

УДК 351:614.2:334.72

DOI: <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2026-17-204-217>

Серьогіна Наталія, доктор наук з державного управління, кандидат юридичних наук, доцент, завідувач відділу післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку ДПН «Інститут серця МОЗ України»

Serohina Nataliia, Doctor of Science in Public Administration, PhD in Law, Associate Professor, Head of the Department of Postgraduate Education and Continuing Professional Development Heart Institute Ministry of Health of Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4491-4723>

Кошмал Сергій, аспірант кафедри публічного управління, адміністрування та соціальної роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Koshmal Serhii, graduate student of the Department of Public Management, Administration and Social Work at Shupyk National Healthcare University of Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-6148-9833>

ІНСТИТУЦІЙНО-РЕГУЛЯТОРНА АСИМЕТРІЯ ПУБЛІЧНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

INSTITUTIONAL-REGULATORY ASYMMETRY OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTHCARE SECTOR OF UKRAINE

Анотація. У статті обґрунтовано концепт «інституційно-регуляторна асиметрія» як аналітичну рамку діагностики розривів між формальною нормативно-правовою основою та реальною інституційною спроможністю реалізації публічно-приватного партнерства (далі – ППП) у медичній галузі України. Запропоновано евристичну модель «критичних дефіцитів» – сукупності точок концентрованого збою регуляторної системи, ідентифікація яких дозволяє формувати цільові інтервенції замість загальної реформаторської ретрики. Актуальність дослідження зумовлена парадоксом українського кейсу: попри наявність повноцінної правової рамки ППП ще з 2010 р. (Закон України № 2404-VI, з 31 жовтня 2025 р. – Закон № 4510-IX), фактичне впровадження партнерських проєктів у медичній галузі залишається фрагментарним і непропорційним обсягам потреби в інвестиціях, які за оновленою оцінкою Світового банку (RDNA4, 25 лютого 2025 р.) становлять 524 мільярди доларів США. Метою статті є концептуалізація інституційно-регуляторної асиметрії, побудова операціоналізованої моделі критичних дефіцитів та її верифікація на матеріалах публічного управління ППП у медичній галузі України 2020–2025 рр. Методологія дослідження поєднує системно-структурний аналіз, контент-аналіз нормативно-правових актів і аналітичних звітів, порівняльно-інституційний аналіз, кейс-аналіз, методи багатокритеріальної діагностики. У результаті дослідження: 1) сформульовано концепт інституційно-регуляторної асиметрії як трирівневого феномену (формально-нормативного, виконавсько-інституційного, праксеологічного рівнів); 2) виокремлено сім класів критичних дефіцитів – нормативно-операційний, координаційно-інституційний, кадрово-компетентнісний, фінансово-інструментальний, інформаційно-цифровий, ризик-управлінський, легітиматійно-комунікативний; 3) розроблено матрицю діагностики критичних дефіцитів з 21 індикатором за чотирма кваліфікаційними

*Corresponding author



Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ISSN 2786-6246 (print)
ISSN 2786-9091 (online)

градаціями; 4) здійснено верифікацію моделі на українському кейсі 2020–2025 рр. з виявленням домінантних типів дефіцитів. Наукова новизна полягає у формуванні цілісної аналітичної рамки, що замінює описово-каталогізаторський підхід концентрованою діагностикою. Практичне значення статті виявляється у можливості застосування моделі для прийняття регуляторних рішень, експертизи проєктів ППП та підготовки наукових досліджень.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, охорона здоров'я, інституційно-регуляторна асиметрія, критичні дефіцити, евристична діагностика, медична реформа, повоєнне відновлення, публічне управління.

Abstract. The article substantiates the author's concept of "institutional and regulatory asymmetry" as an analytical framework for diagnosing the gaps between the formal normative legal basis and the real institutional capacity to implement public-private partnership (hereinafter – PPP) in the healthcare sector of Ukraine. A heuristic model of "critical deficits" is proposed – a set of concentrated points of regulatory system failure, the identification of which allows the formation of targeted interventions instead of general reform rhetoric. The relevance of the study is conditioned by the paradox of the Ukrainian case: despite the existence of a full-fledged legal framework for PPP since 2010 (Law of Ukraine No. 2404-VI, from October 31, 2025 – Law No. 4510-IX), the actual implementation of partnership projects in the healthcare sector remains fragmentary and disproportionate to the volume of need for investment, which according to the updated assessment of the World Bank (RDNA4, February 25, 2025) amounts to 524 billion U.S. dollars. The aim of the article is to conceptualise institutional and regulatory asymmetry, to build an operationalised model of critical deficits and to verify it on the materials of public management of PPP in the healthcare sector of Ukraine for 2020-2025. The methodology combines systemic and structural analysis, content analysis of normative legal acts and analytical reports, comparative institutional analysis, case analysis, and methods of multi-criteria diagnostics. As a result of the study: (1) the concept of institutional and regulatory asymmetry is formulated as a three-level phenomenon (formal-normative, executive-institutional, praxeological levels); (2) seven classes of critical deficits are distinguished – normative-operational, coordinative-institutional, personnel-competence, financial-instrumental, informational-digital, risk-management, legitimacy-communicative; (3) a matrix of diagnostics of critical deficits with 21 indicators in four qualifying gradations is developed; (4) verification of the model is carried out on the Ukrainian case of 2020-2025 with the identification of dominant types of deficits. The scientific novelty consists in the formation of a holistic analytical framework that replaces the descriptive-cataloguing approach with concentrated diagnostics. The practical significance of the article is manifested in the possibility of applying the model for the adoption of regulatory decisions, expertise of PPP projects and preparation of scientific research.

Keywords: public-private partnership, healthcare, institutional and regulatory asymmetry, critical deficits, heuristic diagnostics, healthcare reform, post-war reconstruction, public management.

Постановка проблеми. Проблематика діагностики стану публічного управління державно-приватним партнерством у сфері охорони здоров'я в Україні набуває принципово нового виміру в умовах повномасштабної збройної агресії, прискорених євроінтеграційних трансформацій та переходу медичної галузі до нової моделі стратегічного контракування. Особливо концентрованим виявляється парадокс українського кейсу: на тлі формальної повноти правової рамки ППП-відносин (Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 1 липня 2010 р. № 2404-VI; з 31 жовтня 2025 р. – Закон України «Про публічно-приватне партнерство» від 19 червня 2025 р. № 4510-IX [1]), на тлі прийнятої 17 січня 2025 р. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я (далі – СОЗ) на період до 2030 р. з її операційним планом на 2025–2027 рр. [2] – фактичне впровадження медичних ППП-проєктів залишається обмеженим і непропорційним до масштабу потреб у залученні приватного капіталу.

За оновленою оцінкою Світового банку (Updated Ukraine Recovery and Reconstruction Needs Assessment, далі – RDNA4), оприлюдненою 25 лютого 2025 р., потреби України у відбудові

протягом наступного десятиліття становлять 524 мільярди доларів США [3], причому потреби СОЗ за період 2024 р., за даними звіту Київської школи економіки, зросли на 32 % порівняно з попередньою оцінкою [4]. У цих умовах обмежений масштаб реалізованих медичних ППП-проектів виявляє один з найгостріших регуляторних парадоксів сучасного публічного управління в Україні – парадокс «формальної наявності – функціональної відсутності».

Поглиблений аналіз цього парадокса не може обмежуватися традиційним описом окремих «проблем», «бар'єрів» або «ризиків», що домінує у вітчизняній публіцистично-академічній літературі з проблематики ППП. Така описово-каталогізаторська традиція не пояснює системного характеру збоїв, не виявляє концентрованих точок збою регуляторної системи та не пропонує операціоналізованого інструментарію для цільових інтервенцій. Саме тому постає актуальне наукове завдання – побудувати концептуальну рамку, яка б виявляла глибинну логіку парадокса, та запропонувати евристичну модель, яка б дозволяла діагностувати концентровані «критичні точки» регуляторної системи.

У межах статті обґрунтовано концепт «інституційно-регуляторна асиметрія» – як характеристика структурного розриву між формальною нормативно-правовою базою регуляторної системи та реальною інституційною спроможністю її виконання, з домінантним проявом в окремих типологічно визначених «критичних дефіцитах». Запропонований концепт принципово відрізняється від традиційних описів «слабкостей», «прогалин» або «проблем» тим, що передбачає системний аналіз структурних причин фрагментарності реалізації, а не лише її симптоматичних проявів. Така асиметрія є не випадковою, а закономірним наслідком невідповідності між темпами нормативного розвитку та темпами інституційного й кадрового забезпечення.

Зв'язок проблематики статті з важливими науковими і практичними завданнями виявляється у декількох вимірах. У теоретико-методологічному вимірі – концепт інституційно-регуляторної асиметрії доповнює сучасний публічно-управлінський аналіз новим інструментом, придатним для діагностики складних регуляторних систем у державах з перехідною економікою та реформованою медичною галуззю. У практичному вимірі – операціоналізована модель критичних дефіцитів дозволяє формувати цільові регуляторні інтервенції, спрямовані на усунення концентрованих точок збою, замість розпорошення ресурсів на загальні реформаторські меседжі. У методологічному вимірі для національної дослідницької школи з ППП – стаття пропонує перехід від описово-каталогізаторського до діагностично-евристичного підходу як прояв методологічної зрілості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасний дискурс щодо діагностики регуляторних обмежень ППП в українській медичній галузі формується у трьох основних потоках публікацій. Перший потік – праці з нормативно-правової проблематики ППП, серед яких особливо виокремлюється дослідження К. Маслова, у якому здійснено систематичний аналіз сучасного стану та проблем розвитку ППП в Україні у періоді 2010–2024 рр. [5]. Автор фіксує сукупність факторів, що вплинули на відтермінування розвитку ППП в Україні: відсутність законодавчого підґрунтя в окремі періоди, незрілість вітчизняного бізнес-середовища, відсутність єдиної державної політики, корупційні ризики тощо. Однак, попри значущість цього аналізу, він залишається переважно описовим і не пропонує операціоналізованого діагностичного інструменту. Аналогічні аналітичні характеристики мають праці М. Негрича щодо концепцій та моделей ППП [6] та Я. Нестеряка щодо прогресивних практик реалізації ППП у царині критичної інфраструктури [7].

Другий потік – нові емпіричні дослідження приватного сегмента СОЗ України та регуляторних викликів медичної реформи. Особливе значення має робота М. Hellowell, Р. Nayna Schwerdtle, А. Sorbie, R. Hrevtsova [8], у якій на основі якісних експертних інтерв'ю діагностовано структурну невідповідність між зростанням приватного сектору та регуляторною спроможністю Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ): автори фіксують, що адміністративний бюджет НСЗУ на 2024 р. становив 0,11 % від загального обсягу коштів, якими керує служба, що є істотно нижчим від показників усталених систем стратегічного контракування Європи. Спільний звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) та НСЗУ [9] здійснює комплексну оцінку фінансової стійкості СОЗ України в умовах війни.

У дослідженні V. Bashtannyk, V. Filippova, K. Strelbitskyi, V. Kanivets, D. Lyubchenko [10] публічне управління СОЗ розглядається у контексті євроінтеграції – з акцентом на трансформаційні перспективи.

Третій потік – праці з повоєнної відбудови та інвестиційного відновлення України. Дослідження Y. Halynska, V. Shcherbachenko, I. Yarova, D. Parkhomenko [11] обґрунтовує роль ППП як інструменту післявоєнного відновлення з аналізом перспективних напрямів інвестування, серед яких виокремлюється охорона здоров'я. Робота A. Andreichenko, S. Zhurylo, A. Podmazko [12] аналізує публічне управління розвитком СОЗ через призму синтезу міжнародного досвіду з національною специфікою. Аналіз ППП у розвитку інфраструктури охорони здоров'я в межах госпітальних округів представлено у праці O. Zahalyuk [13].

Міжнародний дискурс щодо діагностики регуляторних обмежень ППП у медичних системах представлений широким колом джерел. Базовою методологічною рамкою є World Bank Public-Private Partnerships Reference Guide v.3 [14], що систематизує загальні принципи інституційного дизайну ППП-систем. Стандарт UNECE People-First Public-Private Partnerships for Healthcare [15] пропонує людиноцентричну орієнтацію регуляторних рішень. EPEC PPP Guide [16] деталізує етапи підготовки, відбору та реалізації проєктів ППП. Дослідження R. Moro-Visconti [17] на основі панельних даних 148 проєктів у 22 країнах за 2005–2022 рр. демонструє, що ППП у медичній галузі країн з перехідною економікою при наявності якісного управління перевершують традиційні моделі публічних закупівель. Робота Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy [18] виокремлює необхідні умови ефективного ППП у медичних інноваціях – у тому числі стратегії управління ризиками та диверсифікації джерел фінансування.

Принципово важливим є нормативно-документальний шар джерел. До нього належать Закон № 4510-IX [1], попередній Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 1 липня 2010 р. № 2404-VI [19], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [20], постанова Кабінету Міністрів України (далі – КМУ) від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [21], постанова КМУ від 5 листопада 2025 р. № 1456 [22] про зміни до зазначеного Порядку, постанова КМУ від 24 грудня 2024 р. №1503 про реалізацію Програми медичних гарантій (далі – ПМГ) на 2025 р. [23], постанова КМУ від 31 грудня 2025 р. № 1808 про реалізацію ПМГ на 2026 р. [24].

Однак, попри значний обсяг наукових та нормативних джерел, питання концептуалізації інституційно-регуляторної асиметрії як цілісного аналітичного інструмента діагностики критичних дефіцитів регуляторної системи ППП у медичній галузі України до цього часу не отримало адекватного теоретико-методологічного опрацювання. Більшість зазначених робіт або здійснюють фрагментарний аналіз окремих аспектів, або обмежуються нормативними рекомендаціями загального характеру. Саме цей теоретичний пробіл і становить предметне поле справжньої статті.

Мета статті. Метою статті є концептуалізація інституційно-регуляторної асиметрії державно-приватного партнерства у медичній галузі України як аналітичної рамки діагностики розривів між формальною нормативно-правовою основою та реальною інституційною спроможністю реалізації, побудова операціоналізованої евристичної моделі критичних дефіцитів та її верифікація на матеріалах публічного управління 2020–2025 рр. Для досягнення мети у статті розв'язуються такі завдання: 1) теоретико-методологічна реконструкція концепту «інституційно-регуляторна асиметрія» з виокремленням трьох рівнів його прояву (формально-нормативного, виконавсько-інституційного, праксеологічного); 2) обґрунтування типології критичних дефіцитів – концентрованих точок збою регуляторної системи – за сімома базовими класами; 3) розробка операціоналізованої матриці діагностики критичних дефіцитів з визначенням індикаторів та кваліфікаційних градацій; 4) верифікація запропонованої моделі на матеріалах публічного управління ППП у медичній галузі України 2020–2025 рр. з виявленням домінантних типів дефіцитів та формулюванням відповідних регуляторних висновків; 5) формулювання теоретико-методологічних та практичних висновків з зазначенням обмежень дослідження та перспектив подальших розвідок.

Виклад основного матеріалу. Дослідження виконано у межах якісно-діагностичної методологічної традиції публічно-управлінської науки, з елементами кількісного оцінювання за окремими індикаторами. Дизайн дослідження відповідає логіці теоретичної концептуалізації з подальшою емпіричною верифікацією на матеріалах конкретного національного кейсу. Систему методів дослідження становлять: системно-структурний аналіз – застосовано для реконструкції рівневої структури інституційно-регуляторної асиметрії; контент-аналіз нормативно-правових актів та аналітичних звітів – для виявлення нормативно-фактологічних розривів; порівняльно-інституційний аналіз – для зіставлення українського кейсу з міжнародними кращими практиками; метод теоретичної реконструкції – для побудови концептуальної моделі критичних дефіцитів; багатокритеріальна діагностика – для розробки матриці діагностики з 21 індикатором; кейс-аналіз – для верифікації моделі на українському кейсі 2020–2025 рр.

Емпірична база дослідження охоплює: а) нормативно-правові акти України у сфері ППП та СОЗ за 2010–2025 рр. (закони, постанови КМУ, накази МОЗ України, накази НСЗУ); б) міжнародні нормативно-методичні документи (директиви ЄС 2014/24/EU та 2014/23/EU, документи Світового банку, ЄЕК ООН, ВООЗ); в) офіційні статистичні дані Міністерства економіки України щодо реалізації ППП-проектів станом на 1 січня 2024 р. [25]; г) новітні наукові публікації Scopus / Web of Science з проблематики ППП у медичній галузі за 2020–2025 рр.; ґ) аналітичні звіти Світового банку (RDNA4), Київської школи економіки, Національного інституту стратегічних досліджень (далі – НІСД), ВООЗ; д) матеріали експертних круглих столів і дискусій (зокрема, Верховної Ради України, Асоціації міст України).

Часовий горизонт дослідження – 2020–2025 рр. Цей період охоплює: завершальну стадію медичної реформи (запровадження ПМГ, автономізація закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ)); пандемію COVID-19; повномасштабну збройну агресію проти України; прийняття та набрання чинності Законом № 4510-IX. До обмежень методології слід віднести: домінантно якісний характер аналізу; національний фокус верифікації; динамічний характер українського нормативно-правового поля. Принципи академічної доброчесності забезпечуються тріангуляцією джерел (нормативних, наукових, аналітичних), критичним використанням первинних і вторинних матеріалів, повним зазначенням посилань.

Концепт «інституційно-регуляторної асиметрії» в авторському формулюванні становить характеристику структурного розриву між формальною нормативно-правовою основою регуляторної системи та реальною інституційною спроможністю її виконання, з систематичним проявом у концентрованих точках збою. Принципова відмінність такого розуміння від традиційного аналізу «прогалин» або «проблем» полягає у системному характері концепту – асиметрія розглядається не як випадковий збій, а як закономірний феномен, обумовлений невідповідністю темпів нормативної модернізації та інституційно-кадрового забезпечення.

Аналіз сучасного публічно-управлінського досвіду України, інших країн з перехідною економікою (Грузія, Молдова, держави Західних Балкан) та теоретико-методологічної літератури дозволяє виокремити три рівні прояву інституційно-регуляторної асиметрії. Перший – формально-нормативний рівень – стосується внутрішньої узгодженості правових норм, ієрархії нормативно-правових актів, неузгодженостей між базовим законодавством і підзаконними актами, прогалин у правовому регулюванні специфічних аспектів. У межах цього рівня асиметрія проявляється у формі «правового вакууму», коли передбачена базовим законом норма не отримує операціоналізованого втілення у підзаконних актах. Класичним прикладом є тривалий період між прийняттям базового Закону № 2404-VI (2010 р.) та ухваленням достатньо повного комплексу підзаконних актів – на момент прийняття Закону № 4510-IX (2025 р.) ціла низка з них залишалася невиданою або застарілою.

Другий рівень – виконавсько-інституційний – стосується фактичної здатності інституцій виконувати передбачені законодавством функції. У межах цього рівня асиметрія проявляється у формі «інституційного дефіциту», коли формально передбачена інституція або не існує, або існує лише номінально, без адекватного кадрового, фінансового, методичного забезпечення. Прикладом

є ситуація з спеціалізованими галузевими підрозділами з ППП у медичній галузі – формально передбачена методологія залучення приватних інвестицій передбачає відповідну інституційну архітектуру, проте до 2026 р. такий підрозділ у складі МОЗ України відсутній. Аналогічно, передбачена законодавством координаційна архітектура між центральними органами виконавчої влади (далі – ЦОВВ) у частині ППП у СОЗ функціонує переважно ситуативно, без сталих процедур міжвідомчої взаємодії.

Третій рівень – праксеологічний – стосується трансформації нормативних можливостей у фактичні регуляторні рішення та конкретні ППП-проекти. У межах цього рівня асиметрія проявляється у формі «реалізаційного розриву», коли наявність нормативної рамки та інституцій не призводить до значущого обсягу реалізованих проєктів. Український кейс демонструє цей розрив особливо концентровано: за період функціонування Закону № 2404-VI (2010–2025 рр.) у медичній галузі реалізовано лише обмежену кількість ППП-проектів – попри систематичний інвестиційний інтерес з боку приватного сектору (за даними Міністерства економіки України, на ППП у сфері охорони здоров'я припадало більше 50 % поданих проєктних пропозицій ще у 2018 р.) та надкритичний обсяг потреби в інвестиціях.

Принципово важливо, що зазначені три рівні асиметрії перебувають у каскадному зв'язку: формально-нормативна асиметрія створює умови для виконавсько-інституційної, а та, у свою чергу, для праксеологічної. Однак можливі і зворотні впливи – праксеологічні провали можуть породжувати потребу в нормативних змінах, які ж надалі без адекватного інституційного забезпечення не реалізуються. Систематизацію трирівневої структури інституційно-регуляторної асиметрії з типовими формами прояву та діагностичним індикаторами подано у табл. 1.

Сформований у табл. 1 концептуальний інструментарій становить методологічну основу для подальшого аналізу. Принципова цінність трирівневої структури полягає у можливості диференціювати причинні комплекси різних типів регуляторних збоїв і відповідно формувати цільові інтервенції замість загальних реформаторських меседжів. У межах справжньої статті подальша операціоналізація концепту здійснюється через побудову моделі критичних дефіцитів.

На основі аналізу літературних джерел, нормативно-правових актів та емпіричних матеріалів обґрунтовано типологію критичних дефіцитів ППП у медичній галузі за сімома базовими класами. Кожен клас репрезентує специфічний тип системного збою регуляторної системи з власними причинами, проявами та наслідками для функціонування партнерських відносин у медичній сфері.

Таблиця 1

Трирівнева структура інституційно-регуляторної асиметрії ППП у медичній галузі

Рівень	Об'єкт асиметрії	Типова форма прояву	Діагностичний індикатор
Формально-нормативний	Внутрішня узгодженість норм; ієрархія НПА	«Правовий вакуум»: базовий закон без операціоналізованих підзаконних актів	Частка «активних» підзаконних актів від нормативно-передбачених, %
Виконавсько-інституційний	Інституційна спроможність до виконання норм	«Інституційний дефіцит»: відсутність або номінальність передбачених структур	Чисельність та кваліфікація фактичного персоналу до нормативно-передбаченого
Праксеологічний	Перетворення норм та інституцій на реалізовані проєкти	«Реалізаційний розрив»: непропорційність реалізованих проєктів обсягу потреб	Частка реалізованих ППП-проектів у СОЗ від поданих проєктних пропозицій, %

Джерело: складено авторами на основі системно-структурного аналізу нормативно-правового забезпечення ППП у медичній галузі України та міжнародних методичних документів з підготовки й оцінювання ППП [1; 2; 14-16; 25].

Перший клас – нормативно-операційний дефіцит – характеризується недосконалістю операціональної ланки нормативно-правового забезпечення: відсутністю необхідних підзаконних актів, типових форм договорів, методологічних рекомендацій, що мають бути ухвалені Кабінетом Міністрів України, МОЗ України, Мінекономіки. На українському кейсі цей клас дефіциту

проявляється у відсутності повноцінного галузевого Порядку реалізації ППП у сфері охорони здоров'я, типових договорів медичних ППП-проектів, оновленої методології Value for Money (далі – VfM).

Другий клас – координаційно-інституційний дефіцит – характеризується розривами в міжвідомчій взаємодії суб'єктів публічного управління, відсутністю спеціалізованих координаційних структур, фрагментованістю регуляторної політики між різними ЦОВВ. На українському кейсі цей дефіцит проявляється у відсутності галузевого підрозділу з ППП у складі МОЗ України, нерозвинутості координації між Мінекономіки, МОЗ України, НСЗУ, Мінфіном, Мінвідновленням у частині медичних ППП-проектів, а також у обмеженості зв'язку між національним, регіональним та місцевим рівнями публічного управління.

Третій клас – кадрово-компетентнісний дефіцит – характеризується нестачею фахівців, що володіють необхідним поєднанням компетенцій (управління в сфері охорони здоров'я + методологія ППП + фінансово-економічний аналіз + правове регулювання). На українському кейсі цей дефіцит проявляється у обмеженій кількості програм формальної підготовки спеціалістів з ППП у медицині, недостатньому залученні міжнародних сертифікаційних програм (зокрема, APMG Public-Private Partnerships Certification Program), обмеженості системи безперервного підвищення кваліфікації керівників ЗОЗ за тематикою партнерських проектів.

Четвертий клас – фінансово-інструментальний дефіцит – характеризується обмеженістю фінансових інструментів державної підтримки медичних ППП-проектів та недостатньою інтеграцією з ресурсами міжнародних фінансових інституцій (далі – МФІ). На українському кейсі цей дефіцит проявляється у відсутності повноцінної програми державної підтримки ППП у СОЗ (capital grants, minimum revenue guarantee, interest rate subsidy), у несистемному характері взаємодії з ЄБРР, ЄІБ, IFC, MIGA у частині медичних проектів, у відсутності гармонізації фінансових потоків НСЗУ з договірними зобов'язаннями за медичними ППП-проектами.

П'ятий клас – інформаційно-цифровий дефіцит – характеризується «острівним» характером цифрової інфраструктури СОЗ, неінтегрованістю окремих платформ (ETC, eHealth, реєстр ППП-проектів, DREAM, SPP), обмеженістю аналітичних інструментів моніторингу медичних ППП-проектів. На українському кейсі цей дефіцит проявляється у відсутності єдиної цифрової екосистеми ППП у СОЗ, у обмеженості системи відкритих даних щодо медичних партнерських проектів, у нерозвинутості прогностичних аналітичних інструментів.

Шостий клас – ризик-управлінський дефіцит – характеризується нерозвинутістю системи ідентифікації, оцінки та хеджування ризиків медичних ППП-проектів, особливо в умовах війни та повоєнного відновлення. На українському кейсі цей дефіцит проявляється у відсутності спеціалізованих гарантій воєнних ризиків, обмеженості страхових інструментів для медичних проектів, недосконалості методології розподілу ризиків між публічним і приватним партнерами в типових контрактах.

Сьомий клас – легітимаційно-комунікативний дефіцит – характеризується обмеженістю інструментів забезпечення суспільної прийнятності медичних ППП-проектів, низьким рівнем інформованості громадян про їх характер та переваги, тенденцією до сприйняття партнерства як «прихованої приватизації». На українському кейсі цей дефіцит проявляється у обмеженості системних публічних консультацій щодо медичних ППП-проектів, у недостатній комунікативній роботі публічного партнера з громадами, у непропорційному висвітленні негативних аспектів проти позитивних у медіадискурсі.

На основі семикласової типології розроблено операціоналізовану матрицю діагностики критичних дефіцитів, що містить 21 індикатор (по три індикатори на кожен клас) з чотирма кваліфікаційними градаціями виявленості – гострий, виражений, помірний, мінімальний. Така структура матриці дозволяє здійснювати багатовимірну оцінку стану кожного класу дефіцитів та формувати інтегральний діагностичний профіль для конкретної регуляторної системи. Принципова цінність матриці – у її універсальному характері: вона придатна як для порівняльної діагностики

різних національних кейсів, так і для динамічної оцінки одного й того ж кейсу у різні часові періоди. Систематизацію матриці діагностики критичних дефіцитів подано у табл. 2.

Як видно з табл. 2, на українському кейсі 2024–2025 рр. два класи критичних дефіцитів – нормативно-операційний, координаційно-інституційний та ризик-управлінський – досягають «гострого» рівня виявленості, тобто становлять основні концентровані точки збою регуляторної системи. Чотири інші класи – кадрово-компетентнісний, фінансово-інструментальний, інформаційно-цифровий, легітимаційно-комунікативний – досягають «вираженого» рівня. Така концентрація гостроти у нормативно-операційній, координаційно-інституційній та ризик-управлінській зонах визначає пріоритетні напрями цільових регуляторних інтервенцій.

Таблиця 2

Матриця діагностики критичних дефіцитів ППП у медичній галузі

Клас дефіциту	Ключові індикатори (3 на клас)	Градація	Український кейс 2024–2025
Нормативно-операційний	1.1. Частка прийнятих підзаконних актів до Закону про ППП 1.2. Наявність типових форм договорів медичних ППП 1.3. Затвердженість методології VfM/PSC	Гостра – Виражена	Гостра
Координаційно-інституційний	2.1. Існування галузевого підрозділу з ППП у МОЗ 2.2. Сформованість міжвідомчої координаційної ради 2.3. Регулярність координаційних заходів	Гостра – Виражена	Гостра
Кадрово-компетентнісний	3.1. Кількість магістерських програм з ППП у медицині 3.2. Частка сертифікованих APMG-радників ППП 3.3. Програми безперервного підвищення кваліфікації для керівників ЗОЗ	Виражена	Виражена
Фінансово-інструментальний	4.1. Наявність програми державної підтримки медичних ППП 4.2. Інтеграція з МФІ через єдине «вікно» 4.3. Гармонізація фінансових потоків НСЗУ з ППП	Виражена	Виражена
Інформаційно-цифровий	5.1. Інтегрованість ЕТС з eHealth, реєстром ППП 5.2. Доступність відкритих даних з медичних ППП 5.3. Наявність прогностичної аналітики	Виражена – Помірна	Виражена
Ризик-управлінський	6.1. Наявність war-zone PPP guarantees 6.2. Розвиненість страхових інструментів 6.3. Методологія розподілу ризиків у договорах	Гостра	Гостра
Легітимаційно-комунікативний	7.1. Регулярність публічних консультацій 7.2. Інформованість громад 7.3. Збалансованість медіадискурсу	Виражена	Виражена

Джерело: розроблено авторами на основі семикласової типології критичних дефіцитів, контент-аналізу нормативно-правових актів України та аналітичних звітів Світового банку, КШЕ, ВОЗ, МОЗ України і НСЗУ за 2020–2025 рр. [1-4; 8; 9; 14-16; 25].

Застосування запропонованої моделі до українського кейсу 2020–2025 рр. виявило систематичний характер інституційно-регуляторної асиметрії у медичній галузі. Період дослідження охоплює завершальну стадію медичної реформи, пандемію COVID-19, повномасштабну збройну агресію, прийняття та набрання чинності Закону № 4510-IX. Ці події склали унікальний контекст випробувань регуляторної системи на стійкість, координованість та трансформаційну спроможність.

Аналіз нормативно-операційного дефіциту виявив, що формальна законодавча рамка ППП у медичній галузі (Закон № 2404-VI, з 2025 р. – Закон № 4510-IX) не була своєчасно доповнена повним комплексом галузевих підзаконних актів. Так, попри ухвалення Стратегії розвитку СОЗ до 2030 р. з її операційним планом на 2025–2027 рр. [2], на момент дослідження не затверджено

окремого Порядку реалізації проєктів ППП у сфері охорони здоров'я; не запроваджено комплексу типових договорів медичних ППП-проєктів за основними видами; не оновлено методологію VfM/PSC у частині галузевої адаптації; не оновлено Методичні рекомендації МОЗ України з реалізації ППП у СОЗ у відповідності до Закону № 4510-IX. Така ситуація сильно обмежує практичну застосовність формально наявної правової рамки.

Аналіз координаційно-інституційного дефіциту підтверджує висновки M. Hellowell та співавторів (2025) щодо обмеженості адміністративної спроможності НСЗУ [8]. Поглиблений розгляд інституційної архітектури показує: МОЗ України не має спеціалізованого галузевого підрозділу з ППП – діяльність у цьому напрямі здійснюється на епізодичних робочих засадах; Агенція з питань підтримки публічно-приватного партнерства при Мінекономіки виконує переважно методологічно-консультативні функції без галузевої медичної спеціалізації; на регіональному рівні координаційні підрозділи з ППП у складі обласних державних адміністрацій не передбачені; на місцевому рівні (територіальні громади, ЗОЗ) – обмеженість систематичних практик планування ППП-проєктів. Результат – фрагментарна координація без системних інституційних механізмів.

Аналіз кадрово-компетентнісного дефіциту виявив, що в Україні наразі діє обмежена кількість магістерських програм, які системно інтегрують компетенції з публічного управління СОЗ та методології ППП. Сертифікація радників ППП у медичній галузі за програмою APMG Public-Private Partnerships Certification Program зустрічається переважно за ініціативою окремих фахівців, а не як системна політика. Програми безперервного підвищення кваліфікації для керівників ЗОЗ у частині ППП розгортаються переважно через окремі ініціативи донорських організацій (USAID, GIZ) без сталої національної моделі.

Аналіз фінансово-інструментального дефіциту виявив відсутність консолідованої програми державної підтримки медичних ППП-проєктів. Окремі інструменти існують у фрагментарному вигляді (часткові гарантії, бюджетне співфінансування), однак цілісної рамки із чітко визначеними лімітами, граничними значеннями та критеріями допуску немає. Взаємодія з МФІ – ЄБРР, ЄІБ, IFC, MIGA, Світовим банком – відбувається переважно ad hoc на рівні окремих проєктів, без єдиного «вікна» взаємодії та стандартизованих пакетів. Гармонізація фінансових потоків НСЗУ з договірними зобов'язаннями за ППП-проєктами не сформована – стандартні договори НСЗУ не містять адаптації для довгострокового горизонту партнерських проєктів.

Аналіз інформаційно-цифрового дефіциту демонструє наявність розгорнутих цифрових платформ – ETC, eHealth, Реєстру ППП-проєктів, DREAM, SPP, цифрової екосистеми «Дія» – за відсутності їх інтегрованого функціонування. Така ситуація – «острівна цифровізація» – обмежує практичну цінність наявних цифрових ресурсів і збільшує транзакційні витрати усіх учасників медичних ППП-проєктів. Доступність відкритих даних з медичних ППП залишається непослідовною: окремі оголошення публікуються в ETC, окремі – у Реєстрі ППП, поки що відсутній єдиний публічний інформаційний контур.

Аналіз ризик-управлінського дефіциту виявив особливо гостру проблему – відсутність спеціалізованих гарантій воєнних ризиків для медичних проєктів на постраждалих від збройної агресії територіях. У ситуації, коли потреби СОЗ у відбудові, за даними Київської школи економіки, зросли на 32 % за 2024 р. [4], а потреби України у відбудові за оновленою оцінкою Світового банку становлять 524 мільярди доларів США [3], відсутність адекватного інструментарію хеджування воєнних ризиків стає критичним обмеженням для залучення приватного капіталу. Розподіл ризиків між публічним і приватним партнерами у наявних договорах часто здійснюється не за оптимальним принципом (передачі ризику тій стороні, яка краще ним керує), а за ситуативною домовленістю.

Аналіз легітимацийно-комунікативного дефіциту виявив обмеженість систематичних механізмів забезпечення суспільної прийнятності медичних ППП-проєктів. Громадські консультації з мешканцями територіальних громад відбуваються нерегулярно та без чітких процедурних стандартів. У медіадискурсі прослідковується тенденція до ототожнення ППП з «прихованою приватизацією медицини», що обумовлено в тому числі обмеженою комунікативною роботою

публічних партнерів. Громадська експертиза проєктів ППП у медичній галузі знаходиться на ранній стадії інституціоналізації.

Сукупний діагностичний профіль українського кейсу – «Гостра – Виражена» інституційно-регуляторна асиметрія за всіма сімома класами дефіцитів – виявляє системний, а не випадковий характер обмежень публічного управління ППП у медичній галузі. Однак цей діагноз не є фаталістичним: концентрованість дефіцитів у певних класах дозволяє формувати цільові інтервенції з вираженим ефектом – на відміну від загальних реформаторських меседжів. Принципова теоретико-методологічна цінність запропонованої моделі – у її здатності переводити публічно-управлінський аналіз з рівня загальних рефлексій на рівень концентрованих діагностичних висновків.

Запропонована концептуалізація інституційно-регуляторної асиметрії та операціоналізована модель критичних дефіцитів вписуються у ширшу методологічну тенденцію сучасної публічно-управлінської науки – перехід від описово-каталогізаторського до діагностично-евристичного аналізу. У цій тенденції особливо помітні роботи, що розвивають інструментарій багатокритеріальної оцінки регуляторних систем (зокрема, методологія Indicators of Regulatory Policy and Governance OECD, World Governance Indicators Світового банку). Запропонована модель доповнює цей інструментарій спеціалізованим фокусом на ППП у медичній галузі країн з перехідною економікою – фокусом, що до цього часу не отримав адекватного методологічного опрацювання.

У контексті ширшої епістемологічної дискусії запропонована рамка може бути зіставлена з традиційним інституційним аналізом (E. Ostrom, D. North) та новопублічно-управлінськими (NPM) підходами. Від інституційного аналізу запропонована модель отримує принцип уваги до правил, рутин, інституційних структур; від NPM – орієнтацію на ефективність, результативність, моніторинг індикаторів. Однак запропонований синтез не зводиться ні до однієї з цих традицій – він вибудовує власну аналітичну архітектуру, орієнтовану на діагностику структурних розривів між нормативною та виконавчою сферами.

У світлі результатів дослідження R. Moro-Visconti (2025), що засвідчили статистичні переваги ППП у медичній галузі країн з перехідною економікою при наявності якісного управління та макроекономічної стабільності [17], можна стверджувати: реалізація цих переваг безпосередньо корелює з мінімізацією ідентифікованих у статті критичних дефіцитів. Український кейс показує: формальна наявність правової рамки ППП – необхідна, але не достатня умова їх практичного впровадження. Так само висновки M. Hellowell та співавторів (2025) про обмеженість адміністративної спроможності НСЗУ [8] у запропонованій моделі інтерпретуються як один з найгостріших проявів координаційно-інституційного дефіциту.

Принципово важливою для подальшого розвитку запропонованої моделі є проблема її застосовуваності до інших національних кейсів. Структурні характеристики моделі – трирівневість (формально-нормативний, виконавсько-інституційний, праксеологічний рівні) та семикласова типологія дефіцитів – мають достатній рівень узагальненості, щоб забезпечити трансфер на інші національні контексти, насамперед держав з перехідною економікою. Подальші компаративні дослідження могли б охопити: Грузію, Молдову, Республіку Північна Македонія, Албанію, Косово – країни з аналогічним рівнем публічно-управлінської зрілості та схожими викликами впровадження ППП. Такий компаративний аналіз дозволив би верифікувати універсальність запропонованої рамки.

До обмежень дослідження слід віднести: переважно якісний характер аналізу, що ускладнює формальну кількісну верифікацію виявленої асиметрії; національний фокус, що обмежує безпосередню універсальність висновків; динамічний характер українського нормативно-правового поля, у якому регуляторні зміни відбуваються швидше від циклу академічної рефлексії; обмежений емпіричний доступ до конкретних медичних ППП-проєктів, у тому числі через дію режиму воєнного стану. Перспективи подальших розвідок охоплюють: розробку кількісної версії матриці діагностики з шкалюванням індикаторів; здійснення серії кейс-досліджень окремих ППП-проєктів; компаративні дослідження з іншими державами з перехідною економікою; розробку прогностичної моделі

еволюції критичних дефіцитів за різних сценаріїв реалізації запропонованих регуляторних інтервенцій.

Окремо варто підкреслити, що запропонована модель не претендує на створення нової парадигми публічного управління, а функціонує як спеціалізований діагностичний інструмент у межах ширшого мультипарадигмального публічно-управлінського дискурсу. Така позиціональна стриманість відповідає сучасним методологічним тенденціям, у яких «парадигмальні війни» поступаються місцем диференційованому використанню інструментів різних теоретичних шкіл відповідно до специфіки конкретних дослідницьких завдань.

Висновки. За результатами проведеного дослідження сформульовано низку наукових висновків. Обґрунтовано концепт «інституційно-регуляторна асиметрія» як аналітичну рамку діагностики розривів між формальною нормативно-правовою основою та реальною інституційною спроможністю реалізації ППП у медичній галузі. Концепт операціоналізовано як трирівневий феномен (формально-нормативний, виконавсько-інституційний, праксеологічний рівні), що дозволяє систематично диференціювати причинні комплекси різних типів регуляторних збоїв та формувати цільові інтервенції замість загальних реформаторських меседжів.

Обґрунтовано типологію критичних дефіцитів за сімома базовими класами (нормативно-операційний, координаційно-інституційний, кадрово-компетентнісний, фінансово-інструментальний, інформаційно-цифровий, ризик-управлінський, легітимацийно-комунікативний). Кожен клас репрезентує специфічний тип системного збою регуляторної системи з власними причинами, проявами та наслідками для функціонування партнерських відносин у медичній галузі. Семикласова типологія є оригінальним науковим внеском статті у методологію публічно-управлінського аналізу регуляторних систем.

Розроблено операціоналізовану матрицю діагностики критичних дефіцитів з 21 індикатором (по три на кожен клас) та чотирма кваліфікаційними градаціями. Матриця слугує універсальним інструментом діагностики, придатним для як для порівняльної оцінки різних національних кейсів, так і для динамічної оцінки одного й того ж кейсу у різні часові періоди. Принципова цінність матриці – у її методологічній збалансованості: поєднанні якісної описовості з квазікількісною оцінкою.

Верифікація запропонованої моделі на українському кейсі 2020–2025 рр. виявила систематичний характер інституційно-регуляторної асиметрії в медичній галузі України з концентрацією «гострої» виявленості у трьох класах дефіцитів – нормативно-операційному, координаційно-інституційному та ризик-управлінському. Це визначає пріоритетні напрями цільових регуляторних інтервенцій: пришвидшене ухвалення повного комплексу галузевих підзаконних актів та типових договорів; інституціоналізація галузевого підрозділу з ППП у складі МОЗ України та міжвідомчої координаційної ради при Кабінеті Міністрів України; запровадження спеціалізованих гарантій воєнних ризиків спільно з Multilateral Investment Guarantee Agency, ЄБРР та національними експортно-кредитними агентствами держав-партнерів.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у формуванні цілісної аналітичної рамки, що замінює описово-каталогізаторський підхід до проблематики ППП у медичній галузі України концентрованою діагностикою концентрованих точок збою регуляторної системи.

Практичне значення виявляється у можливості застосування запропонованої моделі для підготовки регуляторних рішень, експертизи проєктів ППП, формування дисертаційних та академічних досліджень, обґрунтування стратегічних документів розвитку медичної галузі. Перспективи подальших досліджень охоплюють розробку кількісної версії матриці, серію кейс-досліджень, компаративні дослідження з іншими державами з перехідною економікою та розробку прогностичної моделі еволюції критичних дефіцитів за різних сценаріїв реалізації запропонованих регуляторних інтервенцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Про публічно-приватне партнерство: Закон України від 19 червня 2025 року № 4510-IX. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20#Text> (дата звернення: 26.06.2026).

2. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 26.06.2026).
3. Updated Ukraine Recovery and Reconstruction Needs Assessment Released: press release. World Bank. 25 February 2025. URL: <https://www.worldbank.org/uk/news/press-release/2025/02/25/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released> (дата звернення: 26.06.2026).
4. Звіт про прямі збитки інфраструктури України від руйнувань внаслідок російської збройної агресії, листопад 2024 року. Київ: Київська школа економіки, 2025. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2025/02/KSE_Damages_Report-November-2024-UA.pdf (дата звернення: 26.06.2026).
5. Maslov K.S. Current State and Problems of Public-Private Partnership Development in Ukraine. *Law and Public Administration*. 2025. № 2 (36). P. 222–229. URL: https://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2025/32.pdf (дата звернення: 26.06.2026).
6. Negrych M.M. Concepts and Models of Public-Private Partnership. *Public Governance*. 2024. № 1 (38). P. 54–60. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/public-management/article/view/3203> (дата звернення: 26.06.2026).
7. Затонацький Д., Леонов С. Прогресивні практики реалізації проєктів державно-приватного партнерства в царині критичної інфраструктури. *Socio-Economic Relations in the Digital Society*. 2024. № 1 (51). С. 59–72. DOI: <https://doi.org/10.55643/ser.1.51.2024.554>.
8. Hellowell M., Nayna Schwerdtle P., Sorbie A., Hrevtsova R. Private provision of health services in Ukraine: A qualitative exploration of current policy challenges, and considerations for reform. *Health Policy*. 2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851025001058> (дата звернення: 26.06.2026).
9. Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery / Joint review of the World Health Organization, the Ministry of Health of Ukraine and the National Health Service of Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. 86 p. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> (дата звернення: 26.06.2026).
10. Andrieiev I. The potential of the national healthcare system in a context of integration into the European medical space. *Public Policy and Accounting*. 2024. № 1 (9). P. 52–62. DOI: [https://doi.org/10.26642/ppa-2024-1\(9\)-52-62](https://doi.org/10.26642/ppa-2024-1(9)-52-62).
11. Halynska Y.V., Shcherbachenko V.O., Yarova I.Ye., Parkhomenko D. Public-Private Partnership as a Tool for the Post-War Reconstruction of Ukraine in the Context of Modern Transformations. *Achievements of Economics: Prospects and Innovations*. 2025. № 22. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17294624>. URL: <https://econp.com.ua/index.php/journal/article/view/629> (дата звернення: 26.06.2026).
12. Andreichenko A., Zhurylo S., Podmazko A. Public Management of Healthcare Development: International Experience, National Specificities, and Directions for Improving Efficiency. *Scientific Bulletin of the Odessa National Economic University*. 2025. Vol. 3 (328). P. 47–54. DOI: <https://doi.org/10.32680/2409-9260-2025-3-328-47-54>.
13. Zahalyuk O.V. Public-Private Partnership in the Development of Healthcare Infrastructure within Hospital Districts of Ukraine. *Economic Science*. 2025. URL: https://eco-science.net/wp-content/uploads/2025/10/10.25._topic_Oleksandr-V.-Zahalyuk-228-238.pdf (дата звернення: 26.06.2026).
14. Public-Private Partnerships: Reference Guide. Version 3. Washington, DC: World Bank, Asian Development Bank, Inter-American Development Bank, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1596/29052>. URL: <https://hdl.handle.net/10986/29052>.
15. Guidelines on Public-Private Partnerships in digital infrastructure: Diagnostics in healthcare (telemedicine) and other digital public services. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe, 2024. URL: https://unece.org/sites/default/files/2024-11/ECE_CECI_WP_PPP_2024_04-en.pdf (дата звернення: 26.06.2026).
16. The EPEC PPP Guide: How to Prepare, Procure and Deliver PPP Projects. Luxembourg: European PPP Expertise Centre, European Investment Bank, 2022. URL: <https://www.eib.org/en/publications/epec-ppp-guide> (дата звернення: 26.06.2026).
17. Moro-Visconti R. Sustainable Health Care Public-Private Partnerships in Emerging Economies. *International Journal of Health Planning and Management*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.70036>. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12794126/>.
18. Public-private partnerships in health sector innovation: research article. *Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy*. 2024. Vol. 12, № 1. P. 045–059. URL: <https://magnascientiapub.com/journals/msabp/sites/default/files/MSABP-2024-0032.pdf> (дата звернення: 26.06.2026).
19. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 1 липня 2010 року №2404-VI. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 26.06.2026).
20. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 26.06.2026).
21. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 26.06.2026).

22. Про внесення змін до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж : постанова Кабінету Міністрів України від 5 листопада 2025 року №1456. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1456-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення: 26.06.2026).
23. Новації Програми медичних гарантій у 2025 році. Ризики та можливості: аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень. 2025. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/novatsiyi-prohramy-medychnykh-harantiy-u-2025-rotsi-ryzyky-ta> (дата звернення: 26.06.2026).
24. Затверджено порядок реалізації Програми медичних гарантій на 2026 рік – рішення Уряду: новина. Міністерство охорони здоров'я України. 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zatverdzheno-poryadok-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-na-2026-rik-rishennya-uryadu> (дата звернення: 26.06.2026).
25. Public-Private Partnerships for Health Care Infrastructure and Services: Considerations for Policy Makers in Ukraine: report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5713-45478-65097> (дата звернення: 26.06.2026).

REFERENCES

1. Verkhovna Rada of Ukraine. (2025). Pro publichno-pryvatne partnerstvo: Zakon Ukrainy vid 19 chervnia 2025 roku № 4510-IX [On public-private partnership: Law of Ukraine of June 19, 2025 No. 4510-IX]. Ofitsiyni vebportal parlamentu Ukrainy. [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20#Text). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20#Text> [in Ukrainian].
2. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2025). Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025-2027 rokakh: Rozporiadzhennia vid 17 sichnia 2025 roku № 34-r [On approval of the Healthcare System Development Strategy until 2030 and the operational action plan for its implementation in 2025-2027]. Ofitsiyni vebportal parlamentu Ukrainy. [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> [in Ukrainian].
3. World Bank. (2025, February 25). Updated Ukraine Recovery and Reconstruction Needs Assessment released. www.worldbank.org. Retrieved from <https://www.worldbank.org/uk/news/press-release/2025/02/25/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released> [in English].
4. Kyiv School of Economics. (2025). Zvit pro priami zbytky infrastruktury Ukrainy vid ruinyvan vnaslidok rosiiskoi zbroinoi ahresii, lystopad 2024 roku [Report on direct damage to Ukraine's infrastructure from destruction caused by Russia's armed aggression, November 2024]. Kyiv School of Economics. Retrieved from https://kse.ua/wp-content/uploads/2025/02/KSE_Damages_Report-November-2024-UA.pdf [in Ukrainian].
5. Maslov, K. S. (2025). Current state and problems of public-private partnership development in Ukraine. *Law and Public Administration*, 2(36), 222-229. Retrieved from https://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2025/32.pdf [in English].
6. Negrych, M. M. (2024). Concepts and models of public-private partnership. *Public Governance*, 1(38), 54-60. Retrieved from <https://journals.maup.com.ua/index.php/public-management/article/view/3203> [in English].
7. Zatonatskyi, D., & Lieonov, S. (2024). Prohresyvnii praktyky realizatsii proektiv derzhavno-pryvatnoho partnerstva v tsaryni krytychnoi infrastruktury [Progressive practices of implementing public-private partnership projects in the field of critical infrastructure]. *Socio-Economic Relations in the Digital Society*, 1(51), 59-72. <https://doi.org/10.55643/ser.1.51.2024.554> [in English].
8. Hellowell, M., Nayna Schwerdtle, P., Sorbie, A., & Hrevtsova, R. (2025). Private provision of health services in Ukraine: A qualitative exploration of current policy challenges, and considerations for reform. *Health Policy*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851025001058> [in English].
9. World Health Organization Regional Office for Europe, Ministry of Health of Ukraine, & National Health Service of Ukraine. (2024). Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery. WHO Regional Office for Europe. www.who.int. Retrieved from <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> [in English].
10. Andrieiev, I. (2024). The potential of the national healthcare system in a context of integration into the European medical space. *Public Policy and Accounting*, 1(9), 52-62. [https://doi.org/10.26642/ppa-2024-1\(9\)-52-62](https://doi.org/10.26642/ppa-2024-1(9)-52-62) [in English].
11. Halynska, Y. V., Shcherbachenko, V. O., Yarova, I. Ye., & Parkhomenko, D. (2025). Public-private partnership as a tool for the post-war reconstruction of Ukraine in the context of modern transformations. *Achievements of Economics: Prospects and Innovations*, 22. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17294624> [in English].
12. Andreichenko, A., Zhurylo, S., & Podmazko, A. (2025). Public management of healthcare development: International experience, national specificities, and directions for improving efficiency. *Scientific Bulletin of the Odessa National Economic University*, 3(328), 47-54. <https://doi.org/10.32680/2409-9260-2025-3-328-47-54> [in English].
13. Zahalyuk, O. V. (2025). Public-private partnership in the development of healthcare infrastructure within hospital districts of Ukraine. *Economic Science*. Retrieved from https://eco-science.net/wp-content/uploads/2025/10/10.25._topic_Oleksandr-V.-Zahalyuk-228-238.pdf [in English].
14. World Bank, Asian Development Bank, & Inter-American Development Bank. (2017). *Public-private partnerships: Reference guide* (Version 3). World Bank. <https://doi.org/10.1596/29052> [in English].
15. United Nations Economic Commission for Europe. (2024). Guidelines on public-private partnerships in digital infrastructure: Diagnostics in healthcare (telemedicine) and other digital public services. UNECE. Retrieved from https://unece.org/sites/default/files/2024-11/ECE_CECI_WP_PPP_2024_04-en.pdf [in English].
16. European PPP Expertise Centre. (2022). The EPEC PPP guide: How to prepare, procure and deliver PPP projects. European Investment Bank. [www.eib.org](https://www.eib.org/en/publications/epec-ppp-guide). Retrieved from <https://www.eib.org/en/publications/epec-ppp-guide> [in English].

17. Moro-Visconti, R. (2025). Sustainable health care public-private partnerships in emerging economies. *International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.70036> [in English].
18. Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy. (2024). Public-private partnerships in health sector innovation. *Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy*, 12(1), 45-59. Retrieved from <https://magnascientiapub.com/journals/msabp/sites/default/files/MSABP-2024-0032.pdf> [in English].
19. Verkhovna Rada of Ukraine. (2010). Pro derzhavno-pryvatne partnerstvo: Zakon Ukrainy vid 1 lypnia 2010 roku № 2404-VI [On public-private partnership: Law of Ukraine of July 1, 2010 No. 2404-VI]. Ofitsiyni vebportal parlamentu Ukrainy. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> [in Ukrainian].
20. Verkhovna Rada of Ukraine. (2017). Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia: Zakon Ukrainy vid 19 zhovtnia 2017 roku № 2168-VIII [On state financial guarantees of medical care for the population: Law of Ukraine of October 19, 2017 No. 2168-VIII]. Ofitsiyni vebportal parlamentu Ukrainy. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> [in Ukrainian].
21. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2023). Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia: Postanova vid 28 liutoho 2023 roku № 174 [Some issues of organizing a capable network of healthcare facilities: Resolution of February 28, 2023 No. 174]. Ofitsiyni vebportal parlamentu Ukrainy. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> [in Ukrainian].
22. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2025). Pro vnesennia zmin do Poriadku funktsionuvannia hospitalnykh okruhiv i hospitalnykh klasteriv ta vstanovlennia yikh mezh: Postanova vid 5 lystopada 2025 roku № 1456 [On amendments to the Procedure for the functioning of hospital districts and hospital clusters and establishing their boundaries: Resolution of November 5, 2025 No. 1456]. Ofitsiyni vebportal parlamentu Ukrainy. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1456-2025-%D0%BF#Text> [in Ukrainian].
23. National Institute for Strategic Studies. (2025). Novatsii Prohramy medychnykh harantii u 2025 rotsi. Ryzyky ta mozhlyvosti [Innovations of the Medical Guarantees Program in 2025: Risks and opportunities]. niss.gov.ua. Retrieved from <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/novatsiyi-prohramy-medychnykh-harantiy-u-2025-rotsi-ryzyky-ta> [in Ukrainian].
24. Ministry of Health of Ukraine. (2025). Zatverdzeno poriadok realizatsii Prohramy medychnykh harantii na 2026 rik – rishennia Uriadu [The procedure for implementing the Medical Guarantees Program for 2026 has been approved – Government decision]. moz.gov.ua. Retrieved from <https://moz.gov.ua/uk/zatverdzeno-poryadok-realizatsiyi-programi-medichnih-garantij-na-2026-rik-rishennya-uryadu> [in Ukrainian].
25. World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). Public-private partnerships for health care infrastructure and services: Considerations for policy makers in Ukraine. WHO Regional Office for Europe. www.who.int. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5713-45478-65097> [in English].

Історія статті / Article history:

Подано до редакції / Submitted to the editorial office (27.06.2026);

Прийнято до друку / Accepted for publication (20.09.2026);

Опубліковано / Published (10.10.2026)