

Детальний огляд невоєнного бюджету-2026: 4. Охорона здоров'я

Підготували:

Олександра Мироненко, економістка
Юлія Александрова, молодша економістка
Ірина Іпполітова, старша дослідниця
Софія Талах, стажерка

Дата:

3 липня 2026 р.

ЗМІСТ

Список скорочень.....	4
Головне.....	5
1. Вступ.....	6
1.1. Фінансування охорони здоров'я з 2022 року.....	7
1.2. Фокус дослідження.....	9
2. Медичне обслуговування населення.....	10
2.1. Споживачі медичних послуг.....	10
2.2. Видатки на Програму медичних гарантій.....	14
2.3. Фінансування медичних послуг у ПМГ.....	15
3. Профілактика та Чекап 40+.....	20
4. Закупівля ліків та інші медичні заходи.....	22
5. Кадрова криза.....	24
5.1. Кадри та оплата праці у лікарнях.....	24
5.2. Національна служба здоров'я України.....	25
6. Укрупнення мережі.....	27
7. Рекомендації.....	30

Центр економічної стратегії (ЦЕС) – незалежний центр досліджень державної політики. Завдання ЦЕС – підтримка реформ в Україні з метою досягнення стійкого економічного зростання країни. Центр робить внесок у розробку стратегії економічного зростання України, здійснює незалежний аналіз найбільш важливих аспектів державної політики, а також працює над посиленням громадської підтримки реформ. Заснований у травні 2015 року.

Наші принципи:

- Економічна свобода (лібералізація, дерегуляція, приватизація)
- Вільна та чесна конкуренція
- Менша роль держави за підвищення її ефективності
- Інформаційна прозорість та свобода слова
- Верховенство права та захист приватної власності
- Здорові та стабільні державні фінанси
- Економіка, що створена на засадах знань.

Для детальної інформації та коментарів просимо звертатися до директора з комунікацій В'ячеслава Ноздріна – viacheslav.nozdrin@ces.org.ua, також запрошуємо відвідати наш [сайт](#).

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВВП – Валовий внутрішній продукт

ДБ – Державний бюджет

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

ДССУ – Державна служба статистики України

Інститут демографії – Інститут демографії та досліджень якості життя ім. М.В. Птухи

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія

НБУ – Національний банк України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОЗ – охорона здоров'я

ПМГ – Програма медичних гарантій

Первинка – первинна ланка медичних послуг

Чекап 40+ – Програма державного бюджету «Скринінг здоров'я для громадян з підвищеним ризиком розвитку захворювань»

МЗУ – Державне підприємство «Медичні закупівлі України»

ГОЛОВНЕ

Ця аналітична записка, четверта в серії оглядів невоєнного бюджету-2026, зосереджується на питаннях фінансування охорони здоров'я. Сьогодні охорона здоров'я залишається одним із ключових цивільних пріоритетів держави. Видатки на неї посідають четверте місце за обсягом коштів серед усіх невоєнних напрямів державного бюджету.

Система охорони здоров'я в Україні є недофінансованою

Держава щороку витрачає близько 2,5% ВВП на охорону здоров'я населення з державного бюджету, і це покриває лише половину усіх необхідних медичних витрат, за решту ж платить саме населення.

Первинна ланка потребує системного та довгострокового інвестування

Програма медичних гарантій (далі – ПМГ) покриває лише дві третини витрат на первинку, а чинні тарифи не відображають реальної вартості послуг. Попри таку недофінансованість, у 2026 році держава запустила нову програму Чекап 40+ вартістю 10 млрд грн на рік, що приблизно дорівнює третині всього бюджету первинної допомоги. Проте ця програма частково дублює послуги ПМГ, тому її дизайн не можна назвати ефективним. Крім того, ключовим бар'єром для профілактики є не фінансові, а поведінкові чинники, як-от відсутність звички обстежуватися, які можна змінити не тільки монетарними механізмами. **Ми рекомендуємо переглянути підхід до стимулювання профілактики захворювань та спрямувати кошти на системне зміцнення первинки.**

Оплата медиків потребує перегляду

Оплата праці у сфері охорони здоров'я традиційно є нижчою, ніж у середньому в економіці. Повномасштабне вторгнення посилило цей розрив, водночас сприяючи відтоку кадрів через міграцію та мобілізацію. Тому **ми рекомендуємо переглянути стандарти оплати праці для всіх ланок медицини.**

Укрупнення мережі варто продовжувати, зберігаючи доступ до базових послуг

Надмірно фрагментована мережа закладів охорони здоров'я розпорошує бюджетні ресурси та не сприяє підвищенню якості послуг. Процес укрупнення мережі лікарень вже почався, пацієнти і фінансування вже концентруються у більш спроможних закладах. Це підвищує ефективність фінансування, тому **ми рекомендуємо продовжувати процес укрупнення мережі лікарень, переносити складні та дорожчі послуги до великих закладів, розвиваючи при цьому первинну ланку, екстрену допомогу та транспортне сполучення – послуга має залишатися у територіальній транспортній доступності.**

Необхідно підсилювати інституційну спроможність НСЗУ

Ефективність витрат ПМГ залежить не лише від обсягу фінансування самої програми, а й від спроможності Національної служби здоров'я України (НСЗУ) укладати договори, оплачувати послуги за встановленими правилами, верифікувати дані та контролювати виконання умов договорів. Реальна оплата праці в НСЗУ вдвічі зменшилася з 2021 року, водночас штат недоукомплектований. Це впливає на спроможність укладати договори, контролювати їх виконання та аналізувати дані. Без дієздатності НСЗУ навіть більший бюджет Програми медичних гарантій не дасть кращого результату. **Ми рекомендуємо збільшити фонд оплати праці НСЗУ, активізувати набір персоналу та переглянути кваліфікаційні вимоги та розвиток компетенцій всередині інституції (зокрема через академію НСЗУ).**

Ці рекомендації показують, що головним фокусом має бути не обсяг фінансування, а структурні рішення та розподіл коштів всередині системи: посилення первинної ланки та профілактики, укрупнення мережі, конкурентна заробітна плата та дієздатна НСЗУ. Разом із тим, економії коштів у сфері охорони здоров'я очікувати не варто.

1. ВСТУП

Повномасштабне вторгнення вплинуло на функціонування системи охорони здоров'я в Україні у двох протилежних напрямках. З одного боку, внаслідок бойових дій та масованих обстрілів критично зросли потреби у високотехнологічній медичній допомозі, лікуванні складних травм, додаткових послугах з реабілітації та психологічної підтримки. З іншого боку, мільйони українців виїхали за кордон або опинилися на окупованих територіях,¹ що мало би знизити попит на медичні послуги та, відповідно, навантаження на медичну систему загалом. Тому результуючий вплив вторгнення на потреби у галузі є змішаним.

Особливістю системи охорони здоров'я в Україні є те, що частину витрат покриває саме населення (out-of-pocket expenses). За оцінками ВООЗ, у 2020 році пацієнти оплачували близько 48% всіх медичних витрат в Україні, тоді як в ЄС – 19%.² Високі витрати «з кишені» підривають бюджети найменш захищених родин та змушують людей відкласти необхідне лікування. Крім того, це свідчить про значний дефіцит державного фінансування медичних послуг.

Водночас частка ВВП, яку держава спрямовує на охорону здоров'я, не зростає, а знижується – з 2,9% у 2020 році до 2,5% ВВП у 2026. Таке скорочення в умовах обмеженого бюджетного ресурсу може поглиблювати фінансові проблеми галузі.

Одним із головних викликів системи охорони здоров'я та її фінансування є стихійність пріоритетів. У 2024 році пріоритезували тарифи послуг з хірургії та опіків, психологічну підтримку та репродуктивні технології³; у 2025 – створення єдиного медичного простору,

¹ [Українські біженці після чотирьох років за кордоном. П'ята хвиля дослідження – Центр економічної стратегії.](#)

² [Can people afford to pay for health care?](#)

³ [В проєкті бюджету на 2024 рік уряд закрив збільшення видатків на охорону здоров'я на 24,4 млрд грн – Віктор Ляшко. Держлікслужба.](#)

розширення програми «Доступні ліки», забезпечення донорською кров'ю та реформування оцінки повсякденного функціонування особи (МСЕК)⁴; у 2026 – підвищення зарплат для лікарів первинки та екстренки, Чекап 40+, «Доступні ліки», централізовану закупівлю препаратів, медичну реабілітацію, психологічну допомогу⁵. **Така непослідовність пріоритетів призводить до несистемності розвитку – рішення приймаються на один рік, а потім забуваються.**

У січні 2025 року уряд схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, яка мала б дати довгостроковий план розвитку. Але Стратегія не має плану фінансування, а звіт про перебіг її виконання, який мав з'явитися до 1 липня, станом на 24 липня ще не оприлюднений. Це не унікальний випадок: розрив між стратегічним і бюджетним плануванням є системною проблемою, яка повторюється і в інших сферах державної політики.⁶

У цій записці ми аналізуємо загальні видатки на охорону здоров'я з державного бюджету (загального фонду), структуру та динаміку споживачів медичних послуг; топ-3 бюджетні програми у сфері охорони здоров'я, а саме: медичні гарантії населення, нову програму Чекап 40+, централізовану закупівлю ліків; також окремо розглянемо кадрову ситуацію в галузі та мережу медичних закладів.

1.1. ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З 2022 РОКУ

Попри щорічне номінальне збільшення видатків сфери охорони здоров'я, реальна спроможність фінансувати медицину падає. Через пріоритезацію потреб війни та зростання цін частка охорони здоров'я в економіці та реальний обсяг ресурсів скоротився порівняно з періодом до 2022 року.

Видатки на охорону здоров'я (далі – ОЗ) посідають четверте місце серед видатків на невоєнні напрями фінансування державного бюджету. У 2025 році на ОЗ витратили майже 219 млрд грн, або 2,4% ВВП.

У 2026 році фінансування сфери охорони здоров'я має розширитися майже на 35 млрд грн – до 253,5 млрд грн. Номінально це практично у півтора раза перевищує показник довоєнного 2021 року.

Проте цей приріст є лише номінальним. Якщо враховувати кумулятивний приріст цін з 2021 року, у реальних значеннях фінансування скоротилося на 16%. Це означає, що за поточного обсягу коштів можна закупити менше послуг, ліків та обладнання, ніж до початку повномасштабного вторгнення.

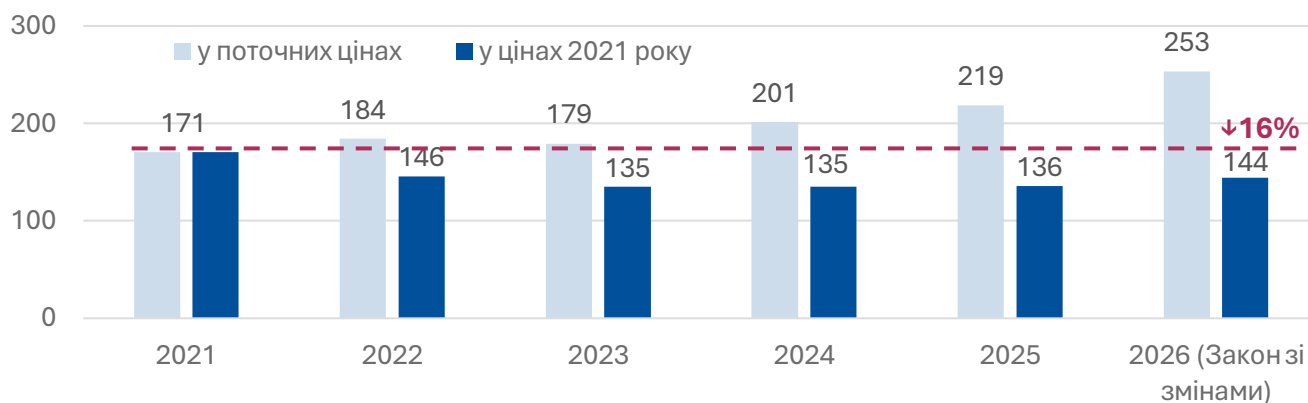
⁴ [Державний бюджет на 2025 рік прийнято парламентом: видатки на сферу охорони здоров'я становлять понад 217 млрд грн.](#)

⁵ [Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування розглянув законопроект про Державний бюджет України на 2026 рік. Офіційний портал Верховної Ради України.](#)

⁶ [Бюджет і стратегії: світові практики.](#)

Рисунок 1. Номінальні та реальні видатки державного бюджету на охорону здоров'я, млрд грн

Попри номінальне зростання, реальний ресурс скорочується

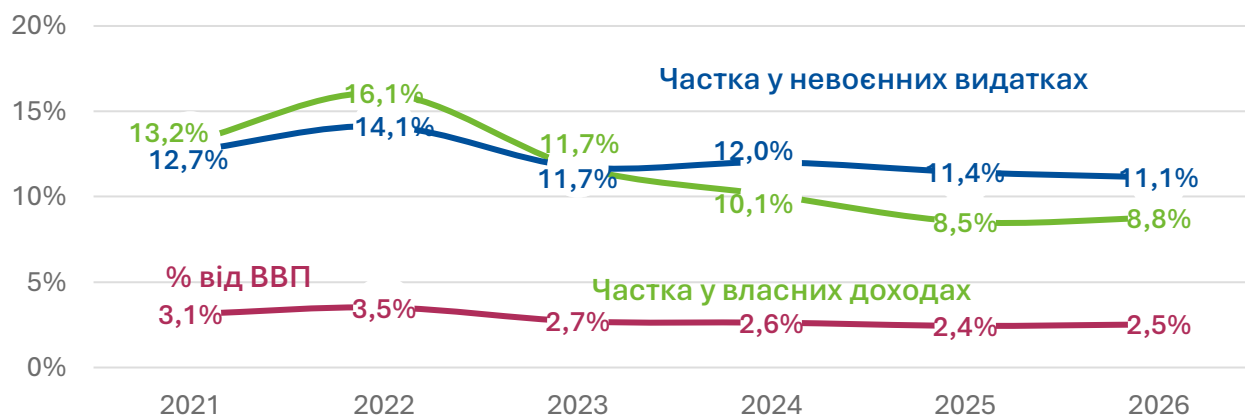


Джерела: Міністерство фінансів України (Open Budget), Закон про Державний бюджет на 2026 рік, ДССУ, НБУ, розрахунки ЦЕС.

Динаміка відносно ВВП схожа – ресурс скорочується. У 2021 році видатки сектору становили 3,1% ВВП. У перший рік повномасштабного вторгнення цей показник навіть зріс – до 3,5%, проте це пов'язано здебільшого із зменшенням розміру економіки, а не із збільшенням видатків на сектор. Із 2022 року рівень державного забезпечення ОЗ поступово знижується, а у 2026 році становитиме приблизно 2,5% ВВП.

Рисунок 2. Частка видатків на охорону здоров'я у невоєнному бюджеті у % від ВВП

Відносно ВВП видатки сектору досі нижче від довоєнного рівня



Джерела: Міністерство фінансів України (Open Budget), Закон про Державний бюджет на 2026 рік, ДССУ, НБУ, розрахунки ЦЕС.

1.2. ФОКУС ДОСЛІДЖЕННЯ

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється з державного бюджету, місцевих бюджетів, приватних джерел, а також благодійних внесків. Більшість видатків покриває державний бюджет, особливо щодо медичного забезпечення населення. Водночас місцеві бюджети відповідають за оплату комунальних послуг та підтримку функціонування закладів охорони здоров'я.

У фокусі цього дослідження – видатки на охорону здоров'я з державного бюджету, які переважно сконцентровані на одній бюджетній програмі – реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – ПМГ), і ця програма становить понад 78% усіх видатків ДБ на ОЗ. Тому ми приділяємо цій програмі найбільшу увагу в цьому дослідженні.

Головним розпорядником коштів бюджету в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), яке відповідає за реалізацію ПМГ через Національну службу здоров'я України. Також на МОЗ покладена відповідальність за фінансування більшості інших програм ОЗ із державного бюджету.

Таблиця 1. Три найбільші програми із соціального захисту у державному бюджеті-2026.

Програма	Загальний фонд, млрд грн
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	192
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру (централізована закупівля ліків)	15
Скринінг здоров'я для громадян з підвищеним ризиком розвитку захворювань	10

Джерело: Міністерство фінансів України, Проект закону про бюджет 2026 (перше читання).

Другою за розміром програмою державного бюджету в сфері ОЗ є централізована закупівля ліків в заклади. Після неї йде нова програма, яку запровадили у 2026 році, – Скринінг здоров'я для громадян з підвищеним ризиком розвитку захворювань, або Чекап 40+.

2. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

У цьому розділі ми аналізуємо Програму медичних гарантій – головний інструмент забезпечення населення медичним обслуговуванням. Спочатку розглядаємо споживачів медичних послуг та загальні демографічні тенденції, які впливають на систему охорони здоров'я. Потім перейдемо до розгляду загальної динаміки фінансування ПМГ з державного бюджету, достатності бюджетних коштів на покриття необхідних витрат, структури послуг та головних тарифів.

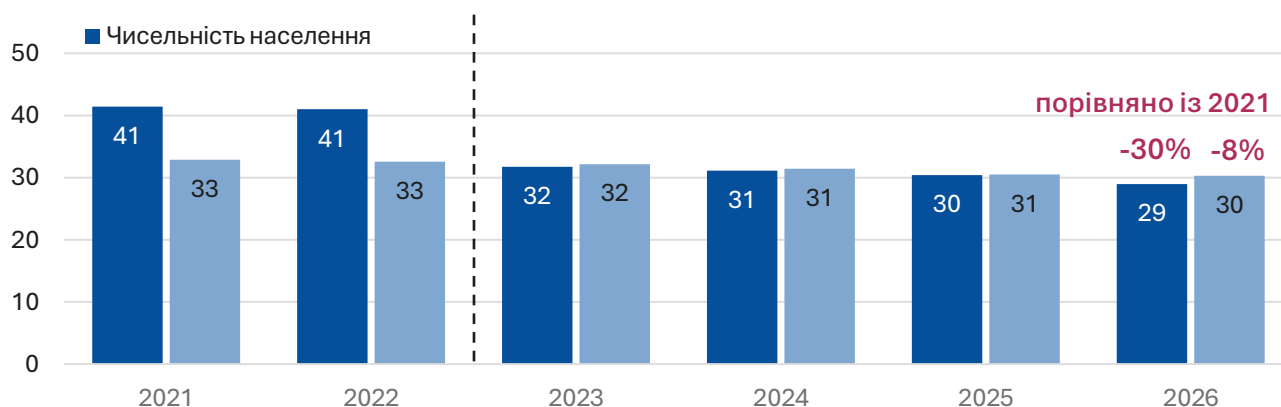
2.1. СПОЖИВАЧІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Видатки на охорону здоров'я залежать від демографічних показників країни. Що вища частка населення у старшому віці, то сильнішим буде операційне та фінансове навантаження на систему через вищий попит на медичні послуги. Цей виклик є критичним для України: через початок повномасштабного вторгнення, міграцію та загальне демографічне старіння структура населення зсунулася у бік 40+. Саме ці громадяни формують понад 60% попиту на медичні послуги та частіше потребують дорожчого лікування. Також частина українців виїхала за кордон, проте декларації не розірвала. Тож кількість населення впала більше, ніж кількість активних декларацій.

Кількість декларацій із сімейними лікарями скорочується значно повільніше, ніж чисельність населення. З 2021 до 2026 року населення України на підконтрольній території, за оцінками, скоротилося приблизно на 30%, тоді як кількість декларацій – лише на 8% (рис. 3). Це свідчить про те, що значна частина українців, які виїхали за кордон, не розірвала декларації з лікарями первинної медичної допомоги.

Рисунок 3. Кількість декларацій про вибір лікаря ПМД та чисельність постійного населення України, млн осіб

З 2022 року 5,6 млн українців виїхали, але більшість з них не розірвали декларації



Джерела: ДССУ, Інститут демографії та досліджень якості життя імені М.В. Птухи, НСЗУ, розрахунки ЦЕС.

Примітка: чисельність населення 2023–2026 рр. – за прогнозом Інституту демографії для контролюваної території станом на 2023 рік; чисельність населення 2021–2022 рр. – за даними ДССУ станом на 1 січня відповідних років.

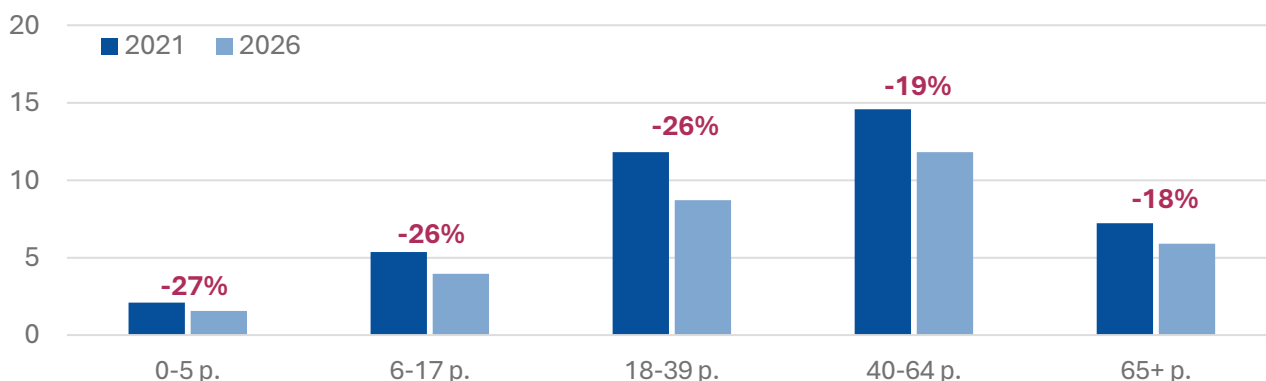
Водночас планування кількості пацієнтів залишається недостатньо чутливим до демографічних змін. На 2025 рік було заплановано 30,6 млн осіб з деклараціями, тоді як фактичний показник склав 30,1 млн осіб – на понад 500 тис. менше. Попри це, у бюджетному запиті на 2026–2028 роки закладено практично той самий показник. Це створює ризик повторного завищення планових результатів та знижує точність бюджетного планування. **Для точнішого прогнозування варто актуалізувати дані про споживачів на основі фактичних звернень по медичну допомогу за останні 2 роки. Крім того, необхідно запровадити систему сповіщень про обов'язкове переукладання декларацій (із можливістю зробити це онлайн) і вже на основі оновлених декларацій здійснювати подальше планування кількості пацієнтів та візитів.**

Скорочення населення не означає пропорційного скорочення потреб у медичних послугах. Для системи охорони здоров'я важлива не лише кількість населення, а й його вікова структура, оскільки люди різного віку користуються медичними послугами з різною інтенсивністю.

У результаті повномасштабного вторгнення частіше виїжджали діти та люди до 40 років. Тому вікова структура населення зсунулася в бік старшого покоління (див. рис. 4).⁷ Це відображається і в змінах структури споживачів медичних послуг.

Рисунок 4. Структура населення України за віковими групами у 2021 та 2026 роках, млн осіб

Кількість людей 65+ скоротилася найменше, а дітей – найбільше



Джерела: ДССУ, Інститут демографії, розрахунки ЦЕС. Примітка: чисельність населення 2021 року – за даними ДССУ, показники для 2026 року – за прогнозом Інституту демографії 2023 року.

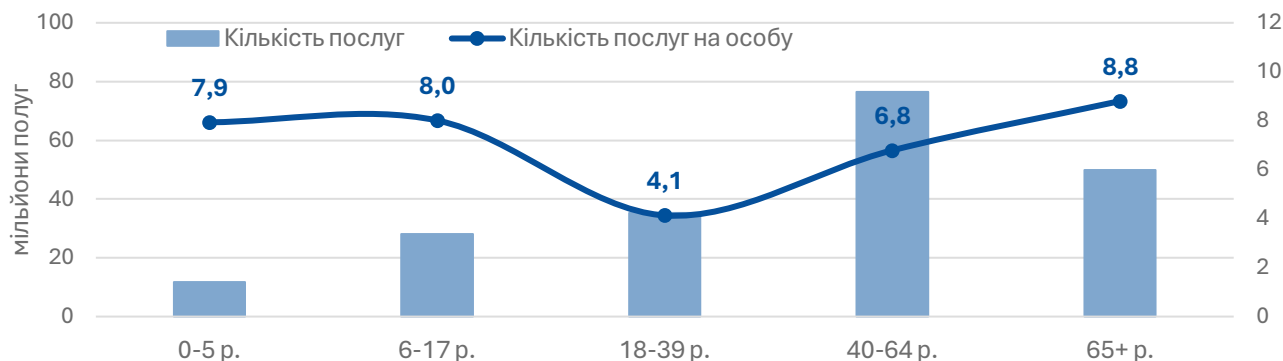
Населення у віці старше 40 років споживає найбільшу частину медичних послуг в Україні. За даними НСЗУ, в 2025 році 63% всіх медичних послуг отримали саме люди після 40 років. Ще близько 20% припадає на дітей до 18 років, і лише 17% – на населення у віці 18–39 років. Це

⁷ У результаті кількість дітей до 5 років скоротилася найшвидше – на 27% у період 2021–2026 років. При цьому населення у віці 65+ за прогнозом зменшилося лише на 18%. Хоча точних даних щодо наявного населення України наразі немає, Інститут демографії в 2023 році зробив прогноз кількості та вікової структури населення на контрольованій території України, які ми використовуємо для аналізу змін після 2022 року. За їхніми оцінками, в 2026 році на підконтрольній території України більш ніж на чверть зменшилася кількість людей віком до 40 років, а людей віком старше 40 років стало на 18–19%, менше, ніж у 2021 році. Дослідження українських біженців, яке проводить ЦЕС, теж вказують на те, що через повномасштабне вторгнення частіше виїжджали з України люди працездатного віку, а також діти.

зумовлено двома факторами: високою часткою людей старше 40 років серед наявного населення⁸, а також їхньою активністю у користуванні медичними послугами.

Рисунок 5. Структура споживання медичних послуг за віковими групами у 2025 році

Населення у віці 40+ років формує найбільший попит на медичні послуги

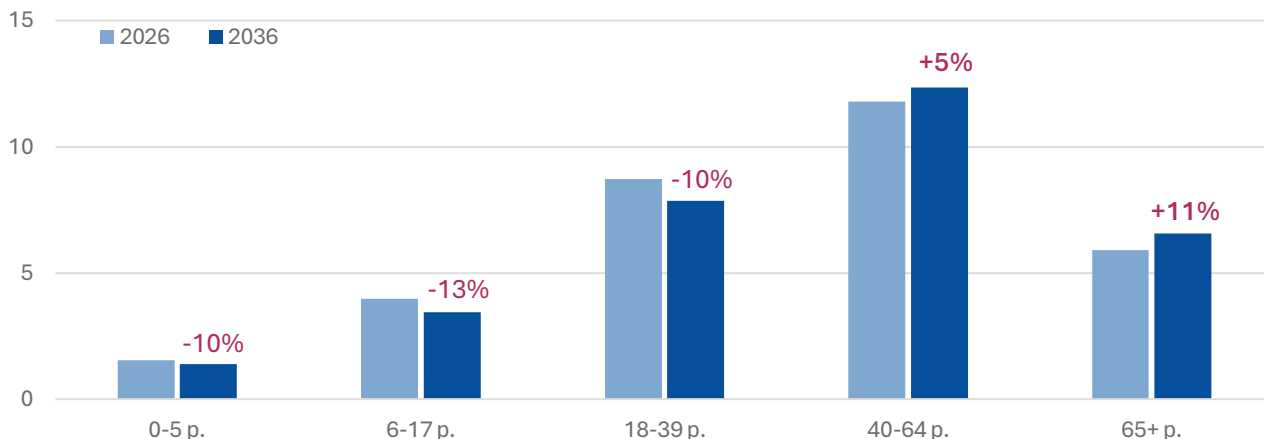


Джерела: Національна служба здоров'я України, Інститут демографії, розрахунки ЦЕС.

Найактивнішими споживачами медичних послуг («суперспоживачами») є населення у віці 40 років і старше: у середньому пацієнти цих груп отримують 7–9 медичних послуг на рік (див. рисунок 5). На горизонті до 2036 року саме ця категорія громадян продовжуватиме нарощувати свою чисельну перевагу, що визначатиме майбутній попит на медичну допомогу (див. рисунок 6).⁹

Рисунок 6. Прогноз населення України за віковими групами у 2026 та 2036 роках, млн осіб

Кількість людей у віці 65+ зростатиме найшвидше на тлі демографічного спаду



Джерела: Інститут демографії, розрахунки ЦЕС.

Примітка: значення і для 2026, і для 2036 року – за прогнозом Інституту демографії 2023 року.

⁸ Згідно з прогнозом Інституту демографії, люди старші за 40 років наразі складають близько 56% населення: 37% – це люди у віці 40–64 років, 19% – 65 років і старші. Діти до 18 років складають 16%, а 28% – ті, кому 18–39 років.

⁹ За даними Інституту демографії, до 2036 року чисельність вікової групи 65+ досягне 6,6 мільйонів. Кількість людей у віці 40–64 років, які наразі є лідерами за абсолютною кількістю спожитих послуг, збільшиться на 5%. Водночас чисельність населення в інших вікових групах і надалі скорочуватиметься.

З огляду на цю динаміку, у найближчі 10 років попит із боку «суперспоживачів» відчутно зростатиме. Також через зсув населення у бік старшого покоління може зрости абсолютна кількість медичних послуг. У 2025 році всього було надано 201,4 млн медичних послуг. Якщо взяти прогноз Інституту демографії та середню кількість послуг на особу в різних вікових категоріях у 2025 році (див. рисунок 11), то прогнозована кількість наданих послуг у 2036 році збільшиться до 212,6 млн (+6%), навіть попри прогнозоване зменшення кількості населення.

Щобільше, попит на окремі високовартісні види медичної допомоги зростає не лише серед старшого населення. За даними МОЗ, у 2023 році кількість інсультів в Україні зросла на 16%, а за прогнозами, через наслідки війни інсульт «помолодшає» приблизно на 10–15 років.¹⁰ Це означає, що підвищення попиту на медичні послуги спричинене не тільки старінням населення, а й наслідками війни.

Рисунок 3. Кількість наданих послуг та суми договорів за пакетом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», 2022–2025 роки

Кількість послуг за пакетом зросла майже на чверть у 2023 і досі лишається на цьому рівні



Джерела: Національна служба здоров'я України, розрахунки ЦЕС.

Навантаження на систему відбувається без пропорційного збільшення фінансування. У 2025 році кількість випадків лікування гострого мозкового інсульту була на 27% більшою, ніж у 2022 році (зросла з 95 тис. до 121 тис. послуг). Водночас сума договорів за цим пакетом скоротилася на 22%. Хоча фінансування й було переглянуте у наступних роках приблизно до рівня 2021 року, попит на послуги лишається значно вищим, ніж до повномасштабного вторгнення. Це показує, що фінансування пакета послуг досі не адаптувалося до нового рівня попиту і мало б бути більшим.

Таким чином, навантаження на систему охорони здоров'я буде збільшуватися, і природної економії коштів очікувати не варто, але верифікація кількості декларацій та реального надання послуг, з огляду на велику різницю між падінням кількості населення та кількості декларацій, може вивільнити ресурс для покращення роботи системи в інших напрямках.

¹⁰ [Міністерство охорони здоров'я України.](#)

2.2. ВИДАТКИ НА ПРОГРАМУ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

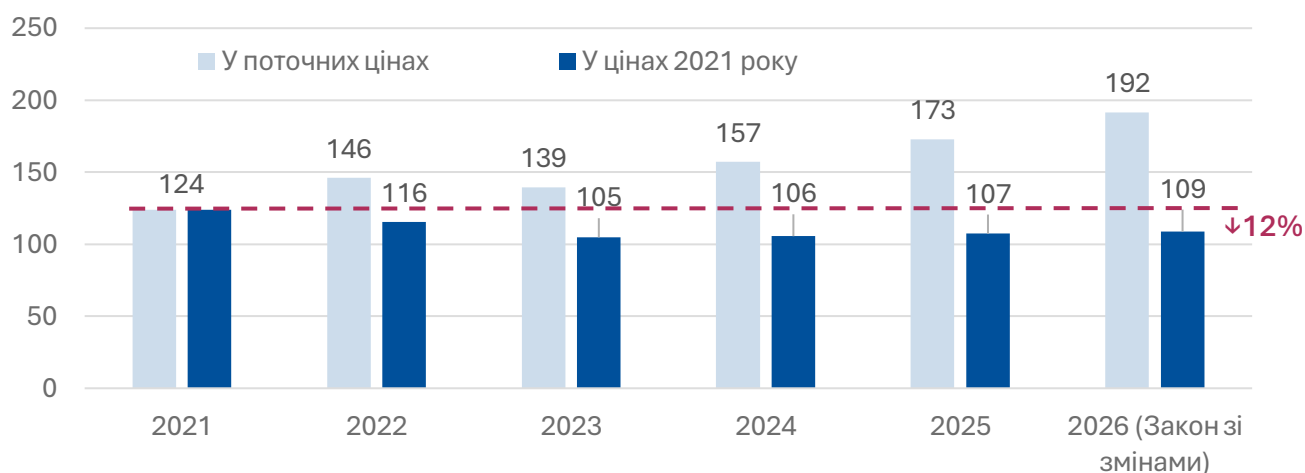
Найбільше коштів з державного бюджету в сфері охорони здоров'я виділяється на програму державних гарантій медичного обслуговування населення, яка є головним інструментом отримання безкоштовних медичних послуг. Після початку повномасштабного вторгнення, враховуючи зростання цін, фінансова спроможність програми зменшилася.

Держава реалізує право населення на здоров'я через Програму медичних гарантій. У 2026 році на програму планується витратити 192 млрд грн, що становить 76% усього фінансування сектору охорони здоров'я з державного бюджету.

З 2022 року на фінансування медгарантій виділяють дедалі більше грошей – номінально обсяг програми зростає у півтора раза у 2026 році порівняно з 2021. Проте враховуючи інфляцію, реальний обсяг фінансування у 2022–2023 роках впав та практично не змінюється за останні три роки. У 2026 році заплановане збільшення видатків на 19 млрд, однак це збільшення фактично нівелюється інфляцією, і реальні видатки на реалізацію програми зростають набагато повільніше.

Рисунок 8. Видатки загального фонду державного бюджету на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, млрд грн

Реальні видатки на медгарантії потроху зростають



Джерела: Міністерство фінансів України (Open Budget), Закон про Державний бюджет на 2026 рік, ДССУ, НБУ, розрахунки ЦЕС.

Національна служба здоров'я України використовує кошти ПМГ за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», тобто фінансує конкретні послуги, надані конкретним пацієнтам (детальніше про цей підхід – у додатку 1). Відповідно, обсяги програми безпосередньо залежать від структури послуг, що надаються, цін на ці послуги та кількості населення, яке уклало декларації з сімейними лікарями.

2.3. ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ПМГ

ПМГ охоплює всі базові рівні надання медичної допомоги – від первинної до спеціалізованої, а також екстрену допомогу, реімбурсацію лікарських засобів та функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Таблиця 2. Напрями використання коштів бюджетної Програми медичних гарантій, млрд грн

Напрямок	2025 (факт)	2026 (Закон)	Частка в загальній сумі у 2026 році
Екстрена медична допомога	11	13	7%
Первинна медична допомога	24	29	15%
Спеціалізована допомога	130	140	73%
Реімбурсація	7	9	5%
Підтримка бази даних НСЗУ	1	1	0%
Разом	173	192	100%

Джерело: МОЗ, НСЗУ, розрахунки ЦЕС.

Більшість коштів Програми медичних гарантій йде на надання вторинної (спеціалізованої) допомоги: на оплату медичних послуг у стаціонарі або амбулаторних умовах, хірургічне втручання, лікування складних хвороб та інші високовартісні послуги. У 2026 році на це мають витратити 140 млрд грн, що становить 73% видатків програми.

Рисунок 9. Напрями використання коштів за Програмою медгарантій у 2025 році, млрд грн

Головним напрямом витрат на медгарантії є вторинна допомога



Примітка: синім кольором виділені кошти на вторинну медичну допомогу, зеленим – на інші три напрями видатків.

Джерело: МОЗ.

Первинна медична допомога: хронічний дефіцит бази

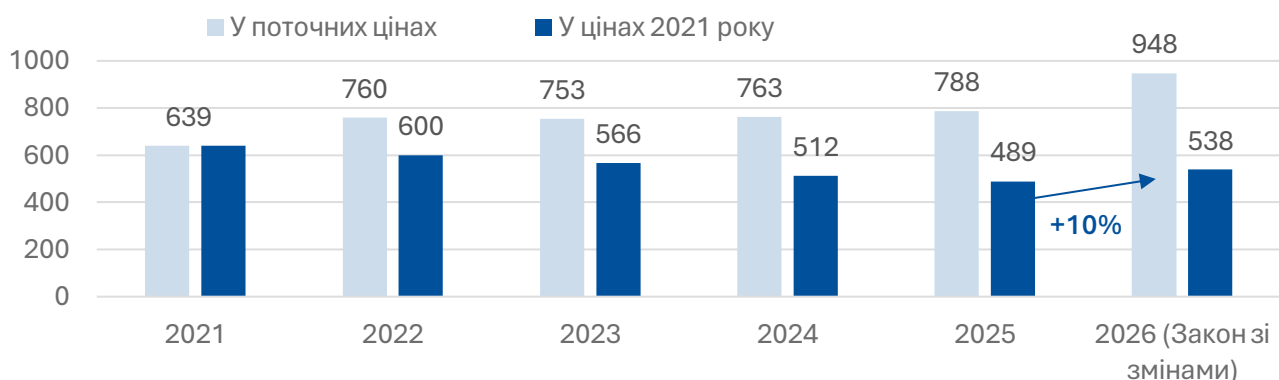
Первинна ланка медичної допомоги становить невелику частку – лише 14–15% Програми медичних гарантій. Раніше цей показник був вищим – 16% у 2021 році та 17% у перші два роки війни. Отже, в останні роки Програма медичних гарантій більше фокусується на вторинній спеціалізованій допомозі – її частка в загальній структурі видатків ПМГ з 2024 року зросла до 75%.

Номінальне фінансування первинки майже не змінювалося з 2022 року, а реально скоротилося на 27% у 2025 році відносно 2021 року. Проте на 2026 рік заплановане збільшення фінансування первинки на 23% – до 29 млрд грн.

Витрати на первинну медичну допомогу на одного пацієнта також зростуть. У 2026 році середні витрати на одного пацієнта з декларацією¹¹ становитимуть близько 948 грн, що приблизно на 10% більше в реальному вимірі, ніж у 2025 році. Водночас порівняно із 2021 роком в реальному виразі ці витрати зменшилися на 16%.

Рисунок 10. Середні витрати на надання первинної медичної допомоги одній особі, яка уклала декларацію, грн

Витрати на одного пацієнта зростуть за планом, проте будуть нижчими за рівень 2021 року



Джерела: звіти про виконання паспорта бюджетної програми (2021–2025), Бюджетний запит на 2026–2028 роки, ДССУ, НБУ, розрахунки ЦЕС.

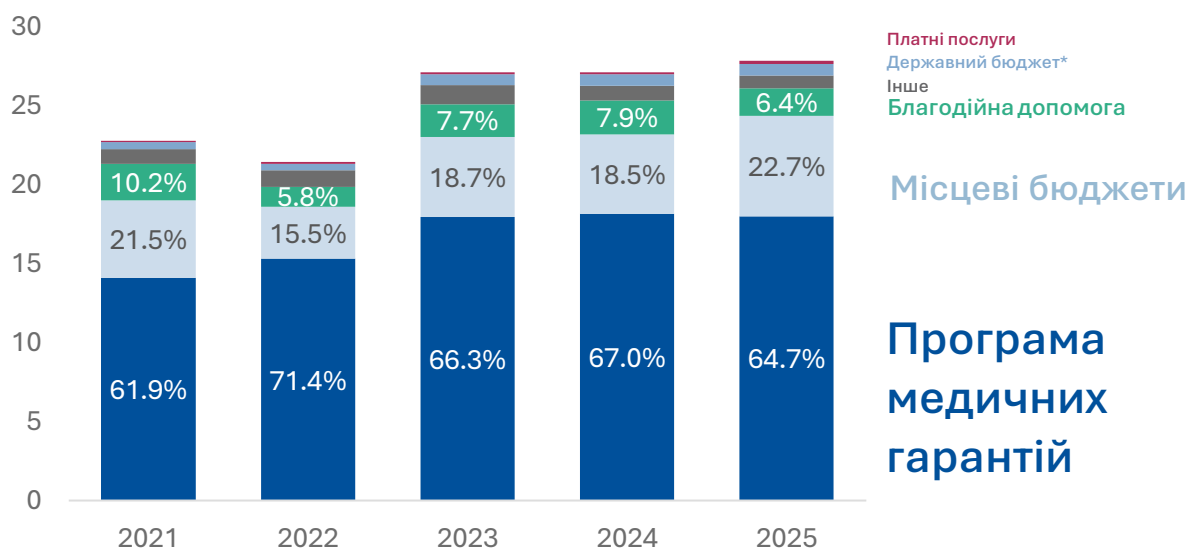
У 2026 році реальне фінансування первинки збільшиться порівняно з 2025 роком. Оскільки планова кількість декларацій також збільшується – з фактичних 30,1 млн у 2025 році до запланованих 30,6 млн у 2026-му, зростання видатків на одного пацієнта є наслідком реального збільшення фінансування первинної допомоги, а не скорочення кількості людей, охоплених системою.

¹¹ Середні витрати на надання первинної медичної допомоги одній особі, яка уклала декларацію.

Програма медичних гарантій покриває лише дві третини фінансування первинки. У 2025 році виплати НСЗУ формували менше ніж 65% доходів закладів первинної медичної допомоги, тоді як решта коштів надходила переважно з місцевих бюджетів (23%) та благодійної допомоги (6%). Водночас до повномасштабного вторгнення частка ПМГ була ще нижчою – 62%.¹²

Рисунок 11. Структура доходів закладів первинної медичної допомоги, поточні ціни, млрд грн

ПМГ становить менше 70% доходів у закладах первинної медичної допомоги¹³



Примітка: до доходів медзакладів входять також інші кошти державного бюджету, які спрямовуються не через ПМГ.

Джерело: Національна служба здоров'я України, розрахунки ЦЕС.

Тарифи в ПМГ можуть не відображати реальної вартості послуг. Зокрема, капітаційна ставка¹⁴ розраховується як добуток прогнозних видатків на прогнозну кількість пацієнтів і, відповідно, відображає не повну реальну вартість медичних послуг, а лише обсяг фінансування, який держава може забезпечити в межах бюджету¹⁵. У результаті решта витрат компенсується з інших джерел.

Зростання тарифів відстає від зростання цін. З урахуванням інфляції тарифи на первинну медичну допомогу (капітаційна ставка) залишаються нижчими за рівень 2021 року. Це стосується і екстреної та спеціалізованої допомоги, а особливо відчутно це відбивається на високовартісних послугах (наприклад у випадках інсультів та інфарктів – див. рис. 12).

¹² Згідно з бюджетним кодексом, до відповідальності місцевих бюджетів входять витрати на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів ОЗ.

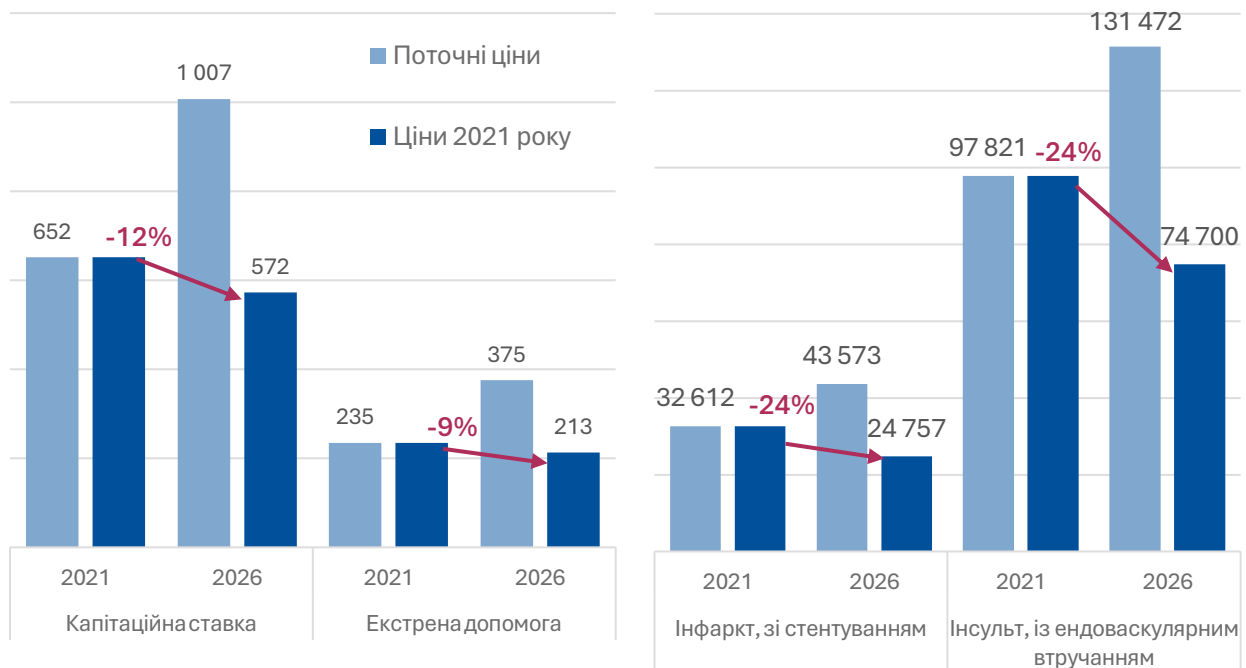
¹³ Хоч ПМГ покриває основну частину доходів первинки, а частка офіційних платиних послуг достатньо низька, це не означає відсутність витрат пацієнтів з власної кишені. Основний тягар приватних витрат припадає на купівлю ліків.

¹⁴ Капітаційна ставка визначає середньозважений розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою. Джерело: [Про затвердження Методики розра... | від 19.12.2019 № 2559](#)

¹⁵ [Новації Програми медичних гарантій у 2025 році. Ризики та можливості.](#)

Рисунок 12. Тарифи на первинну, екстрену та окремі послуги спеціалізованої медичної допомоги у 2021 та 2026 роках, грн

Тарифи на медичні послуги реально знизились



Джерела: Кабінет Міністрів України, розрахунки ЦЕС, ДССУ, НБУ.

Реальне зниження тарифів зменшує спроможність лікарень. Зменшення реальної вартості тарифів на медичні послуги обмежує здатність медичних установ покривати зростання витрат на оплату праці, медикаменти та комунальні послуги і частково пояснює потребу у співфінансуванні, зокрема, з місцевих бюджетів.

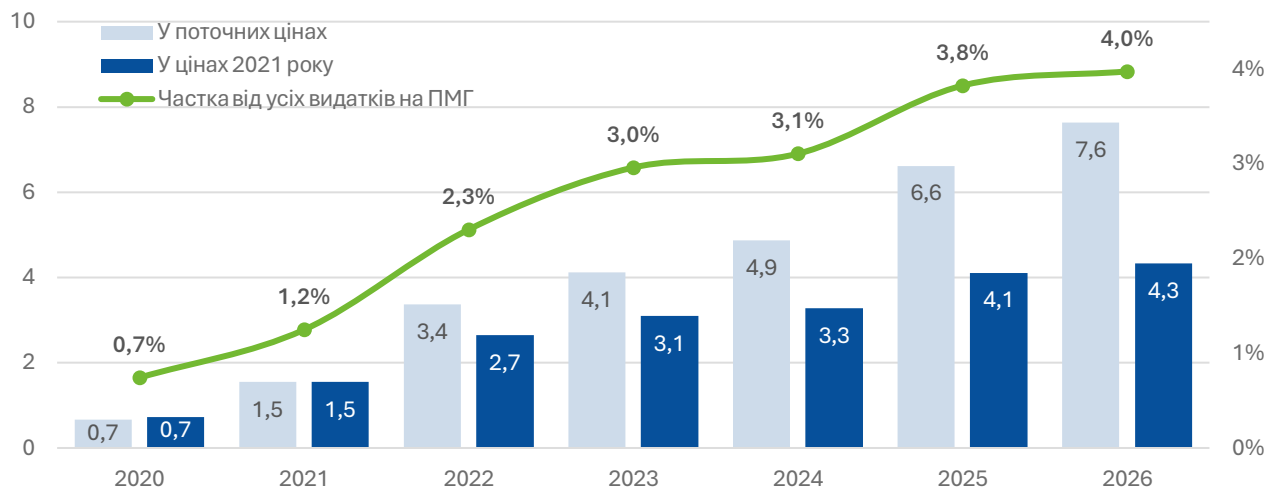
Через війну реабілітація стала більш затребуваною послугою

До вторинної медичної допомоги входять також послуги з реабілітації, попит на які значно зріс під час повномасштабного вторгнення. Якщо дивитись на динаміку з 2021 року, видатки на реабілітацію зросли в 3,5 рази – з 1,9 млрд грн у 2021 році до 6,5 млрд у 2025 році. У 2026 році цей тренд продовжується, фінансування реабілітаційної допомоги має досягнути 7,6 млрд грн¹⁶.

¹⁶ За контрактами НСЗУ, станом на червень 2026 року. Водночас заплановані видатки на реабілітацію у 2026 році за паспортом бюджетної програми становлять близько 7 млрд грн, тому, вірогідно, план буде перевиконано.

Рисунок 13. Видатки на реабілітацію з Програми медичних гарантій, млрд грн

Реальні видатки на реабілітацію зростають щороку



Джерело: Національна служба здоров'я України, Міністерство фінансів України, ДССУ, розрахунки ЦЕС.

Окрім того, пакет допомоги населенню на територіях бойових дій зростає з 1,8 млрд грн у 2025 році до 2,3 млрд грн у 2026 році; медична реабілітація (стаціонарна та амбулаторна разом) – з 5,5 до 7 млрд грн; допомога при гострому інсульті – з 3 до 3,3 млрд грн, при гострому інфаркті – з 1,3 до 1,5 млрд грн; стаціонарна психіатрична допомога – з 4,6 до 4,9 млрд грн. Детальніше про розширення ПМГ у 2026 році – у додатку 2.

3. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЧЕКАП 40+

Запуск нової програми Чекап 40+ є відповіддю на демографічні виклики та «омолодження» хвороб. Проте її поточний дизайн складно назвати ефективним використанням обмежених бюджетних коштів. Замість підсилення хронічно недофінансованої первинної ланки держава створює новий механізм, який частково дублює вже наявні в ПМГ послуги. Також програма не повністю вирішує проблему ключового бар'єру ефективного запобігання захворюванням – відсутність звички до обстежень. Без системних інвестицій у первинну та спеціалізовану ланку медичної допомоги Чекап 40+ створить навантаження на систему ОЗ без гарантії довгострокового ефекту.

Старіння населення та наслідки війни підвищують потребу у ранньому виявленні захворювань. Профілактика є одним із найбільш економічно ефективних напрямів охорони здоров'я, адже раннє виявлення хвороб зменшує ризик ускладнень, потребу у дорогому лікуванні та втрати людського капіталу.

В цьому контексті у 2026 році запустили нову програму «Скринінг здоров'я для громадян з підвищеним ризиком розвитку захворювань» (або Чекап 40+). На її реалізацію передбачено 10 млрд грн (близько 3,9% видатків сектору), що робить цю програму третьою за обсягом бюджетною програмою у сфері охорони здоров'я. Програма фокусується на ранньому виявленні ризиків серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та проблем психічного здоров'я і передбачає виплату 2 000 грн на проходження профілактичного скринінгу. Проте програма має ряд недоліків.

Новий механізм частково дублює вже існуючі безкоштовні послуги. Безкоштовними є консультація сімейного лікаря, вимірювання артеріального тиску, оцінка психічного здоров'я, визначення рівня глюкози, холестерину, загальний аналіз крові та сечі. Новими є окремі лабораторні дослідження, зокрема повна ліпідограма та визначення HbA1c, які й формують значну частину вартості ваучера.

Низьке охоплення профілактикою може бути радше поведінковою, ніж фінансовою проблемою. Усі українці з деклараціями мають можливість безоплатно пройти базовий профілактичний огляд у сімейного лікаря. Проте значна частина населення цим не користується. За даними НСЗУ від 2025 року, 27% людей протягом трьох років взагалі не зверталися до сімейного лікаря.¹⁷ Тобто основним бар'єром може бути саме відсутність звички до профілактики, недостатня поінформованість або низька мотивація звертатися до лікаря без появи симптомів.

¹⁷ [Реалізація Програми медичних гарантій. Первинна медична допомога.](#)

В Україні вже існує механізм стимулювання профілактики, але його дизайн недосконалий.

З 2025 року НСЗУ застосовує понижувальний коефіцієнт (0,8) до фінансування закладів первинної допомоги, якщо значна частина їхніх пацієнтів віком 0–17 та 56+ не зверталася до лікаря протягом останніх трьох років. Від понижених коефіцієнтів звільняються лише 10% закладів із найкращими показниками звернень, а також окремі надавачі, що працюють на територіях активних бойових дій.

Проте такий дизайн скорочує і без того недостатні ресурси первинної ланки, а не створює дієві стимули для профілактики. Оскільки понижувальні коефіцієнти застосовуються до фінансування всього закладу, а не окремого лікаря, це не створює індивідуальних стимулів до проактивної профілактичної роботи. А враховуючи хронічне недофінансування первинної ланки, це лише зменшує її спроможність інвестувати у профілактику – організовувати нагадування пацієнтам, проводити активний моніторинг груп ризику та приділяти більше часу профілактичній роботі.

Альтернативна вартість Чекапу 40+ є високою, 10 млрд грн могли б суттєво посилити первинну медичну допомогу. На 2026 рік фінансування первинної медичної допомоги становить близько 29 млрд грн, програма ж Чекап 40+ коштуватиме ще 10 млрд грн – тобто більше третини бюджету всієї первинки. Інтеграція коштів програми Чекап 40+ у Програму медичних гарантій дозволила б суттєво підвищити капітаційну ставку, збільшити оплату праці сімейних лікарів, частково компенсувати хронічне недофінансування первинної допомоги та створити фінансові стимули для активної профілактичної роботи.

Додатковим викликом є різке збільшення навантаження на систему охорони здоров'я без відповідного посилення її спроможності. Масове виявлення факторів ризику означатиме збільшення кількості консультацій, лабораторних досліджень, направлень до вузьких спеціалістів та подальших обстежень уже в перші роки реалізації програми. За таких умов існує ризик, що програма сформує додатковий попит на медичні послуги, але система не матиме достатніх ресурсів для його своєчасного задоволення. Натомість через підвищення фінансування первинки та стимулювання проактивної роботи сімейних лікарів система не лише залучала б пацієнтів до профілактики, а й мала б більше ресурсів для їхнього подальшого супроводу.

Ми рекомендуємо переглянути підхід до стимулювання профілактики у системі охорони здоров'я. Замість понижувального коефіцієнта до фінансування закладів доцільно розглянути механізм обов'язкового перепідписання декларації для пацієнтів, які не зверталися до лікаря протягом трьох років, – з передбаченими винятками для вразливих груп населення. Також доцільним є спрямування коштів на системне зміцнення первинної ланки – з чітким мандатом на профілактику та механізмами оплати за результат, що забезпечить сталий довгостроковий ефект без потреби у щорічному цільовому фінансуванні.

4. ЗАКУПІВЛЯ ЛІКІВ ТА ІНШІ МЕДИЧНІ ЗАХОДИ

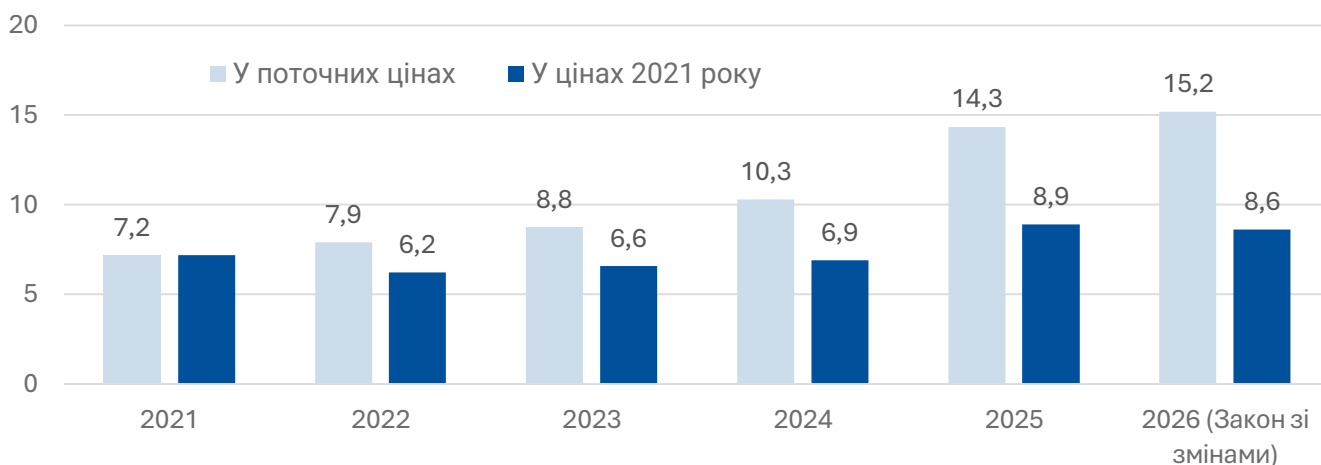
Закупівля товарів та супровідних послуг до медичних закладів¹⁸ здійснюється окремою бюджетною програмою, яка є другою за розміром в охороні здоров'я ДБ після ПМГ. Ресурси на таку централізовану закупівлю залишаються обмеженими; частину потреби закриває міжнародна гуманітарна допомога. Тому економії коштів тут очікувати не варто.

Програма виконує функцію регулярного забезпечення системи охорони здоров'я критично необхідними медичними товарами. У 2026 році на неї планується спрямувати 15,2 млрд грн, що становить близько 6% видатків сектору ОЗ.

Реальні видатки на закупівлю ліків зросли під час повномасштабного вторгнення. На програму виділили 15,2 млрд грн у поточних цінах, що на 19% реально більше, ніж у 2021 році. Це також номінально більше, ніж витратили у 2025 році, проте, враховуючи зростання цін за рік, реальні ресурси на закупівлю можуть скоротитися — з 8,8 млрд грн у 2025 році до 8,5 млрд грн у плані 2026 року.

Рисунок 4. Видатки державного бюджету на реалізацію програми медичних заходів за загальним фондом, млрд грн

З 2021 року реальні видатки на закупівлю ліків зросли



Джерела: Міністерство фінансів України (Open Budget), бюджетний запит до МОЗ, розрахунки ЦЕС, ДССУ, НБУ.

Ціни на фармацевтику зростали повільніше за загальну інфляцію, тож зростання обсягів видатків спричинене не зростанням цін, а збільшеним обсягом закупівель. У порівнянні з 2021 роком реальні видатки на ліки (скориговані на зміну цін на фармацевтичну продукцію, медичні товари та обладнання) зросли з 7,2 млрд грн до 9,3 млрд грн у 2025 році, тобто на 29%. Позитивна динаміка може зберегтися і зараз: станом на червень 2026 року план передбачає +8%

¹⁸ Програма забезпечує централізовані закупівлі лікарських засобів, вакцин, медичних виробів та інших критично необхідних товарів для лікування соціально значущих і рідкісних захворювань.

реального зростання порівняно із 2025 роком. На відміну від більшості інших невоєнних бюджетних програм, закупівлі медикаментів не лише захистили від знецінення, а й суттєво наростили¹⁹.

У 2025 році фінансування програми зросло завдяки дофінансуванню протягом року. У серпні 2025 року збільшилися закупівлі ліків на 3,2 млрд грн для пацієнтів з онкологічними та рідкісними захворюваннями, вірусними гепатитами, ВІЛ-інфекцією, туберкульозом та іншими критичними станами.²⁰

Міжнародна допомога покрила частину потреби у ліках. У 2022 році очікувалося, що бюджетні видатки на цю програму зростуть завдяки виділенню додаткових 2,2 млрд грн на закупівлю медичного обладнання. Водночас частина основної категорії видатків – закупівля ліків – фінансувалася за рахунок коштів донорів. Це зменшило потребу у фінансуванні з державного бюджету, внаслідок чого вдалося зекономити видатки за цією категорією на 2,6 млрд грн.

Водночас у 2026 році фінансування у реальному вимірі за планом не збільшиться, а дещо зменшиться. Зважаючи на це, а також на коливання рівнів виконання програми, наявність залишків, надходження міжнародної допомоги, оцінка реальної забезпеченості системи медичними товарами потребує подальшого аналізу.

Ефективність витрат програми медичних заходів варто оцінювати не лише за загальним обсягом фінансування, а й за якістю проведення закупівель. Організатором таких закупівель може бути як окремий медичний заклад (наприклад, міська лікарня), так і централізований оператор – державне підприємство «Медичні закупівлі України» (МЗУ), яке здійснює закупівлі в межах програми медичних заходів.

У 2025 році МЗУ здійснило закупівель на 13,2 млрд грн. У середньому на один успішний лот припало 1,48 учасника, тоді як у середньому по закупівлях в сфері охорони здоров'я – 1,67. Майже три чверті (73%) успішних лотів МЗУ мали лише одного учасника, ще 13,5% закупівель мали двох учасників. Попри те, що на ринку вища середня кількість учасників на лот, ринок медичних закупівель загалом є достатньо концентрованим (майже 80% успішних лотів мали одного учасника). Це пояснюється більшою кількістю учасників загалом на ринку – до 30 на лот. Тоді як максимальна кількість учасників на лотах, організованих МЗУ, – 12. Висока частка лотів з одним учасником може бути індикатором обмеженої конкуренції та підвищувати ризики завищення цін.

Ринок постачальників також помітно концентрований: топ-10 постачальників забезпечили 52% вартості усіх успішних закупівель проти 23% по системі загалом²¹. Це може узгоджуватися

¹⁹ Забезпеченість необхідними ліками та медичними послугами зростає. Це зростання зумовлене не кількістю пацієнтів, а зміною якості лікування та розширенням державної підтримки. Зросли видатки на дороговартісні та важкі випадки: серцево-судинні захворювання (з 842 млн грн у 2021 році до 2,67 млрд грн у 2025 році – понад утричі), онкологія (921 млн грн у 2021 році до 1,89 млрд грн у 2025 році), закупівля ендопротезів (55 млн грн у 2021 до 520,5 млн грн у 2025 році) тощо.

²⁰ [Верховна Рада збільшила фінансування закупівлі ліків на 3,2 млрд грн.](#)

²¹ Аналіз здійснено на даних з [ДержЗакупівлі.Онлайн](#).

із природою програми – закупівлею вузькоспеціалізованих та критичних медичних товарів для всієї медичної системи. Водночас така концентрація може посилювати залежність від обмеженого кола постачальників і потребує додаткового аналізу.

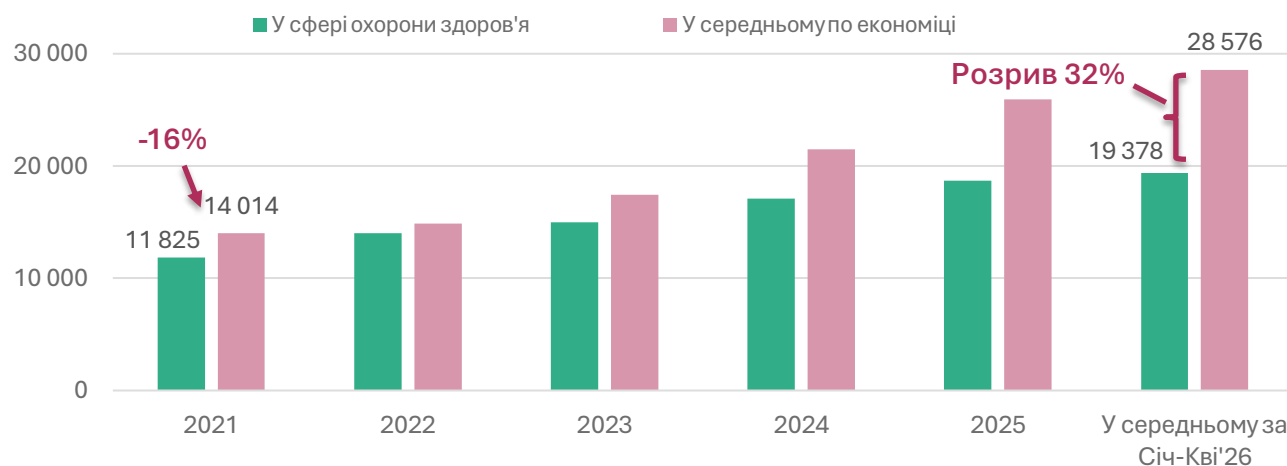
5. КАДРОВА КРИЗА

5.1. КАДРИ ТА ОПЛАТА ПРАЦІ У ЛІКАРНЯХ

Оплата праці у сфері охорони здоров'я традиційно є нижчою за середній показник в економіці, і цей розрив поступово збільшується: у 2025 році становив 28%, а в лютому 2026 року зріс до 32%, тимчасом як до початку повномасштабного вторгнення, у 2021 році, різниця становила 16%.

Рисунок 5. Середня заробітна плата в економіці та у сфері охорони здоров'я, грн

Розрив оплати праці в охороні здоров'я подвоївся з початку повномасштабного вторгнення



Примітка: середньомісячна заробітна плата штатного працівника у сфері охорони здоров'я.

Джерело: ДССУ, розрахунки ЦЕС.

У 2026 році заплановане зростання видатків на первинну та екстрену допомогу до 29,5 млрд грн (+6 млрд грн, або +25%) та 12,7 млрд грн (+2 млрд грн, або +17%) відповідно. Такий обсяг фінансування за планом має підвищити заробітну плату лікарям цих напрямів до 35 тис. грн²². Це на 75% більше за попередній урядовий орієнтир мінімальної оплати праці – у 20 тис. грн для лікарів у державних і комунальних закладах²³.

Показники початку 2026 року вже демонструють деяке зростання: у квітні 2026 року середньомісячна зарплата в медицині була на 1130 грн вищою за середній показник у 2025 році. Проте оскільки загальна статистика охоплює всіх працівників сфери охорони здоров'я, реальний приріст оплати на «первинці» та екстреній допомозі може бути вищим.

²² Охорона здоров'я у бюджеті-2026: безоплатні перевірки здоров'я, розширення програми «Доступні ліки» та підвищення зарплат лікарів до 35 тис. гривень.

²³ «Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я». Постанова Кабінету Міністрів України від 13.01.2023 № 28.

Водночас у сфері охорони здоров'я спостерігається кадрова криза. За даними опитування²⁴, лише 28% респондентів – медичних працівників вважають, що у їхньому закладі достатньо лікарів. Причому у комунальних і державних закладах ситуація гірша – там 27% вважають, що персоналу достатньо. Водночас у приватних медичних закладах так вважають більше половини респондентів (52%). Схожа ситуація і з іншим медичним персоналом – лише 27% вважають, що його достатньо (і в державних, і в комунальних закладах так вважають відносно менше респондентів, ніж у приватних).

Головною проблемою медицини в умовах воєнного часу респонденти називають відтік медичних кадрів (70% опитуваних так вважають). Наслідком цього могло стати погіршення доступності медичних послуг, про що вказали 83% медиків.

Попри позитивну динаміку в окремих напрямках медицини, загальний рівень оплати праці в сфері охорони здоров'я залишається конкурентно низьким. Враховуючи критичну важливість професії, оптимізація видатків тут є малоімовірною. Навпаки, **для утримання та розширення кадрового потенціалу ми рекомендуємо переглянути стандарти оплати праці для всіх ланок медицини.**

5.2. НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Ефективність використання коштів у Програмі медичних гарантій залежить не лише від обсягу та структури фінансування, а й від інституційної спроможності НСЗУ, яка забезпечує її реалізацію. Хронічний дефіцит кваліфікованих кадрів і неконкурентна заробітна плата послаблюють здатність НСЗУ закуповувати послуги та контролювати їх якість, що створює ризики неефективного використання коштів. Посилення кадрової спроможності НСЗУ є важливою умовою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я.

Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади у Програмі медичних гарантій. Саме через НСЗУ бюджет ПМГ перетворюється на конкретні договори з надавачами медичних закладами, умови оплати та вимоги до пакетів послуг.

Для забезпечення діяльності НСЗУ в бюджеті є окрема програма, на яку в 2025 році витратили 233 млн грн (з них 203 млн грн – із загального фонду). Більшість коштів пішла на оплату праці працівникам НСЗУ – 188 млн грн, решта – на оплату послуг із підтримки бази даних, оплату судових зборів тощо.

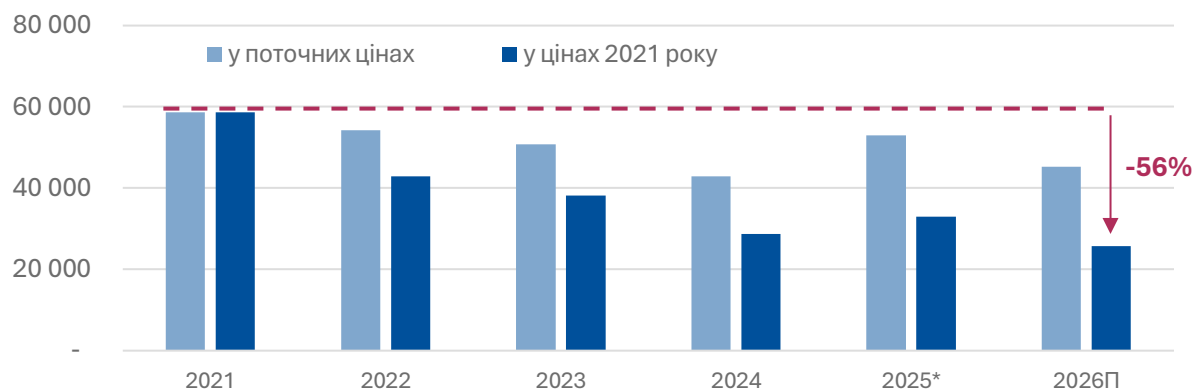
Реальний рівень оплати праці в НСЗУ скоротився вдвічі. З урахуванням зростання цін приблизна заробітна плата співробітників НСЗУ²⁵ у 2024 році була на 51% меншою, ніж у 2021 році. У 2026 році розрив збільшиться до 56%.

²⁴ [Медична система України – інтерактивний дашборд.](#)

²⁵ Розрахована як видатки на оплату праці та нарахування до неї, поділені на кількість співробітників та 12 місяців.

Рисунок 6. Розрахункова оплата праці з нарахуваннями в НСЗУ, грн

У 2026 році в НСЗУ платитимуть реально вдвічі менше, ніж в 2021



Джерела: Open Budget, МОЗ, ДССУ, розрахунки ЦЕС.

Водночас спостерігається дефіцит кадрів. До 2024 року гранична чисельність працівників НСЗУ формально становила 1060 працівників, однак фактичний штат ніколи не досягав цієї позначки (наприклад, у 2021 році було 317). У 2024 році вирішили скоротити граничний штат до 348 штатних одиниць, щоб він відповідав реальній чисельності працівників. Проте навіть у межах нового реалістичнішого штату всі вакансії заповнити не вдається через високі вимоги до кандидатів та загальні негативні тенденції на ринку праці (у 2025 році фактична кількість працівників НСЗУ становила 277 проти 348 у плані).

Проблема – як палиця з двома кінцями: вимоги високі, але зарплати низькі. НСЗУ з 2024 року звітує про неможливість набрати достатню кількість працівників через високі вимоги, але при цьому не може пропонувати більш конкурентну заробітну плату. Обмежені кадрові ресурси впливають на моніторинг надання медичних послуг та контроль за дотриманням умов договорів.

Контроль за реальними пацієнтами та наданими послугами

Обмеженням чинної Програми медичних гарантій є фіктивність пацієнтів та наданих послуг.

Кейс: фіктивні пацієнти

У червні 2026 року на Закарпатті викрили схему з понад 1200 фіктивними пацієнтами, за лікування яких лікарня отримувала кошти НСЗУ, хоча необхідного обладнання для надання таких послуг не мала. За даними слідства, збитки державі перевищили 9,5 млн грн.²⁶

Це демонструє ризики недосконалого контролю та обліку в системі фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» і водночас підкреслює фінансовий тиск на окремі лікарні та нестачу ресурсів для їхнього функціонування.

Також за схожою схемою держава заплатила понад 240 млн грн медичним закладам за ненадані послуги у 2023–2025 роки²⁷.

Інституційна спроможність НСЗУ є питанням не лише адміністрування, а й загальної ефективності використання та планування коштів у системі охорони здоров'я. Якщо служба не може достатньо якісно аналізувати дані, перевіряти підстави для оплати і відстежувати дотримання умов договорів, навіть значний бюджет ПМГ не гарантує належного результату. **Ми рекомендуємо переглянути підходи до фінансування НСЗУ, а саме: збільшити фонд оплати праці НСЗУ, активізувати набір персоналу та переглянути кваліфікаційні вимоги і розвиток компетенцій всередині інституції (зокрема через академію НСЗУ).**

6. УКРУПНЕННЯ МЕРЕЖІ

Надмірно фрагментована лікарняна мережа знижує ефективність використання коштів у системі охорони здоров'я та частково пояснює нестачу кадрів у закладах. МОЗ прямо пов'язує поточний етап медичної реформи з формуванням спроможної мережі лікарень, де заклади діляться на надкластерні, кластерні та загальні залежно від їхньої ролі в маршруті пацієнта та набору послуг²⁸.

У міжнародній практиці укрупнення лікарняної мережі використовується як інструмент концентрації кадрів, обладнання та складних послуг. Після реформи 2007 року, що передбачала централізацію лікарняної мережі та скорочення кількості лікарень, в Данії продуктивність лікарень протягом наступного десятиліття зростала на понад 2% щороку за стабільних витрат.

²⁶ [Фантомні пацієнти на Закарпатті.](#)

²⁷ [Понад 240 млн грн за програмою медичних гарантій отримано медзакладами за недостовірні дані та фіктивні послуги.](#)

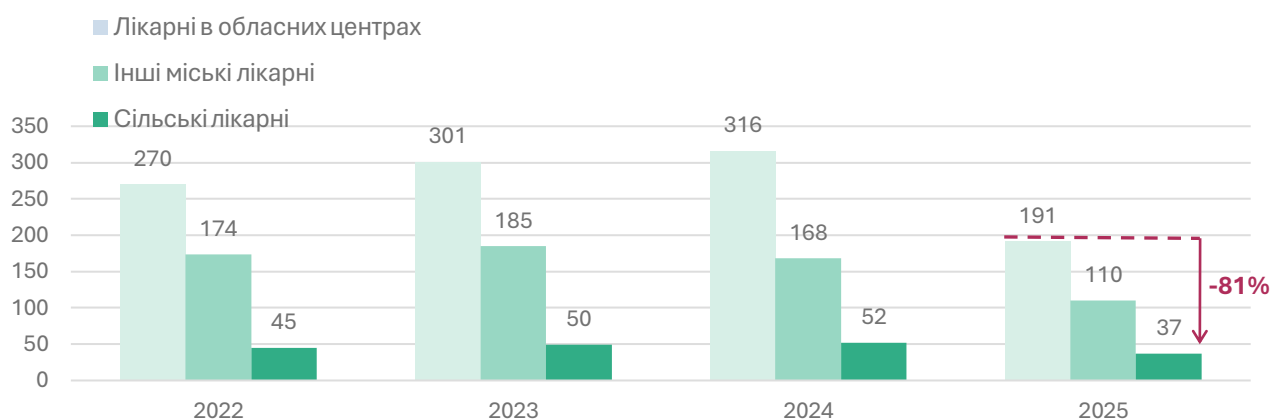
²⁸ У 2017–2020 роках було проведено реформу фінансування, яка, зокрема, передбачала створення Національної служби здоров'я України та запровадження Програми медичних гарантій. У 2022 році було запущено наступний етап медичної реформи – формування спроможної мережі лікарень. Джерело: [Спроможна мережа медзакладів](#)

Естонія також у 2024 році затвердила стратегію подальшої консолідації лікарняної мережі до 2040 року²⁹.

Пацієнти в Україні вже фактично концентруються у великих лікарнях. На прикладі лікарень Київської, Львівської та Дніпропетровської областей видно, що у 2025 році в середньому одна лікарня в обласному центрі надає 191 тис. послуг, лікарня в інших містах – 110 тис., а сільська лікарня – лише 37 тис. (рис. 17). Навантаження на міську лікарню у 2025 році в середньому перевищувало навантаження на сільську в 4 рази.

Рисунок 7. Річна кількість послуг на одну лікарню Київської, Львівської та Дніпропетровської областей, тис. послуг

Міські лікарні в середньому надають в 4 рази більше послуг на рік



Джерела: Національна служба здоров'я України, розрахунки ЦЕС

Примітка: зменшення кількості послуг в 2025 році передусім пов'язане зі зміною в підходах до їхнього обрахунку (перехід до кластерів послуг) та із запровадженням обмежень на денну кількість послуг для одного пацієнта. В розрахунки включені лише комунальні медичні заклади.

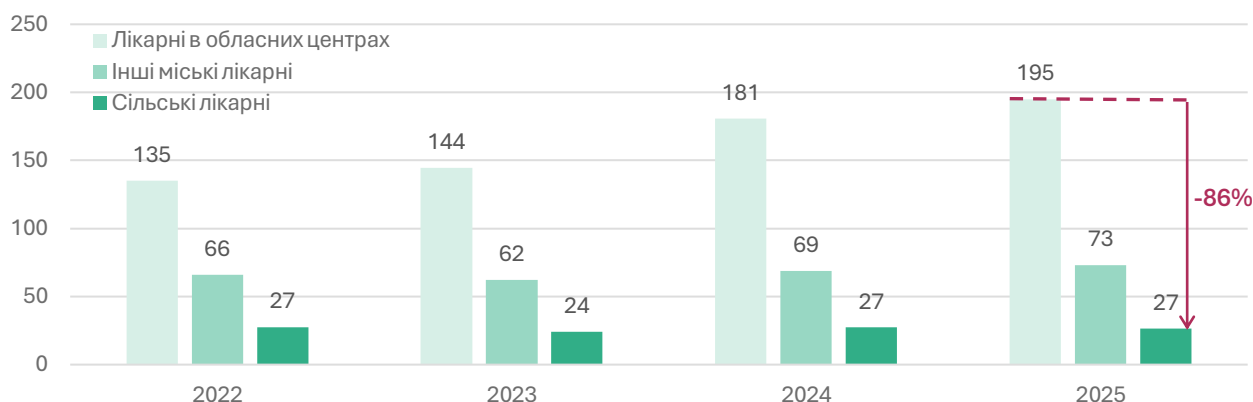
Менший потік пацієнтів означає менш інтенсивне використання обладнання, рідше виконання складних втручань і нижчі можливості для підтримання практичних навичок медичного персоналу. Це свідчить про наявність резервів для подальшої оптимізації лікарняної мережі та концентрації окремих видів допомоги у більш завантажених закладах.

Концентрація пацієнтів супроводжується концентрацією фінансування. У 2025 році середньорічна оплата на одну лікарню в обласних центрах становила 195 млн грн, в інших містах області – 73 млн грн, у сільській місцевості – 27 млн грн (див. рисунок 18).

²⁹ [Health Systems in Transition](#).

Рисунок 8. Річна оплата на лікарню Київської, Львівської та Дніпропетровської областей, млн грн

Міські лікарні отримують за договорами із НСЗУ майже в 5 разів вищу оплату на рік, ніж сільські



Джерела: Національна служба здоров'я України, розрахунки ЦЕС.

Примітка: в розрахунки включені лише комунальні медичні заклади.

Більші бюджети створюють більше можливостей для оновлення обладнання, розвитку нових напрямів лікування та залучення персоналу. Натомість у невеликих закладах значна частина ресурсів витрачається на підтримання поточної діяльності. Відповідно, укрупнення мережі може підвищити ефективність витрат через формування фінансово спроможніших установ, здатних здійснювати капітальні інвестиції.

Вище фінансування пояснюється також складністю послуг. Попри припущення, що через менше навантаження та віддаленість вартість послуг у сільській місцевості має бути найвищою, дані свідчать про інше. У 2025 році середня оплата однієї послуги в лікарнях обласних центрів становила 1019 грн, у сільських лікарнях – 722 грн, а в інших містах області – 661 грн.

Це відповідає логіці Програми медичних гарантій, де фінансування залежить не лише від кількості, а й від складності послуг. Саме в обласних центрах концентруються високоспеціалізовані та найдорожчі види медичної допомоги. Водночас дещо вища вартість послуг у сільських лікарнях порівняно з іншими міськими закладами може свідчити про те, що мешканці невеликих міст частіше звертаються до обласних центрів за складною допомогою, тоді як частина пацієнтів із сільської місцевості продовжує отримувати ширший спектр послуг на місці.

Укрупнення може сприяти й залученню додаткових джерел фінансування. Прикладом є Перше медичне об'єднання Львова, створене шляхом об'єднання міських лікарень та поліклінік, до складу якого згодом увійшов реабілітаційний центр UNBROKEN.

У червні 2026 року було оголошено про реалізацію проєкту нового хірургічного корпусу UNBROKEN вартістю понад 115 млн євро. Будівництво відбуватиметься із залученням приватного інвестора в межах державно-приватного партнерства³⁰. Це демонструє, що великі медичні об'єднання можуть бути більш привабливими та надійними партнерами для приватного

³⁰ [Львів розпочинає реалізацію нового хірургічного корпусу UNBROKEN: проєкт вартістю понад 115 млн євро.](#)

капіталу та донорів. В умовах воєнного бюджету це створює додаткові можливості для модернізації медичної інфраструктури без збільшення навантаження на державні фінанси. **Ми рекомендуємо продовжувати укрупнення лікарняної мережі та концентрацію спеціалізованої допомоги у спроможних закладах. Водночас необхідно забезпечити доступність базових медичних послуг для мешканців віддалених територій через розвиток первинної ланки, екстреної допомоги та транспортної доступності.**

7. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Головним висновком дослідження є те, що система охорони здоров'я є недофінансованою. Номінальні видатки щороку зростають, проте зростання цін «з'їдає» це розширення фінансування. Тому економії коштів тут очікувати не варто.

Відтак ключовим фокусом державної політики у сфері охорони здоров'я має стати підсилення ефективності використання наявних коштів всередині системи та сприяння залученню нового фінансування.

Ми рекомендуємо такі кроки для підвищення стійкості галузі:

- **Підсилювати первинку та переглянути підходи до фінансування профілактики захворювань.** Спроможна та ефективна первинна ланка медичного обслуговування та якісна профілактика сприяють збереженню людського капіталу та остерігають від надмірних видатків. Доцільним є спрямування коштів замість окремих програм на кшталт Чекап 40+ на системне зміцнення первинної ланки – з чітким мандатом на профілактику та механізмами оплати за результат.
- **Переглянути стандарти оплати праці для всіх ланок медицини.** Зарплати медиків залишаються нижчими, ніж в середньому в економіці, водночас спостерігається дефіцит кадрів. Для збільшення доступності та підвищення якості послуг варто інвестувати у розвиток кадрового потенціалу.
- **Підсилювати інституційну спроможність НСЗУ.** Падіння реальних зарплат та дефіцит кваліфікованих кадрів у НСЗУ не сприяють якіснішому виконанню її функцій з укладання договорів, оплати медичних послуг та контролю за їх виконанням. Тому варто розширити фонд оплати праці НСЗУ, залучати новий персонал та розвивати компетенції всередині інституції.
- **Продовжувати укрупнення мережі закладів.** Процес укрупнення вже триває і сприяє підвищенню якості надання послуг, збільшенню фінансування закладів із розширенням їх можливостей та послуг. Укрупнення варто продовжувати, концентруючи складні послуги у більш спроможних лікарнях. Водночас слід гарантувати доступ до базової допомоги через розвиток первинної та екстреної ланки, разом із покращенням транспортного сполучення.
- **Запровадити механізм актуалізації даних про пацієнтів та систему їх верифікації.** Актуалізацію можна проводити на основі фактичних звернень по медичну допомогу за останні 2 роки. Крім того, необхідно запровадити систему сповіщень про обов'язкове переукладання декларацій (із можливістю сповіщень онлайн) і вже на основі оновлених декларацій здійснювати подальше планування кількості пацієнтів та візитів.

Реформа медичних гарантій

У 2017 році відбулась реформа надання медичних послуг, яка запровадила підхід «гроші йдуть за пацієнтом», за яким пацієнти отримали право вибирати сімейного лікаря самостійно та укладати з ним договір про надання послуг.

Також разом із цією реформою змінився підхід до фінансування Програми медичних гарантій. Раніше кошти розподілялися здебільшого за кошторисною моделлю «утримання мережі»: ліжка/штат/інфраструктурні нормативи (система Семашка)³¹.

Реформа замінила кошторисне фінансування закладів охорони здоров'я на оплату за реально надані послуги. Ключовим механізмом стало запровадження декларацій: пацієнт обирає конкретного лікаря первинної ланки, а фінансування надходить через НСЗУ відповідно до кількості задекларованих осіб.

У результаті вже у 2018 році в закладах-партнерах НСЗУ понад 14 млн людей обрали свого сімейного лікаря, а за новими правилами на первинку було спрямовано 3,5 млрд грн; на початок 2019 року кількість підписаних декларацій сягнула 23 млн.

Нова система дала поштовх розвитку галузі насамперед тим, що перевела фінансування від «утримання мережі» до оплати за пацієнта/послугу через стратегічну закупівлю НСЗУ, що створює стимули для закладів конкурувати за пацієнта, покращувати сервіс і організацію допомоги.

Також реформування системи медичних гарантій призвело до підвищення оплати праці в галузі. Зокрема, на первинці доходи закладу/лікаря стали залежати від кількості задекларованих пацієнтів, що дало можливість підвищувати оплату праці за рахунок залучення пацієнтів і кращої роботи з ними. До реформи оплата праці медиків у бюджетних закладах визначалася переважно посадовим окладом за тарифною сіткою та надбавками, зокрема за вислугу років (10%/20%/30% залежно від стажу³²), тобто була слабко пов'язана з попитом пацієнтів.

³¹ [Tracking the health resources in Ukraine.](#)

³² [«Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним, фармацевтичним працівникам і фахівцям з реабілітації державних та комунальних закладів охорони здоров'я» Постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 №1418.](#)

Нове у Програмі медичних гарантій

У Програмі медичних гарантій в 2026 році більшу увагу приділено лікуванню важких поранень, травм війни та реабілітації.

Окремо в ПМГ на 2026 рік передбачається новий пакет для дітей до 4 років у найуразливіших життєвих обставинах із цілодобовою медичною допомогою та професійним доглядом.³³

Паралельно з цим ПМГ-2026 не лише додає нові пакети, а й закріплює фінансування напрямів, запущених у попередні роки, зокрема безоплатних послуг із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), які були введені у 2024 році. У 2024 році держава оплачувала цей пакет за ставкою 60 324 грн за послугу, а у ПМГ-2026 тариф за повний цикл ДРТ визначено на рівні 84 826,1 грн³⁴. Від початку 2025 року послугу лікування безпліддя за допомогою ДРТ у межах ПМГ отримали 6 924 українки³⁵. У плані на цей рік заклали збільшення фінансування лікування безпліддя з 382 млн грн у 2025 році до 736 млн грн у 2026 році.

³³ [Уряд затвердив порядок реалізації Програми медичних гарантій на 2026 рік.](#)

³⁴ [«Деякі питання реалізації програми медичних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році» Постанова Кабінету Міністрів України від 31.09.2025 №1808.](#)

³⁵ [Майже 7 тисяч українок цьогоріч скористалися послугами ДРТ в межах Програми медичних гарантій – підсумки 2025 року.](#)