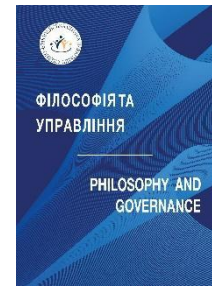




e-ISSN 3041-248X

Філософія та управління

<https://www.eu-scientists.com/index.php/fag>



Фінансування охорони здоров'я в Україні: системи класифікації, фінансові інструменти

Ганна А. Глущенко  ¹ *

¹ Університет Григорія Сковороди в Переяславі (Україна). Аспірантка кафедри публічного управління та адміністрування.

* Автор-кореспондент, e-mail: annanat1@gmail.com

СТАТТЯ

АНОТАЦІЯ

Дослідницька

DOI:

[10.70651/3041-248X/2025.7-8.11](https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.11)

Авторське право

© 2025 автора



Цей твір
ліцензовано на
умовах Ліцензії
Creative Commons
«Із Зазначенням
Авторства –
Некомерційна 4.0
Міжнародна»
(CC BY-NC 4.0).



Система охорони здоров'я є ключовим елементом інфраструктури сучасної держави, яка забезпечує збереження здоров'я населення та сприяє соціальній згуртованості, національній безпеці й економічному розвитку. В Україні питання ефективного фінансування охорони здоров'я набуло особливої актуальності в умовах масштабних реформ з 2017 року, спрямованих на запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» та інтеграцію цифрових інструментів управління. Пандемія COVID-19 та повномасштабна війна з 2022 року створили додаткові виклики, які вимагають адаптації фінансових механізмів до надзвичайних умов та нових потреб системи. Метою дослідження є комплексне наукове обґрунтування систем класифікації та фінансових інструментів, що застосовуються у сфері охорони здоров'я України, з урахуванням реформаторських змін, викликів війни та необхідності підвищення ефективності, прозорості й сталості фінансування медичних послуг. У статті використано системний і структурно-функціональний підходи для комплексного розгляду фінансової архітектури системи охорони здоров'я з урахуванням реформ та зовнішніх викликів. Виявлено тенденцію трансформації фінансової архітектури у бік підвищення прозорості, ефективності та орієнтації на пацієнта. Проаналізовано основні канали фінансування – державний бюджет через Програму медичних гарантій, розширену автономію місцевих бюджетів, роль міжнародної допомоги у воєнний період, а також недосконалість добровільного медичного страхування й публічно-приватного партнерства. Встановлено домінування витрат на стаціонарне лікування і медикаменти за збереження зростаючої ролі амбулаторної допомоги. Динаміка фінансування свідчить про поступовий перехід від централізованої лікарняної моделі до децентралізованої системи, адаптованої до викликів війни. Запропоновано рекомендації щодо удосконалення класифікації фінансових потоків і оптимізації інструментів. Результати дослідження підкреслюють важливість підвищення ефективності, прозорості й сталості фінансування, а також необхідність міждисциплінарного підходу до подальшого розвитку фінансових моделей з метою забезпечення доступності та якості медичних послуг в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

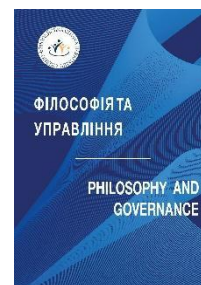
охорона здоров'я, фінансування охорони здоров'я, Програма медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, пандемія COVID-19, війна, публічно-приватне партнерство, фінансові інструменти.



e-ISSN 3041-248X

Philosophy and Governance

<https://www.eu-scientists.com/index.php/fag>



Health Care Financing in Ukraine: Classification Systems and Financial Instruments

Hanna Hlushchenko ¹ *

¹ *Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav (Ukraine). PhD Student at the Department of Public Administration and Management.*

* *Corresponding Author*, e-mail: annaanat1@gmail.com

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Research Article

DOI:

[10.70651/3041-248X/2025.7-8.11](https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.11)

Copyright © 2025
by author



This is an open access journal and all published articles are licensed under a Creative Commons Attribution—NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)



The health care system is a key component of the infrastructure of any modern state, as it ensures the preservation of population health and contributes to social cohesion, national security, and economic development. In Ukraine, the issue of effective health care financing has gained particular relevance amid large-scale reforms launched in 2017. These reforms aimed to introduce the principle of "money follows the patient" and to integrate digital management tools. The COVID-19 pandemic and the full-scale war since 2022 have created additional challenges that require adaptation of financial mechanisms to emergency conditions and new system needs. The aim of this study is to provide a comprehensive scientific rationale for the classification systems and financial instruments applied in Ukraine's health care sector, considering reform-driven changes, wartime challenges, and the need to enhance the efficiency, transparency, and sustainability of health financing. The study employs systemic and structural-functional approaches to analyse the financial architecture of the health care system in light of ongoing reforms and external shocks. The findings reveal a steady transformation toward increased transparency, efficiency, and patient-centeredness. The analysis covers the main financing channels, including the state budget via the Program of Medical Guarantees, expanded autonomy of local budgets, the critical role of international aid during wartime, and the underdevelopment of voluntary health insurance and public-private partnerships. The current expenditure structure remains dominated by inpatient care and pharmaceuticals, although there is a positive trend toward strengthening outpatient services, aligning with global best practices in resource optimization. The financing dynamics indicate a gradual shift from a centralized hospital-based model to a more diversified and decentralized system responsive to the realities of wartime. The study proposes recommendations for improving the classification of financial flows and optimizing funding instruments. The results emphasize the importance of enhancing the effectiveness, transparency, and resilience of health care financing, as well as the necessity of an interdisciplinary approach for the future development of financial models that ensure access and quality of health services in Ukraine.

KEYWORDS

health care, health care financing, Program of Medical Guarantees, National Health Service of Ukraine, COVID-19 pandemic, full-scale war, public-private partnership, health financing instruments.

1. Вступ

Система охорони здоров'я посідає центральне місце в інфраструктурі кожної сучасної держави, оскільки вона забезпечує не лише збереження здоров'я населення, але й відіграє фундаментальну роль у підтримці соціальної згуртованості, національної безпеки та довгострокового економічного розвитку. В Україні питання ефективного фінансування охорони здоров'я набуло особливої актуальності на тлі масштабних трансформацій, що тривають останніми роками.

Із 2017 року охорона здоров'я України перебуває у процесі реформування, спрямованого на зміну підходів до фінансування – від утримання закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) до принципу «гроші йдуть за пацієнтом», запровадження єдиного національного закупівельника медичних послуг – Національної служби здоров'я України (НСЗУ), а також поступову інтеграцію цифрових інструментів у систему управління [1; 2, с. 7]. Попри складність і неоднозначність реформ, саме вони заклали основу для більш прозорого, цільового та ефективного розподілу фінансових ресурсів.

Разом із тим, пандемія COVID-19 стала тестом на готовність системи реагувати на надзвичайні ситуації, водночас оголивши низку викликів – нерівномірність фінансування між регіонами, дефіцит лікарів та медсестер, обмеженість інфраструктури первинної ланки. Повномасштабна війна, яка триває з 2022 року, ще більше ускладнила ситуацію, зруйнувавши або перевантаживши ЗОЗ, змістивши фокус із планової допомоги на екстрену та реабілітаційну, і поставивши перед урядом нові завдання щодо адаптації фінансових механізмів у сфері охорони здоров'я.

У цьому контексті систематизація класифікацій фінансування охорони здоров'я (державне, місцеве, приватне, міжнародне, страхове тощо) та аналіз інструментів (медична субвенція, програма медичних гарантій, договори з НСЗУ, цільові фонди, публічно-приватне партнерство) набувають особливого значення. Україна потребує не лише збільшення обсягів фінансування, а й підвищення його ефективності через точне планування, прогнозування витрат, цифрову звітність, інтеграцію результатів у систему управління.

Урешті-решт, інвестування в охорону здоров'я не є витратами у класичному сенсі, а радше вкладенням у довголіття, працездатність і стійкість нації.

Наукове дослідження сучасних механізмів фінансування охорони здоров'я потребує комплексного міждисциплінарного підходу, який охоплює економічні, управлінські, правові та соціальні аспекти. У цьому контексті надзвичайно важливо систематизувати існуючі фінансові моделі, охарактеризувати діючі інструменти: від державного бюджету та коштів НСЗУ до благодійної допомоги й цифрових платформ, і окреслити перспективні напрями вдосконалення фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідно до принципів ефективності, доступності й справедливості.

2. Огляд літературних джерел

Аналіз наукових та аналітичних праць, присвячених фінансуванню охорони здоров'я України, демонструє різноманіття підходів до класифікації систем фінансування та використання фінансових інструментів у контексті реформ, війни й декларованої доступності послуг.

Так, спільний звіт ВООЗ та Світового банку (СБ) (2019) висвітлює ключові етапи реформування фінансування охорони здоров'я України (2016–2019). Автори констатують, що створення НСЗУ як єдиного платника і впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) відповідають міжнародним моделям кращих практик. Проте зазначають, що макрофіскальна нестабільність загрожує стійкості системи і потребує подальшої реорганізації ЗОЗ та підтримки первинної допомоги [3; 4].

У звіті «Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery» (ВООЗ–СБ, 2024) проаналізовано поступ реформ у період після 2017 року, зокрема вплив повномасштабної війни з РФ та підкреслено важливість інституційної міцності, прозорості й підзвітності, ранню реакцію на кризові явища та роль цифрової системи eHealth у забезпеченні стабільного доступу до Програми медичних гарантій [5; 6].

J. Habicht, M. Hellowell та J. Kutzin [7] дослідили, як засади Універсального охоплення здоров'ям та нові моделі закупівель дозволили українській системі охорони здоров'я зберегти функціональність попри військові виклики. Автори наголошують на ролі фінансової гнучкості для підтримки найуразливіших громад та збереження доступності послуг.

Огляд системи післярадянсько-ї реформи [8; 9; 10; 11] показує, що дотепер системне фінансування значною мірою базується на моделі Семашка, з високою питомістю витрат населення з власних коштів; держава не мала стимулів для якості чи результатів, фінансування було централізоване, а реанімування системи зіштовхувалося із фрагментарністю й недовірою населення.

Дослідники Y. Stryzhak, T. Saraskina, A. Minchenko та I. Stryzhak [12] визначили роль місцевих бюджетів у фінансуванні охорони здоров'я та потенціал їх розширення у межах децентралізації. Автори порівнюють досвід Польщі та України, звертаючи увагу на обмеженість повноважень органів місцевого самоврядування щодо безпосереднього фінансування медичних послуг, що стримує потенціал доступності на рівні громад.

Щодо фінансових інструментів, окремі публікації згадують про спроби розвитку добровільного медичного страхування. Наприклад, у *Business Perspectives* [13] розглядаються пацієнт-орієнтовані моделі добровільного страхування, однак відзначено, що стан ринку страхування в Україні не дає змоги повноцінно впровадити ці інструменти через низьку довіру та обмежену пропозицію.

Також у науковій літературі розглядається роль міжнародних інструментів, таких як результатоорієнтоване фінансування (*output-based aid*, *voucher-системи*), які дозволяють спрямовувати кошти за досягненням конкретних результатів. Хоч таких програм було небагато в Україні, міжнародний досвід свідчить [14], що такі інструменти можуть посилити стимул якісної медичної допомоги.

На основі проведеного аналізу сучасних наукових праць і публікацій можна стверджувати, що проблематика фінансування охорони здоров'я в Україні залишається надзвичайно актуальною та потребує подальшого комплексного й поглибленого дослідження.

3. Постановка завдання

Метою дослідження є комплексне наукове обґрунтування систем класифікації та фінансових інструментів, що застосовуються у сфері охорони здоров'я України, з урахуванням реформаторських змін, викликів війни та необхідності підвищення ефективності, прозорості й сталості фінансування медичних послуг.

4. Методи та матеріали

У процесі дослідження було застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, які дозволили всебічно охарактеризувати системи класифікації та фінансові інструменти у сфері охорони здоров'я України, з урахуванням реформаторських трансформацій, викликів воєнного стану та потреби підвищення ефективності, прозорості й сталості фінансування медичних послуг.

Основу методологічного підходу становив системний аналіз, який забезпечив інтегрований розгляд фінансової архітектури охорони здоров'я як цілісної системи, що включає взаємодію різних каналів фінансування, класифікаційних схем і інструментів розподілу ресурсів. Застосування структурно-функціонального підходу дозволило визначити ключові функції фінансових механізмів у забезпеченні доступності медичних послуг та адаптації до зовнішніх викликів.

Матеріалами дослідження стали також статистичні дані з офіційних джерел, таких як Державна служба статистики України, Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України. Аналіз охопив ключові показники фінансування: загальні й поточні витрати на охорону здоров'я, їх розподіл за функціональними категоріями, провайдерів послуг.

5. Результати та обговорення

Еволюція фінансування охорони здоров'я в Україні віддзеркалює загальні трансформації публічної політики, які відбувалися протягом тридцяти років незалежності. Від початкової централізованої моделі, що базувалася на пострадянських підходах із фокусом на фінансування утримання ЗОЗ, система поступово переходила до більш гнучких і пацієнт-орієнтованих механізмів. У 1990-х роках основним джерелом фінансування залишався державний бюджет, а розподіл коштів мав формальний характер без належної прив'язки до обсягів або якості наданої медичної допомоги [15; 16].

Запровадження з 2017 року реформ на основі принципу «гроші йдуть за пацієнтом» знаменувало перехід до нової фінансової моделі, яка передбачає укладання договорів між НСЗУ та ЗОЗ, що дало змогу підвищити прозорість фінансових потоків, створити єдиний механізм закупівель медичних послуг та стимулювати конкуренцію між надавачами допомоги. Разом із впровадженням Програми медичних гарантій було зроблено спробу закласти основи універсального охоплення населення медичними послугами [17].

Проте, попри успішний запуск ключових елементів фінансової реформи, система охорони здоров'я залишалася вразливою до зовнішніх викликів. Пандемія COVID-19 виявила обмеженість інституційної спроможності, недостатню готовність до криз, перевантаження ланки первинної допомоги та брак механізмів гнучкого фінансування. Повномасштабна війна ще більше ускладнила ситуацію: частина закладів була зруйнована або переміщена, виникла потреба у фінансуванні реабілітаційної, екстреної та військово-медичної допомоги, а також у підтримці медичних працівників у зоні бойових дій [5].

З огляду на сучасні виклики слід забезпечити цілісне й зрозуміле бачення фінансування охорони здоров'я, яке б відповідало як стратегічним завданням держави, так і реальним потребам людей.

У табл. 1 систематизовано основні канали фінансування охорони здоров'я в Україні із зазначенням трансформаційної динаміки до реформи (до 2017), після реформи (з 2018) та в умовах повномасштабної війни (з 2022).

Таблиця 1. Класифікація та еволюція основних каналів фінансування охорони здоров'я в Україні (до 2017 р., з 2018 р., з 2022 р.)

Канал фінансування	До реформи (до 2017)	Після реформи (з 2018)	В умовах війни (з 2022)
Державний бюджет	Централізоване фінансування, медична субвенція	Програма медичних гарантій через НСЗУ	Часткова переорієнтація на екстрену/військову медицину
Місцеві бюджети	Утримання ЗОЗ, слабка автономія	Розширення повноважень громад, співфінансування	Зменшення доходів, пріоритет гуманітарної допомоги
Пацієнтські платежі	Висока частка неформальних платежів	Сплата лише за послуги поза гарантованим пакетом	Обмеження платоспроможності населення
Міжнародна допомога	Епізодичні гранти	Зростання програм підтримки (СБ, USAID, ВООЗ тощо)	Масове залучення донорських коштів
Добровільне страхування	Слабо розвинене	Повільне зростання, пілотні проекти	Майже не функціонує в умовах війни

Джерело: систематизовано автором за даними, наведеними у [5; 4; 18].

Як бачимо, еволюція каналів фінансування системи охорони здоров'я в Україні супроводжувалась комплексною трансформацією фінансової архітектури галузі, що включала як інституційні зміни, так і перерозподіл функціональних ролей між ключовими джерелами фінансування.

Так, державний бюджет залишився основним джерелом фінансування, проте його функції трансформувалися від утримання інфраструктури до закупівлі конкретних медичних послуг через НСЗУ. Місцеві бюджети отримали більше повноважень, але в умовах правового режиму воєнного стану їх ресурсна спроможність істотно знизилась, що загостило потребу в міжсекторальній та донорській підтримці.

У той же час обсяг приватних витрат, зокрема пацієнтських платежів, зазнав суттєвих коливань: від домінування неформального компонента у 1990-х до часткової легалізації платних послуг у рамках реформи, з подальшим обмеженням через погіршення платоспроможності населення в умовах війни. Міжнародна технічна допомога набула

критичного значення, ставши своєрідним стабілізаційним фактором системи, особливо в напрямках екстреної допомоги, логістики, реабілітації та підтримки медичних кадрів.

Добровільне медичне страхування, попри неодноразові спроби розбудови, залишається фрагментованим і низькодоступним інструментом, практично не функціонуючи в умовах масштабної соціально-економічної турбулентності.

У цьому контексті особливого значення набуває аналіз не лише джерел, а й фінансових інструментів, які використовуються для реалізації політики у сфері охорони здоров'я.

Якщо канали фінансування визначають, звідки надходять ресурси, то фінансові інструменти – це механізми, за допомогою яких ці ресурси розподіляються, обліковуються, контролюються і спрямовуються на досягнення конкретних цілей системи. Належна побудова та ефективне функціонування фінансових інструментів визначають здатність системи охорони здоров'я адаптуватися до мінливих умов, оперативно реагувати на кризи та поступово наближатися до рівня універсального медичного покриття.

Нижче наведено основні фінансові інструменти, які формують сучасну структуру фінансування охорони здоров'я в Україні (табл. 2). Їхнє ефективне застосування має прямий вплив на забезпечення доступності, підвищення якості та сталий розвиток системи загалом. Попри це, системний аналіз і постійне вдосконалення цих інструментів сприяють раціональному розподілу обмежених ресурсів та посиленню прозорості управлінських процесів. А впровадження цифрових технологій і використання аналітичних методів відкриває нові можливості для моніторингу ефективності фінансування та своєчасного коригування політики у відповідь на виклики сучасності.

Таблиця 2. Основні фінансові інструменти у сфері охорони здоров'я України

Інструмент фінансування	Коротка характеристика	Основні цілі	Переваги	Обмеження
Програма медичних гарантій	Основний механізм державного фінансування через НСЗУ	Забезпечення гарантованого пакету медичних послуг для населення	Прозорість розподілу, контракти з 303, сплата за послуги замість утримання	Обмежена кількість послуг, затримки з оплатою, потреба в стабільному бюджетному забезпеченні
Медична субвенція	Бюджетні кошти, що надаються місцевим громадам на первинну і вторинну допомогу	Підтримка базового рівня медичної допомоги у громадах	Гнучкість використання, важлива для віддалених районів	Недостатній обсяг, залежність від держбюджету, не покриває реабілітацію або високоспеціалізовану допомогу
Договори з НСЗУ	Угода між 303 та державним платником на умовах ПМГ	Фінансова підтримка за фактично надані послуги	Сприяє конкуренції між 303, прив'язка до кількості пацієнтів	Не всі 303 здатні виконати вимоги (ІТ, кадри, звітність), виключення частини населення із доступу
Місцеві бюджети та цільові програми	Додаткове фінансування 303 з бюджету громади, регіону	Адаптація послуг до локальних потреб, підтримка соціально важливих послуг	Гнучке реагування на місцеві запити, інновації у сфері громадського здоров'я	Залежність від доходів ТГ, нерівність доступу між багатими і бідними громадами
Публічно-приватне партнерство (ППП)	Механізм залучення приватного капіталу до розвитку 303	Інфраструктурний розвиток, технологічне оновлення	Можливість модернізації за рахунок приватного інвестора	Ризики непрозорості, слабка нормативна база, обмежене застосування в охороні здоров'я
Міжнародна технічна допомога та донорські програми	Надання грантів, медобладнання, медикаментів, мобільних госпіталів тощо	Екстрена підтримка під час криз, розвиток інституційної спроможності	Гнучкість, швидкість реагування, впровадження інновацій	Залежність від зовнішнього фінансування, тимчасовий характер, відсутність стратегії масштабування
Добровільне медичне страхування (ДМС)	Форма додаткового страхування (здебільшого приватного)	Забезпечення платного сегменту доступом до розширених послуг	Підвищення фінансової стійкості 303, розширення доступу для охочих	Дуже низький рівень покриття, низька довіра до страхових установ, нерозвинений ринок

Джерело: складено автором за даними, наведеними у [3–6].

На наш погляд, у перспективі стратегічного розвитку охорони здоров'я в Україні пріоритетним завданням має стати формування збалансованої системи фінансового управління, яка поєднує стабільність державного фінансування, гнучкість місцевих бюджетів, прозорість контрактних механізмів та адаптивність до зовнішніх викликів.

Аналіз фінансових інструментів в системі охорони здоров'я України демонструє, що найефективнішими механізмами є ті, які базуються на чітких результатах та прозорих контрактах, зокрема ПМГ, що забезпечує цільове і контрольоване фінансування медичних послуг. У той же час медична субвенція залишається критично важливою для підтримки територій, які не охоплені ПМГ, а особливо для регіонів, що перебувають у зоні бойових дій, де доступ до основних джерел фінансування обмежений. Міжнародна допомога в умовах війни відіграє незамінну роль у стабілізації системи, однак її ресурсів недостатньо для повного подолання структурних викликів та системних недоліків охорони здоров'я, а недостатній розвиток ДМС та ППП свідчить про необхідність глибшої інтеграції цих фінансових інструментів у загальнодержавну політику охорони здоров'я з метою підвищення її сталості та ефективності.

Для глибшого розуміння внутрішньої логіки трансформацій фінансової архітектури системи охорони здоров'я доцільно проаналізувати динаміку та структуру фінансування за функціональними категоріями медичних послуг.

На рис. 1 представлено поточні витрати на охорону здоров'я за функціональними категоріями медичних послуг у 2020 році.

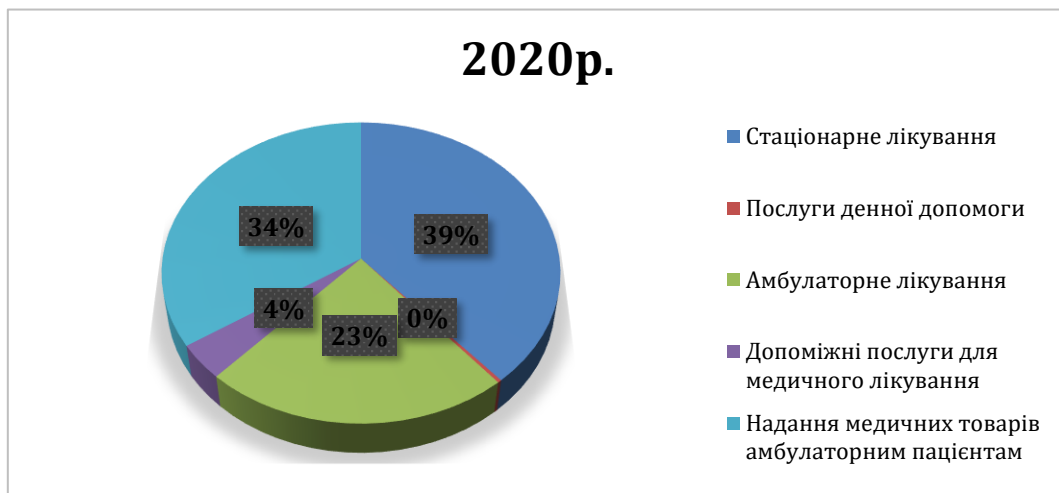


Рис. 1. Поточні витрати на охорону здоров'я за функціональними категоріями медичних послуг у 2020 році

Джерело: сформовано автором на підставі [19].

Як показують дані, найбільшу частку поточних витрат у 2020 році становили витрати на стаціонарне лікування (приблизно 39 %) та на медичні товари для амбулаторного застосування (близько 34 %). Разом ці дві категорії формують понад дві третини загального бюджету, що свідчить про збереження лікувально-орієнтованої парадигми у фінансуванні сфери охорони здоров'я.

Водночас амбулаторне лікування забезпечило близько 23 % сукупних витрат, демонструючи тенденцію до зростання ролі первинної і спеціалізованої допомоги поза межами стаціонару. Така динаміка є позитивною і відповідає глобальним практикам зміщення акценту на менш затратні та більш доступні форми медичної допомоги, включаючи інтегровану амбулаторну модель з посиленням компонентом профілактики та реабілітації.

Допоміжні послуги (4 %) мають стабільну частку в структурі, однак потребують постійного моніторингу на предмет їхньої ефективності й доцільності у контексті загального адміністрування системи.

Так, поточна структура витрат свідчить про поступову, хоча й нерівномірну, трансформацію моделі фінансування у напрямку підвищення ролі амбулаторного сектору. Проте зберігається надмірна залежність від ресурсомістких сегментів, таких як стаціонарне лікування та медикаментозне забезпечення, що вимагає подальшої раціоналізації бюджетного

планування відповідно до принципів ефективності, результативності, профілактичної орієнтації та соціальної справедливості.

Для цілісного розуміння логіки розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я недостатньо аналізувати лише функціональну структуру витрат – надзвичайно важливо також оцінити, на які типи постачальників медичних послуг (провайдерів) спрямовуються кошти, адже саме це дає змогу виявити реальні пріоритети фінансування, рівень інституційної підтримки первинної, вторинної, третинної та довготривалої допомоги.

На рис. 2 відображено динаміку поточних витрат на охорону здоров'я за категоріями постачальників медичних послуг упродовж 2005–2020 років. Виявлено поступовий відхід від централізованої лікарняної моделі на користь більш диверсифікованої системи з активнішою участю амбулаторного, аптечного та інших секторів.

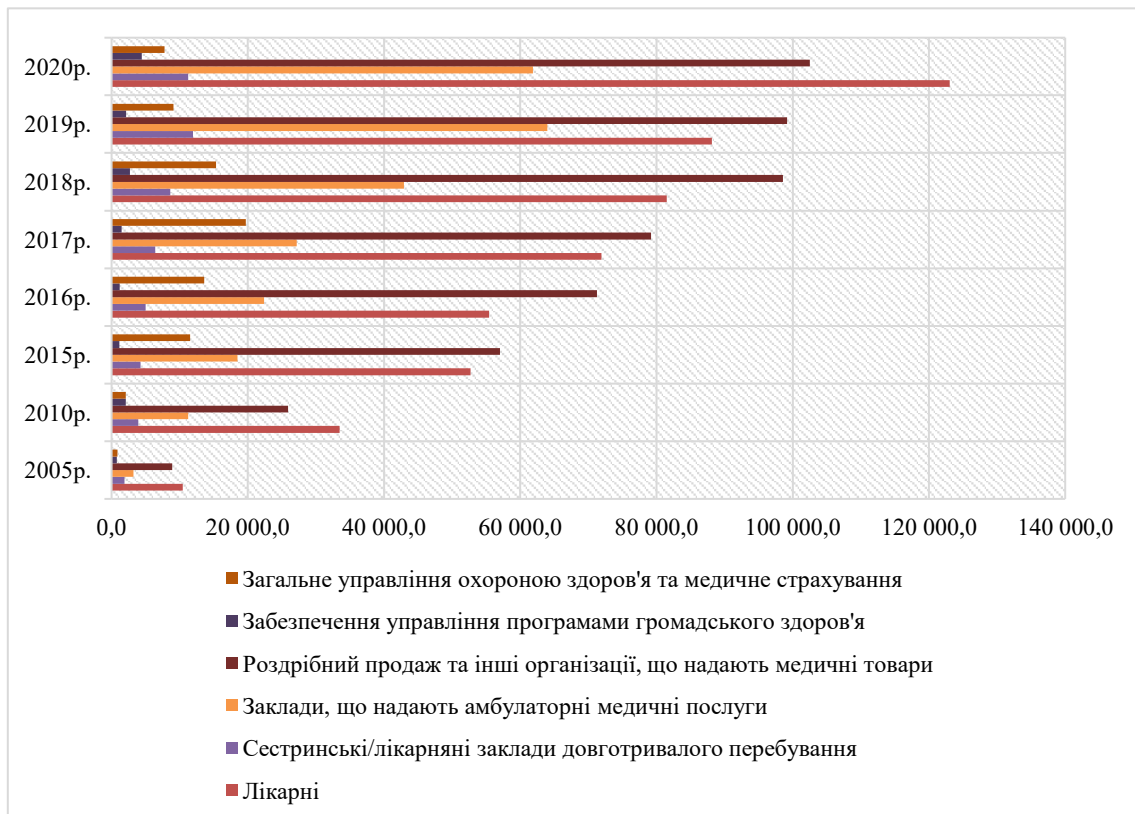


Рис. 2. Поточні витрати на охорону здоров'я за постачальниками медичних послуг (провайдерами), 2005–2020 роки

Джерело: сформовано автором на підставі [19].

З огляду на військові дії, перебудова фінансування стала ще більш актуальною. Виникла нагальна потреба у швидкому перенаправленні ресурсів на екстрену медичну допомогу, реабілітацію поранених, а також на підтримку мобільних і тимчасових медичних структур, які не мають класичної інституційної прив'язки. Ці нові реалії спонукають переглядати як стратегії фінансування, так і класифікаційні підходи, що враховують гнучкість і адаптивність фінансових потоків у надзвичайних умовах. Тому доцільно сформулювати низку практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності, гнучкості та прозорості фінансового управління в сфері охорони здоров'я.

По-перше, необхідно оновити та деталізувати систему класифікації фінансових потоків у сфері охорони здоров'я з урахуванням трансформаційних змін, появи нових видів послуг і каналів фінансування. Така класифікація має забезпечити точне відображення джерел, функцій та напрямів використання ресурсів. По-друге, доцільно активізувати впровадження цифрових технологій для збору, моніторингу та аналітики бюджетних даних, що дозволить оперативно реагувати на потреби системи, підвищити прозорість і зменшити корупційні ризики. По-третє, слід розвивати гнучку багаторівневу систему фінансування, яка поєднує державні та місцеві бюджети з інструментами добровільного медичного страхування, публічно-приватного партнерства і донорської допомоги. Крім того, особливу увагу варто приділити підтримці

мобільних і тимчасових медичних структур, які виконують критичні функції в умовах війни та потребують спеціального фінансового супроводу.

Впровадження таких кроків набуває особливої актуальності в контексті останніх бюджетних рішень та динаміки фінансування 2024–2025 років, які суттєво впливають на можливості реалізації реформ у сфері охорони здоров'я.

У 2024 р. уряд задекларував подальше нарощення видатків на охорону здоров'я: загальні видатки держбюджету на дану сферу становили близько 239 млрд грн ($\approx +31$ млрд до 2023 р.), із пріоритетами ПМГ, «Доступних ліків» та критичної інфраструктури [20]. У проєкті бюджету на 2025 р. Мінфін окремо підкреслював 210,7 млрд грн на сферу охорони здоров'я (включно з ПМГ та забезпеченням лікарень), тоді як Кабмін наприкінці року затвердив для ПМГ 175,5 млрд грн (на 16 млрд більше, ніж роком раніше), що свідчить про збереження бюджетного пріоритету ПМГ у загальній структурі фінансування на 2025 р. [21; 22].

Міжнародні фінансові партнери у 2024–2025 рр. продовжили підтримку системи, роблячи акцент на ефективності видатків, прозорості та стійкості в умовах війни. Наприкінці 2024 р. Світовий банк анонсував пакет у 454 млн доларів для проєкту THRIVE, спрямованого на підвищення ефективності державних видатків на охорону здоров'я; у 2025 р. повідомлено про надходження траншів за механізмом PforR (оплата за досягнення результатів) [23; 24]. Окремо ВООЗ і Світовий банк у спільному огляді 2024 р. підкреслили, що українська модель фінансування (з ПМГ і НСЗУ) демонструє стійкість і має бути посилена інституційно (зокрема, розширення «Доступних ліків» та модернізації інфраструктури у бюджеті-2025) [5; 6].

Разом з тим, військові руйнування залишаються системним обмеженням: станом на 1 липня 2025 р. пошкоджено або знищено щонайменше 2 384 об'єкти, що належать 781 303 (308 – повністю знищені) [25]. Це величезні втрати, які потребують і капітальних інвестицій, і швидких тимчасових рішень. У відповідь міжнародні програми допомоги у 2025 р. фокусуються на забезпеченні лікарень енергетичним обладнанням (генератори), анестезіологічним та респіраторним оснащенням, що прямо впливає на безперервність надання послуг [26].

Макрофіскальний контекст залишається вузьким: за оцінками МВФ (8-й перегляд EFF), у 2025 р. темп зростання ВВП очікується 2–3 %, із підвищеним тиском на бюджет через війну та пов'язані ризики; це обмежує простір для швидкого розширення гарантованого пакета без поглиблення пріоритезації [27; 28]. Також, за оглядом ОЕСР-2025, загальні соціальні видатки (включно з охороною здоров'я та освітою) мають тенденцію до зниження частки у ВВП у 2025 р. порівняно з 2024 р., що підсилює вимоги до результативності кожної бюджетної гривні [29].

6. Висновки

Проведено комплексний аналіз систем класифікації та фінансових інструментів у сфері охорони здоров'я України з урахуванням реформаторських змін, впливу пандемії COVID-19 та повномасштабної війни. Виявлено, що трансформація фінансової архітектури відбувається у напрямку підвищення прозорості, ефективності та орієнтації на пацієнта.

Здійснено системний огляд і класифікацію основних каналів фінансування, які зазнали значних змін: державний бюджет тепер спрямовується через Програму медичних гарантій, місцеві бюджети отримали більшу автономію, міжнародна допомога відіграє ключову роль в умовах війни, а добровільне медичне страхування та публічно-приватне партнерство залишаються малорозвиненими інструментами.

Визначено, що поточна структура витрат охорони здоров'я зберігає домінування стаціонарного лікування та медикаментозного забезпечення, хоча спостерігається позитивна тенденція до зростання ролі амбулаторної допомоги, що відповідає світовим практикам оптимізації ресурсів. Динаміка фінансування за категоріями провайдерів засвідчує поступовий перехід від централізованої лікарняної моделі до більш диверсифікованої та децентралізованої системи, що враховує виклики воєнного стану. Розроблено рекомендації щодо вдосконалення системи класифікації фінансових потоків і оптимізації фінансових інструментів.

На наш погляд, перспективи розвитку фінансування охорони здоров'я України визначатимуться балансом між необхідністю збереження стратегічних реформ, адаптацією до воєнних викликів і жорсткими обмеженнями фіскального простору.

Так, очікується подальша концентрація ресурсів у межах Програми медичних гарантій на так званому «ядрі» (пріоритетних пакетах з найбільшою вартісною ефективністю), включаючи

первинну медичну допомогу, серцево-судинні захворювання, реабілітацію та онкоскринінги, із ширшим використанням механізмів оплати за результат у донорських програмах. Високий рівень руйнувань медичної інфраструктури зумовлює прискорення капітальних інвестицій у відновлення потужностей та підвищення енергостійкості закладів, із паралельним розширенням ролі мобільних і тимчасових провайдерів, контрактованих НСЗУ. Подальший розвиток цифрових рішень (зокрема, eHealth, електронні рецепти, інтегровані реєстри) дозволить підвищити прозорість, посилити антикорупційні механізми та забезпечити жорсткішу пріоритезацію послуг в умовах обмежених бюджетних можливостей. Зовнішнє фінансування трансформуватиметься від короткострокових гуманітарних грантів до комплексних кредитно-грантових пакетів із чіткими KPI, спрямованих на інституційне зміцнення охорони здоров'я, хоча ризик зниження підтримки НУО-провайдерів збережеться. На місцевому рівні очікується перехід від утримувальних моделей фінансування до більш таргетованих програм (реабілітація, медичний транспорт, довготривала опіка), при цьому менш спроможні громади потребуватимуть міжбюджетної компенсації та донорської допомоги для запобігання посиленню регіональної нерівності у доступі до послуг [5; 6; 23; 29; 27].

Отже, фінансування охорони здоров'я України у найближчі роки розвиватиметься в умовах глибокої трансформації, де поєднуються елементи стійкості та адаптивності. Збереження пріоритетності пацієнтоорієнтованих підходів, оптимізація використання обмежених ресурсів та впровадження результативних механізмів оплати стануть ключовими факторами підвищення ефективності системи. При цьому успішність реформ значно залежатиме від синергії державних, місцевих та міжнародних джерел фінансування, а також від здатності швидко реагувати на нові виклики, зумовлені воєнною та післявоєнною відбудовою країни.

References

1. Zaporizhzhia City Council. (2025, July 22). Medychna reforma [Medical reform]. *Official portal of Zaporizhzhia City Council*. <https://lnk.ua/Lb4A0koNQ> (in Ukrainian)
2. Shkil, I. O. (2024). *Formuvannia innovatsiinoho mekhanizmu u sferi nadannia medychnykh posluh na mistsevomu rivni* [Formation of an innovative mechanism in the field of medical services provision at the local level]. DSpace at ZNU. <https://lnk.ua/lxNK3MjN8> (in Ukrainian)
3. World Health Organization. Regional Office for Europe & The World Bank. (2019). *Ukraine: review of health financing reforms 2016–2019: WHO–World Bank joint report*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/346328>
4. World Health Organization (WHO). (2024, November 20). *Joint WHO–World Bank report outlines steps for Ukraine to strengthen financing of health system, improving equity and efficiency*. <https://www.who.int/europe/news/item/20-11-2024-joint-who-world-bank-report-outlines-steps-for-ukraine-to-strengthen-financing-of-health-system--improving-equity-and-efficiency>
5. World Health Organization (WHO). (2024). *Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2024). *Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/379548>
7. Habicht, J., Hellowell, M., & Kutzin, J. (2024). Sustaining progress towards universal health coverage amidst a full-scale war: Learning from Ukraine. *Health Policy and Planning*, 39(7), 799–802. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae041>
8. Lekhan, V., Rudi, V., & Richardson, E. (2010). Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(8), 1–183, xiii–xiv. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21429862/>
9. Lekhan, V., Rudi, V., Shevchenko, M., Nitzan Kaluski, D., & Richardson, E. (2015). Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(2), 1–154. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26106880/>
10. Contributors to Wikimedia projects. (2025, July 22). Decentralisation in Ukraine. *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Decentralisation_in_Ukraine
11. Contributors to Wikimedia projects. (2025, July 22). Beveridge model. *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Beveridge_model
12. Stryzhak, Y., Saraskina, T., Minchenko, A., & Stryzhak, I. (2022). Financing health care from local budgets of Ukraine and the Republic of Poland. *Wiadomosci Lekarskie*, 75(3), 721–726. <https://doi.org/10.36740/WLek202203126>

13. Zhuravka, F., Zhuravka, O., & Bondarenko, E. (2020). Voluntary health insurance as a source of funding for the health care system: The world's experience and Ukraine. *Insurance Markets and Companies*, 11(1), 61–80. [https://doi.org/10.21511/ins.11\(1\).2020.07](https://doi.org/10.21511/ins.11(1).2020.07)
14. Contributors to Wikimedia projects. (2025, July 22). Output-based aid. *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Output-based_aid
15. Swecare & Swedish Life Science. (2024). *Ukrainian healthcare system in 2024: A comprehensive report*. <https://www.swecare.se/media/okhd3tkg/ukrainian-healthcare-system-in-2024-a-comprehensive-report-final-1.pdf>
16. Klymenko, A., & Kolodiy, O. (2018). Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1107), 626–630. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6260664/>
17. World Health Organization (WHO). (2022). *Ukraine health system policy report*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf> (in Ukrainian)
18. Volkova, Y., Diachenko, O., Novikova, N., & Khmurova, V. (2024). Analysis of modern approaches to financial support of healthcare facilities in Ukraine. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 5(58), 150–162. <https://doi.org/10.55643/fcaptp.5.58.2024.4496>
19. State Statistics Service of Ukraine. (2025, July 25). *Satelitnyi rakhunok okhorony zdorovia v Ukraini* [Satellite account of healthcare in Ukraine]. https://ukrstat.gov.ua/metaopus/2022/1_04_00_02_2022.htm (in Ukrainian)
20. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2024). Healthcare spending in 2024 will increase by UAH 31 billion compared to last year: Prime Minister. *Government portal*. <https://www.kmu.gov.ua/en/news/vydatky-na-okhoronu-zdorovia-u-2024-rotsi-zrostut-na-31-mlrd-hrn-porivniano-z-mynulym-rokom-premier-ministr>
21. Ministry of Finance of Ukraine. (2025). *Government approved State Budget 2025*. <https://mof.gov.ua/en/news/uriad-skhvaliv-proekt-derzhbiudzhetu-na-2025-rik-oboronu-kraini-bude-zab-ezpecheno-4788>
22. Ukrinform. (2025). Government allocates UAH 175.5B for Medical Guarantee Program in 2025. *Ukrinform – Ukrainian National News Agency*. <https://www.ukrinform.net/rubric-society/3943465-government-allocates-uah1755b-for-medical-guarantee-program-in-2025.html>
23. World Bank Group. (2024, December 9). *Ukraine's health sector to strengthen with World Bank support*. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2024/12/09/ukraine-health-sector-to-strengthen-with-world-bank-support>
24. Ministry of Finance of Ukraine. (2025). *Ukraine received \$50 million from the World Bank under the THRIVE healthcare project*. <https://mof.gov.ua/en/news/ukraine-received-50-million-from-the-world-bank-under-the-thrive-healthcare-project-5106>
25. Interfax-Ukraine. (2025). Russia has destroyed or damaged nearly 2,400 facilities in 781 healthcare institutions in Ukraine – ministry. *Interfax-Ukraine*. <https://en.interfax.com.ua/news/general/1085871.html>
26. World Bank Group. (2025, July 7). *Ukraine strengthens the public health system to tackle new challenges*. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges>
27. International Monetary Fund (IMF). (2025). *IMF Executive Board completes the eighth review of the extended arrangement under the Extended Fund Facility for Ukraine*. <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/CR/2025/English/1ukrea2025002-print-pdf.ashx>
28. International Monetary Fund, European Department. (2025). *Ukraine: Eighth review under the extended arrangement under the extended fund facility, requests for modification of performance criteria, rephrasing of access, and financing assurances review—Press release; Staff report; and statement by the Alternate Executive Director for Ukraine*. (IMF Staff Country Reports, 2025/156). International Monetary Fund. <https://doi.org/10.5089/9798229014861.002>
29. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2025). *OECD Economic Surveys: Ukraine 2025*. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-surveys-ukraine-2025_940cee85-en/full-report/fostering-macroeconomic-stability-and-a-sustainable-recovery_24ed81a1.html