УДК 351:614.2:334.72
DOI https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2026.3/19

Серьогіна Н. О.
https://orcid.org/0000-0002-4491-4723
Державне некомерційне підприємство «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»

Кошмал С. С.
https://orcid.org/0009-0006-6148-9833
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

АРХІТЕКТУРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНИМ ПАРТНЕРСТВОМ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ В УМОВАХ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ

У статті запропоновано та обґрунтовано транзиторно-резильєнтну модель архітектури публічного управління державно-приватним партнерством (далі – ДПП) у медичній галузі України в умовах повоєнного відновлення. Принциповою інноваційною характеристикою моделі є її здатність одночасно забезпечувати дві фундаментально різні функції: трансформаційний перехід регуляторної системи з поточного фрагментарного стану до цільового зрілого стану (транзиторна функція) та збереження функціональної стійкості регуляторної системи до криз і шоків впродовж самого процесу переходу (резильєнтна функція). Актуальність дослідження зумовлена унікальним для української СОЗ контекстуальним поєднанням п'яти трансформаційних викликів: повномасштабної збройної агресії проти України, потреб повоєнного відновлення (за оцінкою Світового банку RDNA4 – 524 мільярди доларів США), завершальної стадії медичної реформи з функціонуванням Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ) та запровадженням спроможної мережі закладів охорони здоров'я, набрання чинності 31 жовтня 2025 року Закону України «Про публічно-приватне партнерство» від 19 червня 2025 року № 4510-IX, прискореної євроінтеграції з потребою гармонізації національної регуляторної політики з директивами Європейського Союзу. Метою статті є концептуалізація транзиторно-резильєнтної архітектури як інтегративної моделі імплементації публічного управління ДПП у медичній галузі та її верифікація на українському кейсі 2026–2030 років. У межах якісно-конструктивного дослідження застосовано системно-структурний аналіз, метод архітектурного моделювання, метод сценарного прогнозування, контент-аналіз нормативно-правових актів, порівняльно-інституційний аналіз. Основні результати: 1) сформульовано концепт транзиторної резильєнтності як аналітичну рамку публічно-управлінського проєктування; 2) розроблено архітектуру з п'ятьма інтеграційними осями (міжрівневою, міжмеханізменою, темпоральною, мультистейкхолдерною, парадигмально-інтегративною); 3) обґрунтовано систему транзиторних протоколів та резильєнтних модулів; 4) здійснено верифікацію моделі на матеріалах українського повоєнного відновлення з оцінкою очікуваних результатів за трьома сценаріями. Наукова новизна полягає у формуванні цілісної архітектурної рамки публічного управління ДПП у медичній галузі, що поєднує трансформаційну та резильєнтну функції в єдиній інтегративній моделі.

Ключові слова: *публічне управління, державно-приватне партнерство, охорона здоров'я, транзиторно-резильєнтна архітектура, повоєнне відновлення, інтеграційні осі, імплементація, євроінтеграція.*

Постановка проблеми. У сучасній публічно-управлінській науці накопичено значний масив досліджень щодо державно-приватного партнерства (ДПП) як інструменту розвитку системи охорони здоров'я. Водночас більшість підходів виходить із припущення про відносно стабільне інституційне середовище, тоді як українська СОЗ функціонує в умовах одночасної дії воєнних, інфраструктурних, фінансових, демографічних і регуляторних шоків. Повоєнне відновлення, оцінене

© Серьогіна Н. О., Кошмал С. С., 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Світовим банком у межах RDNA4 у 524 млрд дол. США, збігається із завершальними етапами медичної реформи, функціонуванням НСЗУ, формуванням спроможної мережі ЗОЗ, оновленням законодавства про публічно-приватне партнерство та євроінтеграційною гармонізацією закупівельних і концесійних правил [1–5].

За таких умов стаціонарні моделі регуляторного проєктування є недостатніми: вони або описують бажаний цільовий стан, але слабко пояснюють перехід до нього під час війни, або концентруються на антикризовій адаптації без довгострокової трансформаційної траєкторії. Тому постає наукове й практичне завдання побудови архітектури публічного управління ДПП, яка одночасно забезпечує планований перехід від фрагментарної до зрілої регуляторної системи та підтримує її функціональну стійкість до непередбачуваних криз і шоків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Перша група джерел стосується ефективності ДПП у медичній галузі та ролі управління ризиками. Зокрема, R. Moro-Visconti на матеріалі 148 проєктів у 22 країнах показує, що переваги партнерських моделей залежать від якості управління, макроекономічної стабільності та спроможності сторін розподіляти ризики [6]. Дослідження ДПП у медичних інноваціях доповнює цю позицію акцентом на диверсифікації фінансування, прозорості контрактів та управлінні технологічними ризиками [7].

Другу групу становлять нормативно-методичні рамки Світового банку, ЄЕК ООН, ЕРЕС та ВООЗ. Вони задають базові принципи інституційного дизайну, підготовки, оцінювання та реалізації ДПП-проєктів, у тому числі у медичній інфраструктурі України [8–11]. Особливо важливими є вимоги people-first PPPs, оскільки для медичної галузі економічна доцільність має поєднуватися з доступністю, якістю та суспільною прийнятністю послуг.

Третій блок охоплює дослідження резильєнтності систем охорони здоров'я та українського фінансування медицини в умовах війни. Матеріали PHSSR і спільний огляд ВООЗ, МОЗ України та НСЗУ демонструють, що стійкість не зводиться до збереження наявної моделі, а потребує здатності фінансової, кадрової та інформаційної підсистем швидко перебудовуватися без втрати базових функцій [12; 13]. Масштаб інфраструктурних втрат додатково підтверджують аналітичні матеріали Київської школи економіки [14].

Окремий масив становлять українські праці про ДПП у повоєнному відновленні, розвиток медичної інфраструктури, госпітальні округи, критичну інфраструктуру, євроінтеграційні аспекти публічного управління СОЗ та приватне надання медичних послуг [15–21]. Суміжні дослідження архітектурного регулювання інших секторів, зокрема житлово-комунального господарства, є методологічно корисними для перенесення модульних і цифрових рішень [22]. Разом із тим у наявній літературі бракує цілісної рамки, що інтегрує трансформаційний перехід і резильєнтну стійкість саме для медичних ДПП у повоєнній Україні.

Постановка завдання. Метою статті є концептуалізація транзиторно-резильєнтної архітектури як інтегративної моделі імплементації публічного управління ДПП у медичній галузі України в умовах повоєнного відновлення та її верифікація на матеріалах національного кейсу 2026–2030 років. Для досягнення мети передбачено: обґрунтувати поняття транзиторної резильєнтності; розробити п'ятиосьову архітектурну рамку; визначити систему транзиторних протоколів і резильєнтних модулів; здійснити сценарну перевірку очікуваних результатів; сформулювати теоретичні й прикладні висновки.

Виклад основного матеріалу. Дослідження виконано у межах якісно-конструктивної методології публічного управління. Системно-структурний аналіз застосовано для виокремлення елементів архітектури та їхніх зв'язків; архітектурне моделювання – для побудови п'яти інтеграційних осей; сценарне прогнозування – для оцінювання працездатності моделі на горизонті 2026–2030 років; контент-аналіз нормативних актів і аналітичних звітів – для емпіричної прив'язки; порівняльно-інституційний аналіз – для зіставлення українського кейсу з міжнародними практиками.

Емпірична база охоплює нормативно-правові акти України у сфері ДПП та СОЗ, директиви ЄС 2014/24/EU і 2014/23/EU, документи Світового банку, ЄЕК ООН, ВООЗ, ЕРЕС, матеріали RDNA4, PHSSR, Київської школи економіки, а також наукові публікації 2020–2025 років. Обмеженнями дослідження є якісний характер аналізу, висока невизначеність воєнно-політичного контексту та національний фокус верифікації.

Транзиторна резильєнтність трактується як здатність публічно-управлінської системи здійснювати плановані трансформаційні переходи із збереженням адаптивності під час непланованих криз і шоків. На відміну від класичної рези-

льєнтності, зорієнтованої переважно на стійкість, і трансформаційного управління, зорієнтованого на зміну, запропонований концепт поєднує обидві логіки в одному проєктувальному принципі. Регуляторна система має не лише реагувати на загрози, а й продовжувати рух до цільового інституційного стану.

Операційно транзиторна резильєнтність передбачає п'ять характеристик: модульність, рівневий розподіл функцій, двозалежну функціональність компонентів, превентивне резервування критичних процесів і рефлексивність. У сфері медичних ДПП ці характеристики дають змогу поєднати новий законодавчий режим, стратегію розвитку СОЗ до 2030 року, інструменти міжнародної підтримки, потреби громад і вимоги європейського правового простору [2–5; 8–11].

На цій основі запропоновано п'ять інтеграційних осей архітектури. Міжрівнева вісь координує національний, регіональний і місцевий рівні; міжмеханізмена синхронізує правовий, організаційний, фінансово-економічний та інформаційно-аналітичний механізми; темпоральна поєднує коротко-, середньо- й довгострокові горизонти; мультистейкхолдерна інтегрує публічний, приватний, академічний, громадський і міжнародний сектори; парадигмально-інтегративна дозволяє використовувати інструменти різних управлінських парадигм залежно від контексту.

П'ятиосьова рамка потребує операційного інструментарію. Транзиторні протоколи визначають послідовність переходів системи: у 2026–2027 роках – створення галузевого підрозділу з ДПП у МОЗ України, міжвідомчої координаційної ради при КМУ та запуск перших пілотів; у 2028–2030 роках – масштабування регіональної інфраструктури, підготовка фахівців, розширення державної підтримки та інтеграція з МФІ; після 2031 року – повніше входження до європейського простору ППП і розвиток транскордонних медичних партнерств. Перехід між етапами має здійснюватися за критеріями готовності, а не лише за календарним принципом.

Фінансово-економічний протокол передбачає адаптацію методології Value for Money до медичної специфіки, реєстр контингентних зобов'язань при Мінфіні, запуск державної підтримки пілотних проєктів, подальшу інтеграцію з міжнародними фінансовими інституціями, розвиток blended finance та можливість розширеного контракту ДПП-постачальника з НСЗУ. Таке поєднання інструментів має зменшити регуляторну невизначеність для приватних інвесторів і водночас захистити публічні інтереси [8; 10; 13].

Резильєнтні модулі є автономними блоками реагування на типові кризи. Модуль воєнних ризиків спирається на гарантії MIGA, ЄБРР та експортно-кредитних агентств; модуль фіскальної прозорості – на реєстр контингентних зобов'язань, аудит і граничні ліміти; модуль кадрової стабілізації – на магістерські програми та сертифікацію; модуль цифрового резервування – на резервні центри обробки даних, ізоляційні протоколи й офлайн-процедури; модуль легітимаційного забезпечення – на консультації, прозорі комунікації та участь громад.

Верифікацію моделі здійснено через три сценарії розгортання медичних ДПП на горизонті 2026–2030 років. Базовий сценарій передбачає поступову воєнно-політичну стабілізацію, послідовне впровадження інституційних змін і під-

Таблиця 1

П'ять інтеграційних осей транзиторно-резильєнтної архітектури публічного управління ДПП у медичній галузі

Вісь	Трансформаційна функція	Резильєнтна функція
Міжрівнева	Каскадне розгортання нової регуляторної політики від центру до територіальних громад	Взаємна компенсація функціональних збоїв на різних рівнях управління
Міжмеханізмена	Синхронна еволюція правового, організаційного, фінансово-економічного, інформаційно-аналітичного механізмів	Компенсаторне посилення одних механізмів при тимчасовому послабленні інших
Темпоральна	Сумісність поточних регуляторних рішень зі стратегічними цілями розвитку галузі	Адекватна реакція на короткострокові кризи без зриву довгострокової траєкторії
Мультистейкхолдерна	Мобілізація ресурсів публічних, приватних, академічних, громадських, міжнародних суб'єктів	Оперативний перерозподіл ролей між стейкхолдерами при настанні криз
Парадигмально-інтегративна	Продуктивне використання сильних сторін різних парадигм для різних компонентів	Перемикання між парадигмальними режимами залежно від характеру контексту

тримку міжнародних партнерів. У цьому разі очікується 50–70 нових проєктів, 1,5–2,0 млрд євро приватних інвестицій, модернізація 50–80 ЗОЗ і підготовка 2 000–2 500 фахівців.

Оптимістичний сценарій ґрунтується на швидшій стабілізації, інтенсивнішій інтеграції з європейським простором ППП та ширшій донорській підтримці. Він дає змогу очікувати 80–120 проєктів, 2,5–4,0 млрд євро інвестицій, модернізацію понад 100 ЗОЗ і підготовку понад 3 000 фахівців. Песимістичний сценарій передбачає продовження безпекової нестабільності, фіскальні обмеження та повільніше залучення приватного капіталу; тоді пріоритетом стає збереження критичних функцій, а не швидке масштабування.

Сценарна перевірка демонструє, що архітектура зберігає працездатність за всіх варіантів, змінюючи баланс режимів: у песимістичному сценарії активуються всі резильєнтні модулі, у базовому режим є збалансованим, а в оптимістичному переважає трансформаційна функція. Це підтверджує доцільність інтеграції протоколів переходу й модулів стійкості в єдину модель.

Запропонована архітектура розвиває підхід resilience-by-design, але не обмежується антикризовою логікою. Її відмінність полягає в тому, що резильєнтність не протиставляється трансформації, а стає умовою керованого переходу. Це особливо важливо для України, де медичні ДПП мають розгортатися не після завершення всіх криз, а в процесі відновлення та інституційного оновлення.

У контексті висновків R. Moro-Visconti така архітектура може розглядатися як спосіб зменшення регуляторної та макроекономічної невизначеності до рівня, прийнятного для приватного капіталу [6]. Вона також узгоджується з people-first PPPs ЄЕК ООН, оскільки передбачає участь стейкхолдерів, прозорість, доступність послуг і оцінювання публічної цінності, а не лише фінансову ефективність [9].

Потенціал масштабування моделі виходить за межі українського кейсу. П'ятиосьова інтегра-

Таблиця 2

Резильєнтні модулі транзиторно-резильєнтної архітектури публічного управління ДПП у медичній галузі

Резильєнтний модуль	Тип кризи / шоку	Ключові інструменти	Інституційний носій
Воєнних ризиків	Збройна агресія, нестабільність на деокупованих територіях	War-zone PPP guarantees, MIGA, ЄБРР, ЕКА держав-партнерів	Мінекономіки, Мінфін, ЕКА України
Фіскальної прозорості	Фіскальні шоки, бюджетна нестабільність	Реєстр контингентних зобов'язань, ліміт 0,5% ВВП, аудит	Мінфін
Кадрової стабілізації	Кадрова міграція, втрата компетенцій	Магістерські програми, APMG-сертифікація, безперервне підвищення кваліфікації	МОЗ, Мінекономіки, ЗВО
Цифрового резервування	Кібершокові події, відмови інформаційних систем	Резервні центри обробки даних, ізоляційні протоколи, оффлайнові процедури	Мінцифри, Мінекономіки, МОЗ
Легітимаційного забезпечення	Соціальна делегітимізація, медійна криза	Системні комунікації, громадські консультації, прозорість процесів	Мінекономіки, МОЗ, ОМС, медіа-партнери

Таблиця 3

Сценарна верифікація транзиторно-резильєнтної архітектури на матеріалах українського кейсу 2026–2030 рр.

Показник на 2030 р.	Песимістичний	Базовий	Оптимістичний
Кількість нових медичних ДПП-проєктів	20–30	50–70	80–120
Обсяг приватних інвестицій, млрд €	0,5–1,0	1,5–2,0	2,5–4,0
Кількість модернізованих ЗОЗ	20–30	50–80	100+
Підготовлених фахівців, осіб	1 000–1 500	2 000–2 500	3 000+
Домінантний режим архітектури	Резильєнтний	Збалансований	Трансформаційний
Активність резильєнтних модулів	Висока (всі модулі)	Середня (вибіркова)	Низька (фоновий режим)

ція, транзиторні протоколи та резильєнтні модулі можуть бути корисними для держав з перехідною економікою, які одночасно проходять інституційні реформи й реагують на безпекові або інфраструктурні шоки. Водночас модель потребує подальшої кількісної перевірки, зокрема через агентно-орієнтоване моделювання та кейс-дослідження окремих ДПП-проєктів.

Висновки. У статті обґрунтовано концепт транзиторної резильєнтності як аналітичну рамку публічно-управлінського проєктування у нестаціонарних контекстах. Концепт визначено як здатність системи здійснювати плановані трансформаційні переходи, не втрачаючи адаптивності до непланованих криз.

Розроблено архітектурну рамку публічного управління ДПП у медичній галузі України з п'ятьма інтеграційними осями: міжрівневою, міжмеханізменою, темпоральною, мультистейкхолдерною та парадигмально-інтегративною. Кожна вісь має подвійну функцію – трансформаційну та резильєнтну.

Операційний інструментарій моделі сформовано через систему транзиторних протоколів і резильєнтних модулів. Протоколи забезпечують послідовність переходів, а модулі дозволяють автономно реагувати на воєнні, фіскальні, кадрові, цифрові та легітимаційні кризи.

Сценарна верифікація на горизонті 2026–2030 років засвідчила працездатність архітектури у песимістичному, базовому та оптимістичному сценаріях. Очікуваний діапазон результатів становить від 20–30 до 80–120 нових медичних ДПП-проєктів залежно від зовнішніх умов та якості інституційної імплементації.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання моделі під час підготовки регуляторних рішень, стратегічних документів повоєнного відновлення СОЗ і навчальних програм з ДПП. Подальші дослідження доцільно спрямувати на кількісну симуляцію сценаріїв, емпіричну перевірку резильєнтних модулів та компаративний аналіз аналогічних архітектур у різних країнах.

Список літератруи:

1. 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

2. 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

3. Directive 2014/24/EU of the European Parliament and of the Council of 26 February 2014 on public procurement and repealing Directive 2004/18/EC. *Official Journal of the European Union*. L 94, 28.3.2014. P. 65–242. URL: https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2014/24/oj/eng

4. Directive 2014/23/EU of the European Parliament and of the Council of 26 February 2014 on the award of concession contracts. *Official Journal of the European Union*. L 94, 28.3.2014. P. 1–64. URL: https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2014/23/oj/eng

5. 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

6. 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.

7. 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

8. Public-Private Partnerships Reference Guide. Version 3. Washington : World Bank Group, 2017. 250 p. URL: https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/ppp-reference-guide-3-0

9. Guidelines on Public-Private Partnerships in digitalinfrastructure: Diagnostics in healthcare (telemedicine) andother digital public services .Committee on Innovation, Competitiveness and Public-Private Partnerships. 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

10. 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

11. Public-Private Partnerships for Health Care Infrastructure and Services: Considerations for Policy Makers in Ukraine : Report. Geneva : World Health Organization, 2022. URL: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5713-45478-65097

12. Strengthening health systems through the Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR). AstraZeneca. 2024. URL: https://www.astrazeneca.com/media-centre/articles/2024/strengthening-health-systems-through-the-partnership-for-health-system-sustainability-and-resilience.html

13. 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. WHO Regional Office for Europe, 2024. 86 p. URL: https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964

14. 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

15. 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.

16. 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

17. 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

18. 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), 52–62. https://doi.org/10.26642/ppa-2024-1(9)-52-62

19. 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

20. Затонацький Д., Лєонов С. Прогресивні практики реалізації проєктів державно-приватного партнерства в царині критичної інфраструктури. *Socio-Economic Relations in the Digital Society*, 2024. 1(51), 59–72. https://doi.org/10.55643/ser.1.51.2024.554

21. 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

22. Концептуальна модель державного регулювання розвитку житлово-комунального господарства на основі цифрових технологій. *Економіка та суспільство.* 2026. № 60. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/7378

Serohina N. O., Koshmal S. S. ARCHITECTURE OF PUBLIC MANAGEMENT OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTHCARE SECTOR OF UKRAINE UNDER POST-WAR RECOVERY CONDITIONS

The article proposes and substantiates a transitional-resilient model of the architecture of public management of public-private partnership (hereinafter – PPP) in the healthcare sector of Ukraine in the conditions of post-war reconstruction. The fundamental innovative characteristic of the model is its ability to simultaneously provide two fundamentally different functions: the transformational transition of the regulatory system from the current fragmentary state to the target mature state (transitional function) and the preservation of the functional stability of the regulatory system to crises and shocks throughout the transition process itself (resilience function). The relevance of the study is conditioned by a unique contextual combination of five transformational challenges for the Ukrainian healthcare system: the full-scale armed aggression of the Russian Federation against Ukraine, the needs of post-war reconstruction (estimated by the World Bank's RDNA4 at 524 billion U.S. dollars), the final stage of the healthcare reform with the functioning of the National Health Service of Ukraine (NHSU) and the introduction of a capable network of healthcare facilities, the entry into force on October 31, 2025 of the Law of Ukraine "On Public-Private Partnership" dated June 19, 2025, No. 4510-IX, and accelerated European integration with the need to harmonise national regulatory policy with European Union directives. The aim of the article is to conceptualise the transitional-resilient architecture as an integrative model of the implementation of public management of PPP in the healthcare sector and to verify it on the Ukrainian case of 2026-2030. The qualitative-constructive study applies systemic-structural analysis, the method of architectural modelling, the method of scenario forecasting, content analysis of normative legal acts, and comparative-institutional analysis. The main results are: (1) the concept of transitional resilience is formulated as an analytical framework for public-administrative design; (2) an architecture with five integration

axes (interlevel, intermechanism, temporal, multi-stakeholder, and paradigmatic-integrative) is developed; (3) a system of transitional protocols and resilience modules is substantiated; (4) verification of the model is carried out on the materials of Ukrainian post-war reconstruction with an assessment of expected results according to three scenarios. The scientific novelty consists in the formation of a holistic architectural framework for the public management of PPP in the healthcare sector that combines transformational and resilience functions in a single integrative model.

Keywords: *public management, public-private partnership, healthcare, transitional-resilient architecture, post-war reconstruction, integration axes, implementation, European integration.*

Дата першого надходження статті до видання: 27.06.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 15.07.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 12.08.2026