.2025).

45. Тулай О. І. Державно-приватне партнерство в контексті модернізації фінансування сфери охорони здоров'я. *Економічний форум*. 2018. № 3. С. 235-239. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/33579> (дата звернення: 16.12.2025).

46. ТСН. URL: <https://tsn.ua> (дата звернення: 16.12.2025).

47. Устименко В. А, Россильна О. В. Роль публічно-приватного партнерства в оптимізації сфери охорони здоров'я (на прикладі персоналізованої медицини): ризики і перспективи. *Правовий часопис Донбасу*. 2022. № 4 (81), vol. 2. С. 45-51. DOI: <https://doi.org/10.32782/2523-4269-2022-81-4-2-45-51> (дата звернення: 16.12.2025).

48. Федорчак О. Класифікація механізмів державного управління. *Науковий вісник "Демократичне управління"*. 2008. Вип. 1. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2022/jan/26465/ofedorchak.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).

49. Халай В. О. The strategy of reforming the health care system in Ukraine. *Analytical and Comparative Jurisprudence*. 2023. № 6. Р. 189-194. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34> (дата звернення: 16.12.2025).
50. Харківська обласна державна адміністрація. URL: <https://kharkivoda.gov.ua> (дата звернення: 16.12.2025).
51. Хусаїнов Р. Моделі державно-приватного партнерства: закордонний досвід та перспективи для України. URL: <https://www.researchgate.net/publication/279446643> (дата звернення: 16.12.2025).
52. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> (дата звернення: 16.12.2025).
53. Центр громадського здоров'я МОЗ України : офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html> (дата звернення: 16.12.2025).
54. Benjamin M. Hunter, Susan F. Murray, Shweta Marathe, Indira Chakravarthi. Decentred regulation: The case of private healthcare in India. *World Development*. 2022. Vol. 155. Article 105889. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2022.105889> (дата звернення: 16.12.2025).
55. Greenaway C, Fabreau G, Pottie K. The war in Ukraine and refugee health care: Considerations for health care providers in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2022. Vol. 194, № 26. Р. E911-E915. DOI: <https://doi.org/10.1503/CMAJ.220675> (дата звернення: 16.12.2025).
56. Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions. COM, Brussels. 2004. 327 final. 22 p. URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0327> (дата звернення: 16.12.2025).
57. Gostin L. O, Rubenstein L. S. Attacks on health care in the war in Ukraine. *JAMA*. 2022. Vol. 327, № 16. Р. 1541-1542. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.6045> (дата звернення: 16.12.2025).
58. Heisler M, Kovtonyuk P, De Vos C. Attacks on health care used as a weapon of war in Ukraine and globally: The demand for accountability. *JAMA*. 2023. American Medical Association. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.2787> (дата

звернення: 16.12.2025).

59. Holovanova I. A, Shevchenko A. S. Determination of the main needs of palliative patients and ways of their provision in the health care system of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2023. Vol. 90, № 3. P. 88-94. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.hos> (дата звернення: 16.12.2025).

60. Niven A. S, Skomro R. P, Dziuba D, Gajic O. Supporting health care workers during the armed conflict in Ukraine. *Chest*. 2023. Elsevier Inc. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.12.021> (дата звернення: 16.12.2025).

61. Organisation for Economic Co-operation and Development. Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries. 2020. URL: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries2f7bace2/#tablegrp-d1e94> (дата звернення: 16.12.2025).

62. Piech K. Health care financing and economic performance during the coronavirus pandemic, the war in Ukraine and the energy transition attempt. *Sustainability* (Switzerland). 2022. Vol. 14, № 17. Article 10601. DOI: <https://doi.org/10.3390/su141710601> (дата звернення: 16.12.2025).

63. Public-Private Partnerships for Health Care Infrastructure and Services: Considerations for Policy Makers in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. 38 p.

64. Shandryk V, Zhebelev I, Deliatynchuk A, Maksymov V, Shelest V. Modern concepts of public administration in the context of sustainable development. *Economic Affairs* (New Delhi). 2023. Vol. 68, № 4. P. 2105-2117. DOI: <https://doi.org/10.46852/0424-2513.4.2023.21> (дата звернення: 16.12.2025).

65. Shevlin M, Hyland P, Karatzias T, Makhashvili N, Javakhishvili J, Roberts B. The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2022. Vol. 27, № 3. P. 521-523. DOI: <https://doi.org/10.1177/13591045221097519> (дата звернення: 16.12.2025).

66. SQ.com.ua. URL: <https://sq.com.ua> (дата звернення: 16.12.2025).

67. Tkach K. Comparative analysis of the current state of regulatory and legal

regulation of health care in Ukraine and Hungary. *Analytical and Comparative Jurisprudence*. 2022. № 5. P. 311-317. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.05.58> (дата звернення: 16.12.2025).

68. UkrInform. URL: <https://ukrinform.ua> (дата звернення: 16.12.2025).

69. UMJ: Український медичний часопис. URL: <https://umj.com.ua> (дата звернення: 16.12.2025).

70. Vlasenko S. Local government bodies as subjects of public policy of national memory in Ukraine. *Public Administration and Regional Development*. 2023. Vol. 22. P. 915-936. DOI: <https://doi.org/10.34132/pard2023.22.01> (дата звернення: 16.12.2025).

71. ВМКЦ ПнР (Військово-медичний клінічний центр Північного регіону). URL: <https://vmkc-pnr.mil.gov.ua> (дата звернення: 16.12.2025).

72. Шандрик В, Шевчук Р. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 4 (64). С. 109-114.

73. Yaitska D. Public participation: International standards and perspectives for Ukraine. *Theory and Practice of Jurisprudence*. 2023. Vol. 1, № 23. DOI: <https://doi.org/10.21564/2225-6555.2023.23.282101> (дата звернення: 16.12.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Загальні лікарні

№	Заклад	Адреса (місце надання послуг)
1	Балаклійська клінічна багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування	вул. Партизанська, 25, м. Балаклія; вул. Жовтнева, 10, м. Балаклія; вул. Центральна, 5, смт Донець
2	Зачепилівська центральна лікарня	вул. 14-ї Гвардійської стрілецької дивізії, 6, смт Зачепилівка
3	Кегичівська центральна районна лікарня	вул. Калинова, 37, смт Кегичівка
4	Барвінківська центральна міська лікарня	вул. Незалежності, 20, м. Барвінкове
5	Великобурлуцька центральна лікарня	вул. Осянська, 23, смт Великий Бурлук; вул. Виноградна, 2а, смт Великий Бурлук
6	Сахновщинська центральна лікарня	вул. Полтавська, 75, смт Сахновщина; вул. Тарасів Шлях, 67, смт Сахновщина
7	Шевченківська центральна районна лікарня	вул. Бубліченко, 15, смт Шевченкове
8	Люботинська міська лікарня	вул. Шевченка, 15, м. Люботин
9	Міська клінічна лікарня №2 ім. проф. О.О. Шалімова	просп. Героїв Харкова, 197, м. Харків
10	Нововодолазька центральна лікарня	вул. Миколи Амосова, 16, смт Нова Водолага; вул. Кооперативна, 6, смт Нова Водолага
11	Міська дитяча лікарня №5	вул. Танкопія, 43, м. Харків; проїзд Стадіонний, 6/5, м. Харків
12	Міська студентська лікарня	вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків
13	Валківська центральна районна лікарня	пров. Майський, 34, м. Валки
14	Краснокутська центральна районна лікарня	вул. Горянська, 1, смт Краснокутськ; вул. Миру, 136, смт Краснокутськ
15	Міська клінічна лікарня №14 ім. проф. Л.Л. Гіршмана	вул. Олеся Гончара, 5, м. Харків
16	Міська клінічна лікарня №30	вул. Гуданова, 5/7, м. Харків
17	Золочівська лікарня	вул. Філатова, 20, смт Золочів
18	Близнюківська центральна районна лікарня	вул. Калинова, 3, смт Близнюки
19	Зміївська центральна районна лікарня	шосе Таранівське, 1-6, м. Зміїв; вул. 6-ї Стрілецької дивізії, 1, м. Зміїв
20	Первомайська центральна районна лікарня	вул. Світанкова, 3, м. Первомайський
21	Вовчанська центральна районна лікарня	вул. 1-го Травня, 1-а, м. Вовчанськ; вул. Шевченка, 28, м. Вовчанськ

Додаток Б

Кластерні лікарні

№	Заклад	Адреса (місце надання послуг)
1	Богодухівська центральна районна лікарня	вул. Чернієнка, 13, м. Богодухів; вул. Комарова, 3, м. Богодухів; пл. Свято-Духівська, 7в, м. Богодухів
2	Куп'янське територіальне медичне об'єднання	вул. Лікарняна, 2, м. Куп'янськ; вул. Першого Травня, 41, м. Куп'янськ; сел. Ківшарівка, 3, м. Куп'янськ; вул. Сонячна, 26, смт Куп'янськ-Вузловий
3	Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері (м. Ізюм)	вул. Залікарняна / пров. Залікарняний, 5/4, м. Ізюм
4	Красноградська центральна районна лікарня	вул. Шиндлера, 87, м. Красноград
5	Лозівське територіальне медичне об'єднання	вул. Машинобудівників, 29, м. Лозова; вул. Живописна, 42, с. Катеринівка; вул. Лозовського, 10, м. Лозова; мкр-н 4, буд. 25, м. Лозова
6	Мереф'янська центральна районна лікарня	вул. Дніпровська, 148, м. Мерефа
7	Дергачівська центральна лікарня	вул. 1-го Травня, 4, м. Дергачі; вул. 1-го Травня, 23, м. Дергачі
8	Міська багатoproфільна лікарня №18 (м. Харків)	вул. Краснодарська, 104, м. Харків
9	Міська клінічна багатoproфільна лікарня №25 (м. Харків)	просп. Олександрівський, 122, м. Харків
10	МКЛ швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова	пров. Балакірєва, 3а, м. Харків
11	Міська клінічна лікарня №13 (м. Харків)	просп. Гагаріна, 137, м. Харків
12	Міська клінічна багатoproфільна лікарня №17 (м. Харків)	просп. Героїв Харкова, 195, м. Харків
13	Міська клінічна лікарня №27 (м. Харків)	вул. Пушкінська, 41, м. Харків; вул. Пушкінська, 32, м. Харків
14	Міська клінічна лікарня №31 (м. Харків)	просп. Любові Малої, 4, м. Харків; вул. Валер'янівська, 113, м. Харків
15	Чугуївська центральна лікарня ім. М.І. Кононенка	вул. Гвардійська, 52, м. Чугуїв; вул. Гагаріна, 12, м. Чугуїв; вул. Гагаріна, 12-6, м. Чугуїв; вул. Гвардійська, 60, м. Чугуїв; вул. Незалежності, 59, смт Печеніги

Додаток В

Надкластерні заклади

№	Заклад	Адреса (місце надання послуг)
1	Обласна клінічна лікарня	просп. Незалежності, 13, м. Харків
2	Обласна дитяча клінічна лікарня	вул. Озерянська, 5, м. Харків; вул. Клочківська, 337а, м. Харків
3	Центр онкології (обласний центр онкології)	вул. Лісопарківська, 4, м. Харків
4	Обласний центр паліативної медицини «ХОСПІС»	вул. Луї Пастера, 4а, м. Харків
5	Центр психічного здоров'я (обласна клінічна психіатрична лікарня №3 / обласна клінічна наркологічна лікарня)	вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків
6	Центр інфекційних захворювань (комплекс профільних закладів)	Обласна клінічна інфекційна лікарня / Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня — просп. Героїв Сталінграду, 160, м. Харків; ОКШВД №1 — вул. Благовіщенська, 17, м. Харків; ОКШВД №2 — вул. Покровська, 43, м. Зміїв; Центр профілактики і боротьби зі СНІДом — вул. Боротьби, 6, м. Харків; Протитуберкульозні диспансери №1 — вул. Ньютона, 145, м. Харків; №3 — шосе Таранівське, 70, м. Зміїв; №7 — просп. Московський, 197, м. Харків / просп. Потебні, 16, м. Харків
7	Кардіологічний центр	пров. Балакірєва, 5, м. Харків
8	Перинатальний центр	вул. Малиновського, 4, м. Харків