

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
МІНІСТЕРСТВА ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ГУСЬКОВ Богдан Валерійович

УДК 351.773(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

28 Публічне управління та адміністрування
281 Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ **Б. В. ГУСЬКОВ**

Науковий керівник – КНЯЗЄВА Олена Володимирівна,
кандидат соціологічних наук, доцент

ОДЕСА - 2026

АНОТАЦІЯ

Гуськов Б.В. Публічне управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 - Публічне управління та адміністрування. - Національний університет «Одеська політехніка», МОН України, Одеса, 2026.

Дисертаційне дослідження присвячено комплексному аналізу публічно-управлінських механізмів забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України в умовах надзвичайних ситуацій (НС), воєнного стану та післявоєнного відновлення. У роботі сформульовано теоретико-методологічні засади публічного управління системою охорони здоров'я, визначено ключові тенденції її розвитку, систематизовано правові основи управління у цій сфері, а також запропоновано авторську модель підвищення стійкості національної системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій і методику створення системи показників оцінки стійкості медичних закладів до надзвичайних ситуацій.

У вступі до дисертації обґрунтовано актуальність дослідження, сформульовано мету та завдання, визначено об'єкт, предмет роботи. Розкрито наукове та практичне значення одержаних результатів.

У *першому розділі* розкрито зміст та генезис поняття «*громадське здоров'я*» у контексті розвитку публічного управління. На основі порівняльного аналізу визначено основні парадигми формування систем охорони здоров'я: бюджетно-державну, страхову та змішану. Висвітлено їхні інституційні, фінансові та управлінські характеристики, розкрито роль держави як координатора, гаранта та регулятора у сфері медичних послуг. Здійснено критичний аналіз ключових теоретичних підходів до управління охороною здоров'я, зокрема системного, функціонального, інституційного. Окреслено понятійно-категоріальний апарат, включно з дефініціями «*стійкість системи охорони здоров'я*», «*готовність системи до надзвичайних ситуацій*». Проведено огляд основних викликів публічної політики у сфері охорони здоров'я, серед яких фрагментація управлінських повноважень, недостатня ефективність фінансування, кадровий дефіцит,

обмеженість інформаційних систем і слабкість міжвідомчої координації. На підставі міжнародного досвіду США, Німеччини, Ізраїлю, Польщі, Канади та інш. обґрунтовано необхідність переходу від реактивної до превентивної моделі управління здоров'ям населення.

Другий розділ присвячено аналізу нормативно-правового та адміністративного середовища, у межах якого функціонує система охорони здоров'я України. Проведено класифікацію законодавства у сфері охорони здоров'я за рівнями регулювання: конституційним, галузевим, підзаконним і міжнародно-договірним. Охарактеризовано роль центральних органів виконавчої влади, зокрема МОЗ, ДСНС, Міноборони та Мінсоцполітики України, у реалізації державної політики в умовах надзвичайних ситуацій. Досліджено адміністративно-правові механізми забезпечення стандартів медичної допомоги у надзвичайних і бойових умовах, зокрема системи медичного забезпечення Збройних Сил, цивільного захисту та екстреної медичної допомоги. Здійснено аналіз міжгалузевої взаємодії між системою охорони здоров'я, безпековим сектором і органами місцевого самоврядування. Визначено принципи формування *стійкої системи охорони здоров'я*, а саме: безперервність функціонування, управління ризиками, гнучкість організаційної структури, інформаційна інтегрованість і соціальна справедливість. Узагальнено міжнародні практики реагування на надзвичайні ситуації, зокрема пандемію COVID-19, епідемії, природні катастрофи, війни, з урахуванням можливості і їх адаптації до українських реалій.

У *третьому розділі* представлено авторське бачення удосконалення механізмів публічного управління з метою посилення організаційної стійкості системи охорони здоров'я в умовах війни. На основі описово-аналітичного дослідження з використанням змішаного методу систематизовано структурні компоненти організаційної стійкості медичних закладів: управлінську гнучкість, кадрову автономію, цифрову готовність, фінансову адаптивність і партнерську взаємодію з громадами. Проведено кількісне дослідження факторів, що впливають на стійкість лікарень під час війни, із використанням опитувань, експертних інтерв'ю та аналізу управлінських кейсів. Виявлено ключові чинники успішного

реагування: ефективність локального менеджменту, наявність внутрішніх планів безперервності діяльності, комунікація з органами влади та міжнародними донорами. Розроблено модель організаційної стійкості лікарень у надзвичайних ситуаціях і запропоновано методику оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів. Оцінено публічну політику реагування на виклики війни, зокрема переміщення медичних ресурсів, реорганізація логістичних ланцюгів, забезпечення психологічної підтримки персоналу, створення системи медичних евакуацій і телемедицини. Виявлено проблеми недостатньої координації, неуніфікованих протоколів і правової невизначеності статусу медичних працівників у зоні бойових дій. Запропоновано комплекс практичних заходів із підвищення ефективності управління: розроблення національної стратегії стійкості системи охорони здоров'я; створення кризових центрів управління при обласних адміністраціях; уніфікація стандартів реагування на надзвичайні ситуації; розвиток системи цифрового моніторингу медичних ризиків; удосконалення кадрової політики, зокрема механізмів мотивації, мобільності та професійної підтримки персоналу. Розроблено інтегровану модель антикризового управління охороною здоров'я, що поєднує правові, управлінські та фінансові інструменти, дозволяючи забезпечити баланс між централізованим регулюванням і локальною автономією медичних установ.

У висновках підкреслено, що стійка система охорони здоров'я є ключовим елементом національної безпеки. Вона має формуватися на принципах багаторівневого управління, правової визначеності, відкритості, міжсекторальної взаємодії та довіри громадян. Запропонована авторська модель може стати концептуальною основою для формування державної політики відновлення і розвитку сфери охорони здоров'я України у післявоєнний період.

Вирішальним результатом дисертаційного дослідження є запропонована інституційна модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану. Вона забезпечує інтеграцію правових, організаційних, фінансових та цифрових інструментів у єдину управлінську

архітектуру, спрямовану на підвищення стійкості системи охорони здоров'я та ефективності її реагування на кризові виклики. Важливим науково-прикладним результатом також є методика оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів. Вона дає змогу перевести поняття стійкості у вимірювану площину шляхом визначення індикаторів готовності, безперервності діяльності, ресурсної автономності, кадрової спроможності, якості та безпеки медичної допомоги. Подальше використання цих показників може забезпечити належний моніторинг, обґрунтованість управлінських рішень і підзвітність на рівні закладу, громади та регіону.

Наукова новизна дисертації полягає у формулюванні авторського визначення понять *«стійка система охорони здоров'я»* та *«публічне управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»*; розробленні моделі організаційної стійкості медичних закладів у надзвичайних ситуаціях; створенні типології управлінських механізмів (нормативно-правових, організаційних, фінансових, інформаційно-аналітичних); а також розроблені методики оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів.

Практичне значення результатів полягає у можливості використання запропонованих підходів під час розроблення стратегій та програм МОЗ, МВС і ДСНС України, підготовки управлінських кадрів у сфері публічного адміністрування, формування навчальних модулів для підвищення кваліфікації медичних менеджерів. Положення дослідження можуть бути імплементовані в систему планування державної політики охорони здоров'я, у проекти міжнародної технічної допомоги, а також використані при розробці нормативних документів з питань реагування на надзвичайні ситуації та післявоєнного відновлення.

Ключові слова: публічне управління, публічна політика, система охорони здоров'я, громадське здоров'я, управління системою охороною здоров'я, медичне обслуговування, стійкість системи охорони здоров'я, національна безпека, надзвичайні ситуації, воєнний стан, інституційні механізми, нормативно-правове забезпечення, медична експертиза, медичний працівник.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Гуськов Б. В., Князева О. В. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів війни // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". - 2024. - №1. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2024-1-9599>
2. Гуськов Б. В., Довіра як ресурс державного управління у сфері охорони здоров'я // Актуальні питання у сучасній науці. – 2024. – № 3(21). – С. 233–246 DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-233-246](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-233-246)
3. Гуськов, Б. В., & Князева, О. В. (2025). Стійкість медичних установ у кризових умовах: український досвід війни. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*, (4), 18-32. <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.4.3>
4. Гуськов, Б. В., & Князева, О. В. *Стійкість системи охорони здоров'я України в умовах війни: інституційні та управлінські аспекти (за результатами експертного дослідження)* Державне будівництво : зб. наук. праць ; електронний ресурс. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна. № 2 – 2025. . <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/28778/25100>
5. Гуськов, Б. В. (2026). Компоненти стійкості медичних закладів в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне адміністрування та національна безпека*, (4(69), 177–184. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2026-4-69-19>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Гуськов Б. В. Довіра до охорони здоров'я: чому це критично та як її зберегти // *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, 17 травня 2024 р.). – Одеса: Національний університет «Одеська політехніка», 2024. – С. 10–13. URL:

https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolymconf/mizh_nauk_prak_konf_1_7.05.2024.pdf

2. Гуськов Б. В. Від реакції до стійкості: виклики та трансформація системи охорони здоров'я України в умовах війни // *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, 17 жовтня 2025 р.). – Одеса: Національний університет «Одеська політехніка», 2025.
3. Гуськов Б. В. Формування медичної довіри в Україні // *V Конгрес Соціологічної асоціації України «Суспільство та соціологія в експоненційному світі: дослідницькі виклики, можливості, перспективи»* (20-21 листопада 2025, Харків)
4. Гуськов Б. В. Ключові пріоритети відновлення системи охорони здоров'я України: емпіричний аналіз експертних відповідей // *Новітні наукові надбання в публічному управлінні та адмініструванні й праві* : матеріали Міжнар. наук. конф. (м. Рига, Латвійська Республіка, 29–30 жовтня 2025 р.). Рига : Baltija Publishing, 2025. 101-106 <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/674>
5. Guskov Bogdan, STATE POLICY AND MANAGEMENT IN THE FIELD OF HEALTHCARE AND MEDICAL SERVICES IN EMERGENCY SITUATIONS, Науковий семінар за тематиками дисертаційних досліджень аспірантів ІПСУ «Наука молодих: енергія, ідеї, інновації» (м. Одеса, 15 травня, 2025 р.)

ABSTRACT

Guskov B. V. Public Administration of the Health Care System in Emergency Situations. – Qualification scientific work submitted as a manuscript. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 281 – Public Administration and Management. – National University “Odesa Polytechnic”, Ministry of Education and Science of Ukraine, Odesa, 2026.

The dissertation research is devoted to a comprehensive analysis of public-administration mechanisms for ensuring the functioning of Ukraine's health care system under conditions of emergency situations, martial law, and post-war recovery. The study

formulates the theoretical and methodological foundations of public administration of the health care system, identifies key trends in its development, systematizes the legal foundations of governance in this field, and proposes an author's model for strengthening the resilience of the national health care system to emergency situations, as well as a methodology for developing a system of indicators for assessing the resilience of medical institutions to emergency situations.

The introduction substantiates the relevance of the research topic, formulates the aim and objectives, and defines the object and subject of the study. The scientific and practical significance of the obtained results is also presented.

The first chapter examines the content and genesis of the concept of “public health” in the context of the development of public administration. Based on comparative analysis, the main paradigms of health care system formation are identified: the budgetary-state, insurance-based, and mixed models. Their institutional, financial, and managerial characteristics are outlined, and the role of the state as coordinator, guarantor, and regulator in the field of medical services is clarified. A critical analysis is conducted of key theoretical approaches to health care governance, in particular the systemic, functional, and institutional approaches. The conceptual and categorical framework is defined, including the definitions of “resilience of the health care system” and “preparedness of the system for emergency situations.” The main challenges of public policy in the field of health care are reviewed, including fragmentation of administrative powers, insufficient financing efficiency, personnel shortages, limited information systems, and weak interagency coordination. Based on the international experience of the United States, Germany, Israel, Poland, Canada, and other countries, the need to transition from a reactive to a preventive model of public health governance is substantiated.

The second chapter is devoted to the analysis of the regulatory, legal, and administrative environment within which Ukraine's health care system operates. Health care legislation is classified by levels of regulation: constitutional, sectoral, subordinate regulatory, and international treaty-based. The role of central executive authorities, in particular the Ministry of Health, the State Emergency Service, the Ministry of Defence, and the Ministry of Social Policy of Ukraine, in implementing state policy under

emergency conditions is characterized. Administrative and legal mechanisms for ensuring standards of medical care in emergency and combat conditions are examined, including the systems of medical support for the Armed Forces, civil protection, and emergency medical care. The study analyzes cross-sectoral interaction between the health care system, the security sector, and local self-government bodies. The principles for forming a resilient health care system are defined, namely: continuity of operation, risk management, flexibility of organizational structure, information integration, and social justice. International practices of responding to emergency situations, including the COVID-19 pandemic, epidemics, natural disasters, and wars, are summarized with regard to their possible adaptation to Ukrainian realities.

The third chapter presents the author's vision for improving public-administration mechanisms in order to strengthen the organizational resilience of the health care system under wartime conditions. Based on a descriptive and analytical study using a mixed-method approach, the structural components of organizational resilience of medical institutions are systematized: managerial flexibility, personnel autonomy, digital readiness, financial adaptability, and partnership interaction with communities. A quantitative study is conducted of the factors affecting hospital resilience during the war, using surveys, expert interviews, and analysis of management cases. The key factors of successful response are identified: the effectiveness of local management, the existence of internal business continuity plans, and communication with public authorities and international donors. A model of organizational resilience of hospitals in emergency situations is developed, and a methodology for assessing the resilience of health care institutions to emergency situations on the basis of a system of indicators is proposed. Public policy responses to the challenges of war are assessed, including the relocation of medical resources, reorganization of logistics chains, provision of psychological support for personnel, creation of systems for medical evacuation, and development of telemedicine. Problems of insufficient coordination, non-unified protocols, and legal uncertainty regarding the status of medical workers in combat zones are identified. A set of practical measures to improve management efficiency is proposed: development of a national strategy for health care system resilience; creation of crisis management centers

under regional administrations; unification of emergency response standards; development of a digital monitoring system for medical risks; and improvement of personnel policy, including mechanisms of motivation, mobility, and professional support for staff. An integrated model of crisis management in health care is developed, combining legal, managerial, and financial instruments and allowing a balance to be achieved between centralized regulation and the local autonomy of medical institutions. The conclusions emphasize that a resilient health care system is a key element of national security. It should be formed on the principles of multilevel governance, legal certainty, openness, cross-sectoral interaction, and public trust. The proposed author's model may serve as a conceptual basis for shaping state policy for the recovery and development of Ukraine's health care sector in the post-war period.

The decisive result of the dissertation research is the proposed institutional model of public administration of the health care system under conditions of emergency situations and martial law. It ensures the integration of legal, organizational, financial, and digital instruments into a unified management architecture aimed at increasing the resilience of the health care system and the effectiveness of its response to crisis challenges. An important scientific and applied result is also the methodology for assessing the resilience of health care institutions to emergency situations on the basis of a system of indicators. It makes it possible to translate the concept of resilience into a measurable dimension by defining indicators of preparedness, continuity of operations, resource autonomy, personnel capacity, and the quality and safety of medical care. The subsequent use of these indicators can ensure proper monitoring, evidence-based management decisions, and accountability at the institutional, community, and regional levels.

The scientific novelty of the dissertation lies in the formulation of the author's definitions of the concepts "resilient health care system" and "public administration of the health care system under conditions of emergency situations"; the development of a model of organizational resilience of medical institutions in emergency situations; the creation of a typology of management mechanisms, including regulatory and legal, organizational, financial, and information-analytical mechanisms; and the development

of a methodology for assessing the resilience of health care institutions to emergency situations on the basis of a system of indicators.

The practical significance of the results lies in the possibility of using the proposed approaches in the development of strategies and programs of the Ministry of Health, the Ministry of Internal Affairs, and the State Emergency Service of Ukraine, in the training of managerial personnel in the field of public administration, and in the formation of educational modules for the professional development of medical managers. The provisions of the study may be implemented in the system of health care policy planning, in international technical assistance projects, and in the development of regulatory documents on emergency response and post-war recovery.

Keywords: public administration, state policy, healthcare system, public health, healthcare system management, medical care, health system resilience, national security, emergency situations, martial law, institutional mechanisms, regulatory and legal framework, medical expertise, healthcare worker.

LIST OF PUBLISHED PAPERS ON THE TOPICS OF THE PHD THESIS

Papers in which the main scientific results of the PhD thesis are published:

1. Guskov, B. V., & Knyazeva, O. V. (2024). Implementation of state policy in the healthcare sector during the challenges of war. *Public Administration and National Security* (electronic scientific journal), (1). <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2024-1-9599>
2. Guskov, B. V. (2024). Trust as a resource of public administration in the field of healthcare. *Current Issues in Modern Science*, 3(21), 233–246. [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-233-246](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-233-246)
3. Guskov, B. V., & Knyazeva, O. V. (2025). Resilience of healthcare institutions in crisis conditions: Ukraine's wartime experience. *Tavriya Scientific Bulletin*.

Series: Public Administration and Administration, (4), 18–32.
<https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.4.3>

4. Guskov, B. V., & Knyazeva, O. V. (2025). Resilience of Ukraine's healthcare system in wartime: Institutional and managerial aspects (based on the results of an expert study). State Building (collection of scholarly works; electronic resource). Kharkiv: V. N. Karazin Kharkiv National University, (2).
<http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/674>
5. Guskov, B. V. Components of the Resilience of Medical Institutions in Emergency Situations // Electronic Scientific Publication "Public Administration and National Security". - 2026. - No. 2.

Papers certifying the approbation of the PhD thesis materials:

1. Guskov, B. V. (2024). Trust in healthcare: Why it is critical and how to preserve it. In Ensuring the resilience of the system of public authority and governance under special administrative and legal regimes and Ukraine's recovery: Proceedings of the International Scientific and Practical Conference (Odesa, May 17, 2024) (pp. 10–13). Odesa: Odesa Polytechnic National University.
https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolympconf/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf
2. Guskov, B. V. (2025). From response to resilience: Challenges and transformation of Ukraine's healthcare system in wartime. In Ensuring the resilience of the system of public authority and governance under special administrative and legal regimes and Ukraine's recovery: Proceedings of the International Scientific and Practical Conference (Odesa, October 17, 2025). Odesa: Odesa Polytechnic National University.
3. Guskov, B. V. (2025). Building medical trust in Ukraine. In 5th Congress of the Sociological Association of Ukraine "Society and Sociology in an Exponential World: Research Challenges, Opportunities, Prospects" (Kharkiv, November 20–21, 2025).

4. Guskov, B. V. (2025). Key priorities for the recovery of Ukraine's healthcare system: An empirical analysis of expert responses. In Latest Scientific Achievements in Public Management and Administration and Law: Proceedings of the International Scientific Conference (Riga, Republic of Latvia, October 29–30, 2025) (pp. 101–106). Riga: Baltija Publishing. <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/674>
5. Guskov, B. (2025). State policy and management in the field of healthcare and medical services in emergency situations. Scientific seminar on the topics of dissertation research of postgraduate students of IPSA “Science of the Young: Energy, Ideas, Innovations” (Odesa, May 15, 2025).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	15
ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	30
1.1. Громадське здоров'я населення: концептуальна історія.....	30
1.2 Система охорони здоров'я: теоретичне підґрунтя та понятійний апарат.....	48
1.3. Міжнародний досвід організації систем охорони здоров'я в сучасних умовах	70
Висновки до розділу 1.....	93
РОЗДІЛ 2. РЕГУЛЯТОРНИЙ ЛАНДШАФТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОВИЙ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПІДХОДИ ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	96
2.1. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я.....	96
2.2. Державна політика у сфері розробки та дотримання стандартів охорони здоров'я у надзвичайних ситуаціях.....	120
2.3. Стійка система охорони здоров'я як концептуальна основа для посилення управління ризиками під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я	138
Висновки до розділу 2.....	153
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОГО РЕАГУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....	156
3.1. Модель організаційної стійкості медичних закладів.....	156
3.2 Аналіз факторів, що впливають на стійкість лікарень під час війни (результати кількісного дослідження)	174
3.3 Ефективність реагування держави на виклики, що стоять перед системою охорони здоров'я України та удосконалення механізму надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій.....	191
Висновки до розділу 3.....	215
ВИСНОВКИ.....	213
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	229
ДОДАТКИ.....	259

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Альянс Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»

ВВП Валовий внутрішній продукт

ВООЗ Всесвітня організація охорони здоров'я

ДКВС Державна кримінально-виконавча служба України

ЗОЗ Заклади охорони здоров'я

УНС Universal Health Coverage

КМУ Кабінет Міністрів України

МОЗ Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ Національна служба здоров'я України

ПМД Первинна медична допомога

ЦСР Цілі сталого розвитку

ЄС Європейський Союз.

СОЗ Система охорони здоров'я.

ОЗ Охорона здоров'я.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблематика публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій набуває особливої ваги в сучасному контексті безпекових, соціальних і гуманітарних викликів, з якими стикається Україна. В умовах повномасштабної війни, нестабільності економічного середовища, пошкодження критичної інфраструктури, масових переміщень населення та зростання навантаження на заклади охорони здоров'я перед системою охорони здоров'я постало безпрецедентне завдання - забезпечити безперервність надання медичних послуг, захист населення та збереження кадрового потенціалу галузі. Ці обставини потребують оновлення підходів до формування державної політики, модернізації управлінських механізмів та адаптації нормативно-правової бази до умов надзвичайних ситуацій і воєнного стану. Згідно з Четвертою швидкою оцінкою збитків і потреб відновлення України (RDNA4), станом на кінець 2024 року шкода, завдана сектору охорони здоров'я, оцінювалася у 1,56 млрд дол. США, а кількість частково або повністю пошкоджених медичних закладів становила 1 603. Водночас ВООЗ у своєму апеляційному документі щодо України на 2025 рік визначає серед пріоритетів безперервність надання медичних послуг, медичну евакуацію, енергетичну автономність, цифрову координацію та зміцнення стійкості лікарень [1].

У наукових публікаціях останніх років питання функціонування системи громадського здоров'я, формування державної політики та забезпечення ефективного управління у сфері охорони здоров'я розглядаються у працях Т. П. Авраменко, М. М. Білинської, В. І. Борщ, Н. О. Васюка, Ю. В. Вороненка, О.І.Воронова, Д. Г. Гавриченка, З.В.Гбур, К.Х. Герасимюка, Л. І. Жаліла, Д. В. Карамішева, В. М. Князевича, Н.М.Колісніченко, Л. В. Крякової, В. М. Лехан, В. М. Михальчука, Н. М. Онул, І. М. Солоненка, Я. Ф. Радиша, О. В. Чорного та інших дослідників. Їхні праці сформуvalи наукове підґрунтя для розуміння сутності та функцій публічного управління у сфері охорони здоров'я, однак не повною мірою охоплюють специфіку кризових і воєнних умов.

Окремі аспекти управління охороною здоров'я в умовах війни й надзвичайних ситуацій досліджують І. А. Голованов, А. С. Шевченко, Л. О. Гостін, Л. С. Рубінштейн, О. Красівський, В. Шандрик, І. Жебелєв, Ю. Дорош, Ш. Ібатуллін, С. Власенко, О. Ковалишин, М. Шевлін та ін. Їхні праці сформуvalи наукове підґрунтя для розуміння нормативної адаптації, мобільних форм медичної допомоги, фінансової стійкості та відновлення інфраструктури, однак не забезпечують цілісного методологічного поєднання правових, організаційних, фінансових і цифрових механізмів у єдиній системі публічного управління. Недостатньо опрацьованими залишаються також інструменти вимірювання стійкості закладів охорони здоров'я та включення результатів такого оцінювання у стратегічне планування, моніторинг і підзвітність. Це зумовлює актуальність дисертації як у теоретичному, так і в прикладному вимірах.

Таким чином, аналіз наукових публікацій свідчить про розширення міждисциплінарного підходу до вивчення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Проте залишається недостатньо опрацьованим питання інтеграції управлінських, правових, організаційних, фінансових та цифрових механізмів у єдину систему публічного реагування. Недостатньо дослідженими є інструменти стратегічного планування, координації між центральними й місцевими органами влади, цифровізації процесів управління у сфері охорони здоров'я під час криз, а також методичні підходи до оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я на основі вимірюваних індикаторів готовності, безперервності, ресурсної автономності, кадрової спроможності, якості та безпеки медичної допомоги.

Актуальність теми посилюється тим, що в умовах воєнного стану державна політика у сфері охорони здоров'я виконує не лише соціальну, а й безпекову функцію. Ефективне публічне управління цією сферою є передумовою стабільності держави, збереження людського потенціалу та забезпечення довготривалої післявоєнної відбудови. Дисертаційне дослідження спрямоване на розроблення науково обґрунтованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, що поєднує принципи публічного управління,

кризового менеджменту, соціальної стійкості та цифрової трансформації. Отже, наукове обґрунтування напрямів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій має як теоретичне, так і практичне значення, оскільки сприяє підвищенню ефективності управління, оптимізації ресурсів, розвитку партнерства між державою та громадами, а також збереженню життя і здоров'я громадян України.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконувалося в межах науково-дослідної роботи Національного університету «Одеська політехніка» за темою «Інституціональна довіра в контексті формування соціального порядку в індетермінованих умовах» (№ НДР в МОН 0122U002322), у межах якої автором як виконавцем досліджено теоретичні та прикладні аспекти довіри як ресурсу державного управління у сфері охорони здоров'я, а також обґрунтовано критичну необхідність її збереження в умовах криз і надзвичайних ситуацій.

Дослідження також пов'язане з виконанням міжнародного проєкту за програмою Еразмус+ «Безпекова стійкість: Україна та європейський контекст» (№ 101175025 - ERASMUS-JMO-2024-HEI-TCH-RSCH), що реалізується в Національному університеті «Одеська політехніка» та в межах якого розглядалися аспекти стійкості лікарень під час надзвичайних ситуацій. У межах зазначених тем автором запропоновано інституційну модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану, яка інтегрує правові, організаційні, фінансові та цифрові інструменти, а також розроблено методику оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів готовності, безперервності, ресурсної автономності, кадрової спроможності, якості та безпеки медичної допомоги.

Метою дисертаційного дослідження є обґрунтування теоретичних засад публічного управління системою охорони здоров'я України та формування практичних рекомендацій щодо забезпечення її стійкості в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану.

Для досягнення поставленої мети у дисертаційному дослідженні визначено такі основні наукові завдання:

- узагальнити концептуальні підходи до розуміння сутності громадського здоров'я, визначити його зміст, основні ознаки та місце в системі охорони здоров'я, а також простежити історичну еволюцію цього поняття в контексті розвитку державної політики, суспільних практик і наукових уявлень про здоров'я населення;
- дослідити еволюцію системи охорони здоров'я та трансформацію публічного управління під впливом глобальних кризових явищ, надзвичайних ситуацій і воєнних викликів;
- узагальнити міжнародний досвід організації систем охорони здоров'я в сучасних умовах, зокрема щодо забезпечення готовності, безперервності надання медичної допомоги та стійкості закладів охорони здоров'я;
- здійснити аналіз нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я України щодо регулювання діяльності системи охорони здоров'я в надзвичайних умовах і в період воєнного стану;
- дослідити публічну політику у сфері розроблення, впровадження та дотримання стандартів охорони здоров'я у надзвичайних умовах;
- розкрити зміст поняття «стійка система охорони здоров'я» та визначити її структурні компоненти з урахуванням поглинаючої, адаптивної та трансформаційної здатностей;
- проаналізувати чинники, що впливають на стійкість закладів охорони здоров'я під час війни, на основі кількісного дослідження, експертного аналізу та узагальнення управлінських кейсів;
- розробити авторську модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, зорієнтовану на інтеграцію правових, організаційних, фінансових та цифрових інструментів;
- розробити методику оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів, придатну для

моніторингу, порівняльного аналізу, обґрунтування управлінських рішень і підзвітності.

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я України в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану.

Предметом дослідження є механізми публічного управління системою охорони здоров'я України, спрямовані на забезпечення її стійкості в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану.

Методи дослідження. Методологічну основу дисертаційного дослідження становлять системний, інституційний, функціональний, структурно-аналітичний і порівняльно-правовий підходи. Системний аналіз використано для дослідження взаємозв'язків між суб'єктами управління в системі охорони здоров'я, а також для виявлення залежностей між ресурсним забезпеченням, управлінською координацією, нормативним регулюванням і безперервністю медичної допомоги. Інституційний підхід дав змогу визначити місце та роль державних органів, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, громадських інституцій і міжнародних партнерів у реалізації публічної політики під час надзвичайних ситуацій. Історичний метод застосовано для вивчення еволюції системи охорони здоров'я та політики її регулювання в Україні й світі. Порівняльний метод використано для аналізу законодавства України та міжнародних стандартів у сфері медичної безпеки, надзвичайного реагування і забезпечення стійкості систем охорони здоров'я. Соціологічні методи, зокрема аналіз публікацій, експертне опитування, і контент-аналіз відповідей на відкриті питання, використано для визначення факторів стійкості закладів охорони здоров'я під час війни. Метод моделювання застосовано для розробки моделі організаційної стійкості закладів охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій та інтегрованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. У межах дисертації методика оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я побудована з урахуванням трьох взаємопов'язаних здатностей стійкості: поглинаючої, що відображає спроможність протистояти первинному впливу кризи та мінімізувати втрати функціоналу; адаптивної, що характеризує здатність змінювати

організаційні процеси, маршрути пацієнтів, логістику, кадрові рішення і комунікації в ході кризи; трансформаційної, що передбачає перехід до більш стійкого рівня функціонування на основі уроків кризового досвіду. Для структурування компонентів стійкості використано 6S-модель, яка охоплює простір, матеріальні ресурси, персонал, системи, стратегії та послуги. Емпіричною основою методики є структурований опитувальник для керівників закладів охорони здоров'я, що включає блоки загальної інформації про заклад, оцінки ефективності державної політики під час війни, ресурсної забезпеченості, вразливості до надзвичайних ситуацій, готовності до них, кадрового потенціалу, ментального здоров'я персоналу, управлінської взаємодії та потреб післявоєнного відновлення.

У дослідженні розмежовано поняття «показник» та «індикатор». Показник розглядається як конкретна вимірювана характеристика стану, ресурсу, процесу або результату діяльності закладу охорони здоров'я. Індикатором є показник або сукупність показників, інтерпретованих з позиції оцінювання певного виміру стійкості: готовності, безперервності функціонування, ресурсної автономності, кадрової спроможності, управлінської координації, якості та безпеки медичної допомоги. Такий підхід забезпечує перехід від теоретичного конструкту «стійкість» до вимірюваної площини та дає змогу використовувати логіку: вимір стійкості - індикатор - показник - субіндекс - інтегральна оцінка. Це, у свою чергу, створює передумови для порівняльного аналізу закладів охорони здоров'я, відстеження динаміки їхньої готовності та обґрунтування управлінських рішень на рівні закладу, громади й регіону.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному теоретико-прикладному обґрунтуванні публічного управління системою охорони здоров'я України в умовах надзвичайних ситуацій і війни, а також у розробленні моделі публічного управління цією системою, зорієнтованої на інтеграцію правових, організаційних, фінансових та цифрових інструментів у єдину управлінську архітектуру забезпечення стійкості.

Вперше:

- здійснено комплексне дослідження концептуальних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану
- запропоновано нове вирішення наукової проблеми підвищення стійкості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення інституційних і управлінських механізмів реагування, зокрема через інтеграцію правових, організаційних, фінансових
- розроблено інституційну модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, що поєднує правові, фінансові, організаційні та цифрові механізми забезпечення готовності, безперервності функціонування та відновлення;
- визначено показники оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я, які можуть бути використані для внутрішнього аудиту готовності, державного моніторингу, управлінської діагностики й оцінювання ефективності публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Удосконалено:

- понятійно-категоріальний апарат предметної сфери дослідження, у тому числі уточнено й розширено авторські визначення понять «стійкість системи охорони здоров'я», «стійкість лікарень», «організаційна стійкість закладів охорони здоров'я», «готовність системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій» і «компоненти стійкості»;
- науковий підхід до визначення змістовних характеристик організаційної стійкості системи охорони здоров'я, зокрема критеріїв оцінювання адаптивності, безперервності функціонування, ресурсної автономності, кадрової спроможності та ефективності реагування закладів охорони здоров'я у кризових умовах;
- механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, побудований на адаптації кращих міжнародних і європейських практик управління медичною сферою в умовах війни та надзвичайних ситуацій, а

також на поєднанні централізованого регулювання з локальною управлінською автономією закладів.

Набули подальшого розвитку:

- систематизація нормативно-правових актів України у сфері охорони здоров'я щодо управління в надзвичайних ситуаціях, включно з питаннями медичної евакуації, фінансування, кадрового забезпечення, логістики постачання медичних ресурсів, інформаційного обміну та міжвідомчої координації;
- методологічні підходи до кадрового менеджменту у кризових умовах, орієнтовані на розвиток професійної спроможності, психологічної готовності, лідерства, мотивації та безперервної підтримки працівників системи охорони здоров'я;
- інституційні механізми міжвідомчої координації, що забезпечують узгодженість дій МОЗ України, ДСНС України, військово-медичних структур, місцевих органів влади, закладів охорони здоров'я, громадських організацій і міжнародних партнерів під час надзвичайних ситуацій і війни.

Дисертаційне дослідження робить суттєвий внесок у розвиток наукових підходів до концепції «стійкості лікарень» і до управління ризиками закладів охорони здоров'я в надзвичайних умовах. Його наукова цінність полягає у синтезі концептуалізації, операціоналізації та оцінювання стійкості лікарень на основі узагальнення сучасної емпіричної літератури, міжнародних практик і результатів власного емпіричного дослідження. У межах роботи сформульовано уніфікований підхід до трактування понять «стійкість», «готовність» і «спроможність до реагування», який забезпечує теоретичну та прикладну цілісність дослідження і дозволяє пов'язати понятійний апарат із практичними механізмами управління.

Результати дослідження були представлені, обговорені та співвіднесені з позиціями міжнародних і мультидисциплінарних експертів під час консультації ВООЗ, присвяченої стійкості лікарень. За результатами цієї консультації було досягнуто консенсусу щодо концептуалізації, ключових принципів, напрямів операціоналізації та оцінювання стійкості систем охорони здоров'я в умовах криз і

воєнних конфліктів. Це посилює міжнародну релевантність дисертаційних результатів і підтверджує практичну значущість запропонованого підходу для українського та ширшого європейського контексту.

У межах більш широкого дослідження зі змішаними методами отримані результати були використані для розробки якісних інструментів, зокрема аналізу літератури, експертного опитування та контент-аналізу відповідей на відкриті питання. Всі дані були триангульовані для отримання узгоджених і достовірних висновків, що підвищує валідність і надійність результатів. Така методична логіка дозволила поєднати нормативно-правовий аналіз, емпіричне вимірювання управлінських практик та експертну оцінку організаційної стійкості закладів охорони здоров'я.

Водночас дослідження має певні обмеження.

По-перше, обмежена кількість доступних емпіричних джерел та відсутність повної офіційної статистики в умовах війни зумовлюють неповноту кількісної бази та потребують обережності під час узагальнення результатів.

По-друге, частина результатів базується на експертних оцінках, що, попри високий рівень компетентності учасників, містить потенційний суб'єктивний чинник і потребує подальшої перевірки на ширших вибірках.

По-третє, географічні та часові рамки дослідження не охоплюють усіх регіонів України, що потребує подальшого розширення вибірки для забезпечення репрезентативності й порівняльного аналізу різних типів закладів охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробленні науково обґрунтованих підходів, моделей і рекомендацій, які можуть бути безпосередньо застосовані в діяльності органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та системи цивільного захисту для підвищення ефективності управління в умовах надзвичайних ситуацій. Запропоновані у дисертації механізми публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій можуть бути використані під час розроблення державних і регіональних стратегій медичної безпеки, зокрема у

межах планів реагування МОЗ України, ДСНС України та обласних військових адміністрацій. Отримані висновки можуть бути використані вдосконалення нормативно-правової бази, що регламентує діяльність закладів охорони здоров'я у період воєнного стану та надзвичайних ситуацій, створення інформаційно-аналітичних систем управління охороною здоров'я, інтегрованих із платформами eHealth і системами кризового моніторингу, а також формування системи оцінювання організаційної стійкості закладів охорони здоров'я.

Запровадження розроблених рекомендацій сприятиме:

- підвищенню готовності системи охорони здоров'я до кризових ситуацій, надзвичайних подій і тривалих безпекових загроз;
- оптимізації управлінських рішень, раціональному використанню ресурсів і пріоритезації фінансування відповідно до фактичного рівня ризиків та потреб закладів;
- посиленню взаємодії між державними, комунальними, військово-медичними, громадськими та міжнародними структурами;
- зміцненню довіри населення до державної політики у сфері охорони здоров'я та до спроможності держави забезпечувати медичну допомогу в кризових умовах;
- створенню інституційних передумов для післявоєнного відновлення медичної системи України на основі принципів стійкості, цифрової трансформації, доказового управління та публічної підзвітності.

Наукові рекомендації, пропозиції та висновки, отримані в дисертаційному дослідженні, враховані та впроваджені у діяльності:

- комунального некомерційного підприємства «Міська лікарня № 8» Одеської міської ради щодо вдосконалення підходів до оцінювання та підвищення організаційної стійкості закладу в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану, зокрема через впровадження системи індикаторів оцінювання стійкості та використання її результатів для управлінських рішень. Особливої уваги заслуговують результати емпіричного дослідження, присвяченого аналізу стійкості системи охорони здоров'я України в умовах

війни. У процесі дослідження було розроблено комплексну систему індикаторів оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я, яка забезпечує переведення поняття стійкості у вимірювану площину та дає змогу здійснювати моніторинг стану закладу й галузі, виявляти ризики, визначати пріоритети реагування і підвищувати обґрунтованість та ефективність управлінських рішень. Система індикаторів охоплює, зокрема, готовність, безперервність надання медичної допомоги, ресурсну автономність, кадрову спроможність, а також якість і безпеку медичних послуг. Зазначені наукові результати сприяють підвищенню ефективності управління медичним закладом, зміцненню кадрового та інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, а також посиленню її готовності до дій в умовах надзвичайних ситуацій (довідка від 07.01.2026 р.);

- державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку» МОЗ України (ДНП «НІР»), відділення онкоортопедії, щодо впровадження комплексного підходу до створення системи індикаторів оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до кризових ситуацій із використанням КРІ для оцінювання здатності ЗОЗ швидко адаптуватися, мінімізувати збої та забезпечувати безперервність функціонування, зокрема за такими параметрами, як швидкість відновлення, рівень забезпеченості ресурсами, керованість персоналом, фінансова стабільність, здатність до навчання та адаптації, у процесі моніторингу та ухвалення управлінських рішень (акт впровадження від 09.01.2026 р.);

- Національного університету «Одеська політехніка» в межах виконання держбюджетної науково-дослідницької роботи № 218-185 за темою: «Інституціональна довіра в контексті формування соціального порядку в індетермінованих умовах» (№ НДР в МОН 0122U002322), у межах якої виокремлено та систематизовано теоретико-методологічні засади державної політики і публічного управління у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування в умовах надзвичайних ситуацій; визначено ключові управлінські механізми, зокрема інституційні, організаційні, координаційні

та інформаційно-комунікаційні, забезпечення готовності, безперервності та стійкості системи охорони здоров'я в умовах кризових явищ; обґрунтовано напрями удосконалення нормативно-організаційного забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій з урахуванням кращих практик та потреб відновлення; розроблено практичні рекомендації щодо підвищення ефективності публічного управління медичним обслуговуванням у надзвичайних ситуаціях, зокрема у сферах управління ризиками, міжвідомчої взаємодії, забезпечення довіри та комунікації з населенням (довідка від 16.03.2026 р.);

- Національного університету «Одеська політехніка» в межах виконання міжнародного проєкту за програмою Erasmus+ «Безпекова стійкість: Україна та європейський контекст» (№ 101175025 - ERASMUS-JMO-2024-HEI-TCH-RSCH, реєстраційна картка проєкту в МОН: № 5826, термін реалізації проєкту: 2024–2027 рр.), який реалізується в НУ «Одеська політехніка», у межах якого розглядалися різні аспекти стійкості лікарень під час надзвичайних ситуацій. У межах проєкту та дисертаційного дослідження здобувачем отримано результати, що мають науково-практичне значення для публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану, зокрема: запропоновано інституційну модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану, яка забезпечує інтеграцію правових, організаційних, фінансових та цифрових інструментів у єдину управлінську архітектуру підвищення стійкості та ефективності реагування; розроблено методику оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів, що переводить поняття стійкості у вимірювану площину через індикатори готовності, безперервності, ресурсної автономності, кадрової спроможності, якості та безпеки медичної допомоги з подальшим використанням для моніторингу, управлінських рішень і підзвітності на рівні закладу, громади та регіону; сформульовано авторські визначення понять «стійка система охорони здоров'я» та «публічне

управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»; створено типологію управлінських механізмів реагування у сфері охорони здоров'я, зокрема нормативно-правових, організаційних, фінансових та інформаційно-аналітичних, і обґрунтовано інтегровану модель публічного реагування на кризові ситуації у сфері охорони здоров'я (довідка від 16.03.2026 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою працею. Основні ідеї, результати дослідження, теоретичні положення, модельні розробки, методичні підходи та практичні рекомендації, що характеризують наукову новизну і практичне значення дисертаційної роботи, запропоновано, отримано та здійснено автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Теоретичні положення та результати дисертаційного дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри публічної служби та права Інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка». Результати дослідження доповідалися автором на таких науково-практичних заходах: Міжнародна науково-практична конференція «Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України» (м. Одеса, 17 травня 2024 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України» (м. Одеса, 17 жовтня 2025 р.); V Конгрес Соціологічної асоціації України «Суспільство та соціологія в експоненційному світі: дослідницькі виклики, можливості, перспективи» (м. Харків, 20–21 листопада 2025 р.); Міжнародна наукова конференція «Новітні наукові надбання в публічному управлінні та адмініструванні й праві» (м. Рига, Латвійська Республіка, 29–30 жовтня 2025 р.).

Публікації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження опубліковано у 10 працях, у тому числі у 5 статтях у наукових фахових виданнях та 5 публікаціях у збірниках матеріалів науково-комунікативних заходів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Автором дисертації складено рисунки, таблиці та діаграми. Повний обсяг дисертаційної роботи становить 2 сторінок, з яких 228 сторінок основного тексту. Список використаних джерел містить 281 найменування та займає 31 сторінку; додатки розміщено на 24 сторінках.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Громадське здоров'я населення: концептуальна історія

Громадське здоров'я (англ. *public health*) у межах цього дослідження розглядається як міждисциплінарна сфера наукового знання та публічно-управлінської практики, спрямована на збереження, зміцнення й захист здоров'я населення шляхом організованих зусиль суспільства, держави, територіальних громад і професійних інституцій. На відміну від індивідуально орієнтованої медичної допомоги, громадське здоров'я фокусується на колективних чинниках ризику, профілактиці захворювань, формуванні безпечного середовища та координації міжсекторальних дій.

У сучасній науковій та управлінській традиції розуміння громадського здоров'я спирається на широке трактування здоров'я, запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я є «станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб чи фізичних вад» [1]. Це визначення акцентує увагу на тому, що здоров'я не може бути зведене виключно до медичного стану людини, а охоплює соціальні, психологічні, економічні та середовищні умови її життєдіяльності.

У класичному розумінні громадське здоров'я визначається як «наука та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства» [2]. Такий підхід дозволяє розглядати громадське здоров'я не лише як медичну категорію, а й як об'єкт публічного управління, оскільки його забезпечення потребує формування відповідної політики, нормативного регулювання, ресурсного забезпечення, інституційної координації та участі громад.

Громадське здоров'я охоплює широкий спектр напрямів, зокрема епідеміологію, біостатистику, здоров'я навколишнього середовища, політику

охорони здоров'я, медичну освіту, профілактику захворювань, зміцнення здоров'я та організацію медичних послуг. Саме міждисциплінарний характер цієї сфери зумовлює її значення для публічного управління системою охорони здоров'я, особливо в умовах надзвичайних ситуацій, коли ефективність управлінських рішень залежить від здатності держави поєднувати медичні, соціальні, організаційні та безпекові інструменти. Історія громадського здоров'я та політики охорони здоров'я досліджувалася в межах різних академічних напрямів, зокрема історії громадського здоров'я, медичної історії, медичної соціології, соціології здоров'я та досліджень публічної політики. У цьому підрозділі проаналізовано наукові праці, які розкривають еволюцію поняття громадського здоров'я, його зв'язок із розвитком держави, соціальної політики та управлінських практик у сфері охорони здоров'я.

Поняття «громадське здоров'я» доцільно відмежовувати від понять «охорона здоров'я громади», «здоров'я населення» та «медична допомога». Медична допомога переважно орієнтована на індивідуального пацієнта, діагностику, лікування та реабілітацію. Натомість громадське здоров'я спрямоване на населення загалом, профілактику ризиків, усунення соціальних детермінант захворюваності та організацію колективної відповіді на загрози здоров'ю. Здоров'я населення, своєю чергою, може розглядатися як складова громадського здоров'я, що акцентує увагу на стані здоров'я певних груп, спільнот або територіальних сукупностей.

Отже, громадське здоров'я виступає концептуальною основою для аналізу публічного управління системою охорони здоров'я, оскільки поєднує медичний, соціальний та управлінський виміри. Його зміст розкривається через організовані дії держави й суспільства, спрямовані на профілактику захворювань, зменшення нерівності у доступі до медичних послуг, підвищення готовності до кризових ситуацій та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я.

Книга "Health, Civilisation and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times" Дороті Портер є всебічним дослідженням історії громадського здоров'я, починаючи з давніх часів і закінчуючи сучасністю. Авторка аналізує еволюцію систем і політик громадського здоров'я, досліджуючи, як різні цивілізації

підходили до питань здоров'я населення [3]. Розглядається вплив здоров'я населення на соціальну організацію, функціонування влади та систему вірувань і цінностей у європейських суспільствах від давнини до раннього модерного періоду. Це не спроба знайти ранні витoki сучасних систем громадського здоров'я. Натомість досліджується відносне значення здоров'я населення в різних контекстах. Портер досліджує, як різні суспільства підходили до питань здоров'я населення, та аналізує їхні моральні, економічні та політичні аспекти. Допомогає зрозуміти, як здоров'я населення впливало на розвиток соціальних структур та ідеологій у європейській історії [3, с.23-45]. «До 1980-х років сфера історії громадського здоров'я розширилася, включаючи соціальні відносини ідей та дій, здійснюваних колективно та індивідуально у відповідь на епідемічні катастрофи» [4, с. 10].

Історики досить ефективно вказали на "розмитість" громадського здоров'я як аналітичного поняття, особливо з огляду на те, що значення як "громадський" так і "здоров'я" за своєю суттю є неоднозначним. Як наслідок, історики громадського здоров'я відносно чітко визначають громадське здоров'я як аналітичну категорію. Під "громадськістю" насамперед мається на увазі колективний характер реагування на хворобу. Визначення індивідуальних станів як проблеми, що потребує рішень, які виконуються і підтримуються колективно, робить ці хвороби політичними явищами, які можна аналізувати з точки зору реалізації влади.

Таким чином, одне єдине питання займає центральне місце у реагуванні на соціальні хвороби: чи слід довіряти людині піклуватися про свою хворобу, що передається, або ж суспільство повинно відкинути індивідуальну автономію заради забезпечення здоров'я спільноти?

Відповідь на це питання призводить до відсутності, маргінальної підтримки держави, в якій здоров'я розглядається як приватна справа, до колективних дій через державне регулювання згори донизу або до чогось середнього між цими крайнощами. Підкреслюючи, що громадське здоров'я передбачає колективну відповідь, не дивно, що багато істориків медицини досліджували громадське здоров'я, розглядаючи державну медицину і та державне втручання в кілька

хронологічних періодів і в різних національних та міжнародних контекстах [5]. Такі підходи розглядають політичну історію та історію громадського здоров'я як дві сторони однієї медалі.

«Здоров'я» є другим неоднозначним елементом громадського здоров'я. Щодо соціального пояснення хвороб, то тут діють два фактори. З одного боку, щоб зробити індивідуальні відхилення, такі як алкоголізм і туберкульоз, об'єктом громадського здоров'я, вони повинні бути медикаментозно пояснені в термінах хвороби. Це означає, що ці стани повинні стати об'єктом медичного дослідження, що вимагає медичної, ймовірно, об'єктивної експертизи для ефективного реагування на стан. Алкоголізм спочатку вважався виключно гріхом, поки, починаючи з середини дев'ятнадцятого століття і далі, його почали пояснювати як стан, що вимагає лікування лікарями. Однак, як тільки певний стан стає медикаментозним, він не розглядається як проблема, що потребує колективної реакції. По-перше, медикалізований стан потрібно пояснити як хворобу, яка не обмежується однією людиною, а набувається через когось іншого.

Медичні історики Жан-Поль Годільєр і Ілана Лові показали, як у другій половині 19-го і першій половині 20-го століття, зокрема, концепція «передачі» відігравала фундаментальну роль у поясненні соціальної природи певних хвороб. У своїй книзі 2012 року про історію передачі хвороб вони детально описали, як причини туберкульозу, дегенерації та СНІДу були концептуалізовані через «вертикальну» (репродуктивну) передачу, з одного боку; тим самим розглядаючи патологію як «спадкову» хворобу [6]. З іншого боку, вони стверджують, що ці соціальні хвороби також можуть бути концептуалізовані як передані «горизонтально» через міжособистісний (фізичний) контакт - що дозволяє пояснити ці патології як інфекційні хвороби. Хоча книга Годільєра і Лові має на меті підкреслити концептуальну складність, вказуючи на розмиті межі між горизонтальною та вертикальною передачею, вони наголошують на тому, як конкретні пояснення хвороб та здоров'я історично залежать від взаємодії між науковим консенсусом, політичними міркуваннями та практичною орієнтацією.

Отже, історія «громадського здоров'я» чітко об'єднує медичну та політичну історію. Тому, як справедливо зазначила Дороті Портер, вона стосується «практики експертизи та політики знань» - висновок, який вона запозичила з новаторської роботи Ервіна Акеркнехта про переплетення етіології хвороб і політичної ідеології. Аналіз полеміки з громадського здоров'я вимагає розгляду того, як політично регулюються відносини між громадянином та державою, і як певні стани пояснюються як передавальні хвороби. Однак ці дві сторони дискурсу громадського здоров'я не можуть вивчатись ізольовано одна від одної. Пояснення медичних станів у соціальних термінах відображає політичну культуру контексту. І навпаки, політична культура певного контексту артикулюється та формується через пояснення та концептуалізацію медичних станів.

У книзі «Conceptualising Public Health: Historical and Contemporary Struggles over Key Concepts» Софі Бергенхайм, Йохан Едман, Йоганнес Кананен і Мерле Вессел, що охоплює період з кінця дев'ятнадцятого століття до наших днів, розглядають як розуміння та значення громадського здоров'я розвивалися в політичному та соціальному контексті, виявляють розриви та перевизначення в його концептуалізації [7]. Автори зазначають, що концепція громадського здоров'я була важливою в історичному розвитку сучасних суспільств. Хоча конотації та асоціації варіювалися залежно від часу і місця, мова про громадське здоров'я виражала занепокоєння щодо здоров'я і благополуччя громадян національної держави. Вона слугувала інструментом для конструювання, розвитку і встановлення практик, цілей і дискурсів для політики охорони здоров'я на національному та міжнародному рівнях. Автори зазначають, що концепція громадського здоров'я дещо відрізняється в англійській мові та інших германських мовах, таких як німецька та шведська. В англійській мові ключовим поняттям є громадське здоров'я (public health), яке супроводжується іншими взаємопов'язаними поняттями, такими як національне здоров'я (national health) і здоров'я населення (population health). Скандинавська та німецька концепції мають схожу етимологічну основу, а саме слово "громадське здоров'я" дослівно перекладається як "здоров'я людей" (шведська: folkhälsa, норвезька: folkehelse,

фінська: kansanterveys, данська: folkesundhed, ісландська: lýðheilsa; німецька: Volksgesundheit). Таким чином, скандинавські та німецькі концепції мають помітно іншу конотацію порівняно з англійськими аналогами: вони містять сильнішу асоціацію з (культурно) об'єднаним народом.

Джордж Розен, автор класичної "Історії громадського здоров'я " [8] стверджує, що починаючи з сімнадцятого століття і далі, меркантилістський підхід сприймав населення як ресурс, що допомогло легітимізувати здоров'я на колективному рівні як економічну необхідність. З моменту публікації в 1958 році класичну книгу Джорджа Розена вважали важливою міжнародною історією охорони здоров'я. Описуючи розвиток охорони здоров'я в класичній Греції, імператорському Римі, Англії, Європі, Сполучених Штатах та інших країнах, Розен висвітлює життя та внесок видатних діячів цієї галузі. Він розглядає такі проблеми громадського здоров'я, як інфекційні захворювання, водопостачання та водовідведення, здоров'я матері та дитини, харчування, а також професійні захворювання та травми. І він оцінює ландшафт громадської охорони здоров'я у сфері медичної освіти, управління громадською охороною здоров'я, епідеміологічної теорії, контролю над інфекційними хворобами, медичної допомоги, статистики, державної політики та медичної географії.

Розен, який писав у 1950-х роках, міг мати вагомі підстави вважати, що інфекційні хвороби незабаром будуть подолані. Глобалізація, стійкість до антибіотиків, поява нових патогенів і повторна поява старих повернули зусилля громадської охорони здоров'я до основ: запобігання та контролю хронічних та інфекційних захворювань і зміцнення інфраструктури громадської охорони здоров'я, яка забезпечує питну воду, утилізацію стічних вод, санітарні умови, а також постачання безпечних продуктів харчування та ліків для населення по всьому світу.

Існуючі дослідження з історії громадського здоров'я визначили медичний, науковий та соціальний рух реформ у XIX столітті, який мав на меті усунення патогенних умов, виявлених у поганих житлових умовах, неналежній санітарії, небезпечних робочих місцях та бідності [9]. Індустріалізація була визначена як

рушійна сила цього процесу, яка, з одного боку, сприяла урбанізації, а з іншого вимагала великої та здорової робочої сили. Зусилля для досягнення цих цілей включали в себе фокусувалися на соціальних структурах, соціальній активності та прагненні покращити умови життя населення в цілому. Якщо у XIX столітті громадська охорона здоров'я зосереджувалася на навколишньому середовищі як на джерелі хвороб, на початку XX століття воно було доповнене профілактичним підходом.

Перша половина двадцятого століття також стала поворотним моментом у західному дискурсу про громадське здоров'я. Багато західних колишніх імперських держав, особливо в Європі, прийняли або демократію, або комунізм, або авторитаризм, або фашизм. Це було не тільки великою політичною зміною, але й призвело до соціальних перетворень. Коли нації боролися за гегемонію в дусі зростаючого націоналізму, вони посилили свій фокус на національному і соціальному тілі, тобто на населенні. Перша світова війна стала піком цього розвитку, коли війна, в якій домінували технології та сучасна сила руйнування, обрушилася на західний світ і залишила глибокі рани не лише на національному тілі, але й на фізичному тілі окремої людини. Ерік Гобсбаум називає цей час "епохою катастроф" [10]. Це стимулювало зростаючий інтерес до здоров'я, окремої людини і здоров'я всього населення, а також розвиток нових медичних знань про людський організм.

Історії Франції, Німеччини, Сполучених Штатів, Канади, Швеції та Великої Британії свідчать про те, що наслідки Першої світової війни, депресія 1930-х років та підготовка до Другої світової війни стимулювали ініціювання політики охорони здоров'я на національному рівні щодо соціальних хвороб. Наприклад, французькі «громадські гігієністи» успішно переконали уряд Третьої республіки заснувати добре фінансоване Міністерство гігієни у 1920 році під тиском турбот, викликаних війною, як зазначає Метью Рамзі. У Сполучених Штатах найяскравішим прикладом регулювання держави зверху вниз став період сухого закону з 1920 по 1933 рік. Однак, коли державні уряди почали запроваджувати більш масштабні закони про стерилізацію у 1920-х та 1930-х роках, комплексна політика охорони

здоров'я та фінансування були реалізовані в контексті закону про соціальне забезпечення після Великої депресії у 1935 році, як зазначає Елізабет Фі. У Швеції, як показує Карін Йоханіссон, орієнтоване на населення громадське здоров'я супроводжувало дедалі централізованішу державу в середині 1930-х років, що призвело до створення урядового «комітету з населення», який успішно запропонував поєднання політики громадського здоров'я зверху вниз щодо алкоголізму, обов'язкової стерилізації та обов'язкової ізоляції хворих на туберкульоз. Ці приклади показують, що Німеччина зі своєю системою громадського здоров'я зверху вниз під нацистським правлінням не була єдиною у своїй орієнтації на населення на шкоду індивіду під час міжвоєнного періоду.

Після Другої світової війни маятник знову хитнувся у бік акценту на індивіді. У відповідь на травму Голокосту заснування Всесвітньої організації охорони здоров'я та Організації Об'єднаних Націй у 1948 році додало нову глобальну перспективу до існуючих національних концептуалізацій громадського здоров'я.

Створення ВООЗ додало глобальної перспективи до переважаючого дискурсу про охорону здоров'я з сильним національним фокусом. Бачення відкритого і ліберального повоєнного світу проклало шлях до переходу від інфекційного підходу до громадського здоров'я, заснованого на карантині, до санітарного контролю над хворобами. Новий фокус на хронічних захворюваннях і хворобах способу життя та хворобах, пов'язаних зі способом життя, був центральним. Як приклад, історик Дороті Портер проілюструвала, як концептуальний зв'язок між курінням і раком легенів у 1950-х роках призвів до інформаційних кампаній, а не до заборони куріння [11].

Загалом, Декларація прав людини ООН (1948 р.) стверджує, що "всі люди народжуються вільними і рівними у своїх правах". Вони наділені розумом і совістю і повинні діяти по відношенню один до одного в дусі братерства" (Стаття 1). Декларація прагнула надати всім рівні права і свободи без різниці за будь-якою раси, кольору шкіри, статі, мови чи релігії (стаття 2). Вона прагнула надати кожній людині право на життя (стаття 3) і право створювати сім'ю та вступати в шлюб (стаття 16).

Однак, хоча історики навчилися сприймати Другу світову війну як майже очевидний переломний момент ("міжвоєнний" або "післявоєнний"), з точки зору громадського здоров'я, важко сказати, який саме чіткий переломний момент був у період після Другої світової війни. Скоріше, як зазначалося раніше, було б доречніше говорити про перехідний період.

Протягом 1950-х і 1960-х років різні гігієнічні поняття поступово зникали з лексику або починали стосуватися переважно більш специфічного, мікробіологічного рівня (наприклад, гігієна порожнини рота, гігієна рук тощо), а не мати сильних соціальних конотацій (наприклад, соціальна гігієна).

Громадське здоров'я виникло як академічна дисципліна, замінивши і дисципліну гігієни, а іноді й соціальну медицину, і охоплює її. Відповідно до цього розвитку, старе напруження між населенням як ресурсом і здоров'ям як універсальним правом набуло нової форми. У той час як ідеї початку двадцятого століття можна охарактеризувати як довгостроковий підхід "зверху-вниз", а також зосередженість на колективному підході та профілактиці хвороб, у 1970-х і 1980-х роках акцент змістився на здоров'я (а не лише на хвороби) і на нинішнє покоління. Цей післявоєнний розвиток отримав назву "Нове громадське здоров'я" [12-14]

У 1970-х роках «здоров'я» почали сприймати як індивідуальне і соціальне право кожного, яке має забезпечуватися первинною медичною допомогою. Ця ідея знайшла своє відображення в Алма-Атинській декларації 1978 року та програмі ВООЗ "Здоров'я для всіх" [2].

У 1980-х - 1990-х роках увага ще більше зосередилася на індивіді, і попередній колективістський порядок був переосмислений. На макрорівні відбулося ще одне зміщення уваги від суспільства в цілому до індивіда, цього разу з акцентом не лише на індивідуальну відповідальність, але й на свободу та автономію. Цей підхід супроводжувався новою економічною логікою, що походила від Чиказької школи (неокласичної економіки) і пізніше була доповнена бізнес-економікою. Одним із найбільш знакових виражень цієї неоліберальної логіки є інтерв'ю Маргарет Тетчер 1987 року, в якому вона рішуче заявила, що такого явища, як суспільство, не існує. Вона поставила під сумнів обґрунтування

колективізму, згідно з яким політика могла бути розроблена з урахуванням усього населення чи суспільства, і натомість підкреслила індивідуальну відповідальність та автономію.

Політика або ідеї в галузі охорони здоров'я не зазнали таких різких змін. Однак було введено нове поняття або ідея, що підкреслювала індивідуалізм: просування здоров'я. Найбільш помітно це проявилось в Оттавській хартії 1986 року, яка сприяла збільшенню можливостей для прийняття здорових рішень. На відміну від ідей початку двадцятого століття, ця нова перспектива на здоров'я мала короткостроковий фокус, оскільки вона прагнула вплинути на здоров'я поточного покоління. Більше того, замість нав'язування явно вертикального підходу, центральну роль у турботі про своє здоров'я отримали самі індивіди. Відповідно до думок Алана Петерсена, Дебори Луптон та Ніколаса Роуза, у дусі неолібералізму, так зване нове громадське здоров'я підкреслювало свободу та вибір індивіда [15-17]. Цей акцент, у свою чергу, приховував нормативні вимоги цього типу самоврядування та "хелтізму", або конструювання нового типу "здорового громадянина" як ідеалу. Ці нові ідеали, у свою чергу, містили нову форму нетерпимості до осіб, які не відповідають цим критеріям. З іншого боку, зусилля з управління якістю населення поєднувалися з прагненням залучити якомога більше людей до сфери активного громадянства у дусі (соціальної) демократії. Попередні дослідження вказували на колективістську тенденцію в політиці добробуту Північних країн, яка з одного боку збільшувала рівність, але з іншого прагнула визначити ролі людей зверху, з системного рівня суспільства. Колективізм був правовим принципом, який відображався, наприклад, у законодавстві про соціальне забезпечення. Безробітні шукачі роботи, наприклад, були зобов'язані шукати роботу, щоб зберегти право на отримання соціальних допомог.

Щодо політики охорони здоров'я, Північні країни слідували західним тенденціям. Перші національні закони про охорону здоров'я були впроваджені в другій половині дев'ятнадцятого століття (Норвегія в 1860 році, Швеція в 1874 році, Фінляндія в 1879 році) з метою запобігання епідеміям і підвищення гігієни житла та харчування. Північні країни не були безпосередньо залучені до Першої світової

війни (за винятком Фінляндії, яка здобула незалежність (1917) і пережила громадянську війну (1918) у зв'язку з Російською революцією 1917 року), але вони поділяли відчуття кризи з рештою західного світу.

Після Другої світової війни концепція громадського здоров'я «народного здоров'я» (folkhälsa) почала набувати гегемонії в Північних країнах. Ключовим виміром у цій зміні перспективи було змінне відношення між індивідом і суспільством. Як і в загальному розвитку, в 1950-х - 1970-х роках серед ключових політиків все ще був сильний акцент на колективному рівні, а індивід розглядався як частина цілого. Таким чином, конотації до довоєнних концептуалізацій, включаючи вертикальний підхід, пов'язаний з євгенікою, залишалися в силі. Поступово колективістський фокус почав відкриватися для більш індивідуалістичних уявлень, таких як неолібералізм і нове громадське здоров'я.

Неокласичні економічні ідеї почали впливати також на Північні країни приблизно в 1990-х роках, головним чином через вплив міжнародних організацій, таких як ЄС і ОЕСР, та після кризи соціальної демократії. Організований бізнес просував нові ідеї ринкової ефективності та бюджетної економії. Як і в інших місцях, ці нові ідеї центральної ролі ринкового механізму кинули виклик попереднім колективістським ідеям, таким як «народне здоров'я». Нові ідеї знову мали адаптуватися до минулих традицій, що створювало можливість для концептуальних інновацій та місцевих варіацій.

У цьому процесі створення концептуальних мостів від старого до нового взаємодія між медичною наукою та політикою була центральною в Північних країнах. Традиційно політика Північних країн сильно покладалася на експертів та експертні знання.

Дисципліна охорони здоров'я була заснована в Європі після промислової революції, коли швидка урбанізація, погані санітарні умови та інфекційні захворювання становили серйозну загрозу для населення. Одним із піонерів громадської охорони здоров'я був Джон Сноу, якого часто вважають батьком громадської охорони здоров'я за його дослідження спалаху холери в Лондоні в

1854 році. Він простежив джерело інфекції до зараженої водяної помпи та рекомендував її видалити, фактично зупинивши епідемію.

Введення детермінант здоров'я спричинило зсув до розуміння здоров'я з цілісної точки зору, а також до більшого визнання внеску громадської охорони здоров'я в здоров'я населення. Існує кілька структур для концептуалізації систем охорони здоров'я, що підкреслює різкий контраст структур, унікальних для систем громадського здоров'я.

Постструктуралістський підхід Мішеля Фуко [18,19] та його концепції (біо)влади та урядування надихнули численні дослідження в галузі медичної історії та медичної соціології, такі як відомі роботи Девіда Армстронга та Ніколаса Роуза [20, 21]. Дослідники, які безпосередньо займаються громадським здоров'ям з підходом Фуко, включають Алана Петерсена [22] та Дебору Луптон [23], а також Сінгілда Валльгорду [24], які вивчали політику громадського здоров'я Данії та Швеції, як політичні апарати, чия мова, дискурс і стратегії приховують владні відносини, конструювання нових видів ідеальних громадян та (само)урядування, накладеного на індивідів.

У 2000-х роках небагато досліджень аналізували концепти громадського здоров'я з явно (або навіть неявно) концептуально-історичної перспективи. Роботи, наприклад, Кварселя і Йоханіссон датуються 1990-ми роками, тоді як Валльгорда, незважаючи на свій фукоянський підхід, явно обмежує своє дослідження «прагматичним» підходом, хоча й визнає, що *folkhälsa/folkesundhed* могли б отримати користь від концептуально-історичного аналізу [25-27]. З більш нещодавніх робіт, які займаються цим дослідницьким вакуумом, можна згадати роботи двох авторів: Аніки Берг та Мінни Хар'юли. Берг вивчала громадське здоров'я (*folkhälsa*) як ідеологію у розвитку шведської держави добробуту. У своїй дисертації вона осперює уявлення про громадське здоров'я як однорідний, цілісний проект; більше того, вона критично розглядає *folkhälsa*, а також *folk* як еластичні, трансформативні концепції, а також відстежує транснаціональні виміри та наслідки *folkhälsa* [28]. У своєму всебічному дослідженні фінської політики охорони здоров'я у двадцятому столітті Хар'юла включає аналіз концептуального розвитку.

Вона відстежує переплетені та перекриваючі розвитки ключових концепцій, таких як расова гігієна (rotuhygienia), громадське здоров'я (kansanterveys) та політика населення (väestöpolitiikka), критично досліджуючи їх використання та значення [29].

Основна увага в роботі ВООЗ у перші 30 років була спрямована на боротьбу з інфекційними захворюваннями, зокрема через її глобальні кампанії та кампанії на національному рівні щодо викорінення віспи та малярії. У тому ж ключі «міжнародна охорона здоров'я» у провідних академічних центрах громадської охорони здоров'я в розвиненому світі, де вони займалися питаннями охорони здоров'я за кордоном, також була в основному зосереджена на контролі захворювань.

Зміни, які мали змінити як розуміння, так і практику міжнародної охорони здоров'я, відбулися в 1970-х роках з двох сторін. По-перше, у розвинених країнах відбувся зсув від фокусу на індивідуальній профілактиці до підходу, який визнає необхідність побудови «здорової державної політики». Політичні документи – зокрема знаменита доповідь Лалонда в Канаді 1974 року [30] – почали пропагувати ідею про те, що здоров'я людини є результатом багатьох різних впливів, включаючи гени, поведінку, соціальне середовище та медичні служби [31]. Це узаконило зосередження уваги на цих ширших детермінантах здоров'я в політиці та дослідженнях як на національному, так і на міжнародному рівнях. Одночасно ВООЗ, натхненна своїм харизматичним генеральним директором д-ром Халфданом Малером, у 1978 році сформулювала Алма-Атинську декларацію про первинну медико-санітарну допомогу [32]. Завдяки зосередженню уваги на глибинних причинах поганого здоров'я, рекомендаціям щодо міжгалузевих дій та сприянню широким політичним та економічним змінам, Декларація була як свого часу політично, так і випереджала його у своїх радикальних рекомендаціях щодо відновлення організація охорони здоров'я та охорони здоров'я.

Ці події допомогли змінити розуміння масштабів міжнародної охорони здоров'я з його історичного акценту на тропічні хвороби та транскордонний інфекційний контроль. Протягом 1980-х і 1990-х років інтерес до економіки

охорони здоров'я, що з'явився після криз держав загального добробуту в багатих країнах, і застосування цієї дисципліни до служб охорони здоров'я в країнах, що розвиваються, також сприяли подальшому розширенню перспектив цієї галузі. У ці десятиліття також спостерігався ріст вертикальних програм для боротьби з ключовими захворюваннями, частково спричинений появою епідемії ВІЛ/СНІДу. Ця подія сприяла більшій дискусії серед практикуючих медичних працівників у всьому світі щодо способів запобігання шкідливому впливу вертикальних програм на вимогу комплексної первинної медичної допомоги, яка виникла в Алма-Аті [33].

Починаючи з 1990-х років, частина академічних кіл громадської охорони здоров'я, а також учасники кампаній і зацікавлені політики продовжували займатися соціальними факторами, які обмежують здатність людей вести здоровий спосіб життя. Зосередження уваги на регулюванні практики маркетингу тютюнової та харчової промисловості національними та міжнародними органами охорони здоров'я є двома яскравими прикладами цього. Нещодавня доповідь Комісії ВООЗ із соціальних детермінант здоров'я посилила цей акцент на «вихідних» факторах, які визначають здоров'я в усьому світі [34]. У результаті науковці, політики та практики з усіх видів дисциплін зробили свій внесок у дебати про здоров'я.

Таким чином, концептуальний підхід до «громадського здоров'я» можна охарактеризувати як міждисциплінарний підхід, який дозволяє департаментам охорони здоров'я поєднувати практику з політикою, щоб зміни відбувалися на місцевому рівні. Цей підхід використовує партнерства серед різних секторів - громади, промисловості, академічних установ, охорони здоров'я, місцевих урядових установ тощо - для досягнення позитивних результатів у сфері здоров'я.

Щоб повністю зрозуміти різницю між «громадським здоров'ям» і охороною здоров'я громади, необхідно спочатку розглянути, що об'єднує ці дві концепції. Громадське здоров'я населення, яке висувається на передній план у рамках переходу системи охорони здоров'я до ціннісно-орієнтованої медицини, висвітлює багато концепцій, вбудованих в охорону здоров'я громади.

Громадське здоров'я населення відрізняється від інших концепцій, орієнтованих на пацієнта та особу, своїм підходом, орієнтованим на результати.

Громадське здоров'я охоплює групу осіб, які мають певні спільні ознаки, впроваджує втручання в галузі охорони здоров'я та оцінює, як це втручання вплинуло на результати у сфері здоров'я.

Наприклад, стратегія управління здоров'ям населення може бути спрямована на людей з діабетом у певній клініці первинної медичної допомоги. Лікарі можуть відстежувати ключові показники здоров'я, такі як рівень глюкози в крові, та впроваджувати втручання, спрямовані на зниження цих показників. Стратегія здоров'я населення буде відстежувати ці показники, інформувати про зміни в стратегії та зрештою працювати над кінцевою метою, зазвичай скороченням витрат на охорону здоров'я.

Однак громадське здоров'я населення не обов'язково має охоплювати групу пацієнтів із тією ж хворобою. Населення може складатися з осіб, які живуть у певному географічному регіоні, працюють в певному офісі або на конкретного роботодавця, або стикаються з певним набором соціальних обставин.

Охорона здоров'я громади поділяє ті ж самі цілі. Особи, залучені до охорони здоров'я громади, прагнуть покращити здоров'я певного населення, підвищити показники здоров'я та зрештою знизити витрати.

Що робить концепцію охорони здоров'я відмінною від громадського здоров'я- це не що, а як. Організації охорони здоров'я, які очолюють програми управління здоров'ям населення, інтегрують охорону здоров'я громади як частину цієї програми. Охорона здоров'я громади залежить від соціальних послуг і координації. Охорона здоров'я громади є однією зі стратегій у рамках більшої програми управління здоров'ям населення.

"Охорона здоров'я громади є багатосекторним і багатодисциплінарним спільним підприємством, яке використовує науку про громадське здоров'я, стратегії, засновані на доказах, та інші підходи для взаємодії та роботи з громадами у культурно відповідний спосіб, щоб оптимізувати здоров'я та якість життя всіх осіб, які живуть, працюють або іншим чином активні в певній громаді або громадах,"- пишуть Гудман та його колеги [35].

Спираючись на справедливість у сфері охорони здоров'я та соціальні детермінанти здоров'я, медичні працівники та представники громади можуть розробляти програми охорони здоров'я громади, які відповідають ключовим соціальним потребам, що зрештою впливають на здоров'я людини.

Еволюція охорони здоров'я призвела до суттєвих змін у підходах до покращення здоров'я членів громад. У Сполучених Штатах ці зміни відображають вплив багатьох подій у сфері охорони здоров'я, зосереджених на громаді, включаючи створення програм національного рівня, затверджених Конгресом, створення спеціальних урядових підрозділів на федеральному рівні та рівнях штатів, а також впровадження інноваційних програм охорони здоров'я на рівні громади різними організаціями. Наприклад, у 2011 році федеральні Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC) створили організаційний підрозділ із охорони здоров'я громади, щоб очолити реалізацію деяких ухвалених Конгресом ініціатив, таких як «Спільноти запроваджують профілактику на роботу» (CPPW), «Расові та етнічні підходи» та інших програм, спрямованих на покращення стану здоров'я в громадах [36].

Існуючі визначення громадського здоров'я – включно з тими, що представлені вище в академічних закладах і державних установах – не можуть окреслити розширену сферу громадського здоров'я в практичних установах громадської охорони здоров'я, як це показано в багатьох сучасних програмах, і, отже, можуть не задовольнити потреби громад, яким призначені такі програми. Тим не менш, ці визначення надають важливі підказки, які допомагають сформулювати значення здоров'я громади в контексті нових програм і пріоритетів. Ці підказки розділені на чотири основні напрямки, які разом допомагають сформулювати визначення здоров'я громади.

Перша сфера уваги - «спільнота» охоплює групи населення та локус (наприклад, місце, місце проведення чи іншу одиницю) програм, втручань та інших дій. Ці елементи можуть збігатися і, отже, не є взаємовиключними, і включають: (і) як запропоновано МакКвіном та його колегами, «група людей з різними характеристиками, які пов'язані соціальними зв'язками, мають спільні погляди та

беруть участь у спільних діях. у географічних положеннях або налаштуваннях» [37]; (ii) місця чи зони, які ідентифікуються з основними видами діяльності, такими як проживання, робота, освіта та відпочинок; і (iii) місця проведення або території, які визначені фізично, географічно, культурно, адміністративно або геополітично. Приклади останнього включають групи осіб, які визначаються за місцевістю (наприклад, квартал, околиці, район, село, місто, місто, округ, регіон тощо), або які визначаються (іноді самі визначаються) за расово-етнічною, вік або інші характеристики. Більшість людей є членами різних типів спільнот (наприклад, фізичних, робочих, соціальних, духовних), які можуть мати різні пріоритети, потреби, культуру та очікування.

Другу сферу - «здоров'я» можна визначити інакше, залежно від досвіду та очікувань громади. Визначення здоров'я в даній громаді може додатково визначити підприємство охорони здоров'я громади та те, як здоров'я громади вводиться в дію (наприклад, методи, заходи, процес і результати, що використовуються для реалізації заходів щодо охорони здоров'я громади в даному місці).

Третя сфера – «втручання» охоплює сферу втручання(ів), які здійснюються в громаді, і відображає внесок, потреби, перспективи та цілі громад, які працюють над покращенням свого здоров'я. Це може включати такі заходи, як створення безпечного та здорового середовища; забезпечення справедливості в охороні здоров'я для всіх членів громади, впровадження програм зміцнення здоров'я та запобігання хворобам і травмам; та сприяння зв'язкам між громадськими та клінічними програмами та іншими ресурсами для підтримки здоров'я [38].

Останній напрямок - «наука про здоров'я громади» охоплює методи, які використовуються в галузі для розробки та оцінки доказової бази, яка лежить в основі концепції, розробки, реалізації, оцінки та поширення втручань. Охорона здоров'я громади спирається на безліч прикладних і теоретичних питань громадської охорони здоров'я, медичних та інших наукових дисциплін з точки зору методів (наприклад, епідеміологія та оцінка) та досвід (наприклад, ефективність профілактики, економіка охорони здоров'я, антропологія, демографія, політика, медична освіта, поведінкові науки та право). Проте доказова база щодо здоров'я

громади може бути за своєю суттю обмеженою через відсутність консенсусу чи навіть загальної згоди щодо визначення та масштабу цільової «громади». Через складність роботи в громадах «чисті» наукові методи, які використовуються в плануванні експерименту, часто не є актуальними та не можуть бути застосовані безпосередньо. Таким чином, одна з найбільших проблем також представляє можливість для галузі «здоров'я громади» розробити інноваційні методи, які враховують складність спільнот, варіативність у тому, як визначається здоров'я в громадах, і як можна отримати докази, які відображають реальність спільнот, у яких люди живуть, працюють і грають [39].

Таким чином «громадське здоров'я» можна визначити як підгалузь охорони здоров'я, спрямована на поліпшення стану здоров'я і загального благополуччя населення в цілому, а не окремих пацієнтів. Термін "громадське здоров'я", що використовується переважно для опису практики та політики в галузі охорони здоров'я місцевих і федеральних органів влади, охоплює широкий спектр обов'язків, відповідальності та роботи, які спрямовані на забезпечення позитивних результатів у сфері охорони здоров'я для населення та всіх різних спільнот, що його складають. «Здоров'я населення» - це частина громадського здоров'я, спрямована на поліпшення благополуччя і стану здоров'я певної групи людей або спільноти в межах суспільства в цілому. Хоча терміни "здоров'я населення" і "громадське здоров'я" іноді використовуються як взаємозамінні - і навіть можуть стосуватися однієї і тієї ж групи - медичні працівники, які працюють у сфері охорони здоров'я населення, зазвичай зосереджують свої зусилля на дуже специфічних групах, що визначаються такими загальними демографічними факторами, як географічне розташування, етнічна приналежність, вік або спільна інвалідність. Так само, як і фахівці громадського здоров'я, фахівці у сфері охорони здоров'я населення можуть працювати в дослідницькому середовищі або безпосередньо з членами спільноти, вирішуючи їхні проблеми зі здоров'ям.

1.2 Система охорони здоров'я: теоретичне підґрунтя та понятійний апарат

Визначення систем охорони здоров'я має величезні варіації, особливо щодо меж системи охорони здоров'я. Найбільш прийнятне визначення було дано Всесвітньою організацією охорони здоров'я у її Звіті про здоров'я у світі за 2000 рік [40]. Згідно з цим визначенням, системи охорони здоров'я можна розуміти як такі, що «включають усі організації, установи та ресурси, спрямовані на здійснення дій у сфері охорони здоров'я» [41, с. xi]. У розширеному визначенні Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що система охорони здоров'я «складається з усіх організацій, людей і дій, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я» [42, с. 2], а також компенсація за постійної непрацездатності, незалежно від того, чи є медичні агенти державними, державними, неурядовими чи приватними.

Як і інші соціально-економічні системи, система охорони здоров'я структурована діями чи бездіяльністю держави для досягнення певних соціальних цілей. Держава приймає свідомі рішення щодо структурування системи для досягнення певних цілей або не вживає жодних дій, дозволяючи системі стати системою вільного ринку. Простіше кажучи, *система охорони здоров'я - це засіб досягнення мети*. Він існує та розвивається, щоб служити потребам суспільства. Згідно з цією парадигмою, система охорони здоров'я - це набір відносин, у яких засоби - структурні елементи системи - *причинно* пов'язані з цілями.

Систему охорони здоров'я можна концептуалізувати принаймні на двох рівнях: макро- та мікрорівнях. На макрорівні увага зосереджена на *загальних аспектах* діяльності сектору охорони здоров'я. Ці виміри включають ступінь рівного доступу до основних медичних послуг, покращення якості та розподілу стану здоров'я населення, адекватність захисту для всіх від зубожіння, викликаного катастрофічними витратами на медичне обслуговування, та ефективність системи у створенні цих сукупних результати. Іншими словами, цей рівень розглядає загальний розмір, форму та функціонування «слона», яким є сектор охорони

здоров'я, а не поведінку на мікрорівні та динаміку окремих фірм і домогосподарств [43]. В ідеалі мікроекономічна теорія окремих домогосподарств і фірм пояснювала б явища макрорівня, а сукупна поведінка окремих домогосподарств і фірм додавала б загальний результат. Однак це не так. Крім того, мікроекономічна теорія не змогла запропонувати адекватних пояснень основних структурних особливостей, які є спільними для більшості систем охорони здоров'я та впливають на макрорезультати. Ілі національної системи охорони здоров'я можна визначити з історії законодавства країни та програмних документів. Відбувається зближення поглядів у всьому світі щодо цілей; а саме покращення здоров'я людей, попередження пов'язаного зі здоров'ям зубожіння та отримання суспільної підтримки та задоволення. Справедливий розподіл цих благ слід розглядати разом із їхнім середнім рівнем. У той же час, оскільки ресурси обмежені, а країни змушені оптимізувати ці цілі через бюджетні обмеження, доступність часто вказується як важлива мета системи охорони здоров'я. Ці цілі можна розкласти на їхню справедливість та ефективність, фактично виходячи за межі звичайних економічних проблем, які зосереджені виключно на ефективності [44].

Таблиця 1.1 - Цілі системи охорони здоров'я

Цілі (результати)	Розміри результатів	Середній рівень	Ступінь справедливості в розподілі
Стан здоров'я	Показники здоров'я	Високий рівень здоров'я	Рівний доступ до медичних послуг
Захист від ризику	Ефективність страхування	Фінансова безпека	Рівний доступ до захисту від ризиків
Задоволеність споживачів	Вимірювання задоволеності	Високий рівень задоволеності	Однаковий рівень задоволеності для всіх груп
	Високий рівень задоволеності	Високий рівень задоволеності	Однаковий рівень задоволеності для всіх груп

У таблиці 1.1 наведено підсумок цих кількох цілей, а також ілюструє можливі компроміси між ними. Досягнення кількох цілей за бюджетних обмежень вимагає складних компромісів. Кожна нація має боротися з двома типами компромісів: міжгалузевими та внутрішньогалузевими. Вирішуючи, скільки загалом витратити на охорону здоров'я (тобто бюджетне обмеження для всього сектору), уряди також мають враховувати відносні вигоди від витрат на сектори, не пов'язані з охороною здоров'я - освіта, житло, охорона навколишнього

середовища, дослідження та оборона - з точки зору покращення результатів для здоров'я, а також інших суспільних цілей.

Внутрішньогалузеві компроміси також слід враховувати при виборі способів досягнення різних цілей у системі охорони здоров'я. Наприклад, на межі існує компроміс між покращенням середнього рівня стану здоров'я в країні та досягненням справедливого розподілу стану здоров'я. Часто основні політичні дебати можуть не враховувати ключові компроміси. Наприклад, загальний аргумент економістів - що збільшення прямого фінансування з власної кишені пацієнтів покращить економічну ефективність - ігнорує можливі наслідки більшої нерівності у стані здоров'я для бідних. Але рідко ці компроміси є явними або очевидними для громадян країни. Неявні межі для обміну між різними цілями існують у глибоко вкорінених історичних процесах, а також у фундаментальних соціальних цінностях, які обмежують діапазон доступних варіантів реформ. Системи охорони здоров'я європейських країн, наприклад, глибоко вкорінені в егалітарних традиціях, і політичні пропозиції, які порушують цю основну основу справедливості, мало загалом привабливі, незалежно від того, наскільки вони підвищують ефективність [45]. З іншого боку, система охорони здоров'я Сполучених Штатів має коріння в лібертаріанських традиціях. Обов'язкове медичне страхування для всіх американців залишається недосяжним після більш ніж 60 років публічних дебатів [46].

Найчастіші дебати точаться про компроміс між ефективністю та справедливістю в системі охорони здоров'я. Наприклад, кожна країна має знайти баланс між виключенням співстрахування для покращення рівного доступу до охорони здоров'я та запровадженням співстрахування для підвищення ефективності або між інвестуванням у найсучасніші дорогі методи лікування раку для підвищення середнього рівня здоров'я та будівництво лікарень у віддалених районах для покращення рівності в охороні здоров'я.

В архітектурі системи охорони здоров'я існує п'ять основних причинно-наслідкових структурних елементів (засобів), визначених попередніми

дослідженнями, для досягнення цих цілей: фінансування, організація, оплата, регулювання та переконання [47].

Розглянемо короткий зміст кожного. Фінансування означає спосіб мобілізації грошей і їх використання. Це головний структурний елемент, який впливає на результати, такі як стан здоров'я та його розподіл, а також захист від ризику. Фінансування складається щонайменше з чотирьох основних інструментів: методів фінансування, розподілу коштів, нормування та інституційних механізмів фінансування [48].

Існує п'ять методів фінансування охорони здоров'я, одним з яких є національна (або соціальне) система медичного страхування. Інші методи включають загальний дохід, приватне страхування, фінансування громади та оплату з власної кишені. Вибір основних методів фінансування визначає обсяг коштів, доступних для охорони здоров'я, хто несе фінансовий тягар, хто контролює та розподіляє ресурси.

Метод, обраний для фінансування охорони здоров'я, значною мірою визначає тип організації (тобто державна, квазідержавна, некомерційна приватна або комерційна приватна), яку необхідно створити для адміністрування програм фінансування та розподілу ресурсів. Трансакційні витрати, політичний вплив і управління залежать від різних форм організації. Наприклад, громадські організації (наприклад, національні агентства охорони здоров'я) піддаються більшому впливу політики, тоді як квазідержавні організації (наприклад, незалежні агентства фонду соціального страхування) - менше. Відповідно впливає на розподіл ресурсів і шанси для корупції.

Після мобілізації фінансові ресурси мають бути виділені на різні види медичної допомоги. Критерії розподілу враховують такі фактори, як рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян, підвищення рівня здоров'я, страховий захист і задоволення потреб населення. Будь-які обґрунтовані медичні послуги, які державна або громадська система охорони здоров'я не може запропонувати безкоштовно (або надати в достатній кількості, щоб задовольнити попит пацієнтів

через бюджетні обмеження), повинні бути нормовані за такими методами, як ціна, час очікування або нижча якість. .

Організація надання медичної допомоги. Організація відноситься до широкої структури, яка використовується для організації надання медичної допомоги. Це в першу чергу впливає на те, як організовані та керовані окремі постачальники послуг охорони здоров'я. Міжнародний досвід показує, що рішення щодо організації суттєво впливають на ефективність і якість медичних послуг і доступність. Ці результати, у свою чергу, впливають на стан здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я та рівень задоволеності населення.

Організація надання послуг включає чотири варіанти: конкуренція, власність, децентралізація та інтеграція. Можливо, найважливішим вибором є те, чи покладатися на державні установи, що фінансуються державою, чи дозволити приватним постачальникам відігравати важливу роль у наданні медичних послуг. Міжнародний досвід показує, що державні заклади охорони здоров'я, як правило, менш ефективні та менш зручні для користувачів. Крім того, нація може створити конкуренцію між державними та приватними постачальниками. Проте, як зазначалося вище, серйозні ринкові провали є звичайним явищем на ринку медичних послуг. Комерційні заклади можуть займатися збиранням вершків, підвищенням цін і стимулюванням попиту. Усунення цих недоліків ринку та підтримання ефективної конкуренції потребують надійних платіжних систем і правил.

Оплата стосується методів, за допомогою яких ресурси, залучені шляхом фінансування, виплачуються окремим особам і організаціям. Оплата є основним інструментом для створення стимулів і, таким чином, може мати вимірний вплив на ефективність і якість наданих медичних послуг. Система оплати для постачальників медичних послуг складається з двох частин: метод оплати та розмір оплати за одиницю. Перше створює два різних види стимулів для пацієнтів і постачальників - фінансову винагороду та ризик. Різні методи оплати перекладають фінансовий ризик на різних учасників системи [49].

Структура стимулів, встановлена для постачальників, впливає на вартість, ефективність і якість медичних послуг. Постачальники можуть отримувати оплату різними методами (наприклад, платою за послугу, зарплатою, подушною оплатою або за прийом, скоригованим відповідно до комбінації випадків), і кожен метод по-різному впливає на поведінку постачальників. Оплата праці лікарів (або медсестер) також впливає на те, який метод лікування оберуть лікарі, як надаватимуться послуги, скільки годин працюватимуть практикуючі лікарі та скільки кваліфікованих лікарів увійде на ринок для надання послуг. Оплата також має потужний вплив на лікарні з точки зору того, як вони організовують і керують своєю діяльністю та персоналом; чи поєднують вони профілактичні, первинні та третинні послуги; і якість медичного обслуговування, яке вони надають.

Регулювання стосується використання урядом своєї сили примусу для накладення обмежень на організації та окремих осіб. Ефективне регулювання вимагає гарного дизайну та формулювань, а також здатності уряду забезпечити виконання. У встановленні та виконанні правил може бути багато помилок. Крім того, регулюючі органи можуть бути захоплені - замість того, щоб захищати суспільні інтереси, «захоплений» регулюючий орган може сприяти інтересам регульованих.

У системах охорони здоров'я правила встановлюються для чотирьох основних цілей: (1) забезпечити безпеку для покращення здоров'я населення в цілому; (2) встановити правила гри для транзакцій та обміну з метою підвищення ефективності та якості медичних послуг; (3) підвищити соціальну рівність шляхом забезпечення доступу кожного до основного медичного обслуговування; та (4) виправити недоліки ринку з метою підвищення ефективності та якості продуктів охорони здоров'я та страхування.

Приватний сектор і уряд мають один додатковий і потужний засіб для досягнення цілей системи охорони здоров'я: впливати на переконання, очікування, спосіб життя та уподобання людей за допомогою реклами, освіти та поширення інформації. Приватні комерційні фірми здавна використовують рекламу для інформування населення та збуту своєї продукції. Ці реклами значною мірою

формують наші переконання та уподобання [50]. Уряди також впливають на наші переконання, очікування, симпатії та антипатії через освіту, інформацію та навчання. Гарними прикладами є антитютюнова кампанія, яку проводять уряди в усьому світі, а також кампанії з харчування та фізичних вправ у Сполучених Штатах. Подібним чином уряд провінції Тайвань у Китаї здійснює основні програми громадської освіти в галузі медичної освіти, профілактики та пропаганди. Однак їх вплив не було систематично оцінено доказами.

Переконання також має потужний вплив на сторону пропозиції. Професійна етика викладається в медичних школах і прищеплює переконання, що лікарі повинні збалансувати соціальні переваги та власні інтереси. Інтернет виявляється потужним засобом переконання, як активно з боку урядів і приватного сектору, так і пасивно, оскільки люди дізнаються про ризики для здоров'я та можливості лікування.

Підсумок цілей і засобів. Рисунок 1.1 ілюструє зв'язок між структурними елементами (засобами) і результатами (цілі). Цю структуру доцільно використати щоб проаналізувати та пояснити, як на зміни в результатах, що виникають внаслідок запровадження національної системи медичного страхування, ймовірно, вплинуть характеристики її структури з точки зору п'яти описаних вище засобів.

Системи охорони здоров'я концептуалізувалися різними способами. Ремер (1991) визначає систему охорони здоров'я як «поєднання ресурсів, організації, фінансування та управління, що завершується наданням медичних послуг населенню» [51]. Це визначення підкреслює вхідні вимоги системи охорони здоров'я. Визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (2000) включає «всі види діяльності, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я» [52]. Замість того, щоб наголошувати на таких вхідних ресурсах, як ресурси, це визначення зосереджується насамперед на аспектах кінцевих результатів системи охорони здоров'я. Незалежно від визначення, система охорони здоров'я має включати наступні два основні компоненти: перший компонент – це мета системи охорони здоров'я, тобто боротися зі здоров'ям і хворобами суспільства, а другий компонент – це набір механізмів, які змінюють здоров'я.

пов'язаних ресурсів у послуги охорони здоров'я для досягнення мети системи охорони здоров'я.

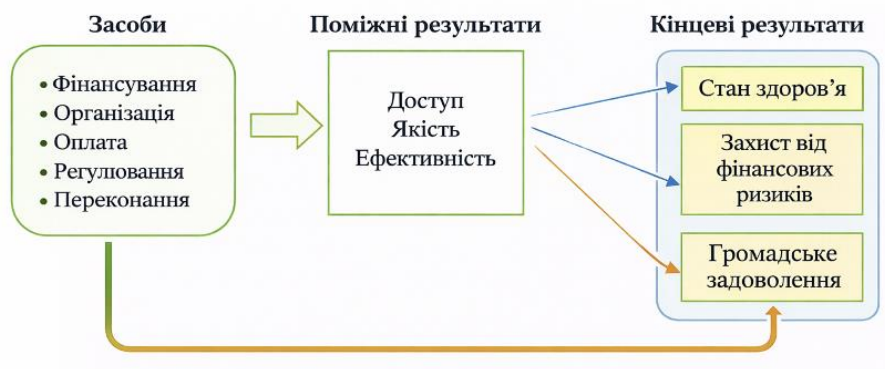


Рисунок 1.1. Архітектура системи охорони здоров'я (Складено автором)

Незважаючи на те, що системи охорони здоров'я різняться в різних країнах, усі вони включають подібні структурні компоненти (див. Рис.1.2.): постачальників медичних послуг, споживачів медичних послуг, фінансові агенції охорони здоров'я, постачальників ресурсів та державні/регулюючі органи. Кожен компонент безпосередньо пов'язаний з іншими чотирма компонентами. Наприклад, постачальники медичних послуг надають медичні послуги споживачам, отримують платежі від фінансової агенції для відшкодування вартості медичних послуг, дотримуються правил, встановлених регулюючим органом, і отримують ресурси від постачальників ресурсів.



Рисунок 1.2. Загальна структура систем охорони здоров'я (Складено автором)

Варіації виникають через індивідів, які входять до складу компонентів, того, як індивіди функціонують колективно, важливості кожного компонента в системі та зв'язків між компонентами конкретної системи охорони здоров'я. Наприклад,

усі системи охорони здоров'я мають агенції, що фінансують охорону здоров'я. Однак ці агентства відрізняються: від урядів до приватного медичного страхування та самих окремих споживачів. У деяких системах охорони здоров'я уряди є основними установами, що фінансують охорону здоров'я; в інших випадках оплата з власної кишені є основним джерелом фінансування охорони здоров'я; тобто окремий споживач медичних послуг виступає в ролі фінансової агенції охорони здоров'я. Відносини між установами, що фінансують охорону здоров'я, і постачальниками медичних послуг базуються на договірних угодах про оплату подушних платежів або плату за послуги.

Системи охорони здоров'я включають усі установи, організації та ресурси, призначені для зміцнення, підтримки або відновлення здоров'я. Система охорони здоров'я виконує важливі функції, включаючи надання послуг, а також людські, грошові та фізичні ресурси, які роблять можливим надання цих послуг. Ці ресурси можуть включати будь-який внесок у неофіційну особисту охорону здоров'я або державні чи приватні професійні медичні та медичні послуги. Основною метою всіх послуг є зміцнення здоров'я за допомогою профілактичних або лікувальних заходів. Система охорони здоров'я повинна не тільки прагнути досягти найвищого середнього рівня стану здоров'я населення, але й одночасно прагнути зменшити відмінності між здоров'ям окремих людей і груп. Таким чином, спосіб організації, управління та фінансування систем охорони здоров'я впливає на якість життя, сприяє нерівності у здоров'ї та впливає на те, як можна покращити становище малозабезпечених. Оскільки всі групи населення, включно з малозабезпеченими, стикаються з обставинами повсякденного життя, вони можуть потребувати захисту від ризиків для здоров'я. Наприклад, житло може бути активом, але є багато доказів того, що це зазвичай не так для бідних. Тому всі державні служби, включаючи системи охорони здоров'я, несуть важливу відповідальність за забезпечення справедливого ставлення до людей у доступний спосіб і відповідно до прав людини. Нерівність у здоров'ї впливає на загальну ефективність систем охорони здоров'я.

Системи охорони здоров'я є складними та адаптивними з різноманітними функціями (організація, управління, фінансування, генерація ресурсів та розподіл), які можуть бути змінені політикою, політикою та економікою (рис. 1.3). Ці функції створюють динамічні результати служб громадської охорони здоров'я та індивідуальних служб охорони здоров'я, які можна вивчати, досліджуючи ефективність, результативність, справедливість та здатність реагувати на виклики. Системи охорони здоров'я також можна досліджувати в різних масштабах, від національного до регіонального і місцевого. В ідеальній системі охорони здоров'я існує велика кількість ресурсів, які розподіляються ефективно та справедливо. Ці ресурси, однак, не безмежні і потребують підзвітності та прозорого управління. Дослідники охорони здоров'я повинні допомогти визначити, як можна оптимізувати управління ресурсами в усіх сферах, включаючи фінанси, інфраструктуру, персонал і технології.

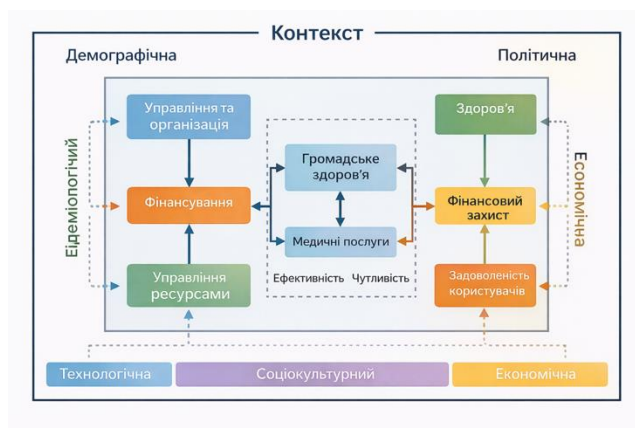


Рисунок 1.3. Структура аналізу системи охорони здоров'я (Складено автором)

Зв'язок між громадським здоров'ям, соціальними детермінантами здоров'я та державною політикою є складним і постійно змінюється. Через пандемію коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) дослідники продемонстрували вплив національних суспільних цінностей, систем громадського здоров'я та систем охорони здоров'я на різноманітні результати від профілактики до госпіталізації та лікування. Кожна країна та громада робить свій вибір щодо надання медичної допомоги та медичної допомоги своєму населенню. Політичні системи та соціокультурні норми допомагають розвивати систему охорони здоров'я, тоді як

критичні події, такі як епідемії чи зміни уряду, можуть створити драматичний гострий вплив на систему охорони здоров'я.

Сучасні системи охорони здоров'я більш-менш не функціонують. З одного боку, сучасна медицина забезпечує ефективну терапію все більшої кількості захворювань. Така ефективність зумовлена, серед іншого, великими сумами грошей, інвестованими в системи охорони здоров'я та медичні дослідження в розвинених країнах. З іншого боку, однак, системи охорони здоров'я страждають від багатьох патологій. Їх можна спостерігати на різних рівнях, таких як соціальний, управлінський, медичний, практичний і науковий. По-перше, велика кількість людей має дуже обмежений доступ до медичної допомоги не тільки в країнах, що розвиваються. Кількість лікарів на 10 тис. населення, як один із аспектів доступу до медичної допомоги, не надто висока, наприклад, становив в Україні 30 (2020 р.), Китаї 25 (2021 р.), Німеччині 45 (2021 р.). Дивно, але США не мають найвищого коефіцієнта 36 (2021 р.), тоді як Грузія має 56 у 2022 р., Куба 94 (2021 р.), Російська Федерація 38 (2022 р.) [53].

Системи охорони здоров'я можуть бути організовані на рівні держави різними способами. Нижче коротко нагадуємо основні типи систем охорони здоров'я. У статті "Systems theory approach to the health care organization on national level" автори Анджей Белецький та Роберт Стокі досліджують застосування теорії систем до організації охорони здоров'я на національному рівні. Використовуючи методи кібернетики та системної теорії, автори аналізують структуру та функціонування національних систем охорони здоров'я, зосереджуючи увагу на взаємодії між різними елементами системи. Вони розглядають ключові фактори, що впливають на ефективність системи охорони здоров'я, такі як управління, фінансування, організація та регулювання. Автори також обговорюють можливості оптимізації системи через впровадження інноваційних підходів та технологій [54]. У цій статті проаналізовано їх властивості з точки зору теорії ігор. Перш ніж розпочати кібернетичний аналіз систем охорони здоров'я, слід підкреслити, що енергія, у кібернетичному розумінні, є засобом, який дозволяє системі підтримувати своє існування та виконувати дії. У системі охорони здоров'я, крім

фізичної енергії, роль енергії відіграють, наприклад, електроенергія та опалення, необхідні для функціонування лікарень, а також гроші.

Тип 1: Залишкова система. У системах охорони здоров'я цього типу медичні послуги повністю і негайно оплачуються пацієнтами, а в обмін на це вони також надаються негайно. У зрозумілій первинній системі цього типу всі медичні заклади є приватними. У системі остаточного медичного обслуговування медична послуга – це просто товар, який можна купити чи ні, залежно від власного рішення пацієнта. Сучасна система охорони здоров'я домінує в стоматології та ветеринарії. Історично це було характерно для більшості європейських країн XIX ст. Схема потоків попиту, послуг і грошей у такій системі представлена на рисунку 1.4.

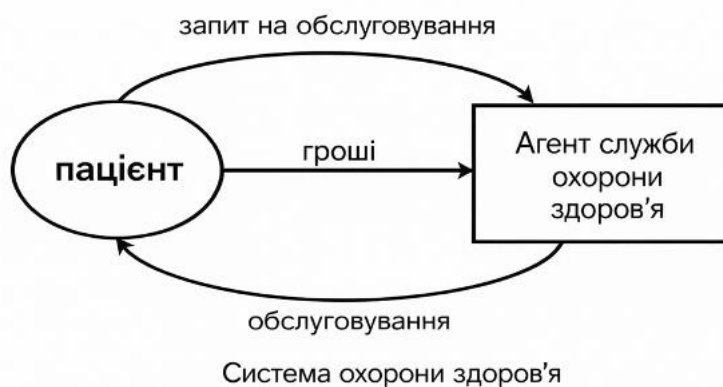


Рисунок 1.4. Схема взаємовідносин між агентами в приватній системі охорони здоров'я.

За цією моделлю організовані сучасні системи ветеринарної служби, а в більшості випадків стоматологічної. У цьому типі системи охорони здоров'я існують два типи агентів: пацієнти та агенти охорони здоров'я, тобто лікарі та лікарні (включаючи місцеві клініки). Ринок, на якому пропонуються платні медичні послуги, є агентським середовищем. Ця система охорони здоров'я є майже закритою, а це означає, що немає ані зовнішнього впливу на систему, ані надходжень до неї, крім грошей, зароблених пацієнтами. Крім того, система не впливає на інші сфери соціальної реальності. Таким чином, вся система є автономною. Кожен агент також є автономною системою. Акумулятор пацієнта містить тільки його особисті ресурси. Це означає, що засоби пацієнта в більшості випадків дуже обмежені, і це дозволяє йому купувати лише найпростіші послуги.

Що ще гірше, при важких захворюваннях, а також при хронічних хворий не має коштів. Тому можливості лікування цих типів захворювань обмежені лише найзаможнішими людьми, які становлять невелику частину суспільства. Аналізуючи цей тип системи з кібернетичної точки зору, можна виділити лише три типи взаємодії між агентами в цій системі: потік енергії (грошей) від пацієнтів до обслуговуючих агентів, таких як лікарі та лікарні, запит на послугу від пацієнта до обслуговуючого агента, і потік послуг від агентів обслуговування до пацієнтів. Немає взаємодії між лікарем і лікарнею. Лікар, який працює в лікарні, стає частиною її виконавця, а не відіграє роль окремої системи в цілісній системі охорони здоров'я. Агентами в розглянутій системі є лише ті лікарі, які займаються приватною практикою. Гра являє собою гру з нульовою сумою, згідно з якою всі гроші, сплачені пацієнтами, є доходом агентів з обслуговування. Це головна перевага всієї системи; немає засобів (кібернетичної енергії) для розсіювання. Крім того, немає затримок у потоках. Якісні цілі пацієнтів і обслуговуючих агентів не повністю узгоджуються. Це правда, що локальні (тактичні) цілі частково відповідають тому, що пацієнт хоче бути вилікуваним, а лікар хоче його вилікувати, щоб отримати гроші. З іншого боку, медичний агент хоче отримати якомога більше грошей, тоді як пацієнт хоче заплатити мінімальну суму грошей за послугу. Крім того, глобальні цілі суперечать одна одній. Пацієнт хоче бути здоровим, але це не інтерес агентів служби, тому що здорова людина не потребує медичної допомоги. Агенти мають повну свободу стратегічного вибору. З іншого боку, в ринковому середовищі оптимальні стратегії є певним чином вимушеними. Пацієнт може обрати будь-якого агента з обслуговування або звернутися до різних агентів одночасно. Вибір повністю залежить від нього, а сервісні агенти, які діють у ринковому середовищі, намагаються своїми послугами покрити потреби. Проте вся система не працює повністю. Через вищезазначену обмеженість ресурсів пацієнтів медичні послуги надаються лише незначній частині суспільства. Тому система охорони здоров'я далека від оптимального використання свого потенціалу.

Тип 2: Витрати на охорону здоров'я, що покриваються страховими компаніями: модель США. Ця система характерна для третього типу агентів, які є учасниками гри, якими є страхові компанії (див. Рис.1.5) . У цій системі пацієнти купують пакети медичних послуг у страхових компаній. Усі три типи агентів, агенти охорони здоров'я, пацієнти та страхові установи, є автономними системами. У разі хвороби пацієнт отримує фінансові ресурси, накопичені страховою компанією. Ефективність системи заснована на тому, що частота серйозних і хронічних захворювань відносно низька, а витрати на лікування поширених захворювань відносно низькі.

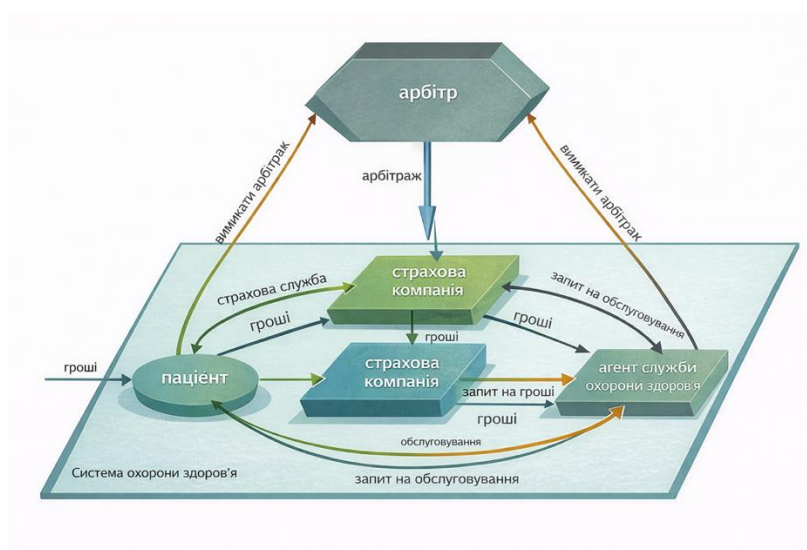


Рисунок 1. 5. Схема відносин між агентами в моделі США. (Джерело [54])

Тому страхові установи можуть ефективно виконувати роль додаткових акумуляторів усієї комплексної системи охорони здоров'я. У цьому перевага цієї системи перед першою моделлю; медичні послуги можуть бути запропоновані більшій групі людей, ніж у першому типі системи охорони здоров'я. Розбіжність цілей страхових компаній і двох інших учасників є найважливішим недоліком системи. Інтерес компанії полягає в тому, щоб отримати найвищу ціну за свою страховку і витратити якомога менше на покриття витрат на лікування. Інтерес лікарні та лікарів полягає в забезпеченні можливо високого надходження фінансових коштів для надання медичних послуг. Ця слабкість проявляється, серед іншого, у багатьох судових процесах, які закінчуються судом, зовнішнім арбітром.

Страхові компанії звертаються до суду за наявності приводу для відмови в оплаті лікування. З іншого боку, трапляється, що лікарні отримують гроші зі страхових компаній за фіктивні послуги. Часто умови страхування сформульовані нечітко, щоб ускладнити їх тлумачення. Це означає, що в грі існує вирішальний конфлікт тактичних (короткострокових) інтересів між страховими компаніями та підсистемою охорони здоров'я, яка складається з пацієнтів і медичних агентів. Вся система є автономною із зовнішнім арбітром, який вирішує конфлікти між опонентами. Через вищезгадані конфлікти відбувається розсіювання енергії у всій системі. Існує чотири типи потоків між агентами в цій системі: потік енергії (грошей) від пацієнтів до агентів медичних послуг і до страхових компаній; запити на обслуговування від пацієнтів до агентів медичних послуг і до страхових компаній; потік послуг від агентів охорони здоров'я та страхових компаній до пацієнтів; і звернення до зовнішнього арбітра з усіх типів агентів, а також рішення зовнішнього арбітра, які стають, відповідно до американської правової системи, новими правилами для всієї системи охорони здоров'я. Ще одним недоліком системи є затримки виплат зі страхових компаній, а також в арбітражах. Ця гра є грою з нульовою сумою в цілому, але грою з негативною сумою в підсистемі служби охорони здоров'я. Підвищення функціональних можливостей медичної частини системи потребує фінансування страхових компаній.

Тип 3: Витрати на охорону здоров'я, що покриваються фондами охорони здоров'я: німецька модель

За такою моделлю в Німеччині організовано медичне обслуговування. У Польщі ця модель існувала з 1 січня 1999 року до кінця березня 2003 року. Гроші сплачуються громадянами до центральної національної установи (Bundesversicherungsamt у Німеччині) і перерозподіляються між фондами охорони здоров'я пропорційно кількості їхніх членів (див. Рис.1.6) У системі присутній не лише єдиний внутрішній організатор – Національний фонд здоров'я, але й зовнішній організатор – насамперед МОЗ, який контролює всю систему.

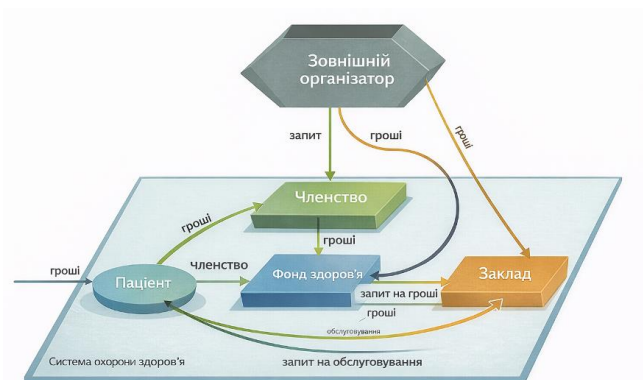


Рисунок 1.6. Схема відносин між агентами в німецькій моделі (Джерело [54])

. Внутрішній організатор контролює агентів медичної служби, а зовнішній організатор контролює як внутрішнього організатора, так і агентів медичної служби. Це означає, що пацієнти, які формально є автономними системами (організатори не контролюють їх безпосередньо), на практиці не мають можливості вибирати стратегію. Через централізований контроль над величезною системою виникають великі затримки в контролі. Крім того, існує не тільки величезне розсіювання енергії на кожному рівні системи, але й система надзвичайно неефективна, вищезгадана відсутність можливості використання всього потенціалу агентів охорони здоров'я. Хоча в усій системі є єдиний величезний накопичувач – Національний фонд здоров'я, він надзвичайно розсіяний і неефективно керований.

Тип 4: гіпотетична партисипативна система охорони здоров'я

Залучена система охорони здоров'я є пропозицією, описаною в роботі Белецькі та Стокі [54]. Коротко нагадаємо саму ідею системи. У запропонованій моделі лікарня є основною функціональною одиницею системи охорони здоров'я. Це означає, що будь-який громадський медпункт є частиною конкретної лікарні. Кожна лікарня має банківський рахунок для збору коштів застрахованих громадян – його накопичувач. Фінансові кошти будуть перераховуватися від громадянина безпосередньо до обраної пацієнтом лікарні. Кожна лікарня оголошує послуги, які пропонуються від мінімальної страхової суми, і послуги, які пропонуються за доплату або страхування. Лікарня також буде відповідати за відшкодування ліків і визначення своєї політики в цьому відношенні. Якщо пацієнт потребує послуги, недоступної в лікарні, лікарня купує послугу в іншій, спеціалізованій, лікарні, яка

створить мережу взаємодіючих лікарень (див. Рис.1.7). Пацієнт має повну свободу у виборі лікарні, в тому числі і профільної, і приймає рішення на підставі оголошень лікарні. Незадоволений пацієнт має право змінити лікарню і перерахувати гроші в іншу лікарню. Кожна лікарня матиме право відкривати дочірні підприємства, такі як інші лікарні чи громадські медичні центри в будь-якому місці країни. Лікарні є незалежними, і будь-які субсидії з боку уряду повинні бути заборонені. Неефективна лікарня стає банкрутом, а її майно скуповують інші лікарні. Лікарні мають повну свободу управління та стратегії працевлаштування. У лікарні немає способів тиснути на пацієнта. Вона не може утримати пацієнта, якщо він хоче перебувати під наглядом іншої лікарні. Вона не може відмовити пацієнту в страхуванні, якщо він обрав дану лікарню. Грошовий переказ вимагає двох додаткових змін у функціях існуючих установ: внутрішніх доходів і банків. Внутрішні доходи контролюватимуть, чи сплачує громадянин страховку в розмірі, необхідному в даній країні, а банки повинні будуть надавати послуги, за яких сума, сплачена громадянином на лікарняний рахунок, буде конфіденційною, а лише факт оплати буде бути видимим. Конфіденційність необхідна, щоб переконатися, що до всіх громадян ставляться однаково. Лікарня знає загальну суму коштів, що є в її розпорядженні. Подібно до системи, яка повністю оплачується пацієнтами, є лише два типи агентів: пацієнти та агенти медичних послуг. Зв'язки між ними прямі, тобто без будь-яких середніх підрозділів, таких як фонди та страхові компанії, і, отже, розсіювання коштів у всій системі мінімальне (див. Рис.1.7) .

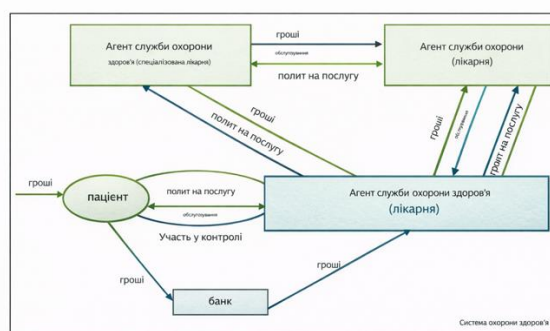


Рисунок 1.7. Схема взаємовідносин між агентами в запропонованій партисипативній моделі.

Крім того, всі агенти є автономними системами з максимальними можливостями самоконтролю. Вся система охорони здоров'я також є автономною. Крім того, пацієнти разом із агентом охорони здоров'я, до якого вони належать, також утворюють автономну систему. Таким чином, вся система є ієрархічною. Слід також підкреслити, що запропонована система є єдиною серед розглянутих, в якій співзвучні довгострокові (стратегічні) цілі всіх типів агентів. Це означає, серед іншого, що в цій системі не тільки системне фінансування є оптимальним і послуги надаються швидко, але й профілактика та турбота про здоров'я природно стимулюються системою. Така діяльність, як турбота про здоров'я шляхом фізичної активності пацієнтів [55], як і будь-які інші конструктивні ініціативи пацієнтів, система сприятиме тому, що така діяльність вигідна всім учасникам системи. Наприклад, у запропонованій системі пацієнти можуть формувати групи відповідно до своїх терапевтичних інтересів та інтересів у догляді, що може покращити як профілактику, так і догляд. Таким чином, суб'єктність [56], а також комунальні аспекти відіграють важливу роль у системі як чинник інновацій. Тому важливу роль у системі відіграватиме потік інформації між пацієнтами, насамперед за допомогою Інтернету.

У системі остаточної медичної допомоги (тип 1) чітко видно три патології. По-перше, вся система є тактично лише частково кооперативною, що може бути джерелом неправильних рішень пацієнтів, які можуть переоцінювати значення ціни медичної послуги і, як наслідок, вибирати дешеву, але неякісну послугу. якісно і неефективно. По-друге, вся система є стратегічно некооперативною, що означає, що допомога має інтервенційний характер; тобто система орієнтована на лікування, а не на профілактику. Крім того, той факт, що в усій системі існують лише невеликі індивідуальні акумулятори, призводить до того, що охорона здоров'я далека від повної функціональності, оскільки можливості тривалого комплексного лікування дуже обмежені. Як наслідок, система ефективна при короткостроковому лікуванні, але далека від оптимальної у серйозних випадках.

У системі охорони здоров'я, пов'язаній зі страховими компаніями (тип 2), існує зовнішній арбітр. Це означає, що автономія всієї системи обмежена тим

більше, що арбітр повністю незалежний від системи. Вся система лише частково кооперативна на тактичному рівні; агенти служби прагнуть вилікувати пацієнтів, а пацієнти хочуть бути вилікуваними. Інтереси страхових компаній, сервісних агентів (лікарень) і пацієнтів розходяться, що поглинає арбітраж і спричиняє затримки та розсіювання енергії. Крім того, вся система не співпрацює на стратегічному рівні. Вся гра ведеться з нульовою сумою, але підсистема охорони здоров'я є грою з від'ємною сумою, оскільки значна частина грошей передається страховим компаніям.

Система охорони здоров'я, заснована на фондах здоров'я (тип 3), не є автономною, а частково контрольованою. Що гірше, цей контроль сприйнятливий до політичних аспектів, і вся система організована зовнішніми авторитетами. Розсіювання енергії є значним через збереження бюрократії, і, як наслідок, уся гра є грою з негативною сумою. Медичні фонди є привілейованими агентами, які споживають непропорційно велику кількість енергії. Через структуру всієї системи можуть виникати значні затримки в потоках енергії (насамперед грошей).

Централізована система охорони здоров'я (тип 4) страждає численними глибокими патологіями. Система повністю контролюється організатором – Національним фондом здоров'я, який є привілейованим агентом, але не зацікавлений у досягненні головної вищої стратегічної мети всієї системи – піклування про здоров'я пацієнтів. Вся система не є кооперативною, і є затримки потоків енергії, послуг і засобів керування, а також величезне розсіювання енергії. Ці недоліки є значно більшими, ніж у трьох типах систем охорони здоров'я, про які говорилося вище, і роблять систему настільки неефективною, що під загрозою знаходяться її основні функції, Кольвіц [57]. У статті "The Polish healthcare system: perspectives and possibilities for adoption of healthcare systems from other countries of the European Union" автор Марек Колвітц аналізує польську систему охорони здоров'я, її перспективи та можливості впровадження елементів систем охорони здоров'я інших країн Європейського Союзу. Автор обговорює основні проблеми, з якими стикається польська система охорони здоров'я, такі як недостатнє фінансування, нерівність у доступі до медичних послуг та низька ефективність

управління. Стаття також розглядає досвід інших країн ЄС у реформуванні систем охорони здоров'я та оцінює, які аспекти цих систем можуть бути корисними для Польщі. Колвітц пропонує конкретні рекомендації для покращення польської системи охорони здоров'я, зокрема впровадження нових моделей фінансування, оптимізацію управління медичними закладами та підвищення рівня медичної освіти.

Підсумовуючи, функціональність усіх чотирьох розглянутих типів систем охорони здоров'я далека від оптимальної. Слід підкреслити, що кожна з них має істотні недоліки. Більш того, в жодному з них не забезпечується реалізація вищої мети діяльності всієї системи – ефективна турбота про громадян. Запропонований підхід дозволяє розробити основи гіпотетичної партиципативної системи охорони здоров'я. Ця система, яка є автономною і складається з автономних агентів, є повністю кооперативною і, як наслідок, функціонально оптимальною. Це забезпечує реалізацію вищої мети всієї системи - ефективне охорону здоров'я. Глобальна кооперативність усієї системи, тобто той факт, що цілі, як тактичні, так і стратегічні, всіх агентів узгоджені, означає, що система буде зосереджена на піклуванні про здоров'я та профілактиці. У запропонованій гіпотетичній системі дисфункції, що спостерігаються в інших системах, усуваються. Таким чином, на відміну від усіх інших систем, запропонована система типу 5 є повністю кооперативною. Серед іншого це означає, що розсіювання енергії в системі мінімальне. Наявність багатьох великих акумуляторів, з одного боку, дозволяє уникнути централізації в управлінні енергетичними ресурсами, а з іншого боку, забезпечує стабілізацію системи та доступ до більш дорогих методів лікування. Це дозволяє уникнути енергетичних проблем, які присутні в системах типів 1 і 4. Запропонована система (тип 5) на відміну від системи страхування (тип 2), системи, заснованої на фондах (тип 3), і централізованої (тип 4), є повністю автономним і, як наслідок, є самокерованим, що означає, що він може компенсувати несприятливі зовнішні впливи. Відсутність зовнішніх арбітрів і організаторів, а також кооперативність системи робить систему здатною швидко і ефективно вирішувати свої проблеми відповідно до власних інтересів.

У статті "Systems theory approach to the health care organization on national level" автори Анджей Белецький та Роберт Стокі досліджують застосування системної теорії до організації охорони здоров'я на національному рівні [58]. Ця стаття є спробою застосувати строгі формальні методи для аналізу таких складних систем, як системи охорони здоров'я на національному рівні. Автори розглядають, як різні компоненти національних систем охорони здоров'я взаємодіють між собою, аналізуючи структуру, функціонування та ефективність цих систем. Стаття акцентує увагу на необхідності інтеграції управління, фінансування, регулювання та надання медичних послуг для досягнення кращих результатів в охороні здоров'я. Автори також обговорюють виклики, з якими стикаються національні системи охорони здоров'я, та пропонують підходи для покращення їхньої ефективності шляхом впровадження системного мислення та підходів. Стаття містить як теоретичні моделі, так і практичні рекомендації для політиків та управлінців у сфері охорони здоров'я. Запропонований підхід, заснований на теорії автономних систем, мультиагентних системах і модифікованій теорії ігор, відрізняється від добре відомих системних методів, які не аналізують всю систему, а зводять управління системами охорони здоров'я до рівня мікроекономіки, Фігерас та ін. [59], або до рівня окремих доменів системи охорони здоров'я [60]. У статті "Public health systems research: setting a national agenda" автори Девід Ленавей, Пол Халверсон, Сергій Сотников, Х'ю Тілсон, Лора Корсо та Вільям Міллінгтон досліджують необхідність розробки національної програми досліджень систем охорони здоров'я. Вони аналізують поточний стан досліджень у цій галузі, підкреслюючи важливість системного підходу до вивчення громадського здоров'я. Автори обговорюють ключові компоненти та напрямки досліджень, які сприятимуть підвищенню ефективності та результативності систем охорони здоров'я на національному рівні. Стаття також пропонує рекомендації щодо пріоритетних напрямків досліджень, що мають важливе значення для розробки політик та програм у сфері охорони здоров'я. Це дослідження є важливим кроком у формуванні науково обґрунтованої бази для покращення систем громадського здоров'я та забезпечення більшої ефективності їхньої роботи [60].

Запроваджена методологія дозволила нам виявити кілька нових аспектів системи, таких як проблема розсіювання та зберігання енергії в системі, зокрема щодо рівня взаємодії в системі, проблема затримок у потоках ресурсів, послуг, контролю та вимог, а також проблема стабільності та керованості всієї системи в контексті її автономності. Існуючі системи далекі від оптимальних і запропонований підхід дозволяє конкретизувати властивості оптимальної функціональності системи. Розгляд одиниць системи охорони здоров'я та всієї системи охорони здоров'я як кібернетичних систем і використання запропонованої теорії гри агентів для пошуку оптимальної стратегії у взаємовідносинах між пацієнтами, лікарями та лікарнями є одним із шляхів зміни та корекції існуючих систем. У результаті система охорони здоров'я США є настільки неефективною, хоча вона фінансується високо. Однак слід підкреслити, що представлений підхід вимагає розгляду багатьох змінних, у тому числі якісних. Це може створити складні проблеми.

Слід також зазначити, що розглянута проблема стосується кількох інших тем, таких як впровадження інновацій у системах охорони здоров'я, пов'язаних суто не лише з медичною практикою, а й із системами підтримки прийняття рішень на різних рівнях управління медичними підрозділами [61].

Розглядаючи окремі суб'єкти та заклади охорони здоров'я як агентів у рамках теорії автономних систем, запропонована методологія дозволяє аналізувати функціональні властивості окремих агентів. Крім того, також аналізуються відносини та процеси між окремими агентами. Вищезгадана теорія автономних систем доповнена оригінальним методом аналізу глобальних властивостей усієї системи за допомогою модифікованої версії теорії ігор. У цій версії враховується не тільки платіжна таблиця окремих учасників, а й проводиться аналіз стабільності всієї гри, ступеня її кооперативності, розсіювання енергії. Запропонований метод дозволяє швидко виявити не тільки окремі дисфункції всієї системи, але й знати їх причини, а отже, запропонувати шляхи їх усунення. Запропонований підхід був використаний для аналізу основних типів існуючих систем охорони здоров'я та дозволив вказати на їх дисфункції. Також було запропоновано гіпотетичну

оптимальну модель організації охорони здоров'я на державному рівні. Слід підкреслити, що запропонований підхід є універсальним і тому може бути використаний для аналізу інших складних систем, таких як система освіти, енергетична система та система зв'язку.

1.3. Міжнародний досвід організації систем охорони здоров'я в сучасних умовах

Добре функціонуюча система охорони здоров'я може зробити значний внесок в економічне зростання, розвиток та індустріалізацію країни. Охорона здоров'я традиційно вважається ключовим фактором зміцнення загального фізичного та психічного здоров'я людей у всьому світі. У сьогоdnішній ситуації галузь охорони здоров'я є одним з основних секторів, який стикається з величезними проблемами.

Американські дослідники Г.Р. Вайсхаллі, Апар Гупта, Адітья Гіріш Бхапкар, Анікет Діксіт, Сахадж Пріт Сінгх та Праншул Агарвал розглядають численні проблеми, з якими стикається сучасна система охорони здоров'я [62]. Автори обговорюють, як добре функціонуюча система охорони здоров'я може значно сприяти економічному зростанню, розвитку та індустріалізації країни. Вони підкреслюють, що охорона здоров'я традиційно розглядається як ключовий фактор покращення загального фізичного та психічного здоров'я і благополуччя людей у всьому світі. Автори виділяють наступні проблеми:

- незадоволення потреб пацієнтів. На думку авторів, система охорони здоров'я в основному спрямована на надання гострої допомоги і не справляється з вимогами хронічно хворих.
- неможливість засвоєння складної наукової бази. Швидкий розвиток медичних знань і технологій вимагає постійного навчання та оновлення навичок медичних працівників.
- незважаючи на появу передових технологій, таких як дрони для доставки медичних засобів та ультразвукові пристрої кишенькового розміру, існує опір їх повному впровадженню в медичну практику.

- пацієнти часто висловлюють незадоволення відсутністю участі в прийнятті рішень та браком інформації.
- попит на медичну допомогу зростає з збільшенням кількості літніх людей, але багато медичних працівників виходять на пенсію, що створює дефіцит кадрів.

Автори підкреслюють необхідність реформування систем охорони здоров'я для більш ефективного задоволення потреб пацієнтів, покращення координації та співпраці між медичними професіоналами, а також посилення акценту на профілактику та поведінкові детермінанти здоров'я. Технологічні досягнення та розширення бази знань з клінічних досліджень мають потенціал змінити охорону здоров'я, але для цього необхідно подолати існуючі перешкоди.

За оцінками експертів до 2025 року світова галузь охорони здоров'я досягне 11,9 трильйонів доларів [63]. Однак, оскільки цей сектор розширюється, він приносить безліч викликів і проблем. Тим не менш, американські дослідники звертають увагу на наступні проблеми і виклики для США.

Зростання вартості медичних послуг (1). Зростаючі витрати на медичні послуги залишаються однією з найважливіших проблем у галузі охорони здоров'я у 2023 році [64]. Ця проблема не обмежується конкретним регіоном чи країною; це глобальна проблема, яку потрібно негайно вирішити.

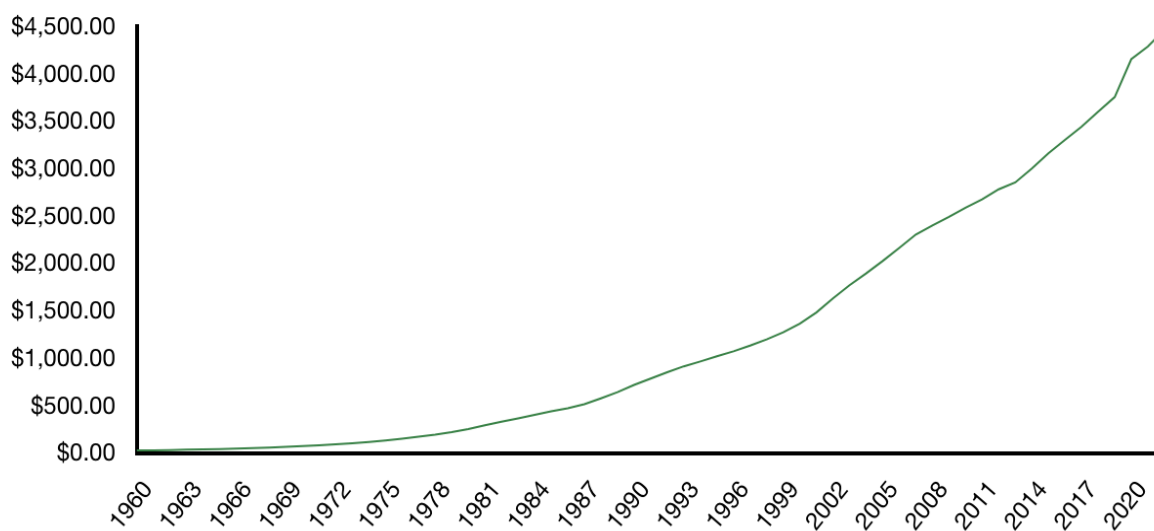


Рисунок 1.8. Витрати на охорону здоров'я 1960 - 2022 рр.

Статистика показує, що витрати на охорону здоров'я в американських домогосподарствах постійно зростають щорічно з 2000 року [65, див. Рис.1.8]. Ці зростаючі витрати мають далекосяжні наслідки як для людей, так і для економіки [66]. У 1970 році витрати на охорону здоров'я становили 74,1 мільярда доларів. До 2000 року витрати на охорону здоров'я досягли приблизно 1,4 трильйона доларів, а у 2022 році сума, витрачена на охорону здоров'я, зросла втричі до 4,5 трильйона доларів. У перший рік пандемії COVID-19 витрати на охорону здоров'я зросли на 10,6% з 2019 по 2020 рік. Витрати на охорону здоров'я зросли на 4,1% з 2021 по 2022 рік, дещо швидше, ніж зростання на 3,2% з 2020 по 2021 рік. Зростання загального рівня охорони здоров'я витрати з 2021 по 2022 рік подібні до середньорічного темпу зростання 2010-х (4,8%).

Таблиця 1.2 - Щорічна зміна національних витрат на охорону здоров'я, за категоріями витрат, 2019-2022 рр., млрд.дол. (Складено автором. Джерело: [65])

	Федеральна та державна/місцева система охорони здоров'я	Всього адміністрація	Довгострокові послуги	Стоматологічні послуги	Медичні товари	Роздрібна торгівля ліками	Лікарі та клініки	Лікарні	Загалом
2019-2020	134	62	35	-4	10	15	51	74	400
2020-2021	-31	-36	-15	25	22	24	43	57	133
2021-2022	-2	24	18	0.5	12	31	23	30	175

Загальні національні витрати на охорону здоров'я зросли на 175 мільярдів доларів у 2022 році порівняно з 2021 роком (табл.1.2). Приблизно третину цього зростання витрат можна пояснити збільшенням витрат на 2 основні категорії: витрати на лікарні та ліки, що відпускаються за рецептом. Збільшення адміністративних витрат, витрат на лікарів і клініки, довгострокових послуг і товарів медичного призначення також сприяло зростанню. Витрати на стоматологічні послуги зросли лише на 0,3% у 2022 році, набагато повільніше, ніж зростання на 18,2% у 2021 році після падіння в перший рік пандемії. Збільшення

1 Загальні витрати на охорону здоров'я являють собою суму, витрачену на охорону здоров'я та пов'язану з нею діяльність (наприклад, управління страхуванням, дослідження в галузі охорони здоров'я та охорону здоров'я), включаючи витрати як з державних, так і з приватних фондів.

було трохи компенсовано зменшенням федеральних державних витрат на охорону здоров'я. У 2022 році, коли пандемія вступила в третій рік, витрати на охорону здоров'я впали на 2 мільярди доларів порівняно з 2021 роком (загальне падіння на 33 мільярди доларів з 2020 року), але залишаються значно вищими, ніж до пандемії.

Широкий спектр викликів впливає на організації охорони здоров'я та впливатиме на те, як вони надають медичну допомогу, використовують технології та іншим чином ведуть бізнес у 2024 році.

Кібербезпека (2). Галузь охорони здоров'я особливо вразлива до кібератак через обсяг персональної інформації (РП) і захищеної інформації про здоров'я (РНІ), яку зберігають лікарні та системи охорони здоров'я. Дослідження показали, що за останні 12 місяців 60% організацій охорони здоров'я зазнали атак програм-вимагачів, а кількість успішних атак, націлених на індустрію охорони здоров'я, зросла більш ніж удвічі за той самий проміжок часу. Для медичних компаній стало надзвичайно важливо вирішити проблеми кібербезпеки, оскільки на карту поставлено не тільки фінансові наслідки: це впливає на результати пацієнтів, а іноді це буквально питання життя і смерті. Приблизно 80% атак програм-вимагачів, які вражають лікарні, порушують обслуговування пацієнтів, при цьому збої зазвичай тривають два тижні. Ці збої часто змушують організації перенаправляти допомогу в інші заклади, що пов'язано зі збільшенням ускладнень під час медичних процедур і вищим рівнем смертності. У той же час витрати на пом'якшення витоку даних у галузі охорони здоров'я становлять понад 10 мільйонів доларів США, а потенційна втрата річного операційного доходу від однієї атаки програм-вимагачів становить цілих 30%. Оскільки операційна рентабельність лікарень і систем охорони здоров'я становить менше 2% і все ще оговтується від переважно негативної рентабельності в 2022 році, це вартість, яку спроможні заплатити лише деякі організації.

Телемедицина (3). Індустрія охорони здоров'я швидко охопила телемедицину в перші дні COVID-19; у квітні 2020 року його використання було у 78 разів більше, ніж за два місяці до цього. Тим не менш, поступове повернення до особистої медичної допомоги разом із закінченням терміну дії надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я, яка пом'якшила багато обмежень щодо того,

коли та як можна використовувати телемедицину, призвело до збільшення сумнівів щодо майбутнього телемедицини.

Зараз використання телемедицини становить близько 5% усіх медичних претензій. Однак майже 70% усіх заяв про телемедицину стосуються консультацій із психічним чи поведінковим здоров'ям, що свідчить про те, що інші медичні спеціальності не повністю сприйняли використання телемедицини. Також можливо, що використання знизиться у 2024 році та пізніше через невизначеність щодо того, які послуги охоплюватиме Medicare, скільки лікарям платитимуть за відвідування телемедицини та чи зможуть постачальники призначати контрольовані речовини під час візитів телемедицини. Ще більше ускладнює майбутнє телемедицини потенційний відтік постачальників. Багато лікарень і систем охорони здоров'я наближаються до кінця контрактів, які вони підписали з постачальниками телемедицини на початку пандемії. Оскільки ці організації переглядають наявні у них технології та перевіряють, чи відповідають вони їхнім потребам, індустрії охорони здоров'я, можливо, доведеться підготуватися до суттєвих зривів у сфері телемедицини.

Конкуренція (4). Звичайні системи охорони здоров'я дедалі частіше стикаються з конкуренцією та зривами. Автономні клініки невідкладної допомоги зростають на 7% щорічно, і сьогодні 80% населення США живе в межах 10 хвилин їзди від центру невідкладної допомоги. (Примітно, що ця сума не включає клініки в роздрібних магазинах, яких налічується понад 2500.) Популярність цих клінік походить від зручності, оскільки вони, як правило, працюють довше, ніж звичайний кабінет лікаря.

Крім того, в гру вступають роздрібні компанії, які традиційно не надають послуг з надання медичної допомоги. Amazon придбала постачальника первинної медичної допомоги One Medical у 2022 році, CVS Health і Walgreens придбали компанії первинної медичної допомоги та домашнього медичного обслуговування, а Best Buy зосередилася на підтримці дистанційного моніторингу пацієнтів удома. Крім того, компанія венчурного капіталу General Catalyst нещодавно натякнула, що може придбати лікарню.

Усі ці кроки можуть мати значний вплив на галузь охорони здоров'я у 2024 році та надалі. Лікарні та кабінети лікарів, які довго чекають, щоб записатися на прийом або відвідати лікаря, можуть мати проблеми з конкуренцією з клініками, які мають більший робочий день або навіть готові відправити лікаря до когось додому.

Виставлення рахунків і обробка платежів (5). Галузь охорони здоров'я особливо вразлива до витоку доходів, оскільки до 15 центів з кожного заробленого долара залишаються неотриманими [67]. Основною проблемою, з якою стикаються організації, є неефективний процес управління циклом доходів. Ручні робочі процеси є звичайними для таких завдань, як перевірка інформації про страхування пацієнта, отримання попереднього дозволу, перевірка статусу претензії та оскарження відмов. Ці ручні процеси забирають багато часу та піддаються людській помилці, тому призводять до додаткових витрат, особливо у вигляді часу працівників. Це призводить до затримок платежів, що означає, що організаціям охорони здоров'я потрібно більше часу, щоб отримати гроші за надані послуги. На жаль, близько 75% постачальників послуг використовують ручні процеси для стягнення, і, як наслідок, приблизно 70% потрібно більше 30 днів, щоб отримати платежі від пацієнтів.

Ці процеси можна оптимізувати за допомогою електронного виставлення рахунків-фактур і обробки рахунків-фактур, яка автоматично відстежує рахунки-фактури з моменту їх отримання. Це може зменшити кількість помилок, скоротити час до оплати та покращити грошовий потік постачальника медичних послуг. Однак варто зазначити, що певні претензії або попередні відмови в авторизації все одно вимагатимуть ручного втручання.

Прозорість цін (6). Два закони США мають на меті допомогти пацієнтам зрозуміти вартість медичних послуг і уникнути непередбачуваних рахунків. По-перше, правило прозорості цін у лікарнях вимагає від лікарень надавати як машиночитані, так і зручні для споживача списки цін на загальні послуги та процедури. По-друге, Закон «Немає сюрпризів» вимагає від лікарень надавати

сумлінну оцінку вартості послуг і забороняє стягувати плату поза мережею за послуги, що надаються в закладі, що знаходиться в мережі.

Хоча такі організації, як Американська медична асоціація та Американська асоціація лікарень, підтримують ці правила, вони також відзначили навантаження, яке вони можуть створити для постачальників медичних послуг. Наприклад, важко визначити єдину фіксовану ставку за медичну послугу, оскільки організації часто домовляються про різні ставки з різними страховими компаніями. Крім того, створення інструментів прозорості цін потребує часу та потребує фінансових і кадрових ресурсів, яких бракує в організаціях охорони здоров'я. Нарешті, арбітражний процес для страховиків і постачальників для узгодження «рахунка-сюрпризу», виставленого пацієнту, ймовірно, призведе до зниження платежів, що може негативно вплинути на лікарні та системи охорони здоров'я, які надають послуги.

Великі дані (7). Середня лікарняна система створює 137 терабайт даних щодня. Ці дані є цінними з багатьох причин: вони документують надану допомогу, дають уявлення про загальний стан здоров'я та самопочуття пацієнта, а також забезпечують аудиторський слід для відповідності та юридичних цілей. Галузі охорони здоров'я важко керувати великими даними, тому що майже 80% її даних є неструктурованими, як-от довільні текстові записки лікарів або медичні зображення, і їх неможливо легко зафіксувати в рядках бази даних. Нормалізація неструктурованих даних, щоб вони виглядали як структуровані, робить їх більш корисними для клінічних і бізнес-рішень, але процес нормалізації є дорогим і трудомістким, якщо виконувати його вручну. Тут необхідна обробка даних для перетворення необроблених даних у машиночитаний формат. Ключ до успішної обробки даних - це знання сценарію використання, розуміння джерел даних і документування процесу, щоб зробити його ефективнішим у майбутньому. Обробка даних стане важливим питанням для галузі охорони здоров'я у 2024 році, оскільки організації прагнуть вивчати свої дані, щоб краще зрозуміти клінічні та фінансові результати.

Справедливість у здоров'ї (8). Негативний вплив економічної та соціальної маргіналізації на результати здоров'я був добре задокументований до пандемії 2020 року. Однак більш високі показники госпіталізації та смертності від COVID-19 серед небілих американців у поєднанні з нижчими показниками вакцинації ще більше підкреслюють постійну боротьбу галузі охорони здоров'я за надання справедливої допомоги. Інші приклади включають вищі показники смертності від раку та вищі показники материнської смертності. У відповідь на це Центри медичної допомоги та медичної допомоги (CMS) визначили п'ять пріоритетів для покращення справедливості у сфері охорони здоров'я в Сполучених Штатах протягом наступного десятиліття. Ці пріоритети включають збір більш точних даних про бар'єри пацієнтів в отриманні медичної допомоги, розвиток потенціалу для усунення невідповідностей у догляді та підвищення доступності медичних послуг. Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC) вказали, що вирішення проблеми справедливості в охороні здоров'я «вимагає постійних зусиль суспільства» для усунення бар'єрів у лікуванні та усунення давньої несправедливості, з якою стикаються пацієнти через їхню расу, стать, сексуальну орієнтацію, статус інвалідності чи інші фактори. Індустрія охорони здоров'я відіграє важливу роль, але заклади освіти, уряду, громадської безпеки та приватного сектора також мають бути залучені.

Повільні клінічні робочі процеси (10). Майже 80% лікарів, що працюють в офісах, і 96% лікарень у Сполучених Штатах використовують системи електронних медичних записів (EHR). Це значне збільшення в порівнянні з менш ніж 20% лікарів у 2001 році, що значною мірою вплинуло на федеральні відшкодування, виділені відповідно до Закону про медичну інформаційну технологію для економічного та клінічного здоров'я (HITECH) 2009 року. З точки зору клінічного робочого процесу, системи EHR, здається, постачаються з і інь, і ян. Вони покращили надання медичної допомоги, оптимізувавши ведення нотаток, покращивши процес прийняття рішень і надаючи нагадування та попередження персоналу клініки. Однак численні особливості систем EHR були пов'язані з негативним впливом на клінічні робочі процеси, починаючи від тривалого часу

завантаження до перевантаження інформацією. Клінічний персонал також проводить більше часу, дивлячись на екрани своїх комп'ютерів і менше часу з пацієнтами, і більше часу заповнюючи свої клінічні нотатки або документуючи візити для подання рахунків. Ряд технологічних інновацій має потенціал для покращення клінічного робочого процесу в системах EHR, включаючи використання генеративного штучного інтелекту для автоматизації документації та полегшення пошуку інформації. Завдання для галузі охорони здоров'я у 2024 році полягає в тому, щоб визначити відповідні варіанти використання таких інновацій - і переконатися, що їх використання не відволікатиме персонал клініки під час відвідування пацієнтів.

Дефіцит постачальників (10). Галузь охорони здоров'я стикається зі значною нестачею кваліфікованих спеціалістів для надання медичної допомоги. Асоціація американських медичних коледжів прогнозує загальну нестачу від 37 800 до 124 000 лікарів до 2034 року. Тим часом аналіз даних 2023 року з Національного опитування медсестринського персоналу 2022 року показав, що понад 610 000 досвідчених зареєстрованих медсестер - майже одна третина медсестер у США - розглядають можливість залишити роботу в найближчі п'ять років через стрес, безпосередньо пов'язаний з пандемією. Кілька факторів сприяють цьому очікуваному дефіциту. Головним серед них є професійне вигорання, викликане поєднанням збільшення робочого навантаження під час пандемії та зростаючої кількості адміністративних завдань, які змушений виконувати клінічний персонал. Крім того, майже 45% лікарів старше 55 років; оскільки ці лікарі досягають пенсійного віку, на їх заміну не вистачає випускників медичних шкіл та ординатур. Дефіцит лікарів і медсестер особливо сильно б'є по сільській місцевості Сполучених Штатів. Майже 200 сільських лікарень закрилися з 2005 року, а ще 600 знаходяться під загрозою закриття, частково через те, що їм важко конкурувати з вищими зарплатами та кращими умовами праці в приміських і міських лікарнях. Це матиме значний вплив на галузь охорони здоров'я у 2024 році та надалі. Пацієнтам у сільській місцевості доведеться їхати далі, щоб отримати необхідну допомогу, що погіршує стан здоров'я.

Досвід пацієнтів (11). Повільні клінічні робочі процеси та нестача постачальників сприяли зниженню задоволеності досвідом пацієнтів. Також погіршує досвід пацієнтів тривалий час очікування - у середньому майже місяць (26 днів) між записом на прийом для нового пацієнта до дати прийому - і постійні ручні процеси для керування записами, відновлення ліків та обговорення результатів аналізів. Це збільшує ймовірність того, що пацієнт змінить лікаря, що призведе до втрати доходу та завдасть шкоди репутації лікарні чи системи охорони здоров'я. Індустрія охорони здоров'я продовжуватиме реагувати на ці виклики у 2024 році шляхом фізичних змін, таких як найсучасніше обладнання та низка технологічних пропозицій. Можливості самостійного планування, автоматичні нагадування, цифрова реєстрація та платежі в режимі реального часу є прикладами технологій, які можуть покращити досвід пацієнтів. Підвищення рівня медичної допомоги, що надається вдома, чи то через домашні візити, чи то через дистанційне лікування, також може допомогти.

Для багатьох організацій це масштабні зміни. Керівники повинні переконатися, що нові технології чи робочі процеси для покращення досвіду пацієнтів не впливають негативно на досвід клінічного персоналу, який і без того відчуває себе перевантаженим.

Перехід до медичної допомоги, заснованої на цінностях (12). CMS поставила амбітні цілі щодо переходу галузі охорони здоров'я на медичну допомогу, засновану на цінностях, яка компенсує постачальникам на основі досягнутих ними клінічних результатів, а не просто на основі обсягу послуг, які вони надають. Наприклад, агентство сподівається, що всі бенефіціари Medicare і більшість бенефіціарів Medicaid будуть зареєстровані в програмах на основі цінностей до 2030 року. Постачальники медичних послуг стикаються з двома основними проблемами для досягнення цієї мети. Одна з них – це кількість моделей догляду, заснованих на цінностях, створених CMS. Підзвітна медична організація (ACO) є найбільш помітною, але існують також окремі моделі для певних хронічних захворювань, ліків, що відпускаються за рецептом, і медичних процедур, а також моделі для певних типів Medicare і Medicaid. Пацієнт, якого спостерігає

лікарня чи система охорони здоров'я, ймовірно, може бути частиною кількох моделей догляду, заснованих на цінностях, що ускладнює документування, де, коли та від кого він отримує допомогу.

Друга проблема полягає в кількості документів, необхідних для демонстрації цінності. Є кілька компонентів якісного догляду, включаючи безпеку, справедливість, своєчасність і вартість. Організації повинні звітувати про свою ефективність за цими показниками та багатьма іншими, щоб продемонструвати як CMS, так і комерційним страховим компаніям, що вони надають високоцінну допомогу. Це створює значний адміністративний тягар, що може призвести до того, що лікарні та системи охорони здоров'я матимуть менше ресурсів для догляду за пацієнтами.

Регуляторні зміни (13). Охорона здоров'я, звичайно, жорстко регулюється, оскільки на карту поставлено життя пацієнтів. Темпи нормативних змін прискорилися після пандемії, частково для того, щоб надати організаціям охорони здоров'я більшу гнучкість у наданні необхідної допомоги, а частково для того, щоб надати пацієнтам кращий доступ до власних медичних записів, зберігаючи цю інформацію в безпеці. Але правила, що стосуються використання телемедицини, прозорого ціноутворення, справедливості в охороні здоров'я та медичної допомоги, що базується на цінностях, продовжують розвиватися. Крім того, галузь охорони здоров'я має дотримуватись нещодавно ухвалених нормативних актів, таких як правило блокування інформації (яке вимагає від організацій ділитися з ними записами пацієнтів), а також нові вимоги до більш точного документування випадків оцінки та лікування (E&M).

Індустрія охорони здоров'я насилу встигає за цими темпами змін. Співробітники повинні бути проінформовані про нові правила, особливо якщо це безпосередньо стосується їхніх повсякденних функцій. Тим часом юридичним командам і командам із відповідності необхідно переглядати й оновлювати політику щодо всього, починаючи від оприлюднення інформації й закінчуючи документальним оформленням медичної допомоги, і часто мають переглядати кілька нормативних актів, які застосовуються до одного процесу.

У Європі таке занепокоєння щодо фінансування галузі охорони здоров'я є особливо важливим. У Європейському Союзі витрати на охорону здоров'я у 2022 році становили 8,1 відсотка валового внутрішнього продукту (ВВП) [73]. Приблизно 15 відсотків з них покривали пацієнти з власної кишені [70]. У деяких країнах Східної Європи та Центральної Азії більше половини витрат на охорону здоров'я оплачувалося з власної кишені, а в деяких випадках цей показник перевищував 70 відсотків [74].

Щоб протистояти фінансовому тиску, багато країн прагнуть підвищити ефективність і економічну ефективність своїх систем, водночас гарантуючи, що витрати на охорону здоров'я не становлять перешкоди для доступу, особливо для бідніших домогосподарств і тих, кому потрібно покривати витрати на довготривале лікування. -термінове лікування.

Окрім фінансових проблем, географічні та соціально-економічні бар'єри можуть обмежувати зусилля щодо досягнення УНС (Всеохоплюючий доступ до послуг охорони здоров'я) . Нерівномірний розподіл медичної інфраструктури та персоналу може перешкоджати доступу до медичної допомоги для сільських і віддалених громад, навіть якщо доступні та добре функціонуючі системи охорони здоров'я існують на національному рівні. На здоров'я також впливає широкий спектр економічних, екологічних і соціальних факторів. До них належать соціально-економічний статус, стать та етнічна приналежність, які можуть обмежити доступ до медичної допомоги та закріпити нерівність у здоров'ї [68].

У Європі високий рівень охоплення основними медичними послугами ще більше зріс за останнє десятиліття [69]. У межах ЄС більшість країн досягли загального або майже загального охоплення принаймні основним набором послуг, як правило, включаючи консультації з лікарями, аналізи, обстеження та лікарняне лікування [70]. В інших частинах регіону, особливо в Центральній Азії та на Кавказі, багато країн надають універсальний пакет пільг через державні медичні установи.

У той же час деякі частини регіону мають значні прогалини в охопленні [71]. Крім того, існують помітні відмінності в доступі до медичної допомоги та

незадоволених потребах у медичній допомозі через соціальні та географічні розбіжності. Наголошуючи на важливості охоплення та доступу до медичної допомоги для досягнення УНС, Європейська Комісія перераховує зменшення нерівності у здоров'ї серед основних пріоритетів реформ охорони здоров'я в ЄС.

Нарешті, пандемія COVID-19 підкреслила потребу в стійких системах охорони здоров'я, здатних підготуватися до шоків, протистояти їм і відновлюватися після них. Пандемія виявила багато структурних нерівностей у існуючих системах, а також важливість постійних інвестицій у робочу силу для забезпечення достатньої кількості лікарів, медсестер та іншого медичного персоналу та персоналу, який займається довгостроковим доглядом. Стійкість також передбачає здатність пристосовуватися до мінливих потреб, таких як більш доступні послуги психічного здоров'я. Це пріоритет для політиків у Європі, оскільки стійкість систем охорони здоров'я відображає прагнення зміцнювати здоров'я та благополуччя, заохочувати інновації та гарантувати, що системи охорони здоров'я залишатимуться чутливими та адаптованими перед обличчям викликів.

Досягнення загального охоплення медичними послугами є головним глобальним пріоритетом у рамках Цілей сталого розвитку (ціль 3.8) [72], оскільки уряди працюють над тим, щоб усі люди мали доступ до повного спектру якісних медичних послуг, які їм потрібні, коли та де вони їм потрібні без фінансових труднощів [71]. Шлях до УНС є складним, оскільки передбачає фінансування та організацію чітко визначених, доступних, якісних послуг у середовищі багатьох зацікавлених сторін та розвиток відповідної інфраструктури охорони здоров'я, а також ефективну робочу силу охорони здоров'я. Незважаючи на відносно зрілий і всеосяжний характер систем охорони здоров'я в регіоні, УЗ ще не є універсальною реальністю, і політики в Європі продовжують працювати над зменшенням бар'єрів і сприянням справедливому доступу до медичної допомоги для свого населення [75].

Окрім вирішення проблем із доступом для задоволення потреб у здоров'ї та благополуччі протягом життєвого циклу, політики також працюють над тим, щоб

системи охорони здоров'я були стійкими, сталими та адаптивними. Системи повинні бути здатними реагувати на потрясіння, такі як пандемія COVID-19, і адаптуватися до змін потреб у сфері охорони здоров'я, зростання вартості медичної допомоги, пов'язаного зі старінням населення, зростанням хронічних захворювань та іншими демографічними змінами.

Зростання витрат на охорону здоров'я може призвести до збільшення як державних витрат, так і платежів із кишень окремих осіб [70]. Останнє може бути серйозною перешкодою для доступу до медичної допомоги. Це має прямий вплив на зусилля щодо досягнення УНС, оскільки спектр охоплюваних послуг і ступінь розподілу витрат впливають на те, наскільки повним є охоплення медичною допомогою в будь-якій країні [76].

У 2023 році Ірландія розширила доступ до медичної допомоги лікаря загальної практики (GP) через програму візитної картки лікаря загальної практики, яка надає загальний доступ до безкоштовної первинної медичної допомоги за умови перевірки матеріального становища. Розширення є найбільшим у своєму роді в історії країни та має на меті гарантувати відсутність фінансових перешкод для доступу до медичної допомоги [77].

Відповідно до системи охорони здоров'я Ірландії, усі законні жителі можуть отримати доступ до обмеженого пакету медичних послуг, тоді як маленькі діти, люди похилого віку та особи з низьким і середнім доходом мають право на більший пакет пільг. У результаті Угоди про лікарів загальної практики 2023 року [78] порогові значення доходу для пільг, які перевіряються на доходи, за програмою Visit Card GP було значно збільшено, щоб відповідати середньому тижневому доходу, і тепер на 37 відсотків вище для всіх легальних резидентів (від 304 до 418 євро (євро) для осіб, які проживають самі; від 441 до 607 євро для пар і сімей; і від 271 до 373 євро для самотніх осіб, які проживають зі своєю сім'єю) [79]. Реформа також розширює загальний доступ шляхом підвищення граничного віку для дітей з молодше 6 років до молодше 8 років. Щоб забезпечити адекватність послуг, що надаються, ініціатива також передбачає підтримку для навчання додаткових лікарів загальної практики.

За оцінками уряду, завдяки реформі ще 78 000 дітей і 430 000 дорослих тепер мають право на програму Visit Card. Крім того, особи з нижчими доходами також можуть мати право на участь у програмі Ірландської медичної картки, яка надає ширший спектр безкоштовних медичних послуг. У результаті більше половини населення Ірландії тепер має доступ до безкоштовної первинної медичної допомоги [80].

У січні 2024 року Румунія імплементувала Закон № 111/2022, запровадивши програму ваучерів на домашні справи. Роблячи це, він заохочує формалізацію та допомагає інтегрувати домашніх працівників у систему соціального забезпечення країни, включаючи систему медичного страхування.

Програма сприяє добровільному використанню ваучерів, а не готівки для виплати зарплати випадковим домашнім працівникам. Ваучери коштують 15 румунських лей і можуть бути придбані роботодавцями в різних державних джерелах. Тоді домашні працівники можуть перевести в готівку ваучери і, таким чином, отримувати медичне страхування, що забезпечує безкоштовний доступ до основного пакету медичних послуг. Ця реєстрація зберігається, якщо працівник отримує в готівку щонайменше 85 ваучерів на місяць. Використання ваучерної системи стимулюється для роботодавців через надання 75 безкоштовних ваучерів на рік для роботодавців, які купують понад 600 ваучерів на рік, а також для працівників через зниження податків і соціальних внесків на дохід, отриманий за ваучерами.

За оцінками румунського уряду, 16–38 відсотків економічно активного населення виконує певну неофіційну роботу[81], що включає велику частку домашніх робітників [82]. Нова програма спрямована на забезпечення більшої гарантії роботи, офіційного оформлення та доступу до медичної допомоги для цих осіб. За оцінками уряду, в результаті реформи до кінця 2024 року 20 000 домашніх робітників зареєструються в системі соціального медичного страхування [82].

У квітні 2023 року Хорватія почала впроваджувати свій Закон № 582 від 2023 року про внесення змін до Закону про охорону здоров'я (71-10-01/1-23-2), здійснюючи значну реорганізацію своєї системи охорони здоров'я. Реформа

спрямована на підвищення ефективності системи, стандартизацію часу очікування та покращення доступу до медичних послуг по всій країні.

Як і багато інших країн, Хорватія має нерівномірний географічний розподіл інфраструктури охорони здоров'я з вищим рівнем незадоволених медичних потреб у сільських і острівних громадах і дублюванням послуг у міських районах [83]. Щоб вирішити цю проблему, кожен округ тепер матиме один медичний центр, який надаватиме загальну допомогу, а також психологічні, логопедичні та інші спеціалізовані послуги, а також додаткові філії, які обслуговуватимуть острівні громади. Реформа також централізує державні закупівлі та передає центральному уряду право створювати загальні лікарні. Органи місцевого самоврядування залишають за собою право впливати на призначення керівництва лікарні. Максимальний розмір співоплати пацієнта за рахунок за охорону здоров'я збільшено з 265 до 530 євро [84].

Продовжуючи тенденцію реформ охорони здоров'я в Хорватії за останні роки, реструктуризація зосереджена на тому, щоб зробити фінансування охорони здоров'я більш стійким [85], особливо враховуючи, що державна частка витрат на охорону здоров'я вища, ніж в інших країнах із порівняльними рівні витрат на охорону здоров'я [86]. Він також спрямований на зменшення нерівності у здоров'ї шляхом покращення розподілу та доступності послуг охорони здоров'я.

У 2023 році Фінляндія здійснила найбільшу в історії реорганізацію системи соціальних служб і охорони здоров'я. Відповідно до Закону № 612/2021 про організацію охорони здоров'я та соціального забезпечення, охорона здоров'я та соціальні послуги тепер об'єднані в нові округи соціального забезпечення з метою збільшення ризиків і фінансових пулів, а також стандартизації надання послуг по всій країні [87].

Раніше охорона здоров'я та соціальні послуги у Фінляндії управлялися на місцевому рівні, керувалися 332 муніципалітетами та муніципальними асоціаціями Фінляндії. Відповідно до реформи управління цими службами було передано 21 новому соціальному округу, а також місту Гельсінкі. Фінансування нових регіонів добробуту надходитиме в основному з центрального уряду, а невелика сума

покриватиметься платою за використання. Реформа також спрямована на покращення результатів лікування пацієнтів і зменшення фрагментації в системі охорони здоров'я шляхом координації медичних, соціальних і психологічних послуг і сприяння кращій інтеграції між первинною та спеціалізованою допомогою [88].

В Австрії у 2022 році було збільшено допомогу на догляд (Pflegegeld), яка виплачується особам із важкими психічними розладами та деменцією, щоб охопити додаткові 20 годин догляду на місяць. Крім того, було запроваджено надбавку за догляд (Angehörigenbonus) для опікунів із доходом нижче 1500 євро на місяць [89]. Бонус виплачується особам, які залишили роботу, щоб піклуватися про члена сім'ї, який потребує повного догляду (понад 160 годин догляду на місяць) [90].

У Німеччині в рамках реформи системи довгострокового догляду у 2023 році суми грошової допомоги та допомоги в натуральній формі для догляду вдома та амбулаторного догляду було збільшено на п'ять відсотків і буде автоматично скориговано відповідно до цін у 2025 та 2028 роках. Крім того, тривалість допомоги на підтримку (Pflegeunterstützungsgeld), яка виплачується особам, які змушені пропустити роботу, щоб доглядати за родичем, було подовжено до 10 днів на календарний рік [91].

У Словаччині у 2021 році було запроваджено нову допомогу по догляду, що дозволяє особам, які доглядають за хворим родичем, отримувати виплати соціального страхування через існуючу програму страхування на випадок хвороби. Опікуни тепер мають право на отримання до 90 днів грошової допомоги, яка покриває 55 відсотків втраченої заробітної плати під час надання домашнього або паліативного догляду (стаття 39 Закону 461 від 2003 року про соціальне страхування).

Наведений вище досвід демонструє різні способи, якими країни працювали над постійним адаптуванням своїх програм, пов'язаної політики та законодавства з метою задоволення мінливих потреб і обставин. Вони показують, що реалізація УНС завжди буде постійним процесом, і підкреслюють взаємозв'язок між

охороною здоров'я та іншими сферами соціального забезпечення, а також важливість адміністративних структур у забезпеченні якісного надання послуг.

Реформи з покращення охоплення, доступності, якості, сталості та ефективності систем охорони здоров'я сприяють загальній стійкості країни. Прогрес у напрямку УНС створює міцну основу для здоров'я та благополуччя всього населення та покращує здатність країн виявляти кризи, реагувати на них та відновлюватися після них, будь то пандемії, стихійні лиха чи економічні спади.

До сприяючих факторів належать зусилля щодо розширення охоплення та доступу до медичної допомоги, як це бачиться в Ірландії, а також ширші ініціативи, такі як та, що спостерігається в Румунії, яка заохочує формалізацію та інтеграцію в систему соціального забезпечення в цілому, включаючи охорону здоров'я. Ці реформи передбачають створення ефективної адміністративної стратегії та нормативно-правової бази, а також координацію з іншими сферами систем соціального забезпечення, як зазначено в Рекомендаціях ISSA щодо адміністративних рішень для розширення охоплення [92]. Зокрема, у частинах А та В надано інструменти для установ, які підтримують ці зусилля.

Організаційні реформи, виділені в Хорватії та Фінляндії, демонструють важливість постійного вдосконалення, що є ключовим компонентом Рекомендацій ISSA щодо якості послуг [93]. Тут системи прагнули до подальшої консолідації медичних послуг з метою підвищення ефективності та зменшення внутрішніх розбіжностей у доступі до медичної допомоги.

Нарешті, реформи в Австрії, Німеччині та Словаччині, пов'язані з послугами догляду, підкреслюють важливість взаємозв'язку між УНС та ширшими послугами догляду та соціальних послуг для тих, хто потребує послуг довгострокового догляду. Відображаючи це зобов'язання, у 2022 році ISSA опублікувала спеціальний подвійний випуск огляду міжнародного соціального забезпечення [94] та спільний робочий документ ISSA та МОП «Довгостроковий догляд у контексті старіння населення: права підхід до універсального охоплення» [95], обидва досліджували проблему розширення доступного та адекватного доступу до якісної медичної та соціальної допомоги для літнього населення світу, яке зростає.



Рисунок 1.9. Відсоток дорослих у всьому світі, які зазначили, що певні проблеми були найбільшими проблемами системи охорони здоров'я в їхніх країнах станом на 2023 рік , %
(Складено автором (джерело: [97])

Згідно з результатами глобального опитування вересня 2023 року (N= 23 507, 31 країна) 46% дорослих у всьому світі заявили, що доступ до лікування та/або тривалий час очікування є найбільшою проблемою, з якою стикається система охорони здоров'я в їхній країні [97]. Ще 46% дорослих зазначили, що найбільшою проблемою є брак персоналу. Ця статистика показує відсоток дорослих у всьому світі, які заявили, що деякі проблеми були найбільшими проблемами системи охорони здоров'я в їхніх країнах станом на 2023 рік.

Спираючись на п'ятирічні тенденції, Ipsos Global Health Service Monitor досліджує зміни у найбільших проблемах охорони здоров'я, як люди оцінюють якість систем охорони здоров'я у своїх країнах та найбільші виклики, з якими стикаються постачальники медичних послуг у всьому світі [98]. У 31 країні 48% описують систему охорони здоров'я у своїй країні як добру, тоді як 20% вважають її поганою. 62% вважають, що їхня система охорони здоров'я перевантажена. Найвищі показники занепокоєння у Франції (82%) та Великобританії (81%). Жителі Сінгапуру найбільш позитивно оцінюють свою систему охорони здоров'я: 71% вважають, що вона дуже добра/хороша. Друге місце посідає Швейцарія, де 68% задоволені рівнем обслуговування, яке вони отримують. Однак більшість у 25 країнах стверджують, що їхня система охорони здоров'я перевантажена. Це досягає чотирьох п'ятих як у Франції, так і у Великій Британії. Британці завжди

сприймали свою систему як перевантажену роботою, однак французи поступово стають більш песимістичними, піднявшись на 12 процентних пунктів з 2018 року. Франція також є найвищою, оскільки вважає, що системі охорони здоров'я їхньої країни не вистачає персоналу. Єдина країна, яка не вважає свою систему охорони здоров'я перенапруженою, – це Польща, де 41% не бачать у цьому проблеми (проти 27%, які бачать). Третина людей у всьому світі вважає, що система охорони здоров'я їхньої країни не забезпечує однакові стандарти лікування для всіх. Ці настрої є найсильнішими в 12 країнах – Угорщині, Польщі, Чилі, Колумбії, США, Німеччині, Перу, Ірландії, Південній Африці, Мексиці, Бразилії, Туреччині – де люди частіше кажуть, що це так [98]. У 2023 році Сінгапур домінував у світовому рейтингу охорони здоров'я та систем охорони здоров'я, за ним йшли Японія та Південна Корея.

Таблиця 1.3 - Рейтинг країн світу за станом здоров'я та систем охорони здоров'я у 2023 році (джерело: [99])

Сінгапур	1
Японія	2
Південна Корея	3
Тайвань	4
Китай	5
Ізраїль	6
Норвегія	7
Ісландія	8
Швеція	9
Швейцарія	10
.....	
Україна	101

Оцінка індексу здоров'я розраховується шляхом оцінки різних показників, які оцінюють здоров'я населення та доступ до послуг, необхідних для підтримки доброго здоров'я, включаючи показники здоров'я, системи охорони здоров'я, захворювання та фактори ризику, а також рівень смертності. Оцінка індексу охорони здоров'я та системи охорони здоров'я десяти найкращих країн із найкращою системою охорони здоров'я у світі коливалася від 82 до 86,9 балів за шкалою від нуля до 100.

Глобальний індекс безпеки здоров'я. Розроблено численні індекси здоров'я та системи охорони здоров'я для оцінки різних атрибутів та аспектів системи охорони здоров'я країни. Одним із таких показників є індекс глобальної безпеки здоров'я (GHS). Цей індекс оцінює здатність 195 країн визначати, оцінювати та пом'якшувати біологічні небезпеки на додаток до політичних і соціально-економічних проблем, якості їхніх систем охорони здоров'я та їх відповідності міжнародним фінансам і стандартам. У 2021 році Сполучені Штати займали перше місце в індексі GHS, але з багатьох причин уряду США не вдалося ефективно впоратися з пандемією COVID-19. Індекс GHS оцінює можливості та визначає прогалини в підготовці; тим не менш, він не може передбачити розподіл ресурсів країни у випадку надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я.

Індекс загального охоплення медичним обслуговуванням. Ще один індекс охорони здоров'я, який використовується в усьому світі членами Організації Об'єднаних Націй (ООН), – це індекс охоплення послугами універсальної медичної допомоги (УНС). Індекс УНС відстежує прогрес країни у досягненні цілі сталого розвитку (ЦСР) номер три. Індекс охоплення послугами УНС відстежує 14 показників, пов'язаних із репродуктивним здоров'ям, здоров'ям матерів, новонароджених і дітей, інфекційними захворюваннями, неінфекційними захворюваннями, можливостями обслуговування та доступом до медичної допомоги. Основна мета загального охоплення медичним обслуговуванням полягає в тому, щоб ніхто не був позбавлений доступу до основних медичних послуг через фінансові труднощі. У 2021 році показники індексу УНС коливалися від 21 до високого 91 у 194 країнах.

За даними досліджень, проведених Фондом «Демократичні ініціативи» ім. Ілька Кучеріва спільно з соціологічною службою Центру Разумкова та Київським міжнародним інститутом соціології, у липні 2023 року громадяни України найчастіше називали корупцію та кругову поруку серед керівників медичних закладів як головні проблеми у сфері охорони здоров'я, які потребують негайного вирішення (60%) [100]. Другим за важливістю питанням було зниження вартості ліків (54%). На третьому місці опинилися дві проблеми: забезпечення лікарень та поліклінік необхідним обладнанням для лікування і діагностики (52%) та відповідальність лікарів за здоров'я пацієнтів і результати їх лікування (51%). Також майже половина опитаних вказали на необхідність встановлення прозорих та доступних цін на медичні послуги в лікарнях (48%) та забезпечення належного лікування і реабілітації поранених ветеранів (46%). Серед інших важливих питань, які потребують першочергового вирішення, респонденти вказали припинення «добровільних» поборів у медичних закладах (36%), збільшення кількості професійних лікарів-терапевтів і сімейних лікарів (35%), підвищення контролю за якістю медичної освіти (34%) та підвищення оплати праці медичного персоналу (30%). Порівняно з 2021 роком, у воєнний час значно зросла важливість боротьби з корупцією серед керівників медичних закладів та встановлення прозорих і доступних цін на медичні послуги.

Таблиця 1.4 - Проблеми системи охорони здоров'я, які треба вирішувати в першу чергу – ТОП 7 проблем (джерело [100])

Проблема	Україна травень 2021,%	Україна липень 2023,%
Боротися з корупцією та круговою порукою серед керівників медичних закладів	22,8	59,7
Зменшити вартість ліків	63,1	54,1
Забезпечити лікарні та поліклініки обладнанням для лікування і діагностики	33,6	51,7
Встановити відповідальність лікарів за здоров'я пацієнтів та результати лікування	33,2	51,1
Встановити прозорі та доступні ціни на медичні послуги в лікарнях	22,4	47,8
Забезпечити належне лікування та реабілітацію поранених ветеранів	-	45,8
Припинити стягнення «добровільних» поборів у лікарнях, поліклініках і пологових будинках	22,6	36,1

Таблиця 1.4. відображає основні проблеми, які, на думку громадян, потребують негайного вирішення у сфері охорони здоров'я, з розподілом по регіонах України.

Система охорони здоров'я України стикається з особливими викликами через міграцію населення, оскільки близько 7 мільйонів українців стали вимушеними переселенцями. Крім того, багато медичних працівників загинули або були поранені під час війни. 12 медичних працівників загинули, 47 поранені, а 2372 працівники екстреної медичної допомоги знаходяться на окупованих територіях. Також 2273 медичних працівники виїхали за кордон, що становить 0,5% від загальної кількості медичних працівників в країні, а 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Нестача кадрів та організаційних можливостей системи охорони здоров'я для надання послуг з реабілітації та психічного здоров'я загострює проблему забезпечення населення якісними та доступними послугами. Програма медичних гарантій не повністю враховує пріоритетні послуги, які набувають особливої важливості в умовах війни та післявоєнного періоду, такі як лікування травм, опіків, реабілітація та психічне здоров'я. Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрати системи, завдані збитки та необхідність зміни пріоритетів у наданні медичних послуг. Основна мета Плану відновлення у сфері охорони здоров'я полягає у відновленні та розвитку системи охорони здоров'я з новою якістю та доступністю послуг для задоволення потреб громадян [96] .

Для досягнення цієї мети необхідно не лише відбудувати пошкоджену медичну інфраструктуру, а й забезпечити її стійкість до можливих кризових ситуацій у майбутньому. Особливу увагу слід приділити збереженню кадрового потенціалу, поверненню медичних працівників, які виїхали за кордон, та створенню належних умов праці в регіонах із найбільшим дефіцитом фахівців. Важливим напрямом має стати розширення мережі реабілітаційних центрів і служб психічного здоров'я з урахуванням потреб військовослужбовців, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та цивільного населення, постраждалого від війни.

Висновки до першого розділу 1

Забезпечення державного управління в сфері охорони здоров'я є критично важливим для підтримання та покращення здоров'я населення. Історичний аналіз показує, що концепція громадського здоров'я, яка включає колективні зусилля для запобігання хворобам і зміцнення здоров'я, відіграє важливу роль у формуванні соціальних структур і політичних підходів до охорони здоров'я. Сучасні підходи до громадського здоров'я включають в себе різноманітні дисципліни, такі як епідеміологія, біостатистика, здоров'я навколишнього середовища, політика охорони здоров'я, медична освіта та зміцнення здоров'я. Важливо зазначити, що громадське здоров'я відрізняється від медичної допомоги, оскільки воно спрямоване на колективні заходи і реакцію на соціальні хвороби. Розвиток концепції громадського здоров'я впливає на сучасні підходи до охорони здоров'я, підкреслюючи важливість інтеграції медичних і соціальних заходів для покращення здоров'я населення. Важливим аспектом є також розуміння впливу політичної культури на пояснення та лікування медичних станів. Загалом, громадське здоров'я як наукова дисципліна і практика охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на запобігання хворобам і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства. Важливо продовжувати розвивати та вдосконалювати системи громадського здоров'я для забезпечення ефективного і рівного доступу до медичних послуг для всіх членів суспільства.

Системи охорони здоров'я включають усі організації, установи та ресурси, спрямовані на здійснення дій у сфері охорони здоров'я, складаючись з усіх організацій, людей і дій, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я. Вони структуровані діями чи бездіяльністю держави для досягнення певних соціальних цілей і можуть концептуалізуватися на макро- та мікрорівнях. Макрорівень зосереджений на загальних аспектах діяльності сектора охорони здоров'я, таких як ступінь рівного доступу до основних медичних послуг, покращення якості та розподілу стану здоров'я населення, адекватність захисту від зубожіння через катастрофічні витрати на медичне обслуговування, та ефективність системи у створенні цих сукупних результатів. Мікрорівень

стосується поведінки та динаміки окремих фірм і домогосподарств. Основними цілями системи охорони здоров'я є досягнення високого рівня здоров'я населення, забезпечення рівного доступу до медичних послуг, захист від фінансових ризиків, пов'язаних з катастрофічними витратами на медичне обслуговування, та забезпечення високого рівня задоволеності споживачів. Необхідність балансування між різними цілями системи охорони здоров'я, такими як ефективність, справедливість та доступність, обумовлює вибір методів фінансування та організації системи, що впливають на її ефективність та справедливість. Архітектура системи охорони здоров'я включає основні структурні елементи: фінансування, організація, оплата, регулювання та переконання. Взаємозв'язки між цими елементами та їхній вплив на кінцеві результати, такі як стан здоров'я, доступність послуг, якість та ефективність, є важливими для розуміння функціонування системи. Розглядаються різні типи систем охорони здоров'я, включаючи приватні, страхові та державні моделі, їхні переваги та недоліки. Пропонується гіпотетична партисипативна система охорони здоров'я, яка є автономною та кооперативною, що дозволяє досягти оптимальної функціональності.

Добре функціонуюча система охорони здоров'я може значно сприяти економічному зростанню та розвитку країни. Охорона здоров'я традиційно вважається ключовим фактором зміцнення загального фізичного та психічного здоров'я населення. Сучасна галузь охорони здоров'я стикається з величезними проблемами, включаючи незадоволення потреб пацієнтів, труднощі з засвоєнням складної наукової бази, опір впровадженню передових технологій, відсутність участі пацієнтів у прийнятті рішень та зростаючий попит на медичну допомогу через старіння населення. Для вирішення цих проблем необхідно реформувати системи охорони здоров'я, покращуючи координацію та співпрацю між медичними професіоналами, а також посилюючи акцент на профілактиці та поведінкових детермінантах здоров'я. У глобальному контексті, велика увага приділяється питанням кібербезпеки, телемедицини, конкуренції, виставлення рахунків і обробки платежів, прозорості цін, управління великими даними, забезпечення

справедливості у здоров'ї, покращення клінічних робочих процесів, вирішення дефіциту постачальників медичних послуг та покращення досвіду пацієнтів. Важливим також є перехід до медичної допомоги, заснованої на цінностях, та адаптація до регуляторних змін, які впливають на систему охорони здоров'я. Український досвід підкреслює особливі виклики, з якими стикається система охорони здоров'я через війну, включаючи нестачу медичних працівників, збільшення потреб у реабілітації та психічному здоров'ї. Основна мета Плану відновлення у сфері охорони здоров'я полягає у відновленні та розвитку системи охорони здоров'я з новою якістю та доступністю послуг для задоволення потреб громадян. Таким чином, ефективне управління та реформування системи охорони здоров'я є критично важливими для покращення здоров'я населення, забезпечення економічної стабільності та соціального добробуту.

РОЗДІЛ II

РЕГУЛЯТОРНИЙ ЛАНДШАФТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПІДХОД ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

2.1 Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я

Термін «законодавство у сфері охорони здоров'я» складається із двох змістовних елементів: «законодавство» та «сфера охорони здоров'я». Законодавство – це система правових норм, встановлених державними органами, що є обов'язковими для виконання. Воно включає Конституцію, закони, підзаконні акти, міжнародні угоди та локальні нормативні акти, які регулюють певну галузь суспільних відносин. Правове регулювання у сфері охорони здоров'я (медичне право) України є самостійною міжгалузевою правовою категорією, що охоплює сукупність норм, спрямованих на врегулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності. Воно інтегрує положення конституційного, адміністративного, цивільного, трудового, фінансового та міжнародного права, формуючи комплексну нормативно-правову основу для регулювання надання медичних послуг, професійної діяльності медичних працівників, захисту прав пацієнтів, функціонування закладів охорони здоров'я, розвитку системи медичного страхування, а також вирішення етичних і правових викликів, пов'язаних із застосуванням сучасних біомедичних технологій.

Джерелами медичного права є Конституція України (стаття 49), Основи законодавства України про охорону здоров'я [1], Цивільний кодекс України [2], Кримінальний кодекс України [3], Кодекс законів про працю [4], Кодекс України про адміністративні правопорушення [5], а також спеціалізовані закони - зокрема, «Про лікарські засоби» [6], «Про донорство крові та її компонентів» [7], «Про систему громадського здоров'я» [8] тощо. Важливу роль відіграють міжнародні нормативні акти та двосторонні угоди, ратифіковані Україною, зокрема Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдоська конвенція) [9], директиви ЄС.

Значну частину правового забезпечення становлять медичні стандарти, клінічні протоколи, правила надання медичної допомоги, вимоги до якості послуг, що вважаються нормативно-правовими актами галузевого рівня. Ці документи, як правило, затверджуються наказами МОЗ або іншими уповноваженими органами і спрямовані на впорядкування системи охорони здоров'я, забезпечення якості та безпеки медичних послуг. Крім того, важливе місце займають розпорядчі документи міністерств, державних служб, інспекцій та інших центральних органів виконавчої влади, які регламентують повноваження відповідних структур у галузі охорони здоров'я, визначають функціональні завдання, порядок взаємодії між установами та механізми реалізації державної політики у медичній сфері.

Таблиця 2.1 - Основні функції права у сфері охорони здоров'я

Напрямок функціонування	Зміст
Реалізація права на охорону здоров'я	Нормативне забезпечення доступу до медичних послуг як базового конституційного права
Регулювання професійної діяльності	Встановлення правових вимог до професії медичного працівника та медичної практики
Функціонування медичних установ	Правове регулювання створення, реорганізації та діяльності закладів охорони здоров'я
Стандарти якості та безпеки	Встановлення норм щодо якості, доступності та безпечності медичної допомоги
Захист прав пацієнтів	Правове закріплення прав на інформовану згоду, медичну таємницю, недискримінацію
Медичне страхування	Розробка механізмів функціонування системи обов'язкового й добровільного страхування
Етичне регулювання біомедичних технологій	Правове забезпечення етичної відповідності медичних інновацій та досліджень

Джерело: складено автором на основі [1-9]

Основними функціями права у сфері охорони здоров'я є нормативне забезпечення реалізації конституційного права кожного громадянина на охорону здоров'я; правове регулювання професійної діяльності медичних працівників і функціонування системи закладів охорони здоров'я; встановлення стандартів у сфері якості, доступності та безпеки медичної допомоги; забезпечення дотримання прав пацієнтів, включаючи право на інформовану згоду, збереження медичної таємниці, а також захист від дискримінації у сфері медичного обслуговування; формування ефективних правових механізмів медичного страхування; створення

нормативної бази для етичного регулювання біомедичних досліджень і впровадження медико-біологічних інновацій (табл.2.1).

Таблиця 2.2 - Основоположні принципи правового регулювання у сфері охорони здоров'я

Принцип	Опис
Гарантованість	Право кожної особи на охорону здоров'я є гарантованим державою
Рівність і недискримінація	Забезпечення рівного доступу до медичних послуг незалежно від статі, віку, статусу тощо
Інформована згода	Право пацієнта на добровільне медичне втручання на основі повної поінформованості
Конфіденційність	Захист персональних медичних даних та медичної таємниці
Професійна етика	Дотримання етичних стандартів у практиці медичних працівників
Якість медичних послуг	Забезпечення надання послуг відповідно до нормативно встановлених стандартів

Джерело: складено автором на основі [1-9]

Правове регулювання охорони здоров'я ґрунтується на низці ключових принципів, до яких належать: принцип гарантованості права на охорону здоров'я, принцип рівності та недискримінаційного доступу до медичних послуг, принцип добровільності та інформованої згоди на медичне втручання, принцип конфіденційності та захисту персональних медичних даних, принцип професійної відповідальності та етики медичних працівників, а також принцип забезпечення належної якості та безпечності медичних послуг (табл. 2.2.) Ці принципи слугують основою для формування комплексної правової системи, що забезпечує баланс між правами пацієнтів, обов'язками медичних працівників і інтересами суспільства в цілому.

Інституційна структура медичного права охоплює кілька ключових правових інститутів. Інститут права на охорону здоров'я встановлює юридичні гарантії реалізації цього базового права. Інститут медичної діяльності регламентує умови надання медичних послуг, ліцензування, стандартизацію та контроль. Інститут прав пацієнтів визначає зміст правового статусу пацієнта та механізми його захисту. Інститут прав медичних працівників забезпечує регулювання їхніх професійних прав, обов'язків та соціальних гарантій. Інститут медичного страхування формує нормативне підґрунтя для фінансування охорони здоров'я

через обов'язкове та добровільне страхування. Інститут біоетики охоплює норми, пов'язані з етичною легітимністю новітніх медичних технологій, досліджень, трансплантації, репродуктивної медицини тощо.

Таблиця 2.3 - Інституційна структура правового регулювання у сфері охорони здоров'я

Правовий інститут	Зміст та функціональне призначення
Інститут права на охорону здоров'я	Визначає юридичні гарантії реалізації базового конституційного права громадян на охорону здоров'я.
Інститут медичної діяльності	Регламентує порядок надання медичних послуг, умови ліцензування, стандарти якості, нагляд і контроль.
Інститут прав пацієнтів	Встановлює правовий статус пацієнта, включаючи право на інформовану згоду, медичну таємницю, захист від дискримінації.
Інститут прав медичних працівників	Визначає трудові, соціальні та професійні права та обов'язки медичних працівників, умови відповідальності.
Інститут медичного страхування	Формує нормативну базу для реалізації механізмів обов'язкового та добровільного медичного страхування.
Інститут біоетики	Охоплює етичні та правові аспекти впровадження сучасних біомедичних технологій, включно з клінічними дослідженнями, трансплантацією, репродуктивною медициною тощо.

Джерело: складено автором на основі [10]

Актуальні виклики, з якими стикається медичне право України, зумовлені як внутрішніми процесами реформування галузі охорони здоров'я, так і зовнішніми факторами - зокрема пандемією COVID-19, повномасштабною війною, інтеграцією до європейського правового простору [10-12].

Серед стратегічних пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я виокремлюються: нормативне забезпечення стійкості функціонування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану; розвиток електронної охорони здоров'я (eHealth) як інструменту цифровізації медичних послуг; підвищення професійного рівня та компетентності медичних працівників; вдосконалення механізмів державного регулювання та нагляду; розширення інституційних механізмів захисту прав пацієнтів; а також формування ефективної моделі медичного страхування на засадах солідарності та доступності.

Таким чином, система нормативно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні постає як ключовий елемент правової інфраструктури, спрямований на забезпечення реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я, підвищення якості та безпечності медичних послуг, утвердження етичних стандартів медичної діяльності, а також адаптацію галузі охорони здоров'я до викликів трансформаційного розвитку в умовах кризових і надзвичайних ситуацій.

Сфера охорони здоров'я охоплює всі правовідносини, пов'язані із забезпеченням здоров'я громадян, функціонуванням медичних установ, правами та обов'язками пацієнтів і медичних працівників, а також регулюванням медичної діяльності. Основними нормативними актами у цій сфері є Конституція України, яка гарантує право громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу; Основи законодавства України про охорону здоров'я, що визначають принципи та механізми регулювання медичної сфери; спеціальні закони, такі як закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [13] або закон «Про лікарські засоби» [8]; підзаконні акти, зокрема накази Міністерства охорони здоров'я та постанови Кабінету Міністрів; міжнародні угоди та акти ВООЗ, що встановлюють стандарти у галузі охорони здоров'я.

Законодавство у сфері охорони здоров'я охоплює кілька ключових аспектів, зокрема регулювання прав пацієнтів, що включає доступ до медичної допомоги та конфіденційність медичної інформації; ліцензування та акредитацію медичних установ і працівників; фінансування медичних послуг, яке здійснюється за рахунок державного бюджету, страхової медицини та приватного сектора; медичну етику та відповідальність, що регулюють питання медичних помилок, прав та обов'язків лікарів; контроль за лікарськими засобами, який передбачає регулювання їх виробництва, сертифікації та реалізації. Таким чином, *законодавство у сфері охорони здоров'я є комплексною системою правових норм, що забезпечує належне функціонування медичної галузі, баланс прав і обов'язків усіх учасників процесу та контроль за якістю медичних послуг.*

Законодавство про охорону здоров'я стосується законів і нормативних актів, які регулюють охорону здоров'я та виконуються державами-членами. Ці закони та

нормативні акти важливі для ефективного сприяння здоров'ю населення та передаються до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для перегляду та поширення. Однак доступність і повнота інформації про законодавство про охорону здоров'я були обмежені через зменшення підтримки цієї конституційної функції [14].

Стандарти надання медичних послуг є елементом забезпечення якості медичного обслуговування та ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні. У сфері медичної допомоги широко використовується Директива 2011/24/ЄС про права пацієнтів на транскордонну медичну допомогу, яка вперше офіційно визнає, що держави несуть повну відповідальність за встановлення правил у сферах управління, стандартів якості, безпеки та організації медичних послуг [15].

Крім того, Рекомендація № R (97)17 Комітету міністрів Ради Європи державам-членам щодо розробки та впровадження систем покращення якості (QIS) в охороні здоров'я встановлює структури та політики, які підтримують розвиток і реалізацію систем підвищення якості на всіх рівнях надання медичної допомоги [16]. Таке покращення можливе через: організацію якісної післядипломної освіти медичних працівників, забезпечення аудиту та обліку якості в медичних закладах, ефективну роботу відповідних державних органів, наявність працюючої системи стимулювання, підвищення професійної майстерності постачальників медичних послуг.

Особлива увага приділяється Рекомендації Rec(2001)13 Комітету міністрів Ради Європи державам-членам щодо розробки методології складання настанов з найкращих медичних практик [17]. Вони базуються на клінічних протоколах і є інструментом публічної політики. Зміст цього документа спрямований на забезпечення функціонування методології розробки керівних принципів покращення якості медичних послуг шляхом: налагодження систем перегляду наданих послуг, тестування пілотних проєктів, функціонування інспекційної системи. Настанови з медичної практики у майбутньому мають відігравати

ключову роль в освітній і клінічній підготовці медичних фахівців та довгостроковому розвитку професіоналізму.

Рекомендація Rec(2001)13 також передбачає низку обов'язкових дій для державних інституцій, зокрема: розробку та впровадження концепцій національної політики у сфері розвитку медичних послуг і підвищення їх якості; сприяння міжнародному співробітництву між державами, науковими установами, міжнародними організаціями та центрами; поширення рекомендацій і методик та підтримку осіб, які ухвалюють рішення у сфері охорони здоров'я.

Чинні стандарти медичної допомоги в Україні були розроблені на основі програми ЄС TACIS за технічної підтримки країн СНД у 2004-2008 роках. У межах цієї програми було закріплено положення, згідно з яким держави несуть повну відповідальність за організацію та надання медичних послуг на своїй території.

У рамках зазначеної ініціативи в Україні було ухвалено низку нормативно-правових актів, зокрема: Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» (2002) [18]; Наказ МОЗ України «Про затвердження переліку клінічних індикаторів, які підлягають моніторингу при лікуванні осіб з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом II типу» (2019) [19]; Наказ МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» (2012) [20].

Останні українські дослідження у сфері впровадження та використання міжнародних стандартів надання медичних послуг зосереджені на вивченні реального змісту процесів стандартизації та актуальності їх застосування в Україні. Зокрема, А.М. Маркіна підкреслює наявність відповідного законодавства, що ухвалюється для вирішення конкретних питань уповноважених суб'єктів [21]. У свою чергу, Н.П. Ярош та С.І. Лупей-Ткач у праці «Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України» зазначають, що однозначно визначити правову природу цього явища складно, адже воно охоплює просування конкурентоспроможності медичних послуг, впровадження інноваційних

технологій прогресивного характеру, а також методи управління витратами у сфері охорони здоров'я [22]. Таким чином, стандарти медичних послуг є елементом забезпечення якості медичного обслуговування та ефективного функціонування системи охорони здоров'я в країні.

К. Шоу та співавтори звертають увагу на проблематику в цій сфері [23]. Дослідники вказують, що існуючі системи, які встановлюють або оцінюють організаційні стандарти, не здатні розповсюджувати ці практики за межі окремих європейських країн, оскільки програми сертифікації, ліцензування та акредитації є занадто різноманітними, щоб забезпечити єдину основу для послідовного оцінювання. В межах Європейського Союзу були здійснені спільні зусилля щодо гармонізації стандартів медичної освіти, медичного обладнання та клінічної практики. Водночас, надто мало уваги приділялося питанням управління медичними послугами, організації їх функціонування та внутрішньої системи забезпечення якості.

За останні п'ятнадцять років глобальне законодавство про охорону здоров'я (GHL) - хоплює правові норми, процеси та інституції, необхідні для створення умов, що дозволяють людям у всьому світі досягти найвищого можливого рівня фізичного і психічного здоров'я - стала новою сферою професійної діяльності для вітчизняних і міжнародних юристів, політиків у сфері охорони здоров'я, правозахисних груп та науковців. Відповідно до нової мови управління 1990-х років, GHL являє собою лінгвістичний, концептуальний і нормативний зсув у відхід від свого попередника, міжнародного права охорони здоров'я. До виняткового інтересу до норм, відповідальності держави та суперечок додалася турбота про регулювання, відповідність, вирішення проблем та управління. Дискусії, які раніше розглядали питання про те, як державам найкраще покладатися на договори та Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) для контролю над поширенням інфекційних захворювань, замінили занепокоєння щодо того, як використовувати процеси з багатьма зацікавленими сторонами для максимального підвищення добробуту людей як медичної, соціально-економічної та екологічної потреби. Цей перехід до GHL був важливим професійно-політичним досягненням,

що привнесло нові інструменти та акторів до все більш глобальних проблем, починаючи від контролю над тютюном і закінчуючи неінфекційними захворюваннями [24].

Окрім цих широких змін, перехід від міжнародного права охорони здоров'я до GHL також виявив дискурсивну зміну у використанні експертами терміну «сфера» для опису цієї нової сфери професійної діяльності. Завдяки асоціаціям міжнародного права охорони здоров'я з тропічною медициною, санітарним конференціям дев'ятнадцятого та двадцятого століть та зусиллям ВООЗ щодо викорінення, родовід міжнародного права охорони здоров'я як галузі чи галузі міжнародного публічного права встановився до кінця холодної війни. У 1988 році на симпозіумі, присвяченому сорокаріччю ВООЗ, вчені прийняли сферу міжнародного права охорони здоров'я як прочитане. Франко-канадський вчений Мішель Беланже говорив про необхідність уточнення змісту «цієї галузі права» [25], тоді як радянський колега, В. С. Михайлов, прямо заявив, що «міжнародне право охорони здоров'я є галуззю міжнародного публічного права, швидко розвивається та охоплює широкий спектр предметів.

Таким чином, міжнародне право охорони здоров'я є окремою галуззю. До 2004 року експерти продовжували говорити про «наслідки глобальних змін для сфери міжнародного права охорони здоров'я» [26]. Навіть якщо міжнародне право охорони здоров'я було відносно недостатньо розвиненим порівняно, скажімо, з міжнародним торговим правом або правами людини, воно все одно виправдовувало визначення як окремої галузі міжнародного права.

Колективна травма Другої світової війни стала поштовхом до формування нової системи глобального врядування під егідою Організації Об'єднаних Націй (ООН). В межах ООН було закладено основу для прогресивного розвитку міжнародних стандартів та кодифікації міжнародного права, а спеціалізовані установи ООН мали розширити верховенство права через незалежні міжнародно-правові повноваження. Спеціалізованою установою ООН у сфері охорони здоров'я стала Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), якій було надано широкі повноваження у сфері міжнародного нормотворення для реалізації її

конституційного мандату. До цих повноважень входила можливість ухвалювати як обов'язкові юридичні інструменти - конвенції, угоди, регламенти - так і необов'язкові рекомендації. Ці потужні регуляторні інструменти, які значно перевищували можливості інституцій-попередників, надали ВООЗ унікальне становище провідного суб'єкта у формуванні міжнародного права у сфері охорони здоров'я. ВООЗ отримала змогу юридично зобов'язувати держави до впровадження певних заходів у сфері охорони здоров'я, а також - підтримувати, координувати та спрямовувати зусилля національних систем охорони здоров'я [27].

Сучасні підвалини глобального управління у сфері охорони здоров'я були закладені на тлі руйнувань, спричинених Другою світовою війною. Війна завдала людству безпрецедентного страждання, поставивши під загрозу не лише фізичне здоров'я населення, але й ефективність інституцій, які мали сприяти зміцненню здоров'я на глобальному рівні. Геополітична напруга зруйнувала міжнародні союзи, змусивши держави замкнутися у внутрішніх пріоритетах, що фактично перекреслило досягнення у сфері міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я. Міжнародні організації охорони здоров'я виявилися неспроможними запобігти цьому колапсу: Санітарна організація Ліги Націй (LNHO) була розпущена, а Міжнародне бюро громадської гігієни (ОІНР) стало недієздатним після захоплення його штаб-квартири в Парижі нацистськими силами. У відповідь на цю кризу міжнародного охорони здоров'я, держави у 1943 році об'єдналися для створення Адміністрації ООН з допомоги та відновлення (UNRRA), яка тимчасово взяла на себе відповідальність за громадське здоров'я під час війни - надаючи технічну допомогу, запобігаючи спалахам хвороб, забезпечуючи поставки медикаментів і сприяючи відновленню національних систем охорони здоров'я. Саме з цього руйнування і постала сучасна архітектура глобального управління у сфері охорони здоров'я. Держави-союзники зібралися на конференції в Думбартон-Окс у серпні-жовтні 1944 року, щоб обговорити створення нової міжнародної організації, яка б замінила Лігу Націй і «врятувала майбутні покоління від лиха війни, яка принесла людству невимовний біль». Перші кроки до створення

спеціалізованої міжнародної організації з охорони здоров'я було зроблено під час Сан-Франциської конференції 1945 року, де делегати заклали основи ООН. Хоча спочатку охорону здоров'я прямо не включили до Статуту ООН, спільна ініціатива бразильської та китайської делегацій закріпила наступне: у статті 13 - «здоров'я» визначено як сферу відповідальності Генеральної Асамблеї; у статті 55 - міжнародну співпрацю у сфері охорони здоров'я визнано метою Економічної та соціальної ради; у статті 57 - закладено підґрунтя для створення окремої міжнародної організації з питань охорони здоров'я. Після створення ООН, Економічна та соціальна рада закликала до скликання міжнародної конференції, яка б визначила обсяг та інституційні механізми для здійснення міжнародних дій у сфері охорони здоров'я, а також виробила б пропозиції щодо створення єдиної міжнародної організації у цій сфері. З цією метою у 1946 році було сформовано Технічний підготовчий комітет, який розробив письмові пропозиції до скликання Міжнародної конференції з охорони здоров'я. Ці події стали підґрунтям для заснування Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка згодом отримала статус провідного глобального інституційного актора у сфері медичної політики та нормотворення [28].

Конституція ВООЗ визначила широкі нормотворчі повноваження, необхідні для просування глобального здоров'я. У рамках підготовки до переговорів щодо її створення, Служба громадського здоров'я США та Державний департамент організували консультаційну групу з 30 провідних науковців і фахівців у сфері охорони здоров'я. У жовтні 1945 року ця група розробила проєкт Конституції ВООЗ, який (разом із проєктами, поданими британськими, французькими та югославськими делегаціями) став основою для обговорення на засіданнях Технічного підготовчого комітету в Парижі в березні-квітні 1946 року.

Технічний комітет підготував тематичну структуру для Міжнародної конференції з охорони здоров'я, яка проходила в Нью-Йорку в червні-липні 1946 року. Ця п'ятитижнева конференція мала на меті створення глобальної організації громадського здоров'я, яка б відігравала провідну роль у післявоєнному управлінні та міжнародному співробітництві.

В межах цієї конференції держави-учасниці розробили та ухвалили текст запропонованої Конституції ВООЗ відповідно до статей 55 і 57 Статуту ООН. Конференція також створила Тимчасову комісію з 18 держав, яка мала перебрати функції трьох попередніх організацій: Санітарної організації Ліги Націй (LNHO), Міжнародного бюро громадської гігієни (OIHP) та Відділу охорони здоров'я Адміністрації допомоги та відновлення ООН (UNRRA).

Для реалізації завдань нової організації було закладено три інституційні органи: Всесвітня асамблея охорони здоров'я - вищий законодавчий орган, що складається з представників усіх держав-членів; Виконавча рада - менший за складом орган, який формує програми та втілює політичні рішення Асамблеї; Секретаріат - адміністративна та технічна структура, яка здійснює щоденну діяльність організації під керівництвом Генерального директора, обраного на цю посаду.

22 липня 1946 року представники 61 держави підписали Конституцію ВООЗ. Документ залишався відкритим для підписання до моменту набрання чинності - 7 квітня 1948 року, дату, яка згодом стала офіційним Всесвітнім днем здоров'я.

Відповідаючи на післявоєнну потребу в посиленому міжнародному співробітництві, перше конституційне положення ВООЗ визначає її функцію як «керівного і координуючого органу в міжнародній діяльності у сфері охорони здоров'я». На відміну від попередніх міжнародних структур, які зосереджувалися винятково на запобіганні транскордонному поширенню хвороб, мандат ВООЗ охоплює широкий спектр завдань, пов'язаних із профілактикою захворювань, охороною здоров'я та просуванням глобальної солідарності, а її нормативні функції стали основою для міжнародного правового співробітництва у сфері охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) народилася після руйнувань Другої світової війни як нормативний орган, наділений безпрецедентними конституційними повноваженнями. Але навіть незважаючи на досягнення приголомшливих успіхів, таких як викорінення натуральної віспи, воно не виправдало високих сподівань післявоєнного руху за здоров'я та права людини -

останнім прикладом чого стала його неадекватна відповідь на епідемію Ебола. ВООЗ, маючи неперевершену експертизу та конституційний мандат, займає вигідне становище для сталого покращення світової охорони здоров'я. Однак Організація стикається з критичними інституційними проблемами, які суттєво обмежують її функціонування: (1) держави-члени вимагають дотримання їхніх, часто суперечливих, вимог. Вони обирають Генерального директора (ГД), визначають робочий план, затверджують бюджет і формують загальний напрям діяльності. Такий жорсткий контроль може стримувати Секретаріат, заважаючи йому діяти як моральному лідеру у сфері світової охорони здоров'я та захищати інтереси найбільш вразливих груп населення; (2) ресурси ВООЗ абсолютно не відповідають масштабам глобальних потреб у сфері охорони здоров'я. Бюджет агентства мізерний у порівнянні з національними бюджетами охорони здоров'я, попри його величезні міжнародні зобов'язання; (3) фінансові потоки не тільки недостатні, але й надзвичайно обмежені. Агентство повинно мати більше повноважень для спрямування ресурсів туди, де вони найбільш необхідні; (4) ВООЗ бракує ключових інституційних структур для ефективного фінансового управління, прозорості, визначення пріоритетів і підзвітності. Організація також повинна залучати креативний потенціал недержавних суб'єктів, надаючи їм можливість брати участь у процесі прийняття рішень, водночас керуючи конфліктами інтересів; (5) глобальні політики та програми не можуть ефективно впроваджуватися через децентралізовану структуру ВООЗ. Регіональні підрозділи не є повноцінними філіями Організації, а мають широку автономію. Така автономія може заважати ВООЗ говорити єдиним голосом і здійснювати глобальне лідерство.

Конституція ВООЗ створила нормативний інститут з винятковими повноваженнями[29]. Перша стаття Конституції проголошує сміливу місію: «досягнення всіма народами найвищого можливого рівня здоров'я». Преамбула визначає здоров'я як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи недуги».

Крім того, преамбула ставить права людини в центр уваги, зазначаючи, що «володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної

людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального становища». Конституція однозначно закріплює за ВООЗ статус провідного глобального лідера в галузі охорони здоров'я, зазначаючи, що організація має «виконувати функції керівного та координуючого органу у сфері міжнародної охорони здоров'я», співпрацюючи з агенціями ООН, національними міністерствами охорони здоров'я та професійними організаціями (Стаття 2). Стаття 2 надає ВООЗ широкі нормативні повноваження для реалізації своєї місії, уповноважуючи Всесвітню асамблею охорони здоров'я (ВАОЗ) приймати «конвенції, угоди та регламенти, а також надавати рекомендації з питань міжнародної охорони здоров'я». ВООЗ переважно реалізує свою нормативну владу за допомогою «м'якої» сили – або конституційно санкціонованих «рекомендацій», або менш формалізованих дій з боку Асамблеї, Ради та/або Секретаріату. Організація рідко застосовує свої конституційні повноваження для використання «жорсткої» сили через укладання обов'язкових міжнародних договорів. Найбільш помітною нормативною діяльністю ВООЗ є створення «м'яких» стандартів, заснованих на науці, етиці та правах людини. Хоча вони не є обов'язковими, ці норми мають значний вплив, особливо на національному рівні, де вони можуть бути інтегровані в законодавство, регулювання або керівні принципи.

Стаття 23 надає Асамблеї право «надавати рекомендації державам-членам», тоді як стаття 62 зобов'язує країни щорічно звітувати про заходи, вжиті для виконання цих рекомендацій.

ВООЗ використовує різні юридичні та політичні інструменти для встановлення м'яких норм з різним рівнем інституційної підтримки:

- 1) Резолюції ВАОЗ - виражають волю держав-членів і становлять найвищий рівень зобов'язань.
- 2) Встановлення стандартів Секретаріатом - здійснюється за дорученням Асамблеї або Ради, але без їх офіційного затвердження.
- 3) Скликання експертних комітетів - Секретаріат може поширювати їх висновки без формального схвалення.

Чим більш прямо Асамблея схвалює нормативний зміст, тим більша ймовірність, що держави-члени його підтримають і впровадять. Для зміцнення політичної підтримки ключових ініціатив організації, Асамблея застосовує процес «запит – розробка - затвердження». Наприклад, ВАОЗ доручила Секретаріату розробити Кодекси з питань грудного вигодовування та набору медичних кадрів, які були офіційно схвалені.

Окрім рекомендацій відповідно до статті 23, Асамблея також надає особливого значення глобальним стратегіям, таким як: «Рациональне харчування, фізична активність і здоров'я»; «Шкідливе вживання алкоголю».

Система нормативно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні має чітко структуровану ієрархію, що охоплює як універсальні (галузеві), так і спеціалізовані джерела права (табл.2.4). Центральну роль відіграє Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», доповнений рядом спеціальних актів, які забезпечують нормативну підтримку реформ. Така модель дозволяє створити адаптивну правову основу для забезпечення ефективного функціонування медичної галузі, особливо в умовах трансформаційних викликів.

Структура нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я в Україні, подана в таблиці 2.1.3, демонструє багаторівневу ієрархію правового регулювання, що відповідає загальноприйнятій моделі побудови національного правового поля з урахуванням галузевої специфіки. Така класифікація дозволяє простежити, як з рівня конституційного регулювання (Конституція України, ст. 49) відбувається конкретизація норм у спеціальних законах, а також деталізація та реалізація через підзаконні акти.

Перший рівень - конституційний - відіграє фундаментальну роль у визначенні базових прав громадян, зокрема права на охорону здоров'я та гарантії безоплатної медичної допомоги. Це положення має пряму дію і задає вектор для усіх інших нормативних актів у системі охорони здоров'я.

Таблиця 2.4 - Структура нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я в Україні

Рівень	Група нормативно-правових актів	Функціональна характеристика
1. Конституційний рівень	Конституція України (стаття 49)	Гарантує право громадян на охорону здоров'я, безоплатну медичну допомогу, медичне страхування.
2. Загальногалузевий рівень	Цивільний кодекс України, Кримінальний кодекс, КУпАП, КЗпП	Містять норми, що регламентують загальні аспекти медичної відповідальності, трудові та адміністративні відносини.
3. Базове спеціальне законодавство	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Визначає основні засади правового регулювання медичної галузі, права та обов'язки пацієнтів і медичних працівників.
4. Спеціальні галузеві закони	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», закони про донорство, психіатричну допомогу, ціноутворення тощо	Регулюють конкретні сфери медичної практики; формують механізми реалізації реформ.
5. Підзаконні нормативні акти	Укази Президента, постанови КМУ, накази МОЗ, розпорядження органів виконавчої влади	Забезпечують практичну реалізацію положень законів, деталізують процедури, стандарти, вимоги.
6. Акти реформаторського спрямування	Закон України «Про державні фінансові гарантії...», зміни до базових законів, стратегічні документи МОЗ	Визначають вектори реформування галузі, зокрема фінансування, управління послугами, цифровізацію.

Джерело: розроблено автором

Другий рівень - загальногалузевий - охоплює кодекси, які не є спеціалізованими щодо охорони здоров'я, але опосередковано регламентують важливі суміжні правовідносини: цивільні (відшкодування шкоди), кримінальні (відповідальність за професійні правопорушення), адміністративні (порушення норм ліцензування) та трудові (права медпрацівників).

Третій рівень - базове спеціальне законодавство - представлений Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який системно визначає функціонування галузі, включно з правами пацієнтів, обов'язками медичних працівників, організацією медичних закладів тощо.

Четвертий рівень - спеціальні галузеві закони - формує нормативну базу для окремих підсистем галузі: донорство, психіатрична допомога, фармацевтичне регулювання, ціноутворення на лікарські засоби тощо. Ці акти мають прикладний характер і спрямовані на нормативну конкретизацію в окремих сферах медичної практики.

П'ятий рівень - підзаконні нормативні акти - є ключовим інструментом практичного впровадження медичної політики. Саме на цьому рівні ухвалюються клінічні протоколи, стандарти надання медичної допомоги, порядок дій при надзвичайних ситуаціях, механізми моніторингу та оцінки якості медичних послуг.

Шостий рівень - акти реформаторського спрямування - складається з новітніх законодавчих ініціатив і стратегічних документів, які відображають трансформацію системи охорони здоров'я відповідно до викликів часу: війна, пандемія, цифровізація. Вони поєднують нормативну та програмну функції, слугуючи інструментом як змін законодавства, так і орієнтиром для виконавчої влади у формуванні політик.

Загалом, представлена структура демонструє інтегрований підхід до регулювання галузі охорони здоров'я, де кожен рівень виконує свою функцію в правовому механізмі: від загальних принципів до прикладних процедур. Умовно можна стверджувати, що така ієрархічна модель підвищує стійкість правової системи в галузі охорони здоров'я, забезпечує її адаптивність до кризових ситуацій і водночас дозволяє реалізовувати комплексну реформу системи медичної допомоги в Україні.

Аналіз наведених в таблиці 2.5 нормативно-правових актів свідчить про поступову інституціоналізацію нової моделі охорони здоров'я в Україні, яка орієнтується на результативність, прозорість, цифровізацію та пацієнт-центричність. Державна політика у цій сфері прагне поєднати правові, фінансові та управлінські інструменти в єдину реформаторську рамку. Водночас виклики, пов'язані з війною, дефіцитом кадрів, логістичними і фінансовими обмеженнями, вимагають посилення нормативної гнучкості та стратегічного планування в системі охорони здоров'я.

Таблиця 2.5 - Нормативно-правові акти, які регулюють галузі медичного
обслуговування населення

Категорія	Нормативно-правові акти
Реалізація програми державних гарантій	Постанова №65 від 05.02.2020 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 р.»; Постанова №1124 від 27.11.2019 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій у 2020 р.»;
Договори про медичне обслуговування	Постанова №410 від 25.04.2018 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»; Постанова №1073 від 27.11.2019 «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»;
Електронна система охорони здоров'я	Постанова від 25.04.2018 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»; Постанова №348 від 15.04.2020 «Про внесення змін до деяких постанов КМУ щодо питань електронної системи охорони здоров'я»;
Реімбурсація лікарських засобів	Постанова від 27.02.2019 «Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію»; - Постанова №135 від 27.02.2019 «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів»;
Пілотні проекти та спеціалізована допомога	Постанова №131 від 27.02.2019 «Деякі питання здійснення пілотного проєкту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області»;
Забезпечення лікарськими засобами	Постанова №1022 від 05.12.2018 «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 р.»; Постанова №152 від 17.03.2017 «Про забезпечення доступності лікарських засобів»;
Фінансування та методики розрахунків	Постанова №1075 від 27.12.2017 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»; Постанова №283 від 28.03.2018 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання ПМД населенню»;
Відкриті дані та громадський контроль	Постанова №409 від 17.04.2019 «Про внесення змін до деяких постанов КМУ щодо відкритих даних»; Постанова №835 від 21.10.2015 «Про затвердження Положення про набори даних, які підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних»; Постанова №271 від 28.03.2018 «Деякі питання Ради громадського контролю при НСЗУ»;

Джерело: розроблено автором

Таблиця 2.6 відображає ключові нормативно-правові акти, прийняті Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я України, що становлять нормативне підґрунтя для реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Аналіз цих документів свідчить про послідовну інституційну трансформацію медичної системи, яка охоплює кілька стратегічно важливих

напрямів. Зокрема, розпорядження КМУ №111-р від 29.01.2020 фіксує затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги, що є ключовим для забезпечення оперативної реакції у надзвичайних ситуаціях.

Таблиця 2.6 - Розпорядженнями Кабінету Міністрів України та наказами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ)

Тип документу	Номер та дата	Назва або короткий опис
Розпорядження КМУ	№111-р від 29.01.2020	«Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги».
Розпорядження КМУ	№720-р від 26.09.2018	«Про внесення змін до розпорядження КМУ від 23.08.2017 №582».
Розпорядження КМУ	№582-р від 23.08.2017	«Про схвалення Концепції реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів медичного призначення».
Розпорядження КМУ	№523-р від 16.05.2014	«Деякі питання надання адміністративних послуг органів виконавчої влади через центри надання адміністративних послуг».
Наказ МОЗ	№503 від 19.03.2018	«Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає ПМД».
Наказ МОЗ	№587 від 28.02.2020	«Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я».
Наказ МОЗ	№586 від 28.02.2020	«Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до ЗОЗ та ФОП, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду».
Наказ МОЗ	№2559 від 19.12.2019	«Про затвердження Методики розрахунку тарифів».
Наказ МОЗ	№1709 від 26.07.2019	«Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення».
Наказ МОЗ	№328 від 17.04.2019	«Деякі питання організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього».
Наказ МОЗ	№634 від 22.03.2019	«Про внесення змін до наказів МОЗ від 19.07.2005 №360 та від 29.12.2016 №1423».
Наказ МОЗ	№1819 від 04.10.2018	«Про внесення змін до наказу МОЗ від 19.07.2005 №360».
Наказ МОЗ	№1023 від 29.05.2018	«Про внесення змін до наказу МОЗ від 19.03.2018 №503».
Наказ МОЗ	№735 від 18.04.2018	«Про внесення змін до наказу МОЗ від 19.07.2005 №360».

Джерело: розроблено автором

Інші розпорядження, зокрема №582-р та №720-р, визначають нормативну базу для реформування системи закупівель лікарських засобів та медичних виробів, спрямованих на підвищення прозорості, ефективності та зниження корупційних ризиків у сфері медичного забезпечення.

Розпорядження №523-р від 2014 року демонструє міжвідомчу інтеграцію, що дозволяє розширити доступ до медичних послуг через центри надання адміністративних послуг, посилюючи адміністративну спроможність держави. Водночас низка наказів МОЗ фіксує масштабну цифровізацію сфери охорони здоров'я, включно з упровадженням електронного документообігу (накази №587, №586, №328), що істотно змінює моделі взаємодії пацієнтів із системою охорони здоров'я та підвищує ефективність контролю за наданням послуг.

Окрему увагу заслуговує нормативне закріплення нової моделі фінансування первинної медичної допомоги - накази №503, №1023, №2559, №1709 створюють правову основу для системи «гроші йдуть за пацієнтом», механізмів тарифоутворення та реалізації програми медичних гарантій. Крім того, численні зміни до наказу МОЗ №360, зафіксовані в наказах №1819, №634, №735, свідчать про поступове оновлення та адаптацію клінічних протоколів відповідно до міжнародних стандартів.

Загалом нормативно-правова база, представлена в таблиці, підтверджує, що державна політика охорони здоров'я в Україні орієнтується на модернізацію, цифрову трансформацію, посилення якості, доступності та ефективності медичних послуг, а також на інтеграцію управлінських рішень у рамках загальнодержавної системи публічного адміністрування. Ці кроки є особливо актуальними в умовах воєнного стану, коли ефективність системи охорони здоров'я набуває екзистенційного значення для безпеки та виживання населення.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» (ВВР, 2023, № 26, ст. 93) [9] визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні. Його головна мета - зміцнення здоров'я населення, профілактика захворювань, покращення якості та тривалості життя.

Документ регламентує суспільні відносини у сфері громадського здоров'я, у тому числі санітарно-епідемічне благополуччя населення, та визначає:

- обов'язки та повноваження державних органів, органів місцевого самоврядування;
- відповідальність юридичних і фізичних осіб;
- правові механізми державного нагляду (контролю) за видами господарської діяльності, які можуть створювати загрози для здоров'я населення.

Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо вирішення нагальних питань у сфері охорони здоров'я та соціальній сфері» (Відомості Верховної Ради України, 2024, № 31, ст. 230) має стратегічне значення у контексті забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я та соціального захисту в умовах воєнного стану та післявоєнної трансформації країни [30]. Його метою є законодавче врегулювання актуальних викликів у згаданих сферах, що виникли внаслідок кризових явищ, гуманітарних загроз та змін у демографічній структурі населення. Документом передбачено внесення змін до низки чинних нормативно-правових актів, що регулюють медичну та соціальну діяльність. Зокрема, йдеться про удосконалення механізмів надання медичних та соціальних послуг, адаптацію процедур до умов надзвичайної ситуації, забезпечення безперервного доступу до допомоги для вразливих категорій населення, а також спрощення управлінських та фінансових процедур у закладах охорони здоров'я. Закон також розширює повноваження центральних та місцевих органів виконавчої влади у сфері управління галуззю, надає додаткові інструменти для оперативного реагування на виклики та дозволяє забезпечувати гнучкість у системі прийняття рішень. Ключовим аспектом закону є нормативне підкріплення стійкості системи охорони здоров'я в умовах війни, зокрема через уточнення положень щодо програм державних фінансових гарантій, постачання лікарських засобів, кадрового забезпечення медичних установ, а також правового статусу медичних працівників у зонах бойових дій. Водночас закон сприяє посиленню інтеграції медичної та соціальної допомоги на рівні громад, що є актуальним у контексті децентралізації. Таким чином, зазначений нормативний акт виконує

функцію інституційної підтримки систем життєзабезпечення держави в умовах багатовимірної кризи, закладаючи правову основу для стабільної та адаптивної моделі охорони здоров'я та соціального захисту.

Дослідник І.С. Демченка у статті «Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я» розглядає проблему систематизації та впорядкування нормативно-правової бази, що регулює відносини у сфері охорони здоров'я в Україні [31]. Автор підкреслює, що відсутність чіткої, структурованої класифікації законодавства ускладнює правозастосування, знижує ефективність реалізації права на медичну допомогу та гальмує процеси реформування галузі. Увага акцентується на комплексному характері правового регулювання у цій сфері, оскільки вона охоплює як публічно-правові, так і приватноправові відносини. Крім того, вказується на фрагментарність і суперечливість чинного законодавства, особливо у нових сферах, як-от медичний туризм, репродуктивні технології та телемедицина. У роботі пропонується здійснювати класифікацію законодавства за кількома критеріями: ієрархічним (Конституція, кодекси, закони, підзаконні акти), суб'єктним (залежно від органу, який видав нормативний акт), предметним (види медичної допомоги, правовий статус пацієнтів та медичних працівників, лікарські засоби тощо), функціональним (матеріальне і процесуальне право), рівнями регулювання (макро-, мезо- та мікрорівень) і міжнародно-правовим (інтеграція європейських стандартів, норми ВООЗ, директиви ЄС). Значне місце в аналізі займає підхід ВООЗ до компонування систем охорони здоров'я, що враховує такі елементи, як кадри, фінансування, управління, інформаційні системи та доступ до лікарських засобів.

Законодавство у сфері охорони здоров'я України є багаторівневим і складно структурованим. Його класифікація дозволяє впорядкувати нормативно-правові акти за кількома ключовими критеріями (табл.2.7).

Таблиця 2.7 - Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я України

Критерій класифікації	Категорія	Приклади / Коментарі
За суб'єктами нормотворення	Верховна Рада України	Конституція, базові галузеві закони
	Кабінет Міністрів України	Порядки, постанови щодо реалізації законів
	МОЗ України	Клінічні протоколи, стандарти, індикатори
	Інші органи виконавчої влади	НСЗУ, Держлікслужба, інші центральні органи
За юридичною силою	Закони України	«Основи законодавства про ОЗ», інші закони
	Постанови та розпорядження КМУ	Постанова №410, №1022 тощо
	Накази МОЗ, інструкції, протоколи	Наказ МОЗ про індикатори, стандартизацію
За предметом регулювання	Загальне регулювання системи охорони здоров'я	«Основи законодавства про охорону здоров'я»
	Фінансування та економіка	Закон «Про державні фінансові гарантії...»
	Права пацієнтів та етичні аспекти	Закон «Про психіатричну допомогу», інформована згода
	Кадрове забезпечення	Накази МОЗ щодо атестації лікарів
	Стандарти якості допомоги	Клінічні протоколи, вимоги до якості
	Санітарно-епідеміологічне благополуччя	Закон «Про громадське здоров'я», вакцинація
За функціональним призначенням	Матеріальні норми	Права, обов'язки, гарантії
	Процесуальні норми	Процедури, механізми, відповідальність
	Регуляторно-координаційні акти	Порядки, алгоритми дій, інструкції
За рівнем регулювання	Конституційний рівень	Конституція України, ст. 49
	Національний рівень	Закони, урядові акти
	Галузевий рівень	Накази МОЗ, внутрішні документи
	Локальний рівень	Регламенти медустанов, локальні положення

Джерело: складено автором

За суб'єктами нормотворення розрізняють акти, ухвалені Верховною Радою України (Конституція, закони про охорону здоров'я), нормативні документи Кабінету Міністрів України (постанови, розпорядження), накази Міністерства охорони здоров'я України (зокрема, клінічні протоколи, індикатори якості, стандарти), а також нормативні акти інших центральних органів виконавчої влади (наприклад, НСЗУ, Державної служби з лікарських засобів, Держпродспоживслужби тощо).

За юридичною силою акти поділяються на закони України, підзаконні нормативні акти (постанови КМУ, накази МОЗ) та відомчі документи (інструкції, методичні рекомендації, локальні положення). За предметом правового регулювання виокремлюються акти, що охоплюють загальні питання функціонування системи охорони здоров'я, фінансування та державні гарантії, права пацієнтів та етичні норми, кадрову політику, якість медичних послуг, а також громадське здоров'я та епідеміологічну безпеку.

Функціональне призначення дозволяє класифікувати норми на матеріальні (визначають права, обов'язки, гарантії), процесуальні (встановлюють порядок реалізації норм і відповідальність), а також регуляторно-координаційні (впорядковують взаємодію суб'єктів у системі охорони здоров'я). З точки зору рівня правового впливу виділяються: конституційний рівень (право на охорону здоров'я, гарантоване ст. 49 Конституції України), національний рівень (закони та урядові акти), галузевий рівень (накази МОЗ) та локальний рівень (внутрішні положення медичних закладів). Така класифікація дозволяє систематизувати нормативну базу охорони здоров'я та сприяє більш ефективному правозастосуванню й удосконаленню державної політики у цій сфері.

Таким чином, Законодавство у сфері охорони здоров'я України являє собою складну багаторівневу систему нормативно-правових актів, що охоплює конституційні норми, галузеві та спеціалізовані закони, підзаконні акти, міжнародні договори та локальні документи. Її структура забезпечує комплексне регулювання суспільних відносин, пов'язаних з реалізацією права на охорону здоров'я, організацією медичної допомоги, діяльністю медичних працівників та захистом прав пацієнтів. Особливе значення мають базові документи - Конституція України, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», які задають вектор розвитку всієї правової системи у цій сфері. Сучасна система правового регулювання охорони здоров'я в Україні адаптується до нових викликів, зокрема цифровізації, інтеграції європейських стандартів, реформ у сфері фінансування, пандемій та воєнного стану. Функціональне наповнення

законодавства реалізується через встановлення етичних принципів, норм безпеки та якості медичних послуг, розвиток інституцій медичного страхування та біоетики. Проведена класифікація законодавства за суб'єктами, юридичною силою, предметом, функціональним призначенням і рівнем регулювання дозволяє краще впорядкувати нормативну базу та сприяє більш ефективному правозастосуванню, стратегічному плануванню та подальшому гармонійному розвитку медичного права в Україні.

2.2 Державна політика у сфері розробки та дотримання стандартів охорони здоров'я у надзвичайних ситуаціях.

Державна політика у сфері розробки та дотримання стандартів охорони здоров'я у невідкладних та екстремальних ситуаціях являє собою цілісну систему правових, управлінських та інституційних механізмів, спрямованих на забезпечення готовності системи охорони здоров'я до реагування на надзвичайні обставини, зокрема збройні конфлікти, терористичні акти, техногенні аварії, природні катастрофи, біологічні загрози, пандемії та інші кризові події. Основними завданнями цієї політики є розробка і впровадження нормативно-правової бази, що регламентує порядок дій у разі надзвичайних ситуацій, формування ефективних протоколів медичного реагування, забезпечення медичних закладів необхідними ресурсами, підвищення кваліфікації медичного персоналу та впровадження цифрових інструментів для оперативного управління.

У сучасних умовах державна політика у сфері охорони здоров'я відіграє визначальну роль у забезпеченні ефективного реагування на надзвичайні ситуації, включаючи збройні конфлікти, природні катастрофи, техногенні аварії та пандемії. Функціонування системи охорони здоров'я в екстремальних умовах вимагає наявності чітких стандартів надання медичної допомоги, які гарантують оперативне реагування, стійкість медичних закладів і мінімізацію людських втрат. У цьому контексті розробка та дотримання нормативно закріплених стандартів у сфері невідкладної медичної допомоги є критично важливими, оскільки вони

забезпечують ефективну координацію державних органів, медичних установ і громадянського суспільства у кризових умовах. Встановлення єдиного регламенту дій сприяє підвищенню якості та доступності медичних послуг незалежно від рівня загрози, зміцненню готовності медичних служб до роботи в умовах дефіциту ресурсів, а також адаптації міжнародних стандартів і їх імплементації у національну систему охорони здоров'я. Державна політика у сфері охорони здоров'я в умовах невідкладних та екстремальних ситуацій відіграє ключову роль у забезпеченні стабільного функціонування медичної системи, збереженні життя та здоров'я населення, а також у мінімізації негативних наслідків кризових явищ. Теоретико-методологічні засади формування цієї політики базуються на концепціях стійкості систем охорони здоров'я та кризового управління, що передбачають гнучкість, оперативність реагування, мобілізацію ресурсів та міжвідомчу координацію. Методологічною основою дослідження є системний підхід, який дозволяє розглядати державну політику у сфері охорони здоров'я як багаторівневу систему, що охоплює правові, економічні, організаційні та соціальні аспекти. Використання порівняльного аналізу міжнародного досвіду дозволяє оцінити можливість адаптації успішних практик у сфері медичного забезпечення до українських реалій.

Наукові дослідження у цій сфері зосереджені на пошуку оптимальних управлінських моделей, розробці нормативно-правових механізмів і проведенні оцінки ефективності державної політики щодо забезпечення охорони здоров'я у кризових ситуаціях. Зокрема, вивчаються методи організації кризового медичного менеджменту, визначаються критерії ефективного розподілу ресурсів та стратегії підготовки персоналу до роботи в умовах підвищеної загрози. Водночас практичні аспекти державної політики у цій сфері передбачають розробку механізмів швидкого реагування на кризові ситуації, удосконалення інфраструктури закладів охорони здоров'я, впровадження сучасних технологій у процеси надання невідкладної допомоги та формування ефективних комунікаційних стратегій між різними рівнями управління.

Беручи до уваги зростання кількості глобальних та регіональних криз, що безпосередньо впливають на сферу охорони здоров'я, розробка комплексної державної політики у цій галузі є нагальною необхідністю. Вона повинна базуватися на принципах інтеграції міжнародного досвіду, інституційної стійкості та забезпечення гнучкості системи охорони здоров'я для ефективного реагування на екстремальні виклики. Запровадження таких підходів сприятиме підвищенню ефективності медичних заходів, посиленню захисту населення та забезпеченню стійкості національної системи охорони здоров'я в умовах невизначеності та кризових ситуацій.

Проблематика управління розвитком медичних закладів в умовах війни розглядалася у наукових дослідженнях багатьох вчених. Зокрема, питання менеджменту закладу охорони здоров'я розглядали Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. [32]; державну політику системи громадського здоров'я в умовах воєнного стану в Україні досліджували Голубка О.С., Чешко Я.М., Вовченко О.М. [33]. Окрему увагу проблемам в сфері охорони здоров'я приділили Ткач О.В., Приймак Л.В. [34], Пилипчук Я. В., Углова О. В. досліджували основні аспекти підготовка військових психологів у системі української освіти через призму історіографії [35], механізми забезпечення стійкості медичних установ у надзвичайних ситуаціях вивчала Мерзлякова О. [36], вплив війни на систему управління якістю медичних послуг аналізували Квасній, Л., Баланда, Н., Сенах, П., Пецух, А [37], які акцентували увагу на аналізі змін, що відбулися у сфері управління якістю медичних послуг під впливом військових дій. Питання нормативно-правового регулювання у сфері публічного управління охороною здоров'я досліджували Геглюк О. [38], Ляхович, Г. І., Петрик, С. М., Андрєєв, Є. В [39]. У їхніх працях розглядається процес медичного забезпечення, його складові, впровадження новітніх управлінських технологій та вдосконалення медичних послуг в умовах нестабільності. Хоча в науковій літературі тим чи іншим чином висвітлені аспекти управління закладами охорони здоров'я під час війни, проте комплексний аналіз питань стійкості медичних установ, цифровізації управлінських процесів, адаптації міжнародного досвіду до національних умов, а

також розробки ефективних механізмів фінансування та кадрового забезпечення залишається недостатньо систематизованим. З огляду на зростаючі виклики у сфері охорони здоров'я, подальші дослідження повинні бути спрямовані на формування ефективних державних стратегій розвитку медичних закладів у кризових умовах.

Одним із ключових принципів охорони здоров'я в Україні є поєднання вітчизняних традицій із світовими стандартами медичної допомоги. Цей принцип закріплено в Законі України «Основи законодавства про охорону здоров'я», який був прийнятий 19 листопада 1992 року [1]. Якість медичної допомоги завжди була важливою як для пацієнтів, так і для лікарів, тому її оцінка проводиться на відповідність чинним стандартам. Стандартизація в охороні здоров'я є ключовим інструментом державного управління якістю медичних послуг. Останні 20 років вона активно використовується разом із ліцензуванням, акредитацією та атестацією медичних працівників. Україна постійно оновлює нормативну базу в цій сфері, зокрема через зміни, пов'язані з наказом МОЗ № 751 (2012 р.), який регулює стандартизацію медичної допомоги [40]. У сучасних умовах стандартизація в системі охорони здоров'я України є ключовим інструментом державної політики у сфері якості медичних послуг. Вона розглядається як одна з пріоритетних форм управління поряд із ліцензуванням, акредитацією та атестацією, і активно застосовується протягом останніх двадцяти років. Законодавче закріплення поняття «стандарт у сфері охорони здоров'я» відбулося в 2011 році шляхом внесення до Основ законодавства України про охорону здоров'я статті 14-1, яка визначає систему державних соціальних і галузевих стандартів [41]. До останніх належать медичні стандарти, клінічні протоколи, таблиці оснащення, формуляри тощо. Дотримання цих стандартів є обов'язковим для всіх суб'єктів, що здійснюють медичну практику. Серед функцій стандартизації виділяють економічну (оптимізація ресурсів), соціальну (якість допомоги) та комунікативну (уніфікація термінології). Зважаючи на оновлення нормативної бази, зокрема Наказу МОЗ №751, актуальним є правовий аналіз стандартів як джерела правового регулювання медичної діяльності та обґрунтування необхідності вдосконалення відповідного законодавства [42].

У системі правового регулювання надзвичайних ситуацій та кризових станів в Україні ключову роль відіграють національні законодавчі акти, що визначають правовий режим реагування на екстремальні виклики. Згідно з висновками Венеціанської комісії - Обсерваторії з надзвичайних ситуацій, регулювання надзвичайних ситуацій здійснюється на основі загальнодержавного законодавства, яке встановлює правові рамки для запобігання, ліквідації наслідків та мінімізації ризиків, пов'язаних із кризовими явищами [43]. Одним із основних законодавчих актів у цій сфері є Закон України «Про правовий режим надзвичайного стану» від 16 квітня 2000 року № 1550-III (зі змінами), який визначає надзвичайний стан як *«особливий правовий режим, що може тимчасово запроваджуватися на всій території України або в окремих її регіонах у випадку виникнення надзвичайних ситуацій техногенного чи природного характеру загальнодержавного рівня, що призводять або можуть призвести до людських і матеріальних втрат, створюють загрозу життю і здоров'ю громадян або при спробі насильницького захоплення державної влади чи зміни конституційного ладу України»* (ст. 1) [44]. Введення цього режиму передбачає тимчасове обмеження окремих прав і свобод громадян з метою забезпечення громадської безпеки та належного функціонування державних інституцій.

У разі військових загроз або збройної агресії застосовується інший правовий механізм – Закон України «Про правовий режим воєнного стану» від 12 травня 2015 року № 389-VIII (зі змінами), який регламентує порядок введення воєнного стану, особливості діяльності органів державної влади та обмеження прав і свобод громадян під час реалізації заходів національної оборони [44]. Цей правовий режим передбачає широкі повноваження для військового командування та органів державної влади щодо координації безпекових заходів, запровадження спеціальних обмежень, мобілізації ресурсів і забезпечення обороноздатності країни. Крім того, функціонування системи управління ризиками у сфері охорони здоров'я та цивільного захисту забезпечується низкою нормативно-правових актів, серед яких: Кодекс цивільного захисту України (від 02 жовтня 2012 року № 5403-VI, зі змінами), що регламентує організацію заходів цивільного захисту, зокрема в

частині запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру. ЦК України не формулює буквального визначення “війна є надзвичайною ситуацією”, системне тлумачення ст. 353, 263 і 617 ЦК України дозволяє обґрунтувати, що війна та воєнний стан у цивільно-правовому сенсі є надзвичайними обставинами, тобто правовою підставою для застосування режиму надзвичайної ситуації / непереборної сили [46].

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (від 6 квітня 2000 року № 1645-III, зі змінами), який встановлює правові та організаційні засади профілактики та боротьби з епідеміями, зокрема в умовах пандемій та надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я [47]; Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (від 24 лютого 1994 р. № 4004-XII, зі змінами), що визначає механізми контролю за санітарно-епідеміологічним станом населення та правові підстави для впровадження заходів із запобігання поширенню небезпечних інфекційних хвороб [48].

Зазначені нормативні акти становлять основу державної політики у сфері реагування на надзвичайні ситуації та забезпечення суспільної безпеки, формуючи комплексний правовий механізм для ефективного управління кризовими ситуаціями. Нормативно-правове забезпечення управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій ґрунтується на комплексі законодавчих актів, які регламентують діяльність медичних установ у кризових умовах. Серед них ключовими є Основи законодавства України про охорону здоров'я [1] та Закон України «Про основи національної безпеки України» [49], що визначає сферу охорони здоров'я як одну з критично важливих галузей забезпечення безпеки населення, Закон України «Про правовий режим воєнного стану» [44], який регулює функціонування медичних установ у період військових дій, та Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [45], що передбачає заходи реагування в умовах надзвичайних ситуацій. Водночас аналіз нормативно-правового регулювання свідчить про наявність низки прогалин, серед яких недостатнє фінансування кризових програм, слабка координація між державними органами та

медичними установами, а також недостатня нормативна база для впровадження цифрових технологій у сфері кризового медичного менеджменту.

Аналіз ефективності державних механізмів реагування на кризові виклики у сфері охорони здоров'я засвідчує, що система охорони здоров'я України стикається з низкою критичних проблем. По-перше, кадровий дефіцит, спричинений евакуацією та мобілізацією медичних працівників, призводить до значного зниження доступності та якості медичних послуг. По-друге, руйнування медичної інфраструктури через бойові дії створює суттєві перешкоди для забезпечення належного рівня надання медичних послуг у регіонах, що постраждали від військових дій. По-третє, обмежене фінансування медичних установ ускладнює забезпечення лікарень необхідним обладнанням, медикаментами та засобами захисту. По-четверте, існують значні труднощі з логістикою медичних вантажів та розподілом ресурсів у зонах активних бойових дій. У цьому контексті актуальним є впровадження програми мобільних медичних центрів, які працюватимуть за принципом швидкого реагування та забезпечуватимуть населення базовими медичними послугами навіть у найскладніших умовах.

Сучасна українська система охорони здоров'я перебуває у стані глибокої трансформації, спрямованої на подолання радянської спадщини, інтеграцію з європейськими підходами та адаптацію до викликів воєнного часу. Скасування понад 90 застарілих медичних стандартів і клінічних протоколів у вересні 2023 року стало логічним кроком у цьому процесі. Це рішення ґрунтується на наказі МОЗ №1541 від 26.08.2022 та відображає стратегічний курс на перехід до стандартів, розроблених на принципах доказової медицини [46].

Важливо розуміти, що з 2016 року Міністерство охорони здоров'я припинило розробку медико-технологічних документів за старою методикою, а у 2021 році затвердило нову – наказ №751, який діє й донині. Однак більшість документів, створених за цією методикою, потребували планового перегляду, що й стало поштовхом до масштабного оновлення нормативної бази. Протягом 2021-2025 років МОЗ вже затвердило понад 145 нових стандартів і протоколів, які мають замінити застарілі підходи. Особливий інтерес становить механізм функціонування

цієї системи в умовах невизначеності, зокрема під час воєнного стану. У надзвичайних ситуаціях МОЗ використовує гнучкі інструменти регулювання: тимчасові адаптовані протоколи, експертні робочі групи для оперативного перегляду стандартів та імплементацію міжнародних рекомендацій. Наприклад, під час пандемії COVID-19 та у період повномасштабного вторгнення було швидко адаптовано клінічні протоколи з травматології, алгоритми евакуації поранених і стандарти психіатричної допомоги.

Однак цей процес супроводжується низкою викликів. Юридична невизначеність виникає через те, що нові стандарти ще не затверджені повністю, а старі вже втратили чинність. Регіональна фрагментація проявляється у нерівномірному доступі до оновлених протоколів, особливо в прифронтових зонах. Крім того, існує кадровий дефіцит – багато лікарів, які довгий час працювали за старими стандартами, потребують перепідготовки.

Для подолання цих проблем МОЗ використовує стратегію "подвійного стандарту". У мирний час діють чітко регламентовані протоколи, розроблені згідно з наказом №751, тоді як у воєнний час чи інших надзвичайних ситуаціях застосовуються спрощені тимчасові стандарти (наприклад, наказ №2000 від 2022 року про медичну допомогу під час війни). Такий підхід дозволяє поєднувати стабільність у звичайних умовах і гнучкість у кризових ситуаціях.

Сьогодні ключовими принципами державної політики у цій сфері є: делегування більших повноважень регіонам, скорочення циклів перегляду стандартів до 2-3 років замість 5-10, а також активне запровадження міжнародного досвіду (зокрема, рекомендацій WHO, NATO та ЄС). Для медичних закладів критично важливо оперативно переходити на нові стандарти, слідкувати за тимчасовими протоколами у воєнний час і постійно підвищувати кваліфікацію через систему безперервної медичної освіти.

Таким чином, незважаючи на всі складнощі, українська система охорони здоров'я поступово рухається до більш сучасних, науково обґрунтованих підходів, зберігаючи при цьому здатність ефективно функціонувати в умовах невизначеності та надзвичайних ситуацій. Цей баланс між реформуванням і адаптацією є

ключовим для забезпечення якісної медичної допомоги населенню в будь-яких умовах.

Проект Стандарту медичної допомоги (СМД) при ішемічному інсульті, розроблений Міністерством охорони здоров'я України, є важливим елементом державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах невідкладних та екстремальних ситуацій [57]. Він демонструє перехід до системного, уніфікованого підходу до реагування на критичні стани, що особливо актуально в контексті війни, дестабілізації медичної інфраструктури та потреби збереження людського капіталу. Документ виконує функцію не лише клінічного інструменту, а й інституційного механізму управління якістю надання медичної допомоги: через чіткі алгоритми, орієнтовані на швидке прийняття рішень, незалежно від географічного чи ресурсного контексту. Застосування міжнародно визнаних протоколів (ESO, АНА/ASA) забезпечує відповідність державної політики європейським стандартам, що підсилює інтеграцію України в єдиний медичний простір та відкриває доступ до іноземної експертизи, ресурсів і навчання. СМД також виконує функцію інструмента управління ризиками - передбачає алгоритм дій в умовах нестачі часу, обладнання або персоналу, що критично в екстремальних ситуаціях. Показовим є і підхід до відкритості: стандарт винесено на громадське обговорення, що підвищує довіру до політики МОЗ і дозволяє краще адаптувати нормативну базу до потреб медичної спільноти. Водночас документ потребує посилення горизонтальної інтеграції - координації з системами екстреної допомоги, мобільної медицини, евакуації з гарячих точок та цивільного захисту, що зробило б його ефективним компонентом політики національної безпеки. Загалом, впровадження цього стандарту є стратегічним кроком до формування цілісної, стійкої та керованої системи охорони здоров'я, здатної функціонувати навіть в умовах надзвичайних викликів.

У контексті війни та системних викликів для охорони здоров'я державна політика України дедалі більше орієнтується на розробку й дотримання стандартів медичної допомоги (СМД) як ключового інструменту забезпечення стійкості та керованості медичної системи. Стандарти відіграють вирішальну роль у

надзвичайних ситуаціях і в умовах невизначеності, коли швидкість, узгодженість і юридична захищеність прийнятих рішень набувають критичного значення. У разі руйнування інфраструктури, дефіциту медичних кадрів і технічних ресурсів, стандарти дозволяють утримувати систему в робочому стані, забезпечуючи надання мінімально необхідної, але якісної допомоги навіть у кризових обставинах. На рівні стратегічного управління СМД виступають інструментом зниження ризиків: вони уніфікують дії лікарів, формують прозорі алгоритми рішень і дозволяють уникнути хаосу у наданні допомоги. Це особливо актуально в ситуаціях, коли час обмежений, а ресурсів недостатньо - саме тоді стандарти створюють правову та клінічну визначеність, знижуючи навантаження на медичний персонал. Стандартизовані протоколи також створюють основу для масштабного планування - підготовки мобільних медичних команд, логістики евакуації, раціонального розподілу обладнання.

Важливою є й функція стандартизації як засобу гуманітарної безпеки: у сучасній парадигмі охорона здоров'я сприймається як частина інфраструктури національної безпеки. Стандарти допомагають зберігати людський капітал, зменшувати інвалідність і смертність, а отже - підтримувати функціональність суспільства у надзвичайних умовах. Особливо показовими є стандарти для інсульту, травм, невідкладних станів у дітей, які впроваджуються в т.ч. для забезпечення швидкого реагування навіть за відсутності високотехнологічних засобів.

Водночас розробка СМД в Україні відбувається на основі найкращих міжнародних практик (WHO, NICE, АНА тощо), що забезпечує нормативну сумісність з європейськими підходами та гуманітарною допомогою. Це полегшує інтеграцію українських медиків у спільні програми, дозволяє використовувати ресурси міжнародних партнерів, а також спрощує навчання резервного медичного персоналу на спільних протоколах.

Особливістю СМД як політичного інструменту є їхня адаптивність: стандарти допускають гнучке застосування залежно від контексту, наявних ресурсів і ризиків. Наприклад, тромболітична терапія при інсульті може

замінюватися консервативним підходом у разі недоступності ендovasкулярної допомоги, однак основна логіка лікування зберігається. Завдяки цьому СМД не лише уніфікують дії, але й дозволяють ефективно адаптувати допомогу до поточних обставин.

У підсумку, стандарти медичної допомоги в умовах невизначеності - це не лише інструмент клінічного врядування, але й механізм зміцнення довіри до держави, доказ ефективності політики та елемент гуманітарної відповідальності в надзвичайній ситуації. Їх розробка і впровадження є стратегічно важливими для збереження системи охорони здоров'я як одного з ключових стовпів державної стійкості.

Зарубіжний досвід функціонування медичних систем у надзвичайних ситуаціях свідчить про ефективність застосування кількох ключових підходів. Зокрема, у країнах Європейського Союзу та Північної Америки широко використовуються цифрові технології для моніторингу стану медичних установ, розподілу ресурсів та координації роботи лікарень. Практика впровадження мобільних госпіталів і модульних медичних центрів в Ізраїлі та Великобританії дозволяє швидко адаптувати медичні заклади до змінних умов надзвичайних ситуацій. Високий рівень координації між державними органами, волонтерськими організаціями та міжнародними партнерами, що застосовується у Польщі та Франції, сприяє ефективному управлінню кризовими ситуаціями у сфері охорони здоров'я. Крім того, у Швеції та Норвегії активно використовуються спеціалізовані навчальні програми для медичних працівників, які забезпечують їхню готовність працювати у надзвичайних умовах. Враховуючи ці фактори, в Україні доцільно розглянути впровадження системи цифрового управління медичними установами в умовах воєнного стану, що передбачатиме централізований контроль за ресурсами, автоматизований розподіл медикаментів та персоналу, а також можливість віддаленого управління закладами охорони здоров'я.

Міжнародний досвід у сфері розробки та дотримання стандартів охорони здоров'я в умовах невідкладних та екстремальних ситуацій демонструє важливість комплексного, системного та гнучкого підходу до забезпечення стабільності

функціонування медичної системи. У провідних країнах світу стандарти медичної допомоги відіграють не лише клінічну, але й стратегічну роль, будучи інструментом управління ризиками, гарантом якості, а також механізмом інтеграції між різними рівнями медичної допомоги. На рівні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) акцент зроблено на дотриманні належної регуляторної практики та уніфікованих протоколів, які мають бути адаптовані до національних контекстів, але водночас залишатися сумісними з глобальними стандартами (наприклад, рекомендації NICE, АНА, ECDC, WHO-EMT).

Країни з високим рівнем готовності до кризових ситуацій, зокрема Ізраїль, Швеція, США, Великобританія, Канади та Нідерланди, активно впроваджують протоколи для дій у разі надзвичайних ситуацій – масових травм, терористичних актів, епідемій, катастроф або бойових дій. Стандартизація дозволяє уніфікувати клінічні алгоритми, мінімізуючи вплив стресових і логістичних чинників на прийняття рішень. Окрему увагу міжнародні практики приділяють мультисекторальній співпраці: система охорони здоров'я тісно взаємодіє з цивільною обороною, рятувальними службами, гуманітарними організаціями та цифровою інфраструктурою (наприклад, системи обміну даними про доступні ресурси в реальному часі).

Визначальною рисою ефективної міжнародної політики є також гнучкість: стандарти передбачають можливість модульного застосування - із урахуванням обмеженого доступу до ресурсів або зруйнованої інфраструктури. У США, наприклад, клінічні протоколи CDC для медичних працівників передбачають альтернативні схеми дій на випадок перебоїв у постачанні ліків або відсутності обладнання. У Великобританії практикується регулярне оновлення NHS Pathways для екстрених ситуацій, а також перехід до спрощених протоколів в умовах масового надходження пацієнтів.

Ще один важливий аспект - це симуляційне навчання. У багатьох країнах створюються тренінгові центри, що моделюють екстремальні сценарії, у яких лікарі відпрацьовують стандартизовані дії в умовах обмеженого часу та ресурсів. Це дозволяє не лише підвищити готовність персоналу, а й забезпечити

відповідність між теорією та практикою застосування стандартів. Також набуває розвитку практика психологічної підтримки: розробляються міжвідомчі інструкції з підтримки психічного здоров'я в екстремальних умовах (наприклад, керівництво IASC), що включають стандарти допомоги постраждалим від травматичних подій, насильства або бойових дій.

Ключовим принципом зарубіжних систем є поєднання стандартизації з відкритістю до адаптації - розробка базових моделей дій, які можна масштабувати або скорочувати залежно від рівня загрози. Також важливою є інтеграція СМД у цифрові платформи - більшість розвинених країн забезпечують лікарям доступ до актуальних протоколів у цифровому вигляді з можливістю швидкої актуалізації.

Загалом, міжнародна практика свідчить, що ефективна система охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій базується на заздалегідь підготовлених, офіційно затверджених, регулярно оновлюваних стандартах, які є не лише інструментом лікування, а й формою політичної відповідальності держави за збереження життя й здоров'я громадян. Українська практика поступово імплементує ці підходи, але потребує посилення координації, інституалізації міжвідомчої співпраці та включення стандартів до єдиного цифрового середовища кризового управління.

Надання медичної допомоги в умовах катастрофічного лиха або крайньої нестачі запасів, що наражає пацієнтів на значний ризик, вимагає ретельного планування, а також усвідомлення того, що надання медичних послуг, ймовірно, зміниться через потенційний дефіцит необхідних ресурсів. Починаючи з 2009 року, ASPR (Управління стратегічної готовності та реагування (Administration for Strategic Preparedness and Response) зосередив значну увагу на «кризових стандартах медичної допомоги», ініціатором чого стало випуск звітів Інституту медицини/Національних медичних академій [17]. Координація планування системи реагування на надзвичайні ситуації має вирішальне значення для обмеження захворюваності та смертності пацієнтів. Стандарти медичної допомоги, запропоновані в рамках надання таких умов, повинні представляти «розумний»

підхід до надання медичних послуг, що поєднує вимоги громадської охорони здоров'я, етики та медичної допомоги, хоча і в унікальних і складних умовах.

Програма ВООЗ із надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я співпрацює з усіма країнами та партнерами, щоб забезпечити кращу підготовку світу до надзвичайних ситуацій, пов'язаних із усіма небезпеками, які загрожують глобальній безпеці охорони здоров'я [18]. Ми працюємо по всьому світу, щоб досліджувати, запобігати та контролювати епідемічні та пандемічні захворювання; посилити та розширити системи для швидкого виявлення, розслідування та оцінки потенційних загроз громадському здоров'ю; а також негайно і систематично реагувати на гострі надзвичайні ситуації. У деяких конфліктних ситуаціях і в гуманітарних ситуаціях співробітники ВООЗ і оперативні партнери навіть діють як постачальники медичних послуг останньої інстанції [19].

Звіт «Готовий чи ні 2024: Захист громадського здоров'я від хвороб, катастроф і біотероризму», опублікований Trust for America's Health, аналізує стан готовності США до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я [54]. Документ виявляє ключові проблеми, зокрема недостатнє фінансування, низький рівень вакцинації, обмежену доступність медичних послуг та необхідність модернізації системи громадського здоров'я. Попри певні досягнення, такі як розширення лабораторних можливостей та покращення сертифікації установ, залишається потреба у масштабних інвестиціях, ефективному моніторингу даних та посиленні взаємодії між державним і приватним секторами. Звіт наголошує на необхідності законодавчих змін, зокрема щодо захисту працівників, боротьби з антимікробною стійкістю, збільшення фінансування вакцинації та адаптації системи охорони здоров'я до змін клімату. Документ містить конкретні рекомендації для уряду США, включаючи щорічне фінансування у розмірі 4,5 млрд доларів на розвиток інфраструктури громадського здоров'я, посилення збору даних CDC, впровадження оплачуваних лікарняних відпусток та зміцнення довіри до медичних установ. Висновки звіту підкреслюють необхідність комплексних підходів до управління кризами, зміцнення системи охорони здоров'я та забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх груп населення.

На 74-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ у Копенгагені в жовтні 2024 року держави-члени ухвалили два стратегічні документи щодо посилення готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я: стратегію та план дій «Готовність 2.0» (2024–2029) та регіональний план дій «Групи екстреної медичної допомоги» (2024–2030) [56]. Документи спрямовані на зміцнення стійкості систем охорони здоров'я в регіоні, покращення реагування на кризи та інтеграцію міжнародних стандартів у національні системи медичної допомоги. «Готовність 2.0» є оновленою стратегією ВООЗ/Європа щодо управління ризиками у сфері громадського здоров'я, заснованою на досвіді пандемії COVID-19 та інших кризових ситуацій. Вона передбачає посилення спостереження за загрозами, масштабування медичних послуг, покращення доступу до медичних контрзаходів і координацію між державами. Важливим аспектом є впровадження цифрових технологій та інтеграція систем охорони здоров'я для забезпечення їхньої стійкості у випадку надзвичайних ситуацій. Регіональний план дій ЕМТ (2024–2030) спрямований на зміцнення спроможності екстрених медичних бригад, що надають допомогу під час катастроф, конфліктів та спалахів хвороб. Європейський регіон вже має одну з найпотужніших мереж швидкої медичної допомоги, до якої входять понад 85 команд та 75 000 медичних працівників. Програма передбачає посилення координації між країнами, інтеграцію ЕМТ у національні системи охорони здоров'я, навчання персоналу та вдосконалення управління кризовими ситуаціями. Прийняті стратегії наголошують на необхідності спільного реагування країн регіону на надзвичайні ситуації та впровадження єдиних стандартів для ефективного подолання криз у сфері громадського здоров'я.

З метою підвищення стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану доцільно реалізувати комплекс заходів, серед яких розробка національної стратегії стійкості медичних закладів, що включатиме заходи з відновлення медичних установ, забезпечення кадрового потенціалу та розвитку кризової медицини. Важливим напрямом є впровадження механізмів державно-приватного партнерства, що дозволить залучати додаткові фінансові ресурси для підтримки

медичної галузі. Модернізація системи екстреної медичної допомоги шляхом впровадження мобільних госпіталів, транспортної авіації та швидких бригад реагування сприятиме підвищенню оперативності надання медичних послуг у кризових умовах. Важливим кроком є посилення цифровізації медичних процесів, створення єдиної електронної бази медичних установ та впровадження автоматизованих систем управління медичними ресурсами. Крім того, розширення міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я дозволить залучити гуманітарну допомогу, сприяти підготовці медичних працівників та впровадженню передових стандартів у галузі охорони здоров'я.

Запропоновані заходи сприятимуть формуванню ефективної моделі управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану, що забезпечить їхню стійкість, підвищить якість надання медичних послуг та дозволить мінімізувати негативні наслідки кризових ситуацій для населення України. У подальших дослідженнях доцільно зосередитися на розробці механізмів інтеграції міжнародних стандартів у національну систему охорони здоров'я, удосконаленні нормативно-правового регулювання діяльності медичних закладів у кризових умовах, а також на оцінці ефективності запроваджених заходів із забезпечення стійкості системи охорони здоров'я України.

Результати проведеного дослідження підтвердили ключову роль державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану, а також виявили необхідність розробки комплексної стратегії стійкості медичних закладів, яка забезпечить ефективність їхньої діяльності в кризових умовах. Аналіз чинного нормативно-правового регулювання свідчить про наявність широкої законодавчої бази, що регламентує функціонування системи охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій, проте окремі її положення залишаються фрагментарними, що потребує подальшого удосконалення та адаптації до сучасних викликів. У сфері управління медичними закладами актуальними залишаються питання ефективної організації кризового менеджменту, що включає планування заходів реагування, підготовку персоналу та забезпечення стійкості медичних установ в умовах обмежених ресурсів. Однією

з ключових проблем є недостатнє фінансування медичних закладів у кризових ситуаціях, що ускладнює їхню спроможність забезпечувати населення якісними медичними послугами. Запровадження механізмів державно-приватного партнерства, залучення міжнародної фінансової підтримки та оптимізація бюджетних витрат можуть сприяти підвищенню фінансової стабільності системи охорони здоров'я в умовах криз.

Впровадження цифрових технологій у сферу охорони здоров'я є перспективним напрямом розвитку, що сприятиме підвищенню ефективності управління медичними ресурсами, моніторингу стану закладів охорони здоров'я та автоматизації процесів розподілу медичних засобів і персоналу. Запровадження єдиної електронної бази медичних установ, а також використання цифрових платформ для координації медичної допомоги дозволить значно покращити оперативність реагування на надзвичайні ситуації та мінімізувати ризики нерационального використання ресурсів. Важливим аспектом забезпечення стійкості системи охорони здоров'я є активізація міжнародного співробітництва, спрямованого на інтеграцію України в європейські та світові програми медичної безпеки. Враховуючи глобальний характер кризових викликів у сфері громадського здоров'я, адаптація української системи охорони здоров'я до стандартів ВООЗ і ЄС є необхідною умовою для забезпечення її ефективності в довгостроковій перспективі. Перспективними напрямками подальших досліджень у цій сфері є оцінка ефективності впроваджених механізмів управління медичними закладами в умовах криз, розробка стратегій фінансування охорони здоров'я з урахуванням економічної нестабільності, аналіз впливу цифрових технологій на якість медичних послуг, вивчення міжнародного досвіду адаптації медичних систем до кризових ситуацій, а також розробка комплексних програм підготовки медичних працівників до роботи в умовах підвищених ризиків. Запропоновані заходи сприятимуть формуванню ефективної системи управління закладами охорони здоров'я, що дозволить забезпечити їхню стійкість, підвищити якість надання медичних послуг та мінімізувати негативні наслідки кризових ситуацій для населення України.

Державна політика у сфері розробки та дотримання стандартів охорони здоров'я у невідкладних та екстремальних ситуаціях є комплексною системою правових, управлінських та інституційних заходів, спрямованих на забезпечення стійкості медичної системи в умовах криз. Основним інструментом виступають стандарти медичної допомоги (СМД), які уніфікують дії персоналу, забезпечують юридичну визначеність і дозволяють оперативно реагувати у випадках збройних конфліктів, пандемій чи природних катастроф. Законодавча основа цієї політики формується на базі Основ законодавства про охорону здоров'я, законів про надзвичайний і воєнний стан, екстрену медичну допомогу, інфекційні хвороби, а також Кодексу цивільного захисту. Водночас існують нормативні прогалини щодо цифровізації, міжвідомчої координації та ресурсного забезпечення. Україна вже скасувала понад 90 застарілих протоколів, впроваджуючи нові, базовані на доказовій медицині, зокрема відповідно до наказів МОЗ №751 (2012) та №1541 (2022). У період війни застосовується модель «подвійного стандарту»: базові регламентовані протоколи у мирний час і тимчасові - в екстремальних умовах. Досвід WHO, NICE, АНА та країн ЄС демонструє ефективність гнучких клінічних алгоритмів, цифрових платформ для координації, мобільної медицини, симуляційного навчання та мультисекторальної взаємодії. Українська практика поступово адаптує ці підходи, однак вимагає системного зміцнення цифрової інфраструктури, підвищення кваліфікації персоналу, розширення державно-приватного партнерства і впровадження єдиної національної стратегії стійкості медичних закладів. Особливо актуальними є заходи щодо впровадження мобільних госпіталів, цифрового моніторингу ресурсів і автоматизованого управління персоналом та медичним обладнанням. Впровадження СМД в умовах невизначеності дозволяє зберегти працездатність системи охорони здоров'я, зменшити смертність, підтримати гуманітарну безпеку та зміцнити довіру до державної політики в сфері охорони здоров'я. Таким чином, стандартизація надання медичної допомоги в кризових ситуаціях є не лише клінічним, а й стратегічним.

2.3 Стійка система охорони здоров'я як концептуальна основа для посилення управління ризиками під час НС у сфері охорони здоров'я

У сучасних умовах постійних викликів - воєнних дій, терористичних загроз, пандемій, техногенних катастроф - забезпечення безперервного функціонування системи охорони здоров'я – організаційна стійкість - набуває стратегічного значення. В центрі цієї стійкості перебувають саме медичні заклади, які виступають форпостами захисту життя і здоров'я населення. Організаційна стійкість медичних установ у надзвичайних ситуаціях визначає їхню здатність ефективно реагувати на кризові події, зберігати працездатність навіть за умов дефіциту ресурсів, кадрових втрат та зруйнованої інфраструктури. У цьому параграфі розглядаються основні компоненти організаційної стійкості медичних закладів, що формують комплексну здатність системи охорони здоров'я адаптуватися до екстремальних умов і виконувати свої функції безперервно, скоординовано та ефективно.

Стихійні лиха та надзвичайні ситуації становлять серйозну загрозу для громад, призводячи до масштабних руйнувань інфраструктури, загибелі людей, інвалідності та соціальної дестабілізації. Згідно з визначенням Стратегії ООН зі зниження ризиків лих (UNISDR), *«лихо - це подія, яка спричиняє настільки значні порушення в життєдіяльності громади, що перевищує її здатність самотійно впоратися з наслідками»*. У 2023 році база даних EM-DAT зафіксувала 399 катастроф, унаслідок яких загинули 86 473 особи, понад 93,1 мільйона людей постраждали [57]. В умовах таких криз першочерговим стає питання ефективного надання медичної допомоги. Медичні заклади мають бути готові забезпечити своєчасне та адекватне лікування, щоб запобігти надмірній смертності та ускладненням. Зростання кількості пацієнтів під час катастроф потребує від лікарень здатності не лише оперативно реагувати, а й створити безпечне середовище для постраждалих. Особливо важливою в цьому контексті є роль відділень інтенсивної терапії, які повинні бути здатні обробити значний потік пацієнтів, потребуючих спеціалізованої медичної допомоги. Проте забезпечення такої допомоги є складним завданням через непередбачуване навантаження.

Спеціалізована медична допомога під час катастроф вимагає міждисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із загрозливими для життя станами. Така допомога може надаватися не тільки в межах лікарні, а й у польових умовах - на місцях надзвичайних подій. Вона базується на використанні високотехнологічного обладнання для підтримки життєво важливих функцій (зокрема дихальної та серцево-судинної систем). У зв'язку з цим медичні заклади повинні мати резерви ліжок-місць, забезпечення персоналом та обладнанням, інакше затримки в наданні допомоги можуть призвести до зростання рівня смертності. З огляду на збільшення кількості природних катастроф і глобальних загроз для здоров'я у XXI столітті, медичні установи мають впроваджувати постійно діючі плани забезпечення спеціалізованої допомоги. Це охоплює оптимізацію ресурсів, ефективні системи сортування (триаж), заходи безпеки персоналу, навчання та налагоджену комунікацію. Сучасні дослідження свідчать, що різке зростання кількості пацієнтів під час катастроф супроводжується зниженням якості послуг, зростанням смертності та тривалих ускладнень. Зокрема, пандемія COVID-19 показала неспроможність багатьох відділень інтенсивної терапії зберігати належний рівень допомоги в умовах перевантаження. Аналіз літератури демонструє системні проблеми: нестача місць у реанімації, слабка підготовка персоналу до роботи в умовах надзвичайних ситуацій, відсутність комплексних планів реагування. Враховуючи складність таких умов, стратегічне планування має відбуватись на всіх рівнях - локальному, національному та міжнародному. Лише таким чином можливо забезпечити належну готовність до надання критичної допомоги у період надзвичайних ситуацій. Брак базового обладнання для травматичних пацієнтів суттєво обмежує ефективність реагування.

Військові конфлікти, будь то в Ємені, Сирії, Афганістані, Україні чи Нігерії, несуть смертоносні наслідки для систем охорони здоров'я та громадського здоров'я. Хоча прямий вплив насильства часто привертає увагу громадськості, кумулятивне руйнування великомасштабної взаємопов'язаної інфраструктури та систем життєзабезпечення також ставить під загрозу життя мільйонів людей. Основні ліки є дефіцитними або непомірно дорогими. Люди з хронічними

захворюваннями обходяться без лікування. Хвороби, які швидко поширюються, такі як холера та дифтерія, становлять величезну загрозу для цілих громад. Окрім смертей і поранень, війни також залишають невидимі шрами на цілих суспільствах, зокрема психологічні травми чи неліковані розлади психічного здоров'я (ПТСР).

В останні роки був розроблений новий комплексний підхід до боротьби зі стихійними лихами, який наголошує на запобіганні та стратегіях готовності та ефективній координації ресурсів та інформації [58]. У 2019 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала Концепцію управління ризиками надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та ризиків стихійних лих (H-EDRM), яка вказує на ключову роль здоров'я в розвитку цукрового діабету та встановлює комплексні рекомендації щодо побудови стійкої інфраструктури охорони здоров'я та зменшення ризиків для здоров'я та наслідків надзвичайних ситуацій і катастроф [59]. Структура H-EDRM об'єднує ідеї з попередніх міжнародних інструментів, спрямованих на підвищення готовності до катастроф у сфері охорони здоров'я [60], Сендайської рамкової програми щодо зменшення ризику катастроф на 2015–2030 рр. [61], Паризької угоди про зміну клімату [62] та Цілей сталого розвитку на 2015–2030 рр. [63]. Таким чином, пропонується інтегрована стратегія управління ресурсами та знаннями щодо поточних і нових ризиків для здоров'я населення та сприяє скоординованому плануванню та діям у разі катастрофи. Незважаючи на те, що служби екстреної допомоги історично були осередком ДМ, рекомендації H-EDRM висвітлюють важливі ролі та функції, які відіграють служби первинної медичної допомоги (ПМД) у відповідь на катастрофи, і підкреслюють необхідність їх інтеграції в управління катастрофами та надзвичайними ситуаціями в країнах.

З моменту підписання Алма-Атинської декларації 1978 року ПМД було визнано ключовим фактором, необхідним для досягнення мети «Здоров'я для всіх». Концептуальне розуміння та важливість ПМД було знову підкреслено у Звіті про здоров'я у світі за 2008 р. і знову сконцентрувало увагу світу на унікальних характеристиках ПМД [64], а саме:

1) це перша точка доступу пацієнтів до надання медичної допомоги, і вона забезпечує довгострокову, орієнтовану на особистість, скоординовану та комплексну допомогу;

2) охоплює кілька основних функцій громадської охорони здоров'я, таких як зміцнення здоров'я, профілактичне лікування та охорона здоров'я; 3) вона відіграє вирішальну роль у подоланні несправедливості та проблем, які виникають у наданні медичної допомоги маргіналізованим та вразливим верствам населення;

4) лікарі ПМСД, як правило, мають детальне уявлення про життя та потреби пацієнтів, що дозволяє їм зрозуміти вплив соціальних детермінант здоров'я (наприклад, зайнятість, житло).

Ці фактори дозволяють закладам ПМСД забезпечувати безперервне надання оптимальної, недорогої медичної допомоги у випадку катастрофи [65,66]. Це особливо важливо для маргіналізованих і вразливих груп населення, які піддаються більшому ризику постраждати від несприятливих наслідків для здоров'я, коли станеться лихо. ПМСД відіграє важливу роль у активному залученні та відповідній комунікації в цих громадах. Це підтримує ефективне реагування на надзвичайні ситуації, але також дає можливість громадам передбачати та визначати потенційні ризики [67].

В останні десятиліття зросла кількість літератури, яка звертає увагу на критичну роль, яку відіграє ПМД у підтримці здоров'я населення під час кризи [68, 69]. У 2018 році ВООЗ опублікувала звіт «Первинна медико-санітарна допомога та надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я», закликаючи до відновлення зобов'язань сприяти розвитку ПМСД для покращення результатів здоров'я людей під час катастроф [70].

Незважаючи на те, що ПМД, здається, відіграє вирішальну роль у ЦД, залишається дуже мало досліджень, які стосуються того, як практично забезпечити готовність ПМД до катастроф. Крім того, питання готовності до надзвичайних ситуацій ПМД все ще мало враховуються в національних планах ДМ. Мета нашого дослідження полягає в тому, щоб запропонувати нову структуру, яка описує ключові характеристики готовності ПМД до катастроф і закладає основу для

надання оперативних рекомендацій для оцінки та покращення готовності ПМД до катастроф.

Глобальні наслідки викликані кризами та катастрофами, що охоплюють ряд подій, таких як війна, екстремальні погодні явища, стихійні лиха, біотерористичні інциденти та спалахи інфекційних захворювань [71]. Через ці кризи та катастрофи постраждали громади зазнають різноманітних збитків, травм та смертельних випадків [72, 73]. Лиха такого характеру можуть потенційно порушити роботу багатьох інфраструктур і об'єктів, включаючи лікарні, школи, транспортні системи та служби екстреної допомоги. У критичних ситуаціях лікарні можуть пом'якшити наслідки та мінімізувати рівень смертності, пов'язаної з такими обставинами [74]. З огляду на це, забезпечення ефективного управління надзвичайними ситуаціями в лікарнях стає обов'язковим для забезпечення безперебійного надання медичних послуг, навіть якщо на лікарні безпосередньо впливає один важливий компонент реагування на надзвичайні ситуації та підтримання порядку під час критичних надзвичайних ситуацій [75]. Наявність заздалегідь розроблених оперативних планів для підвищення готовності лікарень під час критичних і надзвичайних ситуацій має вирішальне значення для ефективного реагування на надзвичайні ситуації та управління ними [76, 77]. Створення стійкості в системі охорони здоров'я є вирішальним етапом у боротьбі з катастрофами, оскільки це дозволяє безперервно надавати медичні послуги [78]. Стійкість лікарень – це здатність лікарень протистояти критичним ситуаціям, сприймати та реагувати на них, забезпечуючи безперебійне надання основних медичних послуг [79].

Лікарняна стійкість передбачає повернення до вихідного стану або адаптацію до нових умов. Це визначення містить комплексний погляд на здатність лікарні ефективно реагувати на надзвичайні ситуації. Він охоплює властиву лікарні силу протистояти та поглинати кризи та її адаптивну гнучкість у реалізації стратегій для забезпечення безперебійного надання основних медичних послуг та адаптації до майбутніх криз [80].

Надійна система може витримувати тиск навколишнього середовища, забезпечуючи оптимальну продуктивність навіть у разі лиха. Стійкість лікарень

тісно пов'язана зі зменшенням вразливості до потрясінь, спричинених стихійними лихами, з одночасним підвищенням адаптивної здатності за рахунок покращених дій і можливостей [81, 82]. Зарубіжні дослідники, зокрема Хоссейні та інш., визначають стійкість організації як здатність поглинати та терпіти несприятливі наслідки та швидко відновлювати продуктивність [83]. Кілька дослідників представили основу для розуміння стійкості та запропонували методи її вимірювання в лікарняних умовах [84]. Інше дослідження визначило можливості ресурсів, обладнання та організаційну структуру як фактори, які значно впливають на стійкість лікарні [85]. Джалгенеджад та ін. виділили такі параметри, як менеджмент, персонал та інфраструктура лікарні, як вирішальні фактори, що сприяють стійкості лікарень [86]. Заболі та ін. класифікував фактори, що впливають на стійкість у військових госпіталях, за п'ятьма основними вимірами: вразливість і безпека госпіталю, готовність до стихійних лих, адаптація можливостей, безперервність надання послуг під час криз, реабілітація та адаптація до умов після стихійних лих [87]. Мохтаді Алі та ін. представив модель підтримки прийняття рішень для підвищення стійкості лікарень до катастроф. Ця модель охоплює превентивні та системні вдосконалення, від прогнозування до управління та моніторингу діяльності організації під час катастроф [88]. Визнаючи важливість вимірювання для ефективного контролю та управління, лікарні повинні встановити спеціальні стандарти, узгоджені з чотирма етапами управління катастрофами (запобігання, підготовка, подолання та відновлення) [89]. Щоб ефективно управляти та контролювати свою стійкість, лікарні повинні впровадити систему, яка дозволяє вимірювати стійкість на цих етапах. Оцінка та аудит є ключовими показниками вдосконалення та прогресу в усіх організаціях, незалежно від того, дотримуються вони традиційних чи сучасних підходів до управління. Процес оцінки зазвичай передбачає якісну оцінку, при цьому конкретні показники оцінюються напівкількісно. Характер і якість оцінки можуть змінюватись залежно від можливостей оцінювачів. Підвищення стійкості потребує використання стандартизованих інструментів для ідентифікації, оцінки та визначення пріоритетів компонентів стійкості. Впроваджуючи заходи контролю, ці інструменти

допомагають запобігти несприятливим явищам та мінімізувати їх негативні наслідки [90]. Враховуючи потенціал безповоротних втрат і збитків у результаті збоїв і несумісності в лікарнях, існує нагальна потреба мотивувати дослідників і осіб, які приймають рішення, розробляти рішення для підвищення стійкості в охороні здоров'я [91].

Стихійні лиха можуть порушити широкий спектр інфраструктури та об'єктів, починаючи від лікарень і закінчуючи навчальними закладами, транспортними мережами та службами екстреної допомоги. Між тим, лікарні відіграють вирішальну роль у критичних ситуаціях, оскільки вони пом'якшують вплив таких ситуацій і зменшують смертельні випадки внаслідок них [92]. У результаті ефективного управління катастрофами в лікарнях вважається важливим підходом до забезпечення безперебійного надання медичних послуг під час криз, навіть якщо лікарні безпосередньо постраждали від таких ситуацій [93]. Для ефективного управління кризами необхідна систематична процедура для виконання організаційних рішень, впровадження політики, розробки рішень і використання можливостей суспільства. Цей процес пом'якшує вплив і згубні наслідки катастроф. Серед ключових етапів управління кризою, пов'язаною зі здоров'ям, є спроможність системи охорони здоров'я та лікування підтримувати стійкість, забезпечуючи надання послуг у сфері охорони здоров'я та лікування [94]. І навпаки, стійкість лікарень характеризується як здатність лікарень протистояти критичним обставинам, адаптуватися та реагувати на них, підтримуючи безперервність життєво важливих медичних послуг і згодом відновлюючи вихідний стан або адаптуючись до нових умов. Цей опис натякає на цілісний погляд на здатність лікарні вирішувати невідкладні сценарії, охоплюючи притаманну надійність (здатність витримувати та сприймати кризи) та адаптивну універсальність (підходи для підтримки надання найважливіших медичних послуг та адаптації до майбутніх криз) [95]. Отже, оцінка стану лікарень і клінік і повідомлення про них є першим кроком у їх підготовці до надзвичайних ситуацій і катастроф. Ця оцінка охоплює виявлення небезпек, оцінку як структурних, так і неструктурних вразливостей, оцінку функціональної готовності та розгляд

різноманітних людських і матеріально-технічних можливостей як основних заходів для підвищення готовності лікарень до аварій і криз [96]. Регулярне проведення цієї оцінки може надати необхідну інформацію та кроки для підвищення ефективності систем охорони здоров'я та лікування. Для досягнення цієї мети важливо мати чітке розуміння існуючих можливостей, що дозволяє сформулювати плани та дії, які використовують ці можливості для підвищення стійкості системи [97]. Як зазначалося раніше, необхідність забезпечення безперебійного надання послуг в організаціях досягла свого найвищого значення, враховуючи те, що надзвичайно важливо визначити здатність організацій справлятися з надзвичайними ситуаціями та катастрофами [96]. Володіння досвідченою ініціативою в оцінці управління стійкістю займає ключову позицію в забезпеченні тріумфу безперервності організаційних операцій. Минулі випадки продемонстрували, що організації, які не мають послідовної та систематичної стратегії контролю за небезпечними процесами, стикалися з численними надзвичайними ситуаціями та катастрофами, що призводило до людських жертв, фінансових невдач та шкоди навколишньому середовищу [94]. З огляду на те, що порушення та розбіжності в лікарнях можуть призвести до непоправної шкоди та втрат, стає надзвичайно важливим мотивувати дослідників та осіб, які приймають рішення, розробляти засоби правового захисту, спрямовані на підвищення стійкості в медичних і лікувальних установах [98]. Враховуючи важливість безперервного надання послуг лікарнями та цінність оцінки, моніторингу та планування для підвищення стійкості лікарень до нещасних випадків, а також огляд відповідних досліджень, це дослідження вивчає складові організаційної стійкості в лікарнях під час надзвичайних ситуацій і катастроф.

У контексті стійкості лікарень управління підтримкою стосується адміністрування та використання допоміжних ресурсів і обладнання, як-от систем зв'язку, механізмів технічного обслуговування та ремонту, медичних пристроїв тощо для підтримки та покращення функціональності лікарні під час критичних ситуацій і під час природних чи техногенних катастроф. Цей аспект охоплює планування, розробку та реалізацію стратегій підтримки, технічне обслуговування обладнання, покращення систем зв'язку та співпрацю з іншими відділеннями

лікарні під час надзвичайних ситуацій. Цей аспект має вирішальне значення для підтримки та підвищення стійкості лікарні до потенційних ризиків і загроз. Підтримуючи цю точку зору, El-Sayed et al. висвітлено в тематичному дослідженні, в якому детально описується реакція лікарні Бейрута на подію з масовими жертвами (вибух замінованого автомобіля), як відділення хірургії, банк крові та відділення радіології направили свій персонал для допомоги в координації нагальних потреб, що виникли внаслідок раптового напливу пацієнтів до відділення невідкладної допомоги [99]. Була невелика затримка в розгортанні обладнання, медикаментів і витратних матеріалів до відділення невідкладної допомоги. Співробітники з інших департаментів, які прибули на допомогу відділу екстреної допомоги, помітили проблеми з доступом до важливого обладнання на етапі раннього реагування. Прогалина в системі була визначена як незнайомість з існуючими запасами. Візки з наркотиками були стратегічно розташовані у відділенні невідкладної допомоги. ЗМІ виступили основним інформатором щодо масштабів шкоди від кризи. Було налагоджено прямі лінії зв'язку з відповідними службами швидкої допомоги, щоб гарантувати оновлення в режимі реального часу та зворотний зв'язок щодо переміщення пацієнтів і розподілу поранених. Було виконано такі завдання, як управління смертельними наслідками, поповнення життєво важливого обладнання та поповнення екстрених ліків. У рамках організаційної стійкості лікарні аспект реагування та адаптивності під час кризи стосується набору дій і стратегій, які дозволяють лікарні оперативно та ефективно вирішувати невідкладні потреби та виклики під час криз і катастроф. Цей аспект організаційної стійкості лікарні підкреслює її здатність модифікувати та адаптувати свою діяльність в унікальних і невідкладних обставинах, пов'язаних з кризою. Основні компоненти реагування та здатності до адаптації в рамках організаційної стійкості лікарні включають організаційну структуру, врегулювання криз, комунікацію та поширення даних, робочу силу, обладнання та матеріали, а також співпрацю з іншими установами та організаціями. Виходячи з цих компонентів, аспект реагування та адаптивності в рамках організаційної стійкості лікарні означає оснащення лікарні для вирішення умов, викликаних кризою.

Підтримуючи цю точку зору, Чжун та ін., у дослідженні, яке охоплює 41 лікарню третинного рівня в провінції Шаньдун, Китай, стверджують, що здатність реагувати на надзвичайні медичні ситуації, охоплюючи служби екстреної допомоги та розширені можливості (охоплюючи порятунок на місці, догляд у лікарні та потужність для швидкого навантаження) є ключовим фактором стійкості для лікарні [100]. Крім того, Бланше та інш. вивчали стійкість системи охорони здоров'я та стверджувати, що система охорони здоров'я допомагає координувати роботу працівників під час кризи чи шоку та створювати мости між різними групами всередині цієї системи та за її межами. Здатність передбачати та справлятися з невизначеністю та незапланованими подіями стійкості можна зрозуміти з точки зору адаптивності систем охорони здоров'я. Адаптивність – це здатність акторів системи реагувати на стреси та шоки [101]. Крім того, автори дослідження індонезійських лікарень, підкреслюють, що здатність збільшити корисний простір під час масових аварій, достатнє матеріально-технічне обладнання під час великих катастроф, процедури переміщення та прийому пацієнтів під час надзвичайних ситуацій і катастроф, стратегія профілактики та контролю інфекцій, а також протоколи для поводження з тілами померлих є одними з критичних елементів реагування лікарні під час кризи [102]. У контексті організаційної стійкості лікарень відновлення після кризи означає фазу на шляху до стійкості, коли після кризи чи катастрофи лікарня намагається повернутися до свого звичайного стану та відновити стандартну роботу. Цей аспект організаційної стійкості лікарні зосереджується на управлінні процесами відновлення та активізації діяльності, ремонті та реконструкції інфраструктури та забезпеченні необхідних ресурсів для підтримки діяльності. Центральні компоненти посткризового відновлення в рамках організаційної стійкості лікарні включають ремонт і реконструкцію, відновлення роботи, відновлення зв'язку та інформації, забезпечення безпеки, організаційну адаптивність (здатність закладу адаптуватися до посткризових змін і нових умов), а також компетентність організації впоратися з непередбаченими та неочікуваними ситуаціями. У контексті організаційної стійкості лікарні відновлення після кризи підкреслює управління діяльністю,

ресурсами та інфраструктурою, життєво важливими для повернення лікарні до нормального стану та забезпечення безперервного надання послуг пацієнтам у безпечному та стабільному середовищі.

У своєму дослідженні Шир Алі та ін. відзначають, що досліджені лікарні демонструють незадовільний стан щодо посткризового відновлення. Аналіз результатів виявив недоліки, зокрема відсутність плану аварійного відновлення та управління відновленням. Це можна пояснити наглядом системи управління за фазою відновлення, можливо, через переважаючий акцент на запереченні або зменшенні необхідності відновлення [103]. Загалом, стійкість лікарень має вирішальне значення під час криз, природних і техногенних катастроф. Елементи, виділені в цьому обговоренні, можуть слугувати потужними стратегіями для підвищення стійкості лікарень. Отже, ці фактори мають бути невід'ємною частиною розробки політики охорони здоров'я та соціального забезпечення.

У сучасному суспільстві системи охорони здоров'я виступають ключовими стовпами добробуту громади та соціальної інфраструктури. Вони відіграють вирішальну роль не лише в діагностиці та лікуванні захворювань, але й у профілактичній допомозі, ініціативах у сфері охорони здоров'я та навіть економічній стабілізації. Значення добре функціонуючої системи охорони здоров'я стає особливо помітним у кризові часи, починаючи від спалахів інфекційних захворювань і закінчуючи стихійними лихами та надзвичайними ситуаціями, спричиненими людиною. Під час цих криз система охорони здоров'я оцінюється за двома основними напрямками: її можливості негайного реагування, що включають оперативне медичне втручання та розподіл ресурсів, та її стійкість після кризи, що характеризується її здатністю адаптуватися, відновлюватися та вдосконалюватися.

Необхідність стійких систем охорони здоров'я гостро загострилася через нещодавні глобальні надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Такі події, як спалах лихоманки Ебола у Західній Африці у 2014 році та пандемія COVID-19, що розпочалася у 2019 році, не лише довели можливості інфраструктури охорони здоров'я до межі, але й виявили прогалини та недоліки, які можуть мати наслідки далеко за межами лікарень та клінік. Ці прогалини впливають на результати

охорони здоров'я та навіть можуть вплинути на економічну стабільність як на рівні громад, так і на національному рівні. З огляду на ці виклики, існує переконлива та нагальна потреба визначити пріоритети та зміцнити стійкість систем охорони здоров'я, прокладаючи шлях для більш надійної, адаптивної та ефективної інфраструктури кризового управління.

Значна кількість наукових досліджень була присвячена розумінню та визначенню стійкості в закладах охорони здоров'я. Ці дослідження спрямовані на визначення основних характеристик стійкої системи охорони здоров'я, пропонуючи як емпіричні докази, так і теоретичні основи для пояснення того, як працює стійкість і як її можна зміцнити. Дискурс навколо стійкості охорони здоров'я стосується багатовимірних викликів впровадження змін у різних контекстах охорони здоров'я, від сільських клінік до розгалужених мереж міських лікарень.

Однак, незважаючи на значний науковий внесок, сучасна література все ще демонструє кілька суттєвих прогалин. Найголовніше – існує виражений розрив між теоретичною точністю та практичною застосовністю. Багато існуючих рамок для оцінки стійкості охорони здоров'я пропонують тонкі розуміння, але не містять практичних рекомендацій, які можна широко впроваджувати в різних системах охорони здоров'я. Цей недолік призводить до важливого питання, яке залишається значною мірою невивченим: «Як ми можемо ефективно перетворити теоретичне розуміння стійкості охорони здоров'я на прагматичну, операційну рамку, яка адаптується до різних медичних закладів?»

Експертне дослідження, результати якого представлені у параграфі 3.2. використовує плани кризового менеджменту для інтеграції концептуальної та евристичної структури для вирішення цього питання. Головною метою цього дослідження є розробка надійної структури, яка поєднує теоретичні знання з практичною придатністю. Ця структура має на меті спрямувати системи охорони здоров'я в ефективне кризове управління та підвищити їхню стійкість до майбутніх викликів, пропонуючи адаптивний підхід для різноманітних середовищ охорони здоров'я з різними особливостями та потребами.

Досліджуючи цю ключову прогалину, дослідження прагне узгодити теоретичні конструкції із застосованими методологіями, тим самим сприяючи розвитку подальшого наукового дискурсу та прагматичних втручань, необхідних для зміцнення систем охорони здоров'я.

Наукове дослідження стійкості систем охорони здоров'я вимагає нюансованого вивчення фундаментальних елементів. Це включає ретельне вивчення понять «криза» та «війна», які часто служать каталізаторами, що кидають виклик стійкості систем охорони здоров'я. Ці поняття не лише символізують руйнівні події, але й функціонують як орієнтири для оцінки стійкості та адаптивності інфраструктури охорони здоров'я. «Криза» визначається як період підвищеної складності, небезпеки або невизначеності, часто спричинений непередбаченими подіями, що порушують стандартні операційні рамки в закладах охорони здоров'я. Переважна більшість академічної літератури про стійкість систем охорони здоров'я зосереджена на гострих шоках, які зазвичай характеризуються раптовим початком та коротшою тривалістю впливу. Хронічні шоки - це ті, що тривають протягом тривалого часу, тим самим створюючи чіткі виклики для стійкості охорони здоров'я. Поза межами охорони здоров'я дисципліна кризового управління є предметом наукових досліджень протягом багатьох років і знайшла застосування в широкому спектрі галузей. Його принципи та методології були адаптовані та інтегровані в різні наукові галузі, що підкреслює його універсальну актуальність та корисність. У контексті систем охорони здоров'я, впровадження систем кризового менеджменту, таким чином, є еволюційним кроком у зміцненні стійкості, використовуючи багатство міждисциплінарних знань та передового досвіду. Система кризового менеджменту – це структурований підхід, що включає політику, процедури та дії, призначені для виявлення, оцінки та управління ризиками та кризами в різних умовах. Вона охоплює механізми планування, комунікації, координації реагування та оцінки для мінімізації наслідків та забезпечення ефективного відновлення після руйнівних подій. Враховуючи повсюдну корисність систем кризового менеджменту в різних сферах, їхня роль набуває особливого значення в контексті систем охорони здоров'я, які є критичною інфраструктурою.

Відповідно, значна наукова увага приділяється включенню парадигм кризового менеджменту в медичні заклади в існуючий академічний дискурс.

Концепція стійкості слугує основоположним доповненням до традиційних парадигм кризового менеджменту, переходячи їх від виключно реактивних модальностей до більш всеохоплюючих, випереджуючих рамок. Вбудовуючи адаптивний, перспективний вимір у процедурну структуру кризового менеджменту, стійкість виходить за межі безпосередньої сфери реактивних заходів та короткострокового відновлення. Вона підкреслює проактивні здібності системи передбачати, адаптуватися та відновлюватися після несприятливих подій, тим самим розширюючи епістемологічну сферу кризового менеджменту, охоплюючи міркування про довгострокову стійкість та системну стійкість. Це поєднання негайної реакції та тривалої стійкості отримало дедалі більше визнання в академічному дискурсі, тим самим підтверджуючи його незмінне значення як невід'ємного компонента багатогранного та ефективного підходу до кризового менеджменту.

Як засвідчено в рецензованих наукових публікаціях, лексикон, що описує концептуальну сферу осмислення стійкості у дослідженнях з охорони здоров'я, був таксономічно стратифікований на чотири ключові категорії: сутності, внутрішні властивості, операційні дії та сфери інтересів. У переважній більшості наукових джерел стійкість концептуалізується як: характеристика (*characteristic*), здатність (*ability*) або потенціал (*capacity*).



Рис. 2.1 Концептуалізація стійкості (складено автором)

Ці концептуальні підходи застосовуються до гетерогенного спектру сутностей, включаючи, але не обмежуючись, спільноти, окремі суб'єкти, організації, демографічні когорти та інфраструктурні системи, кожна з яких демонструє різний ступінь стійкості перед обличчям кризових подій. Крім того, у визначенні стійкості в цьому контексті згадується, що основними діями для досягнення тієї ж функції або контролю над шоком є адаптація, поглинання, підготовка, передбачення, трансформація, реагування та відновлення. Операційні виміри взаємопов'язані один з одним і разом характеризують управління стійкістю в системах охорони здоров'я (Рисунок 2.2)



Рисунок 2.2. Концептуальний огляд стійкості системи охорони здоров'я, адаптовано з Blanchet et al. (2017).

Хоча розуміння теоретичних підґрунтя концепції, безумовно, є критично важливим, розуміння того, як теорія перетворюється на докази, не менш важливе для оцінки корисності «ідеї стійкості» для дослідницької спільноти. Однак досі не було проведено критичної оцінки того, як концепція стійкості системи охорони здоров'я була впроваджена та застосована в емпіричній літературі.

Таким чином, ми провели емпіричний огляд літератури з питань систем охорони здоров'я, щоб краще зрозуміти, як концепція стійкості була операціоналізована в емпіричних дослідженнях. У рамках цієї дослідницької мети ми розглядаємо три конкретні підпитання: (1) Які ключові аспекти

(методологічний підхід, географічна спрямованість, розглянуті структурні блоки системи охорони здоров'я та обговорення криз/викликів) досліджень стійкості системи охорони здоров'я та як вони змінилися з часом? (2) Які концепції та рамки стійкості системи охорони здоров'я використовувалися для операціоналізації стійкості в літературі з питань систем охорони здоров'я? (3) Який обсяг емпіричних досліджень стійкості системи охорони здоров'я в рамках сучасних визначень концепції? Таким чином, ми надаємо огляд існуючої емпіричної літератури з досліджень систем охорони здоров'я, яка може бути використана для подальшого розвитку концепції та інформування про її операціоналізацію в майбутніх дослідженнях.

Висновки до другого розділу

Згідно з аналізом нормативно-правових актів, що регулюють сферу охорони здоров'я в Україні, можна зробити кілька ключових висновків. Законодавство у сфері охорони здоров'я є багаторівневим і різноплановим. Воно охоплює цілу низку правових норм, включаючи Конституцію України, галузеві закони, спеціалізовані акти, підзаконні нормативні акти та міжнародні угоди, що забезпечують чітке регулювання медичних послуг, прав пацієнтів та медичних працівників. Ця багатошаровість гарантує всебічне регулювання всієї медичної галузі. Основними джерелами медичного права є Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та спеціалізовані закони, такі як «Про систему громадського здоров'я», «Про лікарські засоби», що формують основу для надання медичних послуг і здійснення професійної діяльності в медичній сфері. Основними принципами, які лежать в основі правового регулювання медичної сфери, є гарантованість права на охорону здоров'я, рівність і недискримінація, інформована згода, конфіденційність медичної інформації та професійна етика медичних працівників. Це сприяє забезпеченню прав пацієнтів, захисту їхніх інтересів та впровадженню етичних норм у медичній практиці. Система правового регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні передбачає

ефективну діяльність декількох ключових інститутів: інституту права на охорону здоров'я, інституту медичної діяльності, інституту прав пацієнтів, медичних працівників, медичного страхування та біоетики. Це дозволяє сформувати добре структуровану основу для реалізації медичної політики та захисту прав усіх учасників медичної сфери. Внутрішні і зовнішні виклики, зокрема пандемія COVID-19, війна та необхідність інтеграції в європейський правовий простір, висувають вимоги до вдосконалення законодавства, зокрема в контексті е-охорони здоров'я, модернізації медичних стандартів, забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Законодавство в цій сфері повинно постійно адаптуватися до цих викликів і враховувати актуальні реформи та цифрові ініціативи. Важливою складовою є інтеграція українського законодавства з міжнародними стандартами та директивами ЄС, що дозволяє підвищити ефективність медичних послуг, забезпечити їхню безпеку та доступність. Україна активно залучає міжнародний досвід, що дає змогу покращити систему охорони здоров'я та забезпечити її належне функціонування навіть в умовах надзвичайних ситуацій. Правова система охорони здоров'я в Україні є складною і багаторівневою, спрямованою на забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та розвиток медичних послуг. Вона включає як загальні принципи, так і специфічні нормативні акти, що регулюють діяльність медичних установ, права пацієнтів, кадрову політику, медичне страхування та стандарти якості. Сучасні виклики, зокрема війна, пандемія та інтеграція до європейського правового поля, вимагають постійного вдосконалення нормативно-правової бази.

Державна політика в сфері розробки та дотримання стандартів охорони здоров'я у невідкладних та екстремальних ситуаціях є комплексною системою, що включає правові, управлінські та інституційні заходи, спрямовані на забезпечення готовності медичної системи до кризових умов. Основною метою цієї політики є розробка нормативно-правової бази, що регламентує порядок дій у разі надзвичайних ситуацій, створення ефективних протоколів медичного реагування, забезпечення медичних закладів необхідними ресурсами, підвищення кваліфікації медичних працівників і впровадження цифрових інструментів для управління.

Важливим елементом є стандарти медичної допомоги (СМД), які забезпечують оперативне реагування, знижують рівень невизначеності і сприяють збереженню людських життів у складних умовах. В умовах війни та інших кризових ситуацій особливу увагу приділено впровадженню мобільних госпіталів, розвитку мобільної медицини і автоматизованих систем управління медичними ресурсами. Такі інструменти дозволяють швидко адаптувати медичні заклади до змінних умов, забезпечити своєчасну допомогу навіть в умовах обмежених ресурсів. Успішні міжнародні практики, зокрема досвід країн ЄС, США, Великобританії, показують ефективність застосування цифрових технологій і мультисекторальної координації для підвищення готовності медичних систем до криз. Незважаючи на досягнуті успіхи, необхідно зосередитись на зміцненні національної медичної системи через інтеграцію міжнародних стандартів, впровадження інноваційних технологій та удосконалення навчання медичних працівників для роботи в кризових умовах. Зокрема, національна стратегія стійкості медичних закладів повинна включати заходи з відновлення інфраструктури, підвищення кадрового потенціалу та розвитку кризової медицини.

РОЗДІЛ III

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОГО РЕАГУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Модель організаційної стійкості медичних закладів в надзвичайних ситуацій

Стійка система охорони здоров'я – це система, яка здатна ефективно готуватися до наслідків стихійних лих для громадського здоров'я, протистояти стресу та реагувати на них [1]. Стійкі системи охорони здоров'я здатні захистити себе та людські життя від впливу стихійних лих на громадське здоров'я та мають вирішальне значення для досягнення хороших результатів у сфері охорони здоров'я до, під час та після стихійних лих [2]. Крук та ін. визначили п'ять елементів стійких систем охорони здоров'я [1]. Стійкі системи охорони здоров'я повинні усвідомлювати сильні сторони та вразливість своїх складових, а також спектр небезпек та ризиків, яким вони піддаються. Вони повинні бути здатними реагувати на широкий спектр проблем громадського здоров'я до або під час стихійного лиха. Системи охорони здоров'я повинні бути здатними швидко та ефективно адаптуватися до змінних ситуацій та використовувати інтегровані підходи для реагування на події у сфері громадського здоров'я, такі як стихійні лиха. Нарешті, стійка система охорони здоров'я повинна бути здатною саморегулюватися. Ці елементи забезпечують гарну основу для зміцнення та використання системи охорони здоров'я для управління ризиками у сфері громадського здоров'я.

Аналогічно, безпечні та добре розташовані медичні заклади, належне пом'якшення наслідків стихійних лих у секторі охорони здоров'я, планування дій у надзвичайних ситуаціях та забезпечення безперервності бізнесу, достатнє забезпечення основними ліками та витратними матеріалами для лікування травм, а

також добре навчений медичний персонал гарантуватимуть, що наслідки землетрусів не призведуть до великих катастроф у сфері громадського здоров'я [3].

У літературі спостерігаються значні розбіжності в концептуалізаціях стійкості лікарень, і вчені та експерти не дійшли згоди щодо конкретного визначення. Найбільша проблема полягає у визначенні «елементів», «компонентів» або «вимірів» стійких лікарень. Визначаючи стійкість лікарень, вчені в різних літературних джерелах використовували різноманітну термінологію для кожної з цих категорій. Різноманітність мов та термінології, невідповідні категоризації та різні концептуалізації стійкості лікарень ускладнили остаточне узагальнення результатів досліджень і порівняння даних між окремими країнами та контекстами. Це створює методологічні бар'єри для формування єдиної системи оцінки стійкості медичних закладів і вироблення універсальних управлінських рішень, придатних для застосування в умовах надзвичайних ситуацій.

Згідно з літературою, найбезпосереднішим і найважливішим результатом стійких лікарень є підтримка їхніх функцій та забезпечення безперервності високоякісних основних і критично важливих послуг для вразливих верств населення [4]; додаткові функції також включають внесок в освітні/дослідницькі, соціальні та економічні аспекти громад. У рамковій програмі ВООЗ щодо кліматично стійких лікарень виділяються п'ять показників стійкості лікарень: колапс, відновлення гірше, ніж раніше, відновлення до стану, що передувало події, відновлення краще, ніж раніше, та трансформація [5]. Рідде та ін. підсумовують їх як чотири показники стійкості лікарень: колапс, погіршення, відновлення, покращення [6]. Стійкість лікарень покращує доступ (у всіх його п'яти вимірах: Доступність, Прийнятність, Доступність, Цінова доступність, Доцільність) до комплексних, високоякісних, орієнтованих на пацієнта медичних послуг [7]. Крім того, стійкість лікарень також поглинає шок від катастрофи або надзвичайної ситуації, мінімізуючи її вплив на громаду зменшуючи майбутні вразливості та ризики шляхом запобігання та пом'якшення наслідків [8], і зрештою підтримуючи національні зусилля щодо готовності та реагування на безпеку здоров'я. Ці висновки можна порівняти з літературою, де стійкі системи охорони здоров'я

покращують результати у сфері охорони здоров'я та сприяють всеохоплюючому охопленню охороною здоров'я та рівності у сфері охорони здоров'я, а також зменшують вразливість до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Ця подвійна вигода та покращена продуктивність і результати як у «стабільні» (або хороші), так і в «кризові» (або погані) часи називається «дивідендом стійкості» [9].

У літературі мало що задокументовано про загальні характеристики стійких лікарень, лише у двох дослідженнях чітко згадуються ці характеристики: Мохтаді Алі та ін. зазначили, що стійкі лікарні повинні бути *«надійними»*, *«гнучкими»* та *«ввічливими»*, щоб виконувати свою функцію забезпечення високого рівня безперервності бізнесу [4]. Для вимірювання стійкості лікарень Нуццо та ін. запропонували 16 характеристик стійких систем охорони здоров'я, починаючи від планів готовності, реагування та відновлення, втручань для різних структурних блоків системи охорони здоров'я, резервної здатності, адаптації стандартів медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій та відданості якості [10].

Систематичний огляд стійких систем визначив шість проміжних цілей або атрибутів: обізнаність, здатність до швидкого реагування, співпраця та координація, стійкість, доступ до ресурсів та гнучкість [11]. Інше дослідження показало, що стійкість призводить до довгострокових результатів, таких як сталий розвиток, ефективність та оперативність реагування [12].

Більшість досліджень стійкості лікарень спираються на первинне визначення, яке охоплює здатність закладів охорони здоров'я чинити опір, поглинати впливи, реагувати, відновлюватися та/або адаптуватися до змін. У науковій літературі ці характеристики систематизовано у вигляді трьох типів стійкості: (1) поглинаючої, (2) адаптивної та (3) трансформаційної. Така класифікація узгоджується з численними дослідженнями, присвяченими стійкості систем охорони здоров'я загалом. Водночас, у літературі спостерігається неоднозначність щодо термінології, обсягу визначень, послідовності реалізації та можливого перекриття між вказаними типами стійкості - як на рівні лікарень, так і на рівні систем охорони здоров'я. Зокрема, Форугі та співавт. запропонували розглядати ці три типи стійкості в межах п'яти взаємопов'язаних фаз:

передбачення, підготовка, реагування, відновлення та зростання, що дозволяє комплексно охопити динаміку адаптації медичних установ до кризових ситуацій [11]. Томас та ін. описали стратегії стійкості систем охорони здоров'я в рамках чотирьох етапів циклу шоку: готовність, початок шоку та попередження, вплив шоку та управління ним (включаючи здатність до поглинання, адаптації та трансформації) та, нарешті, відновлення та навчання (рис. 3.1).



Рисунок 3.1. Потенціал стійкості лікарень (Джерело:[12]).

У науковій літературі категорія «компоненти стійкості» характеризується значною варіативністю у визначеннях, типах, кількості та термінології, що використовується для їх опису. Змістовне наповнення цієї категорії нерідко змінюється залежно від типу загрози або контексту кризи. З метою систематизації підходів у дослідженнях було запропоновано модель з шістьма ключовими компонентами стійкості лікарень, відому як 6S-модель (*Six Components of Hospital Resilience*), яка включає: простір (space), матеріальні ресурси (stuff), персонал (staff), системи (systems), стратегії (strategies) та послуги (services) (рис. 3.2).

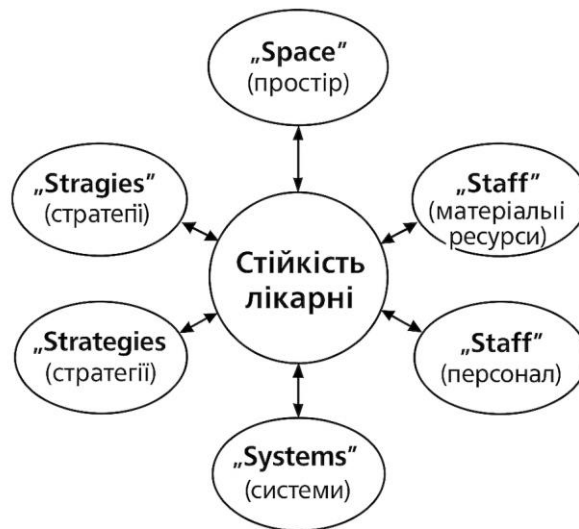


Рис. 3.2. 6S-модель організаційної стійкості лікарні: простір, матеріальні ресурси, персонал, системи, стратегії та послуги як взаємопов'язані компоненти стійкої медичної установи в умовах надзвичайних ситуацій (Розроблено автором. Джерело [13])

До компонента «системи» належать, зокрема, механізми лідерства і координації, інформаційно-комунікаційні інструменти, системи управління ризиками та моделі взаємодії з громадськістю. У переважній більшості джерел найчастіше згадуються компоненти «простір» і «персонал», а також «системи», до складу яких входять численні елементи, зокрема: резервні потужності, кризове управління, управління безперервністю, лідерство, логістика, мобілізація ресурсів та комунікація з громадою.

Щодо компонента «простір», багато досліджень - включно з систематичними оглядами - опираються на Індекс безпеки лікарень (Hospital Safety Index, HSI). У межах цього підходу визначаються структурні (архітектурні та конструктивні елементи) й неструктурні (інфраструктурні, інженерні) характеристики лікарняних закладів, що формують так звану жорстку стійкість. Контрольний список ВООЗ (WHO HSI) акцентує увагу на безпеці будівлі, функціональності критичної інфраструктури (електро-, водо-, газопостачання, вентиляція, каналізація, пожежна безпека, утилізація відходів) і якості медичного обладнання.



Рис. 3.3. П'ять ризиків, з якими стикається галузь охорони здоров'я за HIS (Джерело: [14])

Неструктурні елементи - такі як медичні системи, обладнання, засоби індивідуального захисту та логістичні ресурси - розглядаються як невід'ємна частина загальної стійкості лікарень. Частина літератури включає ці елементи до категорії «простір», інші ж - класифікують їх у рамках «матеріальних ресурсів» або «систем», що вказує на взаємозалежність та перехресність між окремими складниками моделі 6S.

Крім того, в літературі, присвяченій інженерній безпеці та архітектурному плануванню лікарень, підкреслюється значення проєктування гнучкого простору як передумови стійкості. Наприклад, в умовах пандемії COVID-19 одним із ключових уроків стала необхідність адаптивної інфраструктури, що дозволяє трансформувати лікарняні приміщення, паркувальні зони або навчальні простори на відділення інтенсивної терапії, ізоляційні блоки або зони сортування та інфекційного контролю (IPC).

Окремі дослідження відносять до компонентів ресурсного забезпечення також екстрене та гнучке фінансування, яке забезпечує оперативну мобілізацію логістичних потоків, закупівель, поповнення запасів і адаптивність реагування. Нестача фінансових ресурсів, обмежена управлінська автономія медичних закладів і розриви в логістичних ланцюгах систематично описуються як ключові бар'єри

для своєчасного реагування та забезпечення стійкості лікарень під час пандемії COVID-19 – як в Україні, так і в країнах із обмеженими ресурсами.

Персонал послідовно виокремлюється в науковій літературі як один із базових компонентів стійкості лікарень. У дослідженнях, присвячених COVID-19, людські ресурси розглядаються як самостійний вимір стійкості, що підкреслює їхню визначальну роль для функціонування закладів охорони здоров'я [15]. Волонтерська праця, можливість оперативного нарощування штату та перерозподілу кадрових ресурсів ідентифікуються як чинники, що зміцнюють стійкість лікарень. Окремий акцент робиться на значенні міждисциплінарних команд, здатних забезпечити комплексну реакцію на кризові події. [16].

У контексті стійкості людських ресурсів, окрім їхньої чисельної доступності, просторового розподілу та фізичної безпеки, важливо враховувати «емоційні» здібності (емпатію, мотивацію, уміння справлятися зі стресом), «когнітивні» здібності (креативність, лідерство, здатність приймати рішення) та «епістемічні» здібності (фахові знання й технічні компетентності) [17]. Психологічна стійкість персоналу, задоволеність роботою, рівень мотивації, ставлення до катастроф, а також готовність і здатність колективу лікарні ефективно реагувати на надзвичайні ситуації розглядаються як критичні індикатори організаційної стійкості медичних закладів.

Взаємодія між фізичною будівлею (простором) лікарні та її користувачами (чи то персоналом, чи пацієнтами) є основою ефективності, функціональності та, зрештою, стійкості лікарні [18]. Більше того, одне дослідження підкреслило критичне поєднання як жорсткої стійкості (структурної та неструктурної), так і м'якої стійкості (функціональної) для підвищення абсорбційних, адаптивних та трансформаційних можливостей лікарень [19]. Це вимагає скоординованого планування та управління для забезпечення безперервного та безпечного надання основних послуг, особливо під час зростаючих потужностей під час надзвичайних ситуацій та стихійних лих. Хоча багато досліджень погоджуються, що стійкість лікарень залежить від планування, дослідження суттєво відрізняються у визначенні системного компонента. У літературі цей

компонент широко охоплює різні елементи, такі як планування готовності, реагування та відновлення, стратегії та протоколи, лідерство та координація, системи комунікації та інформації. В інших випадках цей компонент також включає надання послуг, логістику, операції, мобілізацію ресурсів та залучення громади.

Стійкість лікарень також вимагає зміцнення «м'якої стійкості» за допомогою цих внутрішніх систем оцінювання, планування, управління та операційної діяльності. Нещодавнє дослідження досвіду лікарень у боротьбі з COVID-19 показало, що лідерство та координація були серед найчастіше згадуваних та критичних аспектів, що впливають на готовність, реагування та відновлення [20]. Посилення управлінських компетенцій керівників лікарень перед обличчям спалахів, таких як COVID-19, є одним із найважливіших уроків, винесених з пандемії [21]. Крім того, пандемія ще більше підкреслила важливість координації з іншими лікарнями, місцевими органами влади та агентствами з ліквідації наслідків стихійних лих, функціональними інформаційними системами (які адаптують нові технології), а також внутрішньою та зовнішньою комунікацією з громадою, ЗМІ, громадськими організаціями та місцевою владою, особливо для комунікації ризиків та залучення громади [22]. Одне дослідження підтвердило це, назвавши відсутність централізованих структур та систем управління інцидентами провідним фактором неефективності та затримок у мобілізації ресурсів та операціях [23]. Інший систематичний огляд підтвердив, що відсутність командного підходу до впровадження планів дій у надзвичайних ситуаціях призвела до зниження стійкості лікарень. Крім того, зміцнення інформаційних систем лікарень має вирішальне значення для підвищення стійкості, дозволяючи швидше приймати рішення на основі даних та прозоро й своєчасно комунікувати з відповідними зацікавленими сторонами. Нарешті, постійна комунікація та планування, разом із залученням та підтримкою місцевих громад, також мають вирішальне значення для стійкості лікарень і є сферою, яка потребує подальшого вивчення.

Більше того, стійкість лікарень тісно пов'язана зі стійкістю громади та сприяє соціальному, фізичному, економічному, екологічному та громадському обслуговуванню [24]. Стійкі лікарні сприяють побудові міцніших систем охорони

здоров'я, здорових громад та сталому розвитку. Стійкість лікарень, систем охорони здоров'я та громади взаємозалежні одна від одної. Доступність, функціональність, гнучкість та стійкість цих компонентів лікарні взаємопов'язані та взаємозалежні [25]. Деякі вчені вважають, що лікарні є такими ж стійкими, як і їхні частини, включаючи фізичні (простір, персонал/матеріали та персонал) та операційні (послуги, системи та стратегії). Взаємозалежність цих компонентів впливає на стійкість лікарні, де стійкість частин (компонентів) сприяє стійкості цілого (загальна стійкість лікарні) [26]. Наприклад, підтримка функціональності лікарні в кризових ситуаціях залежить, перш за все, від забезпечення фізичної (конструктивної та інфраструктурної) стійкості, яка дозволяє функціонувати та безперервно надавати критично важливі та важливі послуги. Крім того, у відповідь на COVID-19 стійкі лікарні залежали від стійкості свого персоналу. Це узгоджується на макрорівні, де зміцнення стійкості систем охорони здоров'я вимагає зміцнення стійкості відповідних структурних елементів систем охорони здоров'я [27].

Операційалізація стійкості є одним із найскладніших завдань, враховуючи величезні відмінності та гнучкість у визначеннях. Віг та ін. використовували чотири основні питання для керівництва операційною оцінкою стійкості в дослідженнях у сфері охорони здоров'я [28]:

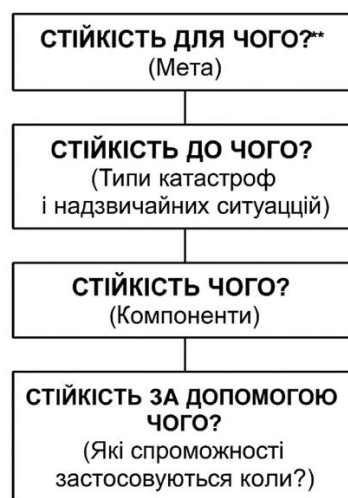


Рис. 3.4. Операціоналізація стійкості лікарень (Розроблено автором)

Шляхом зміцнення стійкості лікарень, вони не лише покращують свою здатність адаптуватися, трансформуватися та навчатися з часом, але й свою здатність знижувати ризики [29]. Дослідження переважно зосереджені на етапах готовності та реагування, і мало хто згадує етапи відновлення та профілактики [30]. Це узгоджується з висновками щодо стійкості систем охорони здоров'я, де більшість втручань та доступної літератури зосереджені на готовності та реагуванні [12].

Таким чином, враховуючи важливість безперебійного надання послуг у лікарнях і важливість оцінки, моніторингу та планування для підвищення стійкості лікарень до нещасних випадків, очевидно, що існуючим дослідженням у цій галузі бракує переконливих доказів. Тому необхідні подальші дослідження, щоб отримати більш повну інформацію та усунути існуючі прогалини в розумінні.

Наше дослідження мало на меті виявити впливові параметри, що впливають на організаційну стійкість лікарняних центрів під час війни. У межах дослідження було реалізовано два етапи: (1) аналіз наукової літератури, (2) проведення опитування керівників медичних закладів. Перший етап був присвячений систематичному аналізу наявних наукових джерел, що стосуються проблематики організаційної стійкості медичних закладів, зокрема лікарень. З метою забезпечення достовірності, репрезентативності й мінімізації упередженості в процесі відбору джерел нами було застосовано стандартизовану форму збору даних. Пошукова стратегія передбачала використання релевантних ключових слів, зокрема: «стійкість», «resilience», «стратегія», «медичні центри», «охорона здоров'я», «лікарня», «стійкість організації», «криза», «катастрофа», «надзвичайна ситуація», «медичні послуги» та «система охорони здоров'я». Для розширення охоплення джерел додатково було проведено ручний пошук у ключових авторитетних академічних журналах. Джерела шукалися у таких авторитетних базах даних: Google Scholar. Зібраний корпус літератури став основою для формування гіпотез дослідження та структурування категорій подальшого експертного опитування, результати якого представлені в параграфі 3.2. Під час аналізу літератури з проблематики організаційної стійкості медичних закладів у

контексті надзвичайних ситуацій було застосовано системний пошуковий підхід, орієнтований на максимальне охоплення релевантних джерел у провідних наукових базах. Уточнені комбінації (наприклад, «стійкість» + «охорона здоров'я» + «війна», «стратегія» + «лікарня» + «надзвичайна ситуація») дали змогу виділити найактуальніші дослідження, що стосуються саме стійкості медичних інституцій в умовах екстремального навантаження (рис.3.5). Дослідження було розроблене як комплексний огляд і мало на меті ідентифікувати ключові елементи, що визначають організаційну стійкість лікарень у період пандемії COVID-19 та воєнних криз 2020–2025 років. Методологічний підхід передбачав не лише систематизацію наукової літератури, а й верифікацію виявлених чинників у подальшому етапі експертного опитування.

Основне дослідницьке питання було сформульоване таким чином:

ДП1: *«Які елементи визначають організаційну стійкість лікарень у контексті надзвичайних ситуацій?».*

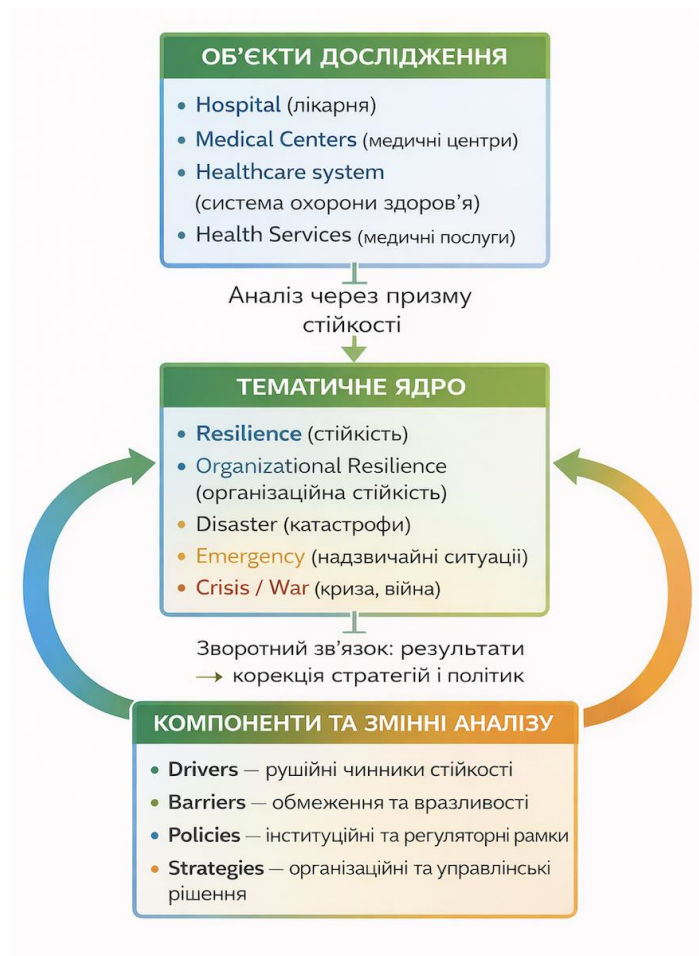


Рис. 3.5. Концептуальна основа пошуку статей для аналіз

Критеріями включення до огляду були:

- (1) дослідження, присвячені питанням стійкості лікарень у період пандемії COVID-19 або збройного конфлікту;
- (2) усі типи описових, аналітичних або перехресних досліджень незалежно від методології;
- (3) наявність публікацій українською або англійською мовами.

Виключалися джерела, що не стосуються сфери охорони здоров'я, а також публікації, доступ до яких був технічно неможливий. У процесі відбору літератури спочатку було ідентифіковано статті, що містили ключові слова у заголовках або анотаціях. Далі дублікати було усунуто, після чого проведено попереднє оцінювання змісту на відповідність дослідницькій меті. У наступному етапі здійснено детальне опрацювання повних текстів відібраних публікацій.

Після завершення скринінгу було проведено оцінку якості кожної статті з використанням контрольного списку, що містив 6 основних показників, охоплюючи ключові аспекти структури дослідження: заголовок (1), вступ (2), методологію (3), результати (4), обговорення (5) та висновки (6). Статті, що не відповідали понад 50% зазначених критеріїв, були виключені з аналізу. По завершенні етапу валідації було здійснено витяг даних за узгодженими параметрами: ім'я автора, рік публікації, назва, тип і метод дослідження та основні висновки. Отримані дані були узагальнені та підготовлені до подальшого концептуального аналізу в межах загальної дослідницької моделі.

У результаті пошуку в базі даних було виявлено 983 дослідження, з яких 231 статтю було відхилено через дублювання. Після перегляду заголовків і рефератів було виключено ще 609 досліджень на основі попередньо визначених критеріїв виключення. Ці критерії включали дослідження, які не були зосереджені на лікарнях, не оцінювали організаційну стійкість або не були статтями емпіричного дослідження. Потім 106 статей було виключено з процесу дослідження після перевірки повного тексту. Основними причинами виключення на цьому етапі були: (1) у дослідженні не вивчалися конкретно фактори, що впливають на організаційну стійкість лікарні, (2) досліджувана популяція не була пов'язана з охороною

здоров'я, або (3) дизайн дослідження був невідповідним (наприклад, звіти про випадки, коментарі). Нарешті, було відібрано 30 статей, які були повністю сумісні з цілями дослідження. Під час огляду літератури було проведено всебічний пошук, щоб визначити відповідні дослідження щодо організаційної стійкості лікарень.

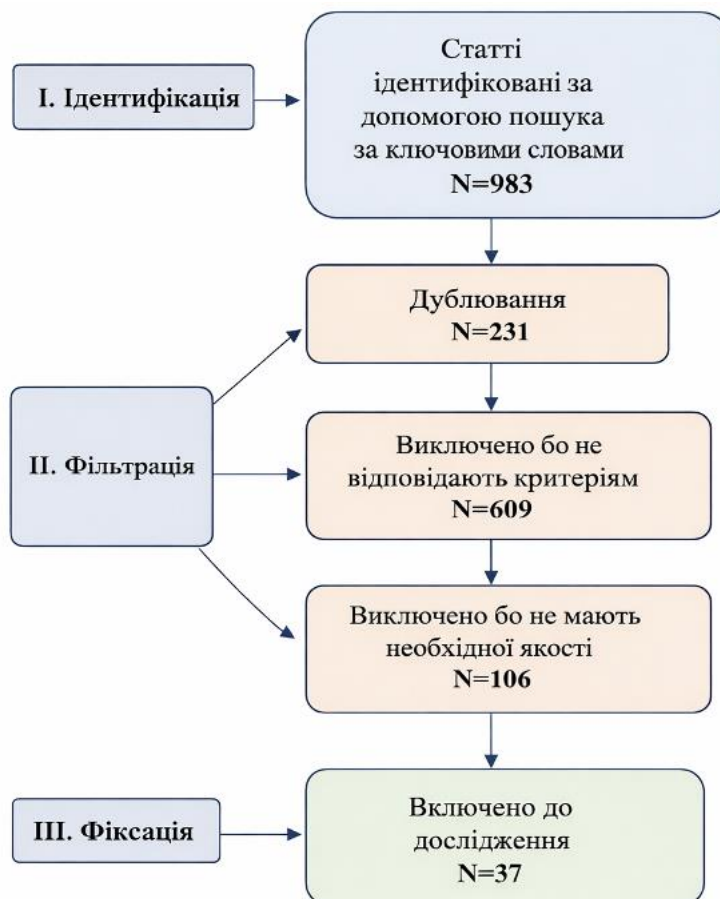


Схема 3.4. Процес пошуку і перевірки статей для аналізу (Розроблено автором за результатами кабінетного дослідження).

У дослідженні розглянуто загалом 37 підсумкових статей, які складаються з 27 зарубіжних та 10 вітчизняних досліджень [52-89]. У таблиці (Додаток А) наведено підсумок розглянутих досліджень із представленням різноманітної інформації, такої як назва статті, імена авторів, рік публікації, мета дослідження, а також тип дослідження та методологія.

Результати огляду літератури виявили численні елементи, важливі для розуміння організаційної стійкості лікарень під час криз і катастроф, серед яких найбільш значущими є такі: параметри вразливості, готовності, управління

підтримкою, оперативності та адаптивності під час кризи та відновлення після кризи. У контексті організаційної стійкості під час надзвичайних ситуацій і стихійних лих вразливість лікарні стосується її спроможності та надійності протистояти травмам і загрозам під час кризи. Цей аспект організаційної стійкості лікарні наголошує на визначенні вразливостей і слабких місць у структурі лікарні, процесах, ресурсах та обладнанні, а також на кроках, необхідних для їх підтримки у разі криз і катастроф. Основні компоненти аспекту вразливості в стійкості лікарень включають такі пункти: визначення вразливостей, оцінка ризиків, впровадження превентивних стратегій, підготовка ресурсів і співпраця з іншими суб'єктами та організаціями. Аспект вразливості стійкості лікарні підкреслює зміцнення слабких і сприйнятливих зон у структурі лікарні та її функціонування для пом'якшення впливу криз і катастроф на установу.



Рис. 3.1. Модель організаційної стійкості лікарень в умовах надзвичайних ситуацій
(Складено автором за оглядом літератури [52-89])

На основі проведеного літературного огляду за 2020–2025 роки було виділено ключові компоненти організаційної стійкості лікарень, які дозволяють забезпечити безперервність функціонування медичних закладів в умовах надзвичайних ситуацій, включаючи війни, епідемії, природні та техногенні

катастрофи. Всі компоненти були згруповані у шість основних блоків (див. рис. 3.1) Розробка цієї моделі є кульмінацією широкого аналізу існуючих результатів дослідницької літератури, а також концептуалізації та класифікації, проведених експертною групою.

Дослідження підтвердило, що стійкість лікарень – це динамічний процес у складних та динамічних системах. Для спрямування змістовних та ефективних дій на рівні закладу та країни необхідний консенсус, а також подальші дослідження, для створення практичних рекомендацій щодо впровадження та оцінки стійкості лікарень. Незважаючи на зростаючий інтерес до концепції «стійкості» в глобальній охороні здоров'я, «стійкість лікарень» є новою концепцією в літературі. Наразі не існує комплексної структури, яка б концептуалізувала або вимірювала стійкість лікарень, тоді як мало структур охорони здоров'я, громад чи організацій спеціально зосереджені на лікарнях. Крім того, концептуалізація стійкості лікарень залишається нюансованою, з значними розбіжностями та різноманітністю, що охоплюють ці складні визначення та термінологію. Наприклад, хоча більшість досліджень та структур погоджуються щодо можливостей стійкості, вони все ще розпливчасто визначені та вимірюються в науковій літературі. Крім того, ще однією проблемою в порівнянні та синтезі цих концепцій є те, що різні структури зосереджені на різних концептуальних вимірах (наприклад, можливості проти результатів). Ці неоднозначності ускладнюють практичний переклад та оцінку стійкості на рівні лікарні. Запропонована концептуальна основа представляє базову лінію, яка дозволяє різним учасникам, науковцям, керівникам лікарень та політикам поділитися спільним розумінням та мовою, щоб забезпечити систематичні дії щодо зміцнення стійкості лікарень. Загалом, існує мало емпіричних доказів щодо операціоналізації стійкості. Огляд показав, що більшість опублікованих моделей, структур та теорій стійкості зосереджуються лише на одному або двох вимірах операціоналізації. Зміцнення стійкості лікарень вимагає як твердої, так і м'якої стійкості з конкретними втручаннями для покращення рутинної роботи лікарень до потрясінь та надзвичайних ситуацій, а також їхніх можливостей під час та після подій. Стійкість лікарень вимагає зміцнення систем

планування, управління та операцій, включаючи лідерство та координацію, комунікацію та залучення громади, а також інформаційні системи, які безпосередньо впливають на здатність лікарні адаптуватися, трансформуватися та навчатися. Примітно, що в одному дослідженні зазначалося, що стійкість лікарень – це культура, що нагадує цикли покращення якості та безперервного навчання. Без стійких лікарень система охорони здоров'я не може бути стійкою; крім того, для зміцнення стійкості на національному рівні з метою пом'якшення впливу потрясінь на лікарні необхідні багатосекторальні втручання з використанням підходів за участю всього уряду та всього суспільства.

Як згадувалося раніше, дані щодо стійкості лікарень та систем охорони здоров'я в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, особливо в надзвичайних ситуаціях та гуманітарних конфліктах, дуже обмежені. Операційні дослідження щодо покращення стійкості лікарень у цих умовах є своєчасними та необхідними. Щоб подолати цей розрив між «рутинною або повсякденною» стійкістю та стійкістю запроваджено індекс стійкості систем охорони здоров'я, заснований на п'яти притаманних можливостях стійкості системи Крука та ін. та можливостях готовності до надзвичайних ситуацій та реагування на них згідно з IHR. Крім того, синтез методів та індексів вимірювання стійкості до катастроф показав, що більшість досліджень, що вимірюють стійкість, зосереджені на певному регіоні, масштабі та типі катастрофи, без виведення моделей висновків або рівнянь для майбутнього використання або застосування на рівні закладу. Застосування, оцінка та документування стійкості лікарень в умовах обмежених ресурсів не лише необхідні, але й надзвичайно цінні, оскільки пропонують ключові ідеї та уроки щодо впровадження стійкості через їх хронічний вплив потрясінь та здатність продовжувати надавати основні та невідкладні медичні послуги. Більше того, необхідні подальші дослідження для вивчення зв'язків та компромісів між зміцненням та оцінкою стійкості лікарень у рутинних контекстах (наприклад, повсякденна стійкість лікарні, постійне вдосконалення щоденних потреб, реагування на хронічні стресори).

У нашому огляді аналізувалася саме «стійкість лікарень», тому пошукові терміни були зорієнтовані на виявлення публікацій, що безпосередньо апелюють до цієї концепції. Водночас, з огляду на широку та неоднорідну концептуалізацію стійкості, частину досліджень, у яких фактично оцінювалися окремі аспекти стійкості лікарень, але застосовувалася інша термінологія, могло бути не враховано. Отримані результати показують, що стійкість лікарень тісно пов'язана зі стійкістю як громади, так і систем охорони здоров'я; однак для цілей цього огляду стійкість лікарень розглядалася як окрема, хоча й паралельна, категорія щодо стійкості систем охорони здоров'я та громад. Водночас системи охорони здоров'я включають лікарні, а працівники лікарень є ключовими лідерами й активними членами своїх спільнот. Додатковим обмеженням є відсутність універсального визначення поняття «лікарня», що зумовлює розбіжності в його розумінні серед різних груп читачів та стейкхолдерів.

Подібно до стійкості систем охорони здоров'я, стійкість лікарень є недостатньо дослідженою та новою концепцією в літературі, з обмеженими доказами для втілення теоретичних висновків у практику. Ці нюанси в концептуалізації зрештою впливають на те, як стійкість лікарень застосовується та оцінюється. Це дослідження встановило базову лінію доступних концепцій та, відповідно, прогалин у літературі, що дозволяє досягти консенсусу між різними зацікавленими сторонами та виявляє можливості для подальших досліджень. Концептуалізація стійкості лікарень повинна охоплювати її динамічний та еволюціонуючий стан, її результати, можливості та компоненти, використовуючи підхід, що враховує всі небезпеки. Стійкість лікарень, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, повинна враховувати обмеження ресурсів, підходи, що враховують багато небезпек, технологічний прогрес, а також потрясіння систем охорони здоров'я, що розвиваються, та екологічні ризики. На основі цього огляду, який є частиною великого дослідження змішаних методів, розробляються докази та операційний посібник, що включає відповідні інструменти, для підтримки керівників лікарень у впровадженні та оцінці стійкості лікарень. Вони будуть апробовані в різних умовах, включаючи нестабільні та низькоресурсні умови.

Необхідні подальші якісні та кількісні дослідження для всебічної та прагматичної впровадження та оцінки стійкості лікарень, особливо в нестабільних та ресурсно-обмежених умовах.

На основі проведеного дослідження та аналізу літератури, можна зробити наступні висновки:

1. Висока вразливість організації значно знижує її здатність до забезпечення стійкого функціонування в умовах криз (H1). Результати аналізу підтверджують, що організації, які мають високу вразливість через недостатнє планування, обмежені ресурси або слабкі внутрішні структури, мають значно більші труднощі в управлінні кризовими ситуаціями. Це вимагає від лікарень та медичних установ активних заходів для зниження їх вразливості шляхом стратегічного планування, зміцнення інфраструктури та розвитку кадрового потенціалу.

2. Попередня підготовка та планування підвищують рівень організаційної стійкості до надзвичайних ситуацій (H2). Дослідження підтвердили, що організації, які мають чіткі стратегії та підготовлені плани дій на випадок надзвичайних ситуацій, показують значно вищий рівень стійкості. Це включає підготовку персоналу, створення резервних ресурсів та інтеграцію з державними і гуманітарними структурами для координації дій у кризових ситуаціях.

3. Ефективне управління внутрішніми та зовнішніми ресурсами підтримки є критично важливим чинником забезпечення стійкості організації (H3). Управління ресурсами, як матеріальними, так і людськими, є однією з основних складових організаційної стійкості. Лікарні, які здатні ефективно мобілізувати та координувати ресурси під час криз, краще справляються з навантаженням і швидше відновлюють свою діяльність. Зовнішня підтримка, включаючи державні та міжнародні організації, також є важливим фактором для забезпечення безперервності медичних послуг.

4. Оперативність реагування та здатність до адаптації в умовах катастрофічних подій безпосередньо впливають на рівень стійкості організаційних систем (H4). Результати дослідження вказують на те, що здатність організації

швидко реагувати на зміни та адаптуватися до нових умов є вирішальним чинником для її стійкості. Лікарні, які мають систему оперативного реагування та здатність до адаптації в умовах кризи, значно швидше відновлюють свою діяльність і здатні мінімізувати вплив катастрофічних подій на медичне обслуговування.

5. Якість та швидкість процесів відновлення після надзвичайних ситуацій є ключовими детермінантами довгострокової стійкості організації (H5). Відновлення після надзвичайних ситуацій є критичним етапом, і швидкість, з якою лікарня здатна повернутися до нормальної діяльності, має великий вплив на її довгострокову стійкість. Якість процесів відновлення, включаючи реабілітацію інфраструктури, поповнення ресурсів та підтримку персоналу, є важливими аспектами, які визначають здатність організації залишатися стійкою в майбутньому.

Загалом, дослідження підтвердило, що на організаційну стійкість лікарень впливають численні фактори, від підготовки та планування до ефективного управління ресурсами та здатності швидко адаптуватися. Розробка моделей, що враховують ці фактори, є ключовим етапом для створення стійких медичних установ, здатних ефективно функціонувати під час надзвичайних ситуацій і забезпечувати безперервність надання медичних послуг.

3.2 Аналіз факторів, що впливають на стійкість лікарень під час війни (результати експертного дослідження)

У системі охорони здоров'я лікарні – це складні заклади, які пропонують життєво важливі медичні послуги. Їхня стійкість відіграє вирішальну роль у пом'якшенні суспільних наслідків катастроф. Лікарня повинна мати здатність протистояти ризикам, зберігати свою фундаментальну структуру та діяльність, а також підвищувати свою готовність шляхом розширення різних можливостей та швидкого відновлення після наслідків потенційних ризиків. Це дозволяє лікарні досягти підвищеного рівня готовності. Тому метою експертного дослідження було дослідити фактори, що впливають на стійкість лікарень під час війни шляхом

опитування експертів у цій галузі. Виходячи з тематичного контексту, експерти визначили впливові аспекти стійкості, характерні для медичних закладів України. До складу експертного пулу входили особи з достатніми знаннями та досвідом у різних сферах, таких як лікарняні послуги, управління охороною здоров'я, розробка політики охорони здоров'я, охорона здоров'я під час катастроф, сестринська справа та суміжні галузі.

Ризик стихійних лих є функцією небезпек, впливу та вразливості. Небезпеки, які самі по собі не є катастрофічними, є факторами катастрофи, коли їм піддаються вразливі люди. Оскільки неможливо усунути небезпеки або небезпечні події, такі як землетруси та цунамі, важливо сприяти профілактичним заходам для зменшення впливу та вразливості громад з метою зменшення ризику стихійних лих. Більшість смертей, пов'язаних зі стихійними лихами, трапляються на догоспітальному етапі одразу після стихійного лиха або під час етапу відновлення після повернення постраждалих громад додому.

Лікарні – це мініатюрні системи охорони здоров'я, складні організації, що використовують інноваційні технології та інфраструктуру, що складаються з різноманітних громад та обслуговують їх [31]. Лікарні були основою реагування на COVID-19, адаптуючись до того, щоб продовжувати надавати критично важливі та необхідні послуги, боротися з пандемією та впоратися зі складними надзвичайними ситуаціями, особливо в нестабільних, конфліктних та ресурсно-обмежених умовах (FCRS) [31]. У цих умовах лікарні стикаються з посиленням тиском на системи охорони здоров'я, таким як політичні заворушення; насильство; фрагментація в управлінні, наданні послуг, політиці та прийнятті рішень; перебої та нестача критично важливих людських, матеріальних, медичних та фінансових ресурсів і ланцюгів постачання; пошкодження інфраструктури; перешкоджання наданню безпечних, безперервних, високоякісних послуг, орієнтованих на пацієнта [32]. У цих контекстах можна стверджувати, що лікарні демонструють «щоденну стійкість» до хронічних потрясінь та надзвичайних ситуацій у системах охорони здоров'я, з багатьма уроками, отриманими з реагування лікарень на COVID-19, особливо в FCRS [33]. Пандемія підтвердила, що лікарні стикаються з численними

небезпеками та реагують на них одночасно, адаптуючись до різних технологічних та соціальних змін, що підкреслює необхідність практичних та систематичних рекомендацій щодо зміцнення стійкості лікарень як у звичайні, так і в надзвичайні ситуації. Стійкість лікарень досліджувалася в різних дисциплінах з метою посилення безпеки та функціональності лікарень [34]. Екстраполяції з цих різних галузей можуть бути використані для визначення стійкості лікарень, включаючи, але не обмежуючись концептуалізаціями систем охорони здоров'я, організаційної, інженерної, фізіологічної, стихійних лих та стійкості громади. Тим не менш, для втілення цих складних та багатовимірних концепцій у практику на рівні закладу необхідні адаптація та синтез. Стійкість лікарень – це нова концепція в глобальній охороні здоров'я з обмеженими та різнорідними визначеннями; немає широкого консенсусу щодо комплексної концептуальної основи, яка б ще більше обмежувала її застосування та оцінку [35]. Щоб сформувати практичні рекомендації для керівників лікарень щодо впровадження та оцінки стійкості лікарень, необхідно розібратися в цих складнощах у визначеннях та досягти спільного розуміння та консенсусу щодо концепції «стійкості лікарні».

У 2025 році було проведено описово-аналітичне дослідження з використанням змішаного методу. Дослідження було структуровано у два окремі етапи. Комплексний огляд літератури – перший етап – описано в другому розділі. На підставі вивчення літератури висунуто робочу гіпотезу (Н₀), згідно з якою стійкість медичних закладів під час війни визначається сукупністю таких чинників: матеріально-технічним забезпеченням, стабільністю електропостачання, наявністю фінансових ресурсів, кадровим потенціалом, ефективністю управлінських процесів, рівнем психологічної підтримки персоналу та ефективністю реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Опитування експертів медичної сфери – другий етап. Наступним кроком було розроблено анкету (інструментарій), яку було надано групі з 5 експертів-професіоналів для оцінки формальної валідності дослідницького інструменту. До складу групи входили дві особи, що спеціалізуються на управлінні системами охорони здоров'я, експерти з розробки політики та охорони здоров'я (співробітники

Департаменту Охорони здоров'я Одеської обласної військової адміністрації), а також досвідчений лікар та клінічний співробітник. Після перегляду запланованих вимірів та компонентів вони перевірили фактичну валідність анкети. Згодом змістовну валідність кожного питання в анкеті було оцінено шляхом розрахунку індексу CVR. Результати показали, що всі питання в анкеті продемонстрували задовільну змістовну валідність, про що свідчать значення $CVR = 0,56$.

Розроблена анкета складалася з демографічної інформації, загальних відомостей про медичний заклад та питання про важливість концептуалізованих вимірів і компонентів. Початковий розділ анкети містив вісім запитань щодо віку, статі, території де розташований заклад, форми власті та типу організації, посади експерта в організації, стажу роботи. У другому розділі анкети було сформульовано 26 питань, які були розподілені за восьми різними блоками. Значимість факторів, що впливають на організаційну стійкість лікарень, аналізувалася за допомогою п'ятибальної шкали Лікерта. Вибіркова сукупність складалася з керівників медичних закладів, директорів або їхніх заступників, завідувачів відділень, головних лікарів, директорів з медсестринства, а також головних і старших медичних сестер (див. рис.3).

Дослідження було зумовлене ключовим дослідницьким питанням: як війна в Україні впливає на організаційну стійкість медичних закладів, їхню спроможність надавати безперервну медичну допомогу та реагувати на надзвичайні ситуації?

Виходячи з гіпотези про те, що воєнні ризики, обмеження ресурсів, зміни в інфраструктурі та психоемоційний стан персоналу значно впливають на функціонування медичних установ, ми дослідили як організаційний досвід, так і погляди керівників медичних закладів щодо:

1. Ефективності державної політики в сфері ОЗ під час війни.
2. Рівня стійкості за ключовими індикаторами (матеріально-технічна стійкість, енергетична стійкість, фінансова стійкість)
3. Стану кадрового забезпечення;
4. Рівня психоемоційного вигорання серед медичних працівників та чинників, які на нього впливають;

5. Управлінської взаємодії між закладами охорони здоров'я, органами влади та міжнародними партнерами.

Дані були зібрані за допомогою онлайн-опитування на платформі survey.lemur.ua². Посилання на опитування через соціальні мережі та адресно було надіслано експертам із різних областей України (всього 435). Зазначимо, що вибірка не є репрезентативною для всієї системи охорони здоров'я України, а отримані результати відображають досвід і думки саме тих експертів, які були залучені до опитування. Проте, з огляду на широку географію та різноманітність типів медичних закладів, включених у дослідження, отримані дані можуть слугувати цінним джерелом інформації для аналізу актуального стану, викликів та тенденцій, з якими стикаються заклади системи охорони здоров'я України. Польовий етап дослідження проводився у період з 1 травня по 1 липня 2025 року. В аналіз були включені лише повністю заповнені анкети (150, конверсія 35%), а неповні анкети були виключені. Описову статистику було обчислено за допомогою програмного забезпечення SPSS 25.

Учасники. Середній вік учасників становив 42 роки. Найбільша кількість учасників була у віковій групі від 31 до 40 років, а найменша кількість учасників була старше 60 років (рис.1). Крім того, 22% були чоловіками та 78% – жінками (рис.2). Третина учасників займають посаду директора або заступника директора (33%). Найменше представлені головні лікарі (2%). Більшість учасників представляють медичні заклади Одеської (68%) та Київської області (17%). Що стосується досвіду роботи учасників, то найбільша кількість мала понад двадцяти років досвіду (42%), а найменша кількість (28%) – 10-20 років (рис.4). 96% медичних закладів розташовані на території, яка ніколи не була окупованою.

² Посилання на анкету «Опитування керівників ЗОЗ»:

<https://survey.lemur.ua/an/aWIRVWNpc1YrcnVDNkthODM0WVlyZz09?mode=demo>

Дослідження проведено в рамках проекту «Стійкість до безпекових викликів: Україна та європейський контекст» (№ 101175025 - Euresissecur - ERASMUS-JMO-2024-HEI-TCH-RSCH) напряму «Жан Моне» програми Еразмус+»

Рис.3.2.1 Вік респондентів

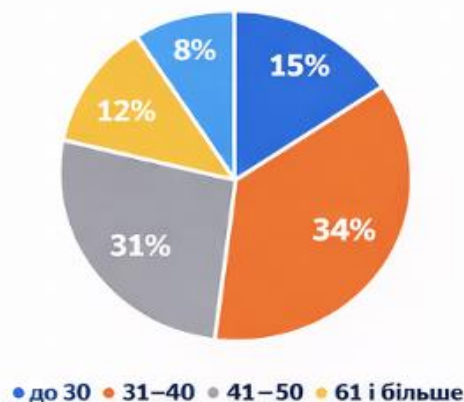


Рис.3.2.2. Стать респондентів

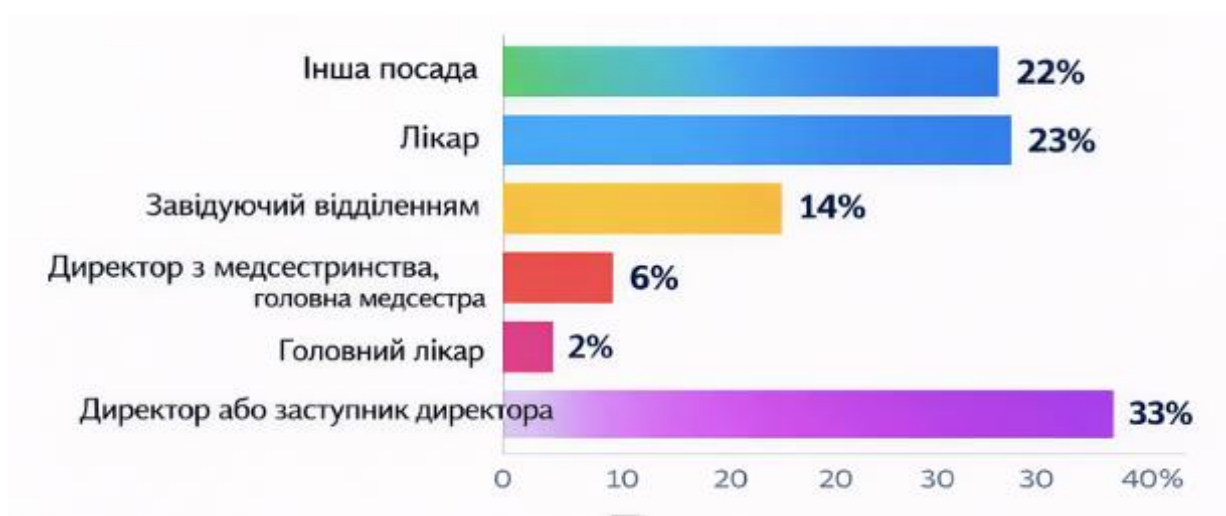
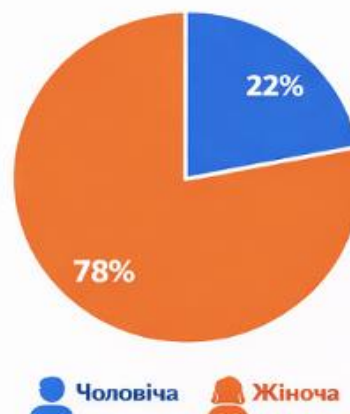


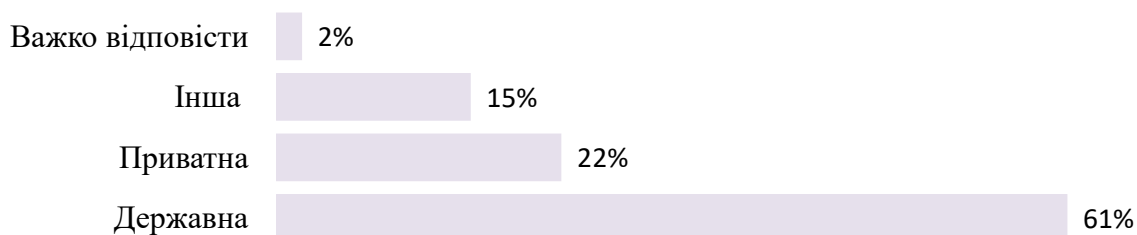
Рис.3.2.3 Розподіл респондентів по посадам



Рис.3.2.4 Стаж роботи респондентів

За формою власності більшість медичних закладів, представлених у дослідженні, мають державну форму власності (61%), тоді як 22% закладів є приватними і 15% експертів вказали «іншу» форму власності, а саме: комунальну (рис.3.2.5).

Рис. 3.2.5 Форма власності медичних закладів



Результати дослідження, наведені в таблиці 3.2.1, свідчать про неоднозначне сприйняття експертами ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Загалом 42% експертів оцінюють її позитивно («дуже ефективна» - 3%, «скоріше ефективна» - 39%), тоді як 38% висловили негативні оцінки («скоріше неефективна» - 33%, «повністю неефективна» - 5%). Водночас 20% вагалися з відповіддю, що вказує на існування значної частки невизначеності або недостатньої обізнаності серед опитаних інформантів.

Щодо ефективності конкретних заходів, спрямованих на підтримку медичних закладів під час війни, лише 7% респондентів оцінили їх як «дуже ефективні», ще 35% - як «скоріше ефективні», що загалом складає 42% позитивних оцінок. Натомість 39% вважають такі заходи неефективними («скоріше неефективні» - 31%, «повністю неефективні» - 8%), а 20% респондентів також не змогли визначитися з відповіддю.

За результатами опитування експертів розраховано два інтегральних індекса, які відображають сприйняття експертами ефективності публічного управління системою охорони здоров'я (I1) та окремих заходів, запроваджених під час війни для підтримки медичних закладів (I2). Індекси розраховані за п'ятибальною шкалою, де 1 бал відповідає найгіршій оцінці, а 5 балів – найвищій. Індекс 1, який відображає загальну оцінку ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я в правових умовах воєнного стану, становить у середньому 3,03 бала. Це свідчить про помірний рівень задоволеності експертів державними заходами у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 3.2.1 - Оцінка ефективності публічного управління системою охорони здоров'я (За результатами опитування керівників медичних закладів, N=150)

Варіанти відповідей	Загалом, %	Державні, %	Приватні, %	Комуналь ні, %	Одеська %	Київська %
Як ви оцінюєте ефективність публічного управління системою охорони здоров'я в правових умовах воєнного стану?						
Дуже ефективна	3	4	4	0	5	0
Скоріше ефективна	39	39	26	59	48	22
Скоріше неефективна	33	31	44	18	25	52
Повністю неефективна	5	6	7	0	1	11
Важко відповісти	20	20	19	23	21	15
Індекс 1	3,03	3,05	2,70	3,53	3,91	2,57
Наскільки ефективними, на вашу думку, були заходи, впроваджені у сфері охорони здоров'я під час війни, для підтримки вашого медичного закладу?						
	7					
Дуже ефективні	7	10	4	0	8	9
Скоріше ефективні	35	37	22	47	41	17
Скоріше неефективні	31	29	33	29	26	31
Повністю неефективні	8	4	22	0	6	15
Важко відповісти	20	20	18	24	19	28
Індекс 2	3,02	3,25	2,42	3,24	3,23	2,64

Найвищий показник за Індексом 1 зафіксовано серед респондентів комунальних закладів (3,53), а також в Одеській області (3,91), що вказує на більш позитивне сприйняття державної політики у цих сегментах. Натомість найнижчий рівень індексу спостерігається серед приватних закладів (2,70) та в Київській області (2,57), що свідчить про значно критичніше ставлення експертів до ефективності державної політики у цих групах. Державний сектор оцінює ефективність дещо вище за середнє (3,05), що свідчить про відносно стабільну довіру до державних заходів серед установ, які безпосередньо підпорядковуються державним органам. Індекс 2, що відображає оцінку ефективності конкретних

заходів, впроваджених у сфері охорони здоров'я під час війни для підтримки медичних закладів, має загальне значення 3,02 бала, що є дуже близьким до значення Індексу 1 і свідчить про аналогічний рівень помірної задоволеності. Найвищі оцінки також зафіксовано серед респондентів державних закладів (3,25) та в Одеській області (3,23), тоді як приватні заклади знову продемонстрували найнижчий індекс (2,42), що підкреслює послідовну скептичність приватного сектору щодо реалізованих заходів. Комунальні заклади оцінили ефективність заходів достатньо високо (3,24), що узгоджується з їхньою вищою оцінкою загальної державної політики. Київська область демонструє нижчий рівень задоволеності за Індексом 2 (2,64), підтверджуючи тенденцію, зафіксовану і для Індексу 1.

Таким чином, аналіз обох індексів дозволяє зробити наступні висновки: 1) спостерігається помірний рівень задоволеності експертів діями держави у сфері охорони здоров'я під час війни як загалом, так і щодо конкретних заходів; 2) найбільш критичними є оцінки приватного сектору та експертів з Київської області, де індекси не перевищують 2,7 бала. Комунальний сектор та Одеська область демонструють найбільш позитивне сприйняття, з індексами близькими або вищими за 3,5 бала (для комунального сектору) та майже 4 бали (для Одеської області у Індексі 1). В цілому, відмінності між двома індексами невеликі, що вказує на узгодженість експертних оцінок як стосовно загальної державної політики, так і ефективності конкретних заходів, однак водночас засвідчує наявність значних регіональних і секторальних розбіжностей у сприйнятті ефективності дій держави в умовах воєнного стану.

Таким чином, попри деяку перевагу позитивних оцінок, значна частина експертів критично налаштовані щодо ефективності як державної політики загалом, так і конкретних заходів у сфері охорони здоров'я в умовах війни. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення комунікації та підвищення прозорості дій держави у цій сфері. Звернемо увагу на те, що результати дослідження підкреслюють необхідність адресного підходу до реалізації державної

політики та заходів підтримки у сфері охорони здоров'я, враховуючи специфічні виклики окремих регіонів та секторів системи охорони здоров'я.

Результати опитування показують, що під час війни найбільш корисним інструментом підтримки для медичних закладів експерти назвали додаткове фінансування чи субвенції (18%). Також значущими були забезпечення обладнанням і засобами індивідуального захисту та психологічна підтримка персоналу (по 11%). Методичні рекомендації МОЗ відзначили 9 % експертів як корисний інструмент. Менше експертів назвали важливими перерозподіл персоналу чи мобілізацію кадрів (3%) та централізоване управління логістикою (менше 1%). Водночас кожний п'ятий опитаний експерт вважають, що жоден із запропонованих в анкеті інструментів не був корисним для їхнього закладу, а 23% вагалися з відповіддю, що свідчить про певну невизначеність або відсутність помітної користі від наданих заходів підтримки. Данні опитування демонструють як потребу медичних закладів у фінансовій та матеріальній підтримці, так і значний рівень скепсису чи невизначеності серед керівників закладів щодо ефективності запропонованих державою заходів під час війни.

Аналіз показників стійкості медичних закладів. Результати дослідження демонструють відносно задовільний, але не стабільний стан стійкості медичних закладів України в умовах війни. Більшість експертів заявляють про наявність базового забезпечення обладнанням: 33% повністю забезпечені, а 50% скоріше забезпечені, ніж ні. Однак близько 12% респондентів визнають недостатність оснащення, що є серйозним ризиком для стійкості системи (див. табл.3.2.2, S1). Найчастіше вказують нестачу діагностичного (42%) та лабораторного обладнання (26%), а також реабілітаційного та анестезіологічного обладнання (по 16 %), що свідчить про обмежену спроможність надавати спеціалізовану допомогу. Водночас 32% вагалися з відповіддю, що може свідчити про нестачу інформації на рівні керівництва закладів або про нечітке бачення потреб. Щодо енергетичної стабільності, постійні перебої з електропостачанням фіксують лише 5 % інформантів, тоді як майже 73% відзначають, що перебої трапляються іноді або дуже рідко. Це свідчить про певну адаптацію системи, але не відсутність проблем.

Водночас 47% опитаних експертів зазначають, що перебої електроенергії суттєво чи частково перешкоджають наданню медичних послуг, що підкреслює вразливість медичної інфраструктури перед техногенними чи воєнними ризиками (табл.3.2.2).

Фінансова стійкість медичних закладів залишається під великим тиском. Лише 13 % вважають фінансування достатнім, а 34% – скоріше достатнім (табл.2, S5). Водночас понад 41% респондентів наголошують на дефіциті фінансових ресурсів, причому 14% стверджують про його критичну нестачу. Основні статті, на які найбільше бракує коштів, це заробітні плати медичного персоналу (63%), медичне обладнання та оснащення (53%), а також ремонт будівель і приміщень (49%). Помітною є і потреба у фінансуванні навчання та стажування персоналу (36%) та закупівлі медикаментів (37%). Це вказує на серйозний ризик виснаження людського ресурсу та поступову деградацію матеріально-технічної бази закладів. З метою комплексної оцінки стійкості медичних закладів в умовах війни проведено розрахунок індексів стійкості за ключовими індикаторами дослідження.

Індекси визначено шляхом перетворення відповідей респондентів у бальну шкалу (від 1 до 5 балів, де 1 - найгірша ситуація, а 5 - найкраща) та обрахунку середньозваженого балу для кожного показника. При розрахунках відповіді «важко відповісти» були виключені, оскільки вони не відображають реальної ситуації в закладах. Забезпечення медичним обладнанням (S1). Індекс стійкості за цим показником становить 4,07 бали, що свідчить про відносно високий рівень матеріально-технічного забезпечення медичних закладів.

Вплив перебоїв електропостачання на роботу закладу (S4). Індекс стійкості за цим індикатором становить 3,17 бали, що вказує на середній рівень впливу перебоїв електропостачання на функціонування медичних установ.

Фінансова стійкість медичних закладів (S5). Найнижчий індекс стійкості серед розрахованих показників має індикатор фінансової забезпеченості, який склав 3,05 бали, що свідчить про нижчий за середній рівень фінансової стійкості медичних закладів.

Таблиця 3.2.2 - Оцінка стійкості медичних закладів України за основними індикаторами (за результатами опитування керівників медичних закладів, N=150)

Показники	Варіант відповіді	%
S1. Забезпечення медичним обладнанням	Повністю забезпечений	33
	Скоріше забезпечений	50
	Скоріше не забезпечений	11
	Повністю не забезпечений	2
	Важко відповісти	4
Індекс S1		4,07
S4. Чи перешкоджають перебої з електроенергією ефективному наданню медичних послуг у Вашому закладі?	Повністю перешкоджають	8
	Скоріше перешкоджають	39
	Скоріше не перешкоджають	28
	Взагалі не перешкоджають	22
	Важко відповісти	3
Індекс S4		3,17
S5. Чи вистачає вашому медичному закладу фінансування для забезпечення належного рівня медичних послуг?	Вистачає	13
	Скоріше вистачає, ніж не вистачає	34
	Скоріше не вистачає, ніж вистачає	26
	Не вистачає	15
	Важко відповісти	11
Індекс S5		3,05
K1. Чи вистачає у медичному закладі лікарів та іншого медичного персоналу для належного забезпечення потреб пацієнтів?	Так, повністю вистачає	26
	Скоріше вистачає, ніж не вистачає	37
	Скоріше не вистачає, ніж вистачає	28
	Не вистачає зовсім	7
	Важко відповісти	2
Індекс K1		3,48
M1. Як би ви оцінили рівень психологічного виснаження (професійного вигорання) медичних працівників вашого закладу?	1 - повна відсутність ознак вигорання	8
	2	17
	3	41
	4	26
	5 - критичний рівень вигорання серед персоналу	8
Індекс M1		2,91
U2. Чи задоволені ви рівнем підтримки, яку ваш медичний заклад отримує від Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та Національної служби здоров'я України (НСЗУ)?	Повністю задоволений(-а)	5
	Скоріше задоволений(-а), ніж ні	29
	Скоріше не задоволений(-а), ніж задоволений(-а)	29
	Повністю не задоволений(-а)	21
	Важко відповісти	16
Індекс U2		2,62

За результатами опитування щодо *кадрового забезпечення медичних закладів (K1)*, індекс стійкості склав 3,48 бала із 5 можливих, що свідчить про середній

рівень забезпеченості кадрами (табл.2). Повністю забезпеченими лікарями та іншим медичним персоналом вважають свої заклади лише 26% респондентів, ще 37% оцінили стан як «скоріше вистачає, ніж не вистачає». Водночас 28% повідомили про нестачу персоналу, а 7% вважають, що кадрів зовсім не вистачає. Це вказує на наявність певних кадрових проблем, які можуть створювати ризики для стабільної роботи медичних закладів, особливо в умовах війни та зростання навантаження на систему охорони здоров'я. За результатами опитування щодо найбільш дефіцитних спеціальностей у медичних закладах (К2), найчастіше респонденти вказували на нестачу сімейних лікарів (34%) та реабілітологів (29%). Це свідчить про високий попит на фахівців первинної ланки медицини та відновного лікування, особливо актуального в умовах війни та значної кількості пацієнтів із травмами чи посттравматичними станами. Також значний дефіцит спостерігається серед спеціалістів з ультразвукової діагностики, невропатологів та кардіологів (19%), що вказує на потребу в забезпеченні лікарень діагностичними та вузькопрофільними кадрами для належної медичної допомоги. Дещо менше, але все ж помітною є нестача анестезіологів та хірургів різних спеціалізацій (12%), а також психологів (10%), психотерапевтів і психіатрів (7%), що свідчить про виклики як у сфері хірургічної допомоги, так і психічного здоров'я.

У межах проведеного соціологічного дослідження респондентам було запропоновано оцінити рівень психологічного виснаження (професійного вигорання) медичних працівників їхнього закладу за шкалою від 0 до 5, де 0 відповідає повній відсутності ознак вигорання, а 5 - критичному рівню вигорання серед персоналу. Отримані дані свідчать, що індекс психологічної стійкості становить 2,91 бала, що вказує на помірний рівень психологічного виснаження серед медичного персоналу (табл.2., М1). Найбільша частка респондентів (41%) оцінила рівень виснаження на середньому рівні (3 бали за первинною шкалою), тоді як 26% визначили його як дещо нижчий за середній (2 бали). Водночас, 25% опитаних засвідчили високий чи критичний рівень вигорання (4 або 5 балів), що свідчить про значний рівень емоційного навантаження і потенційну небезпеку для якості професійної діяльності. Варто зазначити, що лише 8% респондентів

повідомили про відсутність ознак вигорання чи дуже низький його рівень (0 або 1 бал). Наявність значної частки відповідей у середньому та високому діапазоні шкали свідчить про високу вразливість медичних працівників до професійного стресу, особливо в умовах війни, що супроводжується інтенсивними психоемоційними та фізичними навантаженнями. Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність впровадження комплексних програм профілактики та подолання професійного вигорання, спрямованих на підтримку ментального здоров'я медичного персоналу та збереження його професійного потенціалу в умовах воєнних викликів та кризових ситуацій.



Рисунок 3.2.6. Радарна діаграма інтегральної оцінки компонентів організаційної стійкості лікарень в умовах надзвичайних ситуацій.

Побудована радарна діаграма свідчить про нерівномірний профіль організаційної стійкості лікарень в умовах надзвичайних ситуацій. Найвищу оцінку має матеріально-технічна стійкість (4,07), що вказує на відносно достатній рівень оснащення, наявність базових ресурсів та інфраструктурну готовність до реагування на кризові події. Разом із тим інші компоненти демонструють нижчі

значення, що формує асиметричну модель стійкості, у якій переважають «тверді» елементи над «м'якими».

Забезпеченість кадрами оцінена на рівні 3,48, що свідчить про функціональну, але обмежену кадрову спроможність у разі тривалого або інтенсивного навантаження. Енергетична (3,17) та фінансова стійкість (3,05) перебувають у зоні середніх значень, що означає наявність базових механізмів підтримки діяльності, однак відсутність достатнього запасу міцності для адаптації до затяжних криз, зокрема пов'язаних з перебоями енергопостачання або фінансовими обмеженнями.

Найнижчі показники зафіксовані для психологічної стійкості персоналу (2,91) та індексу задоволеності підтримкою з боку МОЗ і НСЗУ (2,62). Це вказує на підвищену вразливість нематеріальних складових системи охорони здоров'я, зокрема стану персоналу та якості зовнішньої інституційної підтримки. Така конфігурація результатів дозволяє зробити висновок, що наявність матеріальних ресурсів і інфраструктури сама по собі не гарантує високого рівня організаційної стійкості без належного підкріплення психологічних, управлінських та інституційних механізмів.

Таблиця 3.2.2. - Інтегральні індекси стійкості медичних закладів в умовах воєнного стану (зведені дані)

	Загалом	Державні	Приватні	Комунальні	Одеська	Київська
Матеріально-технічна стійкість (S1)	4,07	3,98	4,42	4,00	4,12	4,09
Енергетична стійкість (S4)	3,17	3,20	3,18	3,19	3,13	2,55
Фінансова стійкість (S5)	3,05	2,90	3,29	3,32	3,26	2,48
Забезпеченість кадрами (K1)	3,48	3,24	4,12	3,30	3,52	3,01
Психологічна стійкість (M1)	2,91	3,11	3,20	2,43	2,90	3,55
Індекс задоволеності підтримкою від МОЗ та НСЗУ	2,62	2,65	2,09	3,26	2,94	1,76

У цілому отримані дані підтверджують, що підвищення стійкості лікарень в умовах надзвичайних ситуацій потребує системного підходу, спрямованого не лише на зміцнення матеріально-технічної бази, але й на розвиток людського капіталу, посилення психологічної підтримки персоналу та вдосконалення взаємодії з центральними органами управління у сфері охорони здоров'я.

Індекс задоволеності підтримкою від МОЗ та НСЗУ серед експертів становить 2,62 із 5 можливих, що сигналізує про переважно помірний або навіть критичний рівень оцінки. Лише 35 % опитаних (сума повністю задоволених і скоріше задоволених) оцінили підтримку позитивно, тоді як 51 % висловили незадоволення різного ступеня (табл.3.2.2, U2). Це свідчить про існування серйозних проблем в організації та сприйнятті взаємодії з державними інституціями в умовах війни.

У таблиці 3.2.2. представлено інтегральні індекси, що відображають різні аспекти стійкості та задоволеності функціонування медичних закладів в умовах воєнного стану за оцінками. Матеріально-технічна стійкість (S1) характеризує рівень забезпеченості медичних установ необхідним обладнанням і в цілому становить 4,07 бала, при цьому найвищі значення спостерігаються у приватних закладах (4,42), що свідчить про кращий рівень оснащення порівняно з іншими формами власності. Енергетична стійкість (S4), що демонструє вплив перебоїв електропостачання на роботу медичних закладів, загалом оцінена на рівні 3,17 бала, при цьому найнижчий індекс відзначено у Київській області (2,55), що свідчить про більшу вразливість цього регіону до енергетичних ризиків. Фінансова стійкість (S5) становить у середньому 3,05 бала та свідчить про недостатню забезпеченість медичних закладів фінансовими ресурсами, причому найвищий показник зафіксовано у комунальних закладах (3,32), тоді як найнижчий - у Київській області (2,48). Індекс забезпеченості кадрами (K1), що оцінює достатність лікарів та іншого медичного персоналу, становить загалом 3,48 бала, з найвищими значеннями в приватних закладах (4,12), що свідчить про кращу кадрову ситуацію порівняно з державними та комунальними установами, натомість найнижчий рівень забезпеченості кадрами спостерігається у Київській області

(3,01). Психологічна стійкість (M1), яка відображає рівень професійного вигорання серед медичних працівників, у середньому дорівнює 2,91 бала, при цьому найвищий показник відзначено у Київській області (3,55), що вказує на відносно кращий психологічний стан медиків, тоді як найнижчий індекс спостерігається у комунальних закладах (2,43), що може свідчити про більший рівень психологічного виснаження. Індекс задоволеності підтримкою від МОЗ та НСЗУ (U2) в середньому становить 2,62 бала, при цьому найвищий показник зафіксовано у комунальних закладах (3,26), а найнижчий - у Київській області (1,76), що вказує на значний рівень невдоволення отриманою державною підтримкою в окремих регіонах. Загалом результати свідчать про наявність суттєвих відмінностей у рівнях стійкості та задоволеності функціонування медичних закладів залежно від форми власності та регіональних особливостей, що потребує врахування під час розроблення стратегій стабілізації та розвитку медичної сфери в умовах воєнних викликів.

Таким чином, медичні заклади України демонструють відносну стійкість в умовах війни, проте залишаються вразливими через недостатнє фінансування, нестачу ключового обладнання, ризики енергопостачання та кадрові проблеми. Ці результати підкреслюють необхідність цільової підтримки як у матеріально-технічному забезпеченні, так і в зміцненні людського потенціалу та інфраструктурної стабільності медичної системи.

Проведене дослідження засвідчує, що підвищення стійкості медичних закладів України в умовах війни та надзвичайних ситуацій є ключовим чинником забезпечення національної безпеки та стабільного функціонування системи громадського здоров'я. Аналіз отриманих результатів показав, що найвищі індекси спостерігаються в частині матеріально-технічної стійкості, тоді як показники енергетичної, фінансової та кадрової стійкості залишаються на середньому або недостатньому рівні, що особливо помітно в окремих регіонах країни. До основних факторів, що визначають рівень стійкості медичних установ, належать забезпеченість сучасним медичним обладнанням, енергетична незалежність, фінансова стабільність, кадрова спроможність, а також наявність систем психологічної підтримки медичного персоналу. З метою зміцнення стійкості

медичних закладів обґрунтовано необхідність розробки інтегрованої державної політики, орієнтованої на цифровізацію управлінських процесів, підвищення кваліфікації медичних кадрів, впровадження інноваційних технологій, удосконалення механізмів фінансування та правового регулювання галузі. Запропоновані індекси стійкості можуть слугувати практичним інструментом для моніторингу вразливостей медичних установ, планування ресурсів та прийняття обґрунтованих управлінських рішень в умовах кризових ситуацій. Перспективи подальших наукових розвідок полягають у формуванні комплексних моделей управління стійкістю медичних закладів, дослідженні ефективності впровадження цифрових рішень, а також в адаптації кращих міжнародних практик до національних умов функціонування сфери охорони здоров'я в умовах воєнних загроз і надзвичайних ситуацій.

3.3. Ефективність реагування держави на виклики, що стоять перед системою охорони здоров'я України та удосконалення механізму надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій

Першим кроком у впровадженні методів управління рівнем життєдіяльності та стійкості лікарень є оцінка ризиків [36]. Оцінка ризиків включає визначення небезпек, впливів, вразливостей (на рівні закладу та громади), а також оцінку потужності та аналіз впливу. Аналіз ризиків є критично важливим інструментом і першим кроком до усвідомлення, яке було описано як ключовий атрибут і компетенція стійкості.

Готовність як ключовий етап управління ризиками у закладах охорони здоров'я. У науковій літературі готовність лікарень визначається як один із найважливіших етапів у циклі управління ризиками стихійних лих та надзвичайних ситуацій [37]. Вже опубліковано низку систематичних оглядів, які пропонують комплексні рекомендації щодо підготовки лікарень до біологічних загроз, хімічних інцидентів, масових смертей і катастроф, а також спалахів інфекційних захворювань, зокрема COVID-19 [38]. Аббасабаді Араб та співавт. визначають

готовність як поєднання знань і спроможностей, необхідних для спільного та ефективного передбачення, реагування і зменшення наслідків імовірних ризиків [39]. Це включає впровадження систем раннього попередження, створення резервних потужностей, формування стратегій реагування, а також проведення навчань та тренувань зі сценаріями стихійних лих. За даними іншого дослідження, ефективна готовність вимагає наявності прикладних знань про ресурси, інфраструктуру та логістику, необхідні для подолання надзвичайних ситуацій, що врешті-решт зміцнює стійкість медичних закладів [40].

Попри домінування позиції, що готовність є фундаментом стійкості, окремі науковці ставлять під сумнів такий підхід. Зокрема, одне з досліджень зазначає: «Лікарні можуть бути стійкими, навіть якщо не готові, та навпаки - готовими, але не стійкими» [41]. Досвід країн Східного Середземномор'я (EMR) демонструє, що заклади охорони здоров'я змогли досягти певної стійкості у боротьбі з COVID-19, попри початкову відсутність готовності. Завдяки постфактум-оцінці та аналізу відповідей на перші хвилі пандемії, лікарні змогли краще підготуватися до наступних хвиль та розробити стратегії відновлення [42].

Сучасна література, що аналізує досвід реагування лікарень на пандемію COVID-19, демонструє широке застосування адаптивних підходів, зокрема: впровадження гнучкого графіку роботи з метою покращення добробуту персоналу, організація регулярних тренінгів та комунікацій з колективом, розширення використання телемедицини та цифрових сервісів охорони здоров'я, перепрофілювання лікарняних приміщень для розширення ліжкового фонду, запровадження стратифікованих за ризиками підходів до розподілу засобів індивідуального захисту, а також контроль за дотриманням протоколів безпеки [43].

Стійкість лікарень формується не лише під час реагування, а й розвивається на етапі відновлення. Водночас наукова література містить обмежену кількість задокументованих свідчень щодо конкретних дій, процесів та механізмів, необхідних для впровадження принципів стійкості саме на цьому етапі.

Відновлення включає не лише реконструкцію інфраструктури, а й відновлення засобів до існування та покращення умов життя постраждалих громад [44].

Успішне відновлення вимагає проактивного, багаторівневого та інклюзивного планування, яке включає оцінку збитків, аналіз потреб і наявних потужностей, визначення втрат, а також системний моніторинг і оцінку реалізації втручань. Ключовими чинниками, що сприяють стійкості лікарень у процесі відновлення, є міжінституційна координація, партнерство, постійне навчання, командна робота, організаційне навчання та інтеграція новітніх технологій.

Оцінювання стійкості лікарень повинно здійснюватися на основі концептуальної моделі Донабеда, яка передбачає три ключові категорії: структура (компоненти), процес (можливості) та результат [45]. Проте більшість досліджень у цій сфері не охоплюють одночасно всі три категорії, і в багатьох випадках наявні індикатори частково перетинаються між цими категоріями.

Найбільш поширеною категорією у цій сфері є адаптивна здатність лікарень, що включає такі атрибути, як гнучкість, спритність, мінливість продуктивності, імпровізація, дублювання та децентралізоване прийняття рішень. Жорстка (або конструктивна) стійкість є основною категорією для абсорбційної здатності лікарні, особливо в умовах стихійних лих. До показників належать сейсмічна безпека, архітектура будівлі, планування, зонування, стан інженерних систем та наявність резервних комунікацій.

Інструменти, які застосовуються на цьому рівні, включають HSI Hospital Safety Index), профілі міської стійкості, планувальні оцінки та моделі втрати функціональності [46]. Оцінювання стійкості лікарень передбачає використання різноманітних інструментів, здатних вимірювати як результати, так і процеси та компоненти системи. Одним із ключових індикаторів стійкості є швидкість реагування та відновлення, яка відображає здатність лікарень до абсорбції, адаптації, трансформації та навчання [46].

Повномасштабне вторгнення РФ в Україну створило безпрецедентне навантаження на систему охорони здоров'я. Поряд зі значними руйнуваннями інфраструктури, держава стикнулася з різким зростанням потреб населення у

медичній допомозі, насамперед у лікуванні поранень, травм та захворювань, безпосередньо пов'язаних із бойовими діями.

Війна виявила численні слабкі місця у спроможності держави ефективно реагувати на надзвичайні ситуації. Найбільший удар зазнала матеріально-технічна база системи: станом на початок липня 2022 року було повністю зруйновано 118 медичних об'єктів і ще 633 об'єкти пошкоджено частково (від 2% до 90%). Загальна вартість збитків оцінюється майже у 35 млрд грн. Значний рівень руйнувань зафіксовано у Великописарівській (10–80% пошкоджень), Краснопільській (40%), Новгород-Сіверській (79%) та Тростянецькій (40%) [47].

Окрім фізичних руйнувань, система охорони здоров'я зазнала кадрових втрат. За різними оцінками, від 8 до 10 млн українців стали внутрішніми переселенцями. Із країни виїхали 2 273 медичних працівники, що становить близько 0,5% усієї медичної спільноти. Ще 1 714 лікарів та 1 095 медичних сестер змінили місце роботи всередині країни через бойові дії, а 2 372 працівники центрів екстреної медичної допомоги залишились на тимчасово окупованих територіях. Це зумовило дефіцит кадрів на деокупованих територіях, де держава змушена залучати медиків вахтовим методом із великих міст.

Особливо гострою проблемою є нестача спроможностей для надання послуг реабілітації та психічного здоров'я. У багатьох громадах відсутні відповідні відділення чи центри, зокрема в Апостолівській, Білопільській, Великописарівській, Волицькій, Городницькій, Дрогобицькій, Дубовиківській, Золочівській, Коростенській та інших. Відсутність належних сервісів створює ризики для здоров'я ветеранів, ВПО та цивільного населення, що постраждало від бойових дій.

Ефективне реагування держави на виклики у сфері охорони здоров'я передбачає не лише ліквідацію наслідків руйнувань, а й трансформацію системи відповідно до нових реалій. Як зазначає експертка з охорони здоров'я Ірина Чибісова, відновлення медичної системи має бути орієнтованим на здатність не лише забезпечувати якісну і своєчасну допомогу, а й швидко реагувати на надзвичайні ситуації різного характеру.

Одним з важливих напрямів удосконалення механізмів надання медичних послуг стало впорядкування маршруту пацієнта. До початку реформ пацієнти часто зверталися безпосередньо до вузьких спеціалістів чи госпіталізувалися без потреби, оминаючи первинну ланку. Це створювало надмірне навантаження на стаціонар і стримувало розвиток первинної допомоги. Нині система передбачає, що первинним контактом пацієнта є лікар первинної ланки чи служба екстреної медичної допомоги, що оптимізує ресурси та дозволяє швидше реагувати на кризові ситуації.

Важливою складовою посилення спроможностей є цифровізація системи охорони здоров'я. Запровадження електронної системи Helsi.me дало можливість пацієнтам записуватися онлайн, отримувати електронні направлення та контролювати наявність безоплатних ліків у лікарнях. Це підвищує ефективність роботи лікарів, скорочує черги та сприяє швидкому реагуванню у кризових ситуаціях. Однак низка громад (зокрема Тростянецька, Апостольська, Великописарівська) досі не мають доступу до електронних систем або користуються ними з перебоями. Відсутність електронного документообігу блокує можливість виконання положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оскільки неможливим стають електронні направлення, рецепти, реімбурсація ліків, а також взаємодія між різними рівнями медичної допомоги.

Пандемія COVID-19 додатково висвітлила вразливість системи громадського здоров'я. Багато в чому бракувало чітких планів і процедур реагування на національному, регіональному та місцевому рівнях. Створення Центру громадського здоров'я при МОЗ стало кроком уперед, проте війна показала, що поточних ресурсів і організаційних рішень недостатньо. Державні програми, включно з Програмою медичних гарантій, поки що не враховують у повній мірі пріоритетних послуг, які набули критичної значущості в умовах війни та для післявоєнного відновлення - лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я.

Експерти наголошують, що відновлення системи охорони здоров'я потребує цілісного підходу. Виокремлюють дев'ять ключових кроків для підвищення ефективності реагування держави та удосконалення механізмів надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій [47]:

1. Зміцнення державних політик і спроможностей інституцій національної системи охорони здоров'я для керування процесом відновлення.
2. Забезпечення фінансової стійкості системи: залучення донорського ресурсу, збільшення бюджетного фінансування, розвиток добровільного медичного страхування та консолідація фінансових потоків під управлінням НСЗУ.
3. Реконструкція та технічне оновлення мережі закладів охорони здоров'я.
4. Розвиток і підсилення сервісів для груп із підвищеними потребами (ветерани, ВПО тощо).
5. Посилення людського капіталу: підготовка, утримання та мотивація медичних кадрів.
6. Розбудова громадського здоров'я та підвищення готовності системи до надзвичайних ситуацій.
7. Масштабування eHealth і посилення захисту даних та кіберстійкості.
8. Удосконалення системи управління якістю та безпекою медичної допомоги.
9. Відновлення фармацевтичної галузі й покращення доступності лікарських засобів.

Таким чином, ефективність реагування держави в умовах надзвичайних ситуацій залежить не лише від відновлення зруйнованої інфраструктури, а насамперед від системних змін у підходах до управління, фінансування, організації надання медичної допомоги та запровадження сучасних технологічних рішень.

Ефективність реагування держави на виклики, що постають перед системою охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та інших надзвичайних ситуацій, значною мірою залежить від наявності цілісного й скоординованого механізму медичного забезпечення, який забезпечує узгоджену взаємодію

військових і цивільних медичних структур. Такий механізм має спиратися на чіткі нормативно-правові підвалини, визначення ролей і відповідальності сторін та встановлені процедури координації між різними рівнями системи охорони здоров'я.

Практичне удосконалення механізму надання медичних послуг у надзвичайних ситуаціях передбачає: налагодження логістики медичних ресурсів (постачання, зберігання, транспортування, поповнення запасів), створення ефективних каналів управлінської координації та обміну інформацією, раціональний розподіл кадрових і матеріальних ресурсів залежно від динаміки потреб, а також стандартизацію протоколів надання допомоги з метою мінімізації втрат часу та варіативності якості. У підсумку інтегрований підхід дозволяє забезпечити швидке реагування на виклики війни, підвищити результативність надання допомоги як військовослужбовцям, так і цивільному населенню, та посилити готовність і стійкість системи охорони здоров'я до функціонування в умовах надзвичайних ситуацій [48]. У науково-практичних обговореннях медико-правової спільноти підкреслюється, що функціонування системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та надзвичайних ситуацій супроводжується комплексом правових і організаційних викликів. Центральним питанням є гарантування права населення на медичну допомогу в умовах війни та потреба в оперативному оновленні й адаптації нормативно-правової бази до специфіки воєнного часу. Поряд із цим акцентується необхідність посилення фармацевтичної безпеки, зокрема протидії фальсифікації лікарських засобів і запровадження прозорих механізмів контролю їх обігу.

Окремо виділяються проблеми епідеміологічної безпеки та захисту прав медичних працівників, особливо в районах бойових дій і на тимчасово окупованих територіях. Серед системних прогалин називають відсутність чітких протоколів реагування на надзвичайні ситуації, недостатню координацію між медичною та правоохоронною системами, логістичні обмеження щодо медичних ресурсів і труднощі забезпечення єдиних стандартів медичної допомоги у військових умовах. Також наголошується на важливості дотримання норм міжнародного

гуманітарного права у питаннях медичного забезпечення осіб, які перебувають у статусі військовополонених.

Як практичні напрями вдосконалення пропонуються: термінове оновлення нормативної бази охорони здоров'я в умовах війни, посилення відповідальності за правопорушення у медичній сфері, розвиток дієвих механізмів контролю якості та обігу лікарських засобів, а також підвищення рівня правового і фізичного захисту медичних працівників. У сукупності ці заходи спрямовані на зміцнення стійкості системи охорони здоров'я та підвищення її готовності до функціонування в умовах збройного конфлікту й інших надзвичайних ситуацій [49].

Отримані результати контент-аналізу відповідей на запитання «Що, на вашу думку, є найбільш необхідним для відновлення та подальшого розвитку вашого медичного закладу після завершення війни?» (експертне опитування керівників медичних закладів, n=150, 2025) яскраво ілюструють головні проблеми, що наразі визначають ефективність реагування держави на виклики у сфері охорони здоров'я України та безпосередньо впливають на удосконалення механізмів надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій, насамперед війни та інших кризових явищ. Всього було проаналізовано приблизно 95 валідних відповідей, кожна з яких розглядалась як окрема одиниця аналізу. Багатотематні відповіді кодувалися за кількома напрямками. Метод - змішаний контент-аналіз: поєднання кількісного підрахунку частот і якісного смислового групування. Виділено 10 основних тематичних категорій, що відображають головні напрями бачення післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я на локальному рівні.

•

Найбільш пріоритетним напрямом визначено фінансування та ресурсне забезпечення (55,8 %), що включає потребу в належному державному фінансуванні, стабільних виплатах та підвищенні рівня оплати праці медичних працівників (рис. 3.3.2).



Рис. 3.3.2 – Результати контент-аналізу відповідей медичних працівників щодо необхідних змін у публічному управлінні в контексті ефективності реагування системи охорони здоров'я України на виклики надзвичайних ситуацій (n=150, 2025)

Другу за значущістю позицію займає кадровий потенціал системи охорони здоров'я (46,3 %), який охоплює проблеми дефіциту персоналу, мотивації, професійного навчання та повернення кадрів.

Вагомим напрямом також є інфраструктура, ремонти та матеріально-технічне забезпечення (41,1 %), що стосується капітальних ремонтів, оновлення приміщень, обладнання, транспорту та діагностичної бази.

Окремий блок формує управління та взаємодія з МОЗ–НСЗУ (21,1 %), у межах якого респонденти акцентують увагу на необхідності реформування управлінських механізмів, підвищення автономії закладів та зменшення бюрократичного навантаження.

Меншою, але суттєвою за змістом є категорія психологічної та соціальної підтримки і реабілітації (11,6 %), що охоплює психологічну допомогу медичному персоналу та підтримку постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій.

Подальші напрями представлені цифровізацією та модернізацією медичних процесів (8,4 %), законодавчими, податковими та політичними змінами (6,3 %), а також макроконтекстом миру та завершення війни (5,3 %).

Найменшу частку згадувань становить соціальна підтримка населення та доступність медичних послуг (4,2 %), що, однак, доповнює загальну картину системних потреб.

Таким чином, результати контент-аналізу однозначно вказують, що основними передумовами підвищення ефективності реагування держави на виклики, що стоять перед системою охорони здоров'я України, та вдосконалення механізму надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій, є забезпечення належного фінансування, стабілізація кадрового потенціалу, відновлення й модернізація інфраструктури, впровадження ефективного управління та налагодження міжвідомчої взаємодії. Ці чинники прямо впливають на здатність системи охорони здоров'я захищати права жінок, протидіяти дискримінації та насильству, особливо в умовах воєнного стану та соціально-економічних потрясінь.

«Щорічний звіт Національної служби здоров'я України за 2023 рік» є офіційним підсумком діяльності НСЗУ у сфері охорони здоров'я за складний період, коли країна перебувала в умовах повномасштабної війни. Звіт докладно висвітлює результати реалізації Програми медичних гарантій (ПМГ), трансформаційні зміни в системі охорони здоров'я, фінансові показники та основні виклики, з якими зіткнулася медична система України у 2023 році.

З перших сторінок звіту наголошується, що головним пріоритетом НСЗУ залишалося забезпечення безперервного доступу українців до медичної допомоги, попри активні бойові дії, руйнування інфраструктури та вимушені переміщення мільйонів людей. Автори звіту підкреслюють, що НСЗУ зосередила роботу на підтримці надання первинної медичної допомоги, оскільки саме вона є основою

медичної системи, а також на стабільному фінансуванні медичних послуг, щоб лікарі продовжували працювати, а пацієнти отримували необхідну допомогу.

У звіті наведено дані про те, що у 2023 році система електронного здоров'я (eHealth) продовжила розвиватись, навіть попри обмеження, пов'язані з війною. НСЗУ вдалося забезпечити функціонування електронних медичних записів, електронних направлень, рецептів і медичних декларацій. Значна увага приділяється розвитку цифрових сервісів для громадян, зокрема можливості запису на прийом онлайн, отримання результатів аналізів та доступу до власних медичних даних через електронні платформи. У звіті вказано, що станом на кінець 2023 року понад 35 мільйонів пацієнтів мали електронні медичні записи, що дозволяє швидко обмінюватися інформацією між різними рівнями медичної допомоги та підвищує оперативність і якість надання послуг.

Великий розділ звіту присвячено фінансуванню медичних послуг. У 2023 році на Програму медичних гарантій було виділено понад 142 мільярди гривень. При цьому, пріоритетні напрями витрачання коштів включали:

- надання первинної медичної допомоги;
- лікування гострих інфарктів міокарда та інсультів;
- хірургічне лікування онкологічних захворювань;
- допомогу новонародженим у складних станах;
- реабілітацію після хвороб чи травм.

Окремо у звіті наведено дані про реімбурсацію лікарських засобів, тобто компенсацію вартості ліків за рахунок держави. Програма «Доступні ліки» продовжувала діяти і в умовах війни, покриваючи більше 400 найменувань препаратів для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу, бронхіальної астми та низки інших хронічних хвороб. Звіт зазначає, що у 2023 році було виписано понад 40 мільйонів електронних рецептів, з яких понад 38 мільйонів пацієнти погасили в аптеках, отримавши ліки безкоштовно або з частковою доплатою.

НСЗУ також звітує про моніторинг якості медичних послуг. У 2023 році проводились перевірки закладів охорони здоров'я, спрямовані на контроль

дотримання умов договорів із НСЗУ. За результатами моніторингу виявлено як позитивні тенденції, так і проблеми, пов'язані з недостатнім технічним оснащенням окремих закладів, нестачею фахівців та організаційними труднощами у прифронтових регіонах. У документі відзначено, що війна призвела до суттєвого зміщення акцентів у потребах населення. Зросла потреба в лікуванні травм, поранень, у психологічній допомозі, реабілітації для військових і цивільних осіб. НСЗУ впроваджує нові пакети послуг, зокрема послуги з психічного здоров'я, які стають критично важливими в умовах затяжного конфлікту.

Окремий розділ присвячено викликам війни, серед яких:

- руйнування медичної інфраструктури;
- евакуація закладів охорони здоров'я;
- тимчасова окупація окремих територій;
- нестача медичного персоналу в прифронтових та деокупованих районах;
- порушення логістики постачання медичних засобів і обладнання.

НСЗУ звітує про роботу над тим, щоб відновити фінансування для лікарень у зонах бойових дій, навіть якщо вони не можуть повноцінно надавати медичні послуги. Для цього були розроблені спеціальні механізми фінансування, які дозволяють таким закладам утримувати медичний персонал і зберігати готовність до роботи після деокупації чи покращення безпекової ситуації.

У кінці звіту наведено стратегічні плани на наступні роки, які передбачають:

- подальший розвиток електронної системи охорони здоров'я;
- удосконалення механізмів оплати медичних послуг;
- розширення Програми медичних гарантій;
- впровадження нових пакетів послуг для реабілітації та психічного здоров'я;
- зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Таким чином, звіт демонструє роботу НСЗУ як ключового елемента державної системи охорони здоров'я, яка, незважаючи на війну, продовжує забезпечувати фінансування медичних послуг, впроваджувати реформи та дбати про доступність медичної допомоги для населення України. Документ є детальним

джерелом аналітичної інформації, статистичних даних та напрямів розвитку медичної системи країни в умовах надзвичайної ситуації.

В 2024 році НСЗУ продовжила працювати в складних умовах воєнного конфлікту, адаптуючи механізми фінансування, організації медичних послуг і цифровізації, щоб забезпечити доступність, стабільність та якість медичної допомоги для населення. В 2024 році НСЗУ посилила продуману аналітичну політику - відкрила нові індикатори якості, оновила регіональний моніторинг. До 2025–2026 заплановано:

- подальше розширення електронних сервісів для пацієнтів та закладів;
- введення нових послуг в рамках ПМГ: телемедицина первинної та вторинної ланки, профілактика, вакцинація, підтримка ментального здоров'я;
- оптимізація процесів у лікарнях (структурування, маршрути пацієнтів, телеметрія);
- підтримка мобільних медичних команд і інтеграція з територіальною обороною, волонтерськими мережами.

Звіт НСЗУ за 2024 рік демонструє, що система охорони здоров'я України не лише адаптується до викликів війни, а й активно трансформується - через оптимізацію фінансування, розвиток інфраструктури, цифрову модернізацію, посилення психічних та реабілітаційних послуг, підтримку кадрів та впровадження аналітики. Це комплексний і стратегічно орієнтований документ, який формує основу для реформ і подальшого зміцнення медичної системи України в умовах незламності. Електронна система eHealth 2023 році система охоплювала близько 35 млн пацієнтів. У 2024 році кількість декларацій перевищила 40 млн. Це свідчить про стабільний ріст цифровізації системи охорони здоров'я, що значно спростило обмін медичною інформацією між лікарями та пацієнтами, пришвидшило встановлення діагнозів та підвищило контроль за якістю медичних послуг. Програма «Доступні ліки» у 2023 році охоплювала понад 400 найменувань препаратів. У 2024 році ця цифра збільшилася до понад 450 препаратів, включаючи нові напрями лікування, зокрема психічні розлади та розширення профілактичних

заходів. Це дозволяє значно зменшити фінансовий тягар для пацієнтів, особливо в умовах війни, коли доходи населення знизилися.

Якщо у 2023 році головними пріоритетами були лікування критичних станів (інфаркти, інсульти, онкологія), то у 2024 році значно розширили спектр послуг:

- запроваджено телемедицину як окремий напрям у ПМГ;
- впроваджено програми психологічної допомоги для ветеранів, ВПО, постраждалих від бойових дій;
- розвинено мобільні медичні команди для роботи в «гарячих» точках та ізольованих регіонах;
- підсилено реабілітаційні сервіси, особливо фізичну та соціально-трудова реабілітацію.

Це демонструє, що НСЗУ рухається від просто «підтримки системи в робочому стані» до стратегічного розвитку навіть в умовах воєнного стану.

Звіт за 2023 рік засвідчує, що ключовим завданням НСЗУ було збереження роботи системи охорони здоров'я попри руйнування інфраструктури та міграцію населення. У 2024 році НСЗУ продемонструвала перехід від стабілізаційних заходів до активного розвитку та впровадження інновацій. Це проявляється у збільшенні фінансування, розширенні пакету медичних послуг, значному зростан

Узагальнюючи викладене, ефективність реагування держави на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я слід розглядати як інтегральний показник стійкості системи, що формується на перетині трьох взаємопов'язаних площин: (1) управління ризиками і готовність, (2) адаптація під час реагування, (3) відновлення з елементами трансформації. Перший етап - оцінка ризиків - створює базу для усвідомлення загроз і вразливостей, визначення критичних функцій, розрахунку ресурсної потреби та формування резервних сценаріїв. Другий етап - готовність - забезпечує організаційну «передналаштованість» системи до шоків через раннє попередження, резервні потужності, протоколи дій і тренування персоналу. Водночас результати сучасних досліджень свідчать, що готовність не тотожна стійкості: лікарня або система можуть демонструвати стійку поведінку через

швидке навчання та адаптацію навіть за обмеженої попередньої готовності, і навпаки - мати формальні плани без здатності ефективно діяти у реальній кризі.

Повномасштабне вторгнення РФ в Україну стало стрес-тестом, що виявив комплекс обмежень саме в структурній і процесній компонентах: руйнування інфраструктури, дислокацію та втрату кадрів, дисбаланси доступності між громадами, обмеженість реабілітаційних і психічних сервісів, нерівномірність цифрового покриття та нестачу відпрацьованих процедур взаємодії на національному, регіональному й локальному рівнях. У цих умовах ефективність державного реагування визначається не тільки обсягом відновлювальних робіт, а й тим, наскільки швидко держава здатна перебудувати механізми управління та фінансування, забезпечити керованість потоків пацієнтів, втримати кадровий потенціал і підвищити «пропускну спроможність» системи до кризових потреб.

Окремим висновком є те, що кризові періоди (COVID-19, війна) стимулювали практики адаптивного управління: гнучкі графіки та перерозподіл ролей для збереження працездатності персоналу, регулярні тренінги і внутрішні комунікації, перепрофілювання приміщень та оперативне нарощування ліжкового фонду, ризик-стратифікований розподіл засобів індивідуального захисту, посилення контролю за дотриманням протоколів, активне використання телемедицини та цифрових сервісів. Водночас ці практики є стійкими лише за умови, що вони підкріплені системними рішеннями: нормативними рамками, ресурсним забезпеченням, даними та інституційною відповідальністю.

Дані контент-аналізу експертних відповідей (керівники медичних закладів, n=150; 95 валідних відповідей) узгоджуються з теоретичними підходами та демонструють чітку ієрархію пріоритетів на практичному рівні. Найчастіше респонденти акцентують:

- фінансування/ресурси (потреба у стабільних тарифах, прозорих умовах контракування, достатньому матеріальному забезпеченні),
- кадровий потенціал (дефіцит, мотивація, оплата праці, навчання, психологічна підтримка персоналу),

- інфраструктуру й обладнання (ремонти, реконструкції, транспорт, діагностика, запас медичних засобів), а також підкреслюють значущість управлінської взаємодії з МОЗ–НСЗУ і зменшення надмірної бюрократії. Це дозволяє зробити висновок, що ефективність реагування держави в надзвичайних ситуаціях на локальному рівні сприймається медичними управлінцями як функція трьох базових «ресурсних контурів» (гроші - люди - інфраструктура), доповнених четвертим - контуром управління та координації.

Удосконалення механізму надання медичних послуг у надзвичайних ситуаціях, відповідно, має бути спрямоване на «прошивання» стійкості в управлінській архітектурі системи, зокрема через:

1) Управлінський контур. Необхідні чіткі правила взаємодії цивільних і військових медичних структур, визначення ролей та відповідальності, процедури горизонтальної координації (між закладами, громадами, регіонами) і вертикальної координації (локальний-регіональний-національний рівні). Критично важливою є наявність стандартних операційних процедур (SOP) для різних сценаріїв: масові надходження поранених, руйнування критичної інфраструктури, евакуація закладу, епідемічні спалахи, кібератаки на медичні системи, перебої з електроенергією/зв'язком.

2) Фінансовий контур. Експертні оцінки й системні виклики війни вказують на потребу забезпечення фінансової стійкості через консолідацію потоків та адаптацію фінансових моделей до кризових реалій. Йдеться про достатність тарифів НСЗУ, прозорість і передбачуваність контракування, можливість фінансування готовності (наприклад, підтримка закладів у зоні ризику навіть за обмеженої діяльності), а також пріоритизацію пакетів послуг, критичних для війни та післявоєнного відновлення (травма, опіки, реабілітація, психічне здоров'я). Фінансові інструменти мають стимулювати не лише обсяг, а й якість і безпеку послуг.

3) Операційний контур. Впорядкування маршруту пацієнта, правильний «тріаж» і управління потоками знижують перевантаження стаціонарів та

підвищують швидкість реагування. Окремий блок - логістика медичних ресурсів (постачання, зберігання, транспортування, поповнення запасів), включно з резервними ланцюгами постачання та планами на випадок порушення логістики. Стандартизація протоколів і контроль їх виконання мінімізують варіативність якості та втрати часу в ургентних станах.

4) Кадровий контур. Результати контент-аналізу підкреслюють, що кадровий дефіцит і вигорання стають системним ризиком. Відтак механізм реагування має включати підготовку кадрів, утримання, мотиваційні інструменти, безперервне навчання, а також психологічну підтримку медичного персоналу. У кризі кадровий ресурс - це обмежувальний фактор, який визначає реальну «пропускну спроможність» системи навіть за наявності фінансування і обладнання.

5) Цифровий контур. Цифровізація посилює керованість системи через дані та швидкий обмін інформацією (електронні направлення, рецепти, записи, епіднагляд). Але нерівномірність доступу до цифрових систем у громадах створює «провали» у виконанні фінансових гарантій і унеможлиблює повний цикл взаємодії між рівнями допомоги. Тому масштабування eHealth має відбуватися паралельно з посиленням кіберзахисту, резервуванням даних і забезпеченням стійкості інфраструктури в умовах перебоїв зв'язку та енергопостачання.

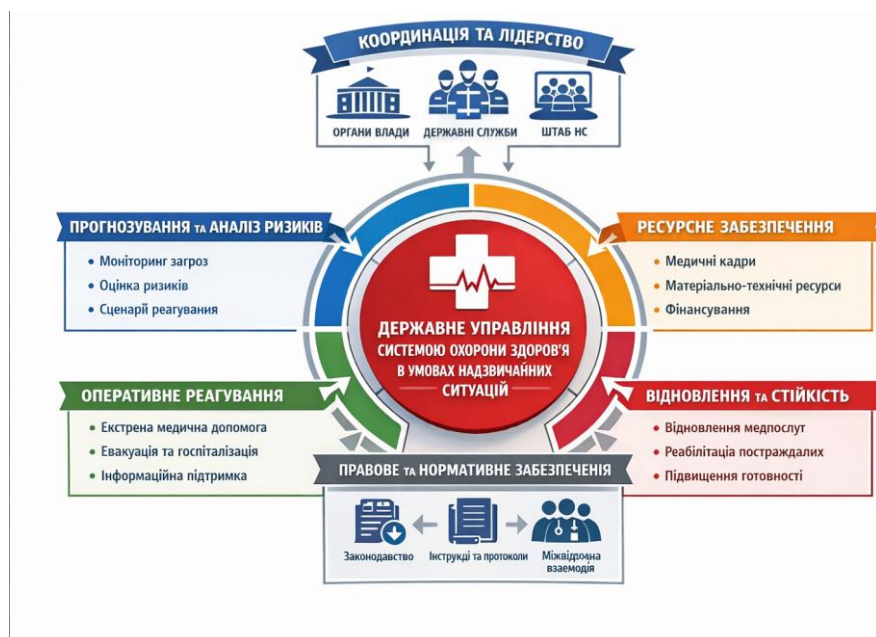


Рис. 3.3.4. Інтегрована модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій (складено автором)

Для перетворення зазначених напрямів на керовану політику доцільним є впровадження короткої рамки КРІ стійкості (мінімальний набір), що прив'язує фінансування та управлінські рішення до вимірюваних результатів, наприклад:

- час до відновлення критичних послуг після інциденту (TTR - time to recovery);
- частка закладів, що мають актуалізовані плани реагування та пройшли навчання/симуляції;
- укомплектованість ключовими спеціальностями та показники плинності кадрів;
- доступність реабілітації та психічного здоров'я на рівні громад (покриття послуг);
- частка послуг, що проходять через eHealth без перерв;
- показники якості й безпеки (у тому числі для ургентних станів) та результати моніторингу НСЗУ.

Нарешті, системний висновок полягає в тому, що відновлення має розглядатися не як повернення «до стану до війни», а як можливість структурної модернізації: мережі закладів, фінансових моделей, цифрових контурів, системи громадського здоров'я, протоколів взаємодії та стандартів якості. Саме такий підхід забезпечує перехід від реактивної моделі «ліквідації наслідків» до моделі керованої стійкості, в якій держава здатна одночасно гарантувати безперервність допомоги в кризі, підвищувати якість послуг і формувати довгострокову готовність системи до майбутніх надзвичайних ситуацій.

Висновки до третього розділу

У розділі обґрунтовано, що забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в умовах війни має розглядатися як самостійний пріоритет державної політики та публічного управління, спрямований на збереження безперервності медичної допомоги, захист пацієнтів і персоналу та підтримання критичних функцій системи за умов високої невизначеності, дефіциту ресурсів і руйнування інфраструктури.

Показано, що ефективне реагування неможливе в логіці окремих «антикризових заходів» і потребує цілісної управлінської архітектури стійкості, узгодженої між рівнями «заклад-громада-регіон-держава». Систематизація структурних компонентів організаційної стійкості медичних закладів дозволила визначити практичну «матрицю готовності» закладу до надзвичайних ситуацій, яка включає управлінську спроможність і координацію, кадрову стійкість (укомплектованість, мобільність, підтримка, безпека персоналу), інфраструктурну автономність (енерго- та водозабезпечення, безпечні простори, готовність до перепрофілювання), логістику і запаси, фінансову адаптивність, інформаційно-комунікаційну спроможність і цифрову готовність, а також взаємодію з громадами та партнерську підтримку; доведено, що саме інтеграція цих компонентів перетворює «готовність» на керований управлінський результат. На основі кількісного дослідження та експертного аналізу встановлено, що ключові чинники стійкості медичних закладів під час війни концентруються навколо якості управління та здатності працювати за сценаріями: наявності планів безперервності, уніфікованих алгоритмів дій, оперативності ухвалення рішень, внутрішньої та зовнішньої координації; при цьому ресурсні обмеження (кадрові, інфраструктурні, логістичні) стають критичними саме тоді, коли управлінські процедури не забезпечують швидкого перерозподілу потужностей і підтримки персоналу. Емпіричні результати засвідчили помірний рівень оцінки ефективності дій держави у сфері охорони здоров'я під час війни та наявність відмінностей за секторами і регіонами, що підтверджує: проблема полягає не лише у дефіциті ресурсів, а й у нестачі узгодженості управлінських рішень, передбачуваності правил та однаковості їх застосування на різних територіях і в різних організаційних моделях надання допомоги. Обґрунтовано, що посилення стійкості та результативності реагування потребує впровадження організаційно-управлінських механізмів, спрямованих на «вбудовування» стійкості в управлінську архітектуру системи, зокрема через чіткі правила взаємодії цивільних і військових медичних структур, розмежування ролей і відповідальності, горизонтальну та вертикальну координацію, наявність стандартних операційних процедур для типових сценаріїв (масові надходження

постраждалих, руйнування інфраструктури, евакуація закладу, епідемічні спалахи, перебої енергозабезпечення, кібервтручання), а також управлінське забезпечення маршрутів пацієнта і медичної евакуації. Доведено, що фінансові рішення у воєнних умовах мають перейти від інерційного фінансування до фінансової адаптивності, що передбачає резерви, гнучкі механізми перерозподілу коштів, спрощені процедури закупівель, управління запасами та логістикою, а також підтримку критичних пакетів послуг, необхідних для війни й відновлення (зокрема невідкладна допомога, травматологія, реабілітація, психічне здоров'я), причому фінансові інструменти повинні стимулювати не тільки обсяг, а й якість та безпеку послуг. Показано необхідність переведення стійкості у вимірювану площину через систему показників і регулярного моніторингу, зокрема показників готовності та безперервності (наявність і актуальність планів, частота навчань, автономність критичних систем, кадрова укомплектованість, час відновлення функцій після інциденту), показників якості та безпеки, а також показників доступності критичних послуг у громадах, що створює управлінський зворотний зв'язок і підвищує підзвітність рішень. Узагальнення результатів розділу 3 дало підстави розробити й обґрунтувати авторську інтегровану модель державного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, орієнтовану на узгодження правових, організаційних, фінансових і цифрових інструментів у єдиному управлінському контурі; модель вибудована як безперервний цикл «управління ризиками і готовність → реагування і адаптація → відновлення з елементами трансформації» та реалізується на національному, регіональному й місцевому/рівні закладу з чітким розподілом повноважень, відповідальності, ресурсів і даних, забезпечуючи керованість системи, безперервність допомоги та підготовленість до повторних шоків. Підсумково доведено, що відновлення системи охорони здоров'я в Україні має здійснюватися не як повернення до довоєнного стану, а як модернізація на основі управлінської стійкості через посилення координації, стандартизації, кадрової політики, ресурсної автономності та цифрового управління, що забезпечує перехід від реактивного реагування до

керованої стійкості й формує основу для післявоєнного розвитку системи з підвищенням якості та доступності медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні комплексно розкрито теоретико-методологічні, нормативно-правові та управлінсько-організаційні засади формування й реалізації публічної політики та публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану, а також обґрунтовано авторську модель підвищення стійкості системи та ефективності реагування із поєднанням правових, організаційних, фінансових і цифрових інструментів.

Виконання поставлених завдань дозволило дійти таких основних висновків:

1. Розгляд теоретико-методологічних підходів до публічної політики й публічного управління у сфері охорони здоров'я через синтез системного, інституційного, функціонального та ризик-менеджерського підходів є методологічно виправданим, оскільки саме така комбінація дозволяє коректно описати складну природу системи охорони здоров'я (СОЗ) як соціально-економічної та управлінської системи з високою невизначеністю, множинністю акторів і залежністю від ресурсних та інформаційних потоків. У межах системного підходу СОЗ постає як цілісний комплекс взаємопов'язаних підсистем (медичні заклади, фінансування, кадри, логістика, інформаційні системи, регуляторні процедури), де зміна параметрів одного елемента (наприклад, дефіцит персоналу або енергопостачання) каскадно впливає на доступність, якість і безпеку медичних послуг. Це дає підстави оцінювати управлінські рішення не фрагментарно, а через їхній вплив на стійкість системи загалом: безперервність критичних функцій, здатність до відновлення та адаптації.

Інституційний підхід доповнює системне бачення, фокусуючись на правилах гри: формальних нормах (закони, підзаконні акти, протоколи, стандарти) та неформальних практиках (управлінська культура, довіра, неофіційні механізми координації), що визначають поведінку суб'єктів управління у кризових умовах. В умовах шоків саме інституційна якість (чіткість повноважень, узгодженість вертикальної/горизонтальної координації, наявність процедур екстреного

перерозподілу ресурсів) пояснює різницю між формально наявними «інструментами» та фактичною спроможністю системи ними скористатися. Функціональний підхід, у свою чергу, дозволяє структурувати публічне управління за ключовими функціями: стратегування і планування, організація та координація, ресурсне забезпечення, регулювання і контроль якості, управління інформацією та комунікаціями. Це створює основу для побудови управлінських контурів реагування та визначення “вузьких місць” у конкретних ланцюгах створення медичної послуги.

Критично важливим є включення ризик-менеджерського підходу, який переносить акцент із реактивної логіки «ліквідації наслідків» на проактивне управління ризиками: ідентифікацію загроз, оцінку вразливостей і потужностей, планування безперервності, сценарне моделювання та створення резервів. У воєнний час, під час епідемій чи руйнування критичної інфраструктури, поведінка СОЗ набуває рис системи, що працює у режимі постійного стрес-тесту: зростає ймовірність відмов (failure), прискорюються каскадні збої, посилюється конкуренція за ресурси, змінюються маршрути пацієнтів та логістика постачання. Синтез зазначених підходів дає змогу пояснити не лише «нормальний режим» функціонування СОЗ, а й механізми її трансформації під дією шоків, а також сформулювати управлінсько-практичні висновки: які інституційні зміни потрібні, які функції слід посилювати першочергово, які ризики мають бути включені в стандарти готовності та які показники доцільно застосовувати для моніторингу стійкості на рівні системи і медичного закладу.

2. Еволюцію системи охорони здоров'я та трансформацію публічного управління під впливом глобальних кризових явищ у дисертаційному дослідженні розглянуто як закономірний перехід від переважно «рутинного» адміністрування галузі до управління системою в режимі підвищеної невизначеності, ризиків і дефіциту ресурсів. Глобальні кризи: епідемічні спалахи, гуманітарні потрясіння, масштабні переміщення населення, техногенні аварії, руйнування критичної інфраструктури - висувають до системи охорони здоров'я якісно нові вимоги: забезпечити не лише надання послуг у «нормальному» режимі, а й безперервність

критичних функцій у разі різкого зростання потреб, обмежень доступу, порушення логістики та нестабільності кадрового забезпечення. У такій ситуації охорона здоров'я набуває ознак сфери, тісно пов'язаної з національною безпекою та соціальною стійкістю, а публічна політика має реагувати не точковими рішеннями, а системними змінами управлінської архітектури.

Дослідження показує, що під впливом криз змінюється саме уявлення про мету й інструменти публічного управління системою охорони здоров'я. Якщо в стабільні періоди пріоритетами є планове фінансування, регулювання стандартів, контроль якості та розвиток мережі закладів, то в умовах кризи ключовими стають готовність, швидкість і узгодженість рішень. Відповідно, управлінська логіка зміщується від реактивного підходу «ліквідації наслідків» до превентивного управління ризиками: завчасної ідентифікації загроз, оцінки вразливостей і потужностей, планування безперервності, формування резервів, моделювання сценаріїв та визначення критичних пріоритетів у наданні допомоги. Такий підхід підсилює спроможність системи протидіяти шокам, зменшує втрати та забезпечує керованість у ситуаціях, коли звичні процедури стають надто повільними або не працюють.

Важливою рисою трансформації є посилення багаторівневого управління та координації. Глобальні кризи демонструють, що ефективність реагування визначається не тільки ресурсами, а й здатністю держави організувати взаємодію між різними суб'єктами: центральними органами влади, регіональними структурами, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, службами цивільного захисту, сектором безпеки, соціальними службами, гуманітарними організаціями. За кризових умов критично важливими стають чіткий розподіл повноважень і відповідальності, сталі канали комунікації, єдині підходи до маршрутизації пацієнтів, спроможність швидко приймати рішення та забезпечувати їх виконання на всіх рівнях. Саме узгодженість вертикальної та горизонтальної взаємодії (між закладами, громадами, регіонами) визначає, чи зможе система втримати доступність і якість допомоги в умовах перевантаження.

Окремого значення набуває зміна підходів до ресурсного забезпечення. Кризи загострюють проблему швидкого перерозподілу фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів відповідно до реальних потреб. Це вимагає гнучких бюджетних процедур, наявності спеціальних резервів, прозорих механізмів екстрених закупівель, адаптивного планування постачання та логістики, а також кадрової мобільності. У кризі зростає роль підтримки медичного персоналу як ключового ресурсу стійкості: збереження кадрового потенціалу, організація ротацій, забезпечення безпеки та психологічної підтримки, оперативне навчання діям у нестандартних сценаріях. Таким чином, держава вимушена переходити від «інерційного» ресурсного управління до адаптивного, орієнтованого на пріоритети та швидкість. Не менш суттєвою складовою трансформації публічного управління є підсилення інформаційно-аналітичної спроможності системи. Під час криз управлінські рішення мають ухвалюватися в умовах неповних даних і швидкої зміни обставин, тому зростає потреба у своєчасному зборі, узагальненні та використанні інформації про ризики, потреби, доступні потужності, забезпеченість ресурсами, навантаження на заклади та маршрути пацієнтів. Це формує запит на інституційно впорядковані механізми моніторингу, ситуаційної аналітики, управління потоками інформації, а також на інтеграцію цифрових рішень, що підтримують оперативність і узгодженість дій.

У умовах воєнного стану в Україні зазначені тенденції набули максимальної гостроти. Руйнування інфраструктури, небезпека для персоналу й пацієнтів, міграція населення, зростання травматизму та потреб у невідкладній допомозі, перебої з енергопостачанням і логістикою висунули до публічного управління вимогу забезпечити безперервність критичних послуг і водночас створити умови для відновлення системи на новій основі. Відновлення в таких умовах не може зводитися до простого «повернення як було»: воно потребує поєднання відбудови з модернізацією управлінських процедур, перегляду пріоритетів, удосконалення координації та інституційного закріплення інструментів готовності. У підсумку еволюція системи охорони здоров'я під впливом глобальних кризових явищ проявляється як перехід до моделі, де провідними стають стійкість, превентивність,

координація та управлінська адаптивність, а трансформація публічного управління - як розбудова механізмів, здатних забезпечити стабільне функціонування системи в умовах тривалих і комплексних загроз.

3. Визначено сутність, структуру та принципи функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. У межах дисертаційного дослідження обґрунтовано, що механізми публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій слід розуміти як цілісну систему взаємопов'язаних правових норм, організаційних рішень, фінансово-ресурсних інструментів та інформаційно-аналітичних процедур, спрямованих на забезпечення безперервності медичної допомоги, збереження критичних функцій системи й захист населення в умовах різкого зростання ризиків та обмеженості ресурсів. Визначено, що результативність цих механізмів прямо залежить від їх здатності працювати як багаторівнева управлінська архітектура із чітким розподілом повноважень і відповідальності між національним, регіональним та місцевим рівнями, а також від узгодженості горизонтальної взаємодії між закладами охорони здоров'я, громадами та службами, залученими до реагування. Структурно механізми включають: (а) нормативно-правовий блок, який визначає режими функціонування, порядок взаємодії суб'єктів та стандарти надання допомоги в екстремальних умовах; (б) організаційно-управлінський блок, що забезпечує координацію, оперативне прийняття рішень і управління потоками пацієнтів та ресурсів; (в) фінансово-ресурсний блок, який відповідає за планування, мобілізацію та швидкий перерозподіл коштів, матеріально-технічних запасів і кадрових спроможностей; (г) інформаційно-аналітичний блок, орієнтований на своєчасне виявлення загроз, оцінку потреб і потужностей, підтримку управлінських рішень достовірними даними; (г) кадровий блок, що передбачає підготовку, мобільність, професійну підтримку та захист персоналу як ключового ресурсу стійкості. Уточнено, що на національному рівні пріоритетом є формування стратегічних рамок і єдиних правил реагування; на регіональному — організація мережевої взаємодії та координація закладів; на місцевому та рівні закладу —

забезпечення безперервності роботи й реалізація управлінських рішень у конкретних умовах. Принципи функціонування механізмів визначено як: безперервність надання послуг, превентивність і ризик-орієнтованість управління, гнучкість організаційних рішень, інформаційна узгодженість і оперативність, правова визначеність та підзвітність, соціальна справедливість і доступність, а також обов'язкова координація дій усіх залучених суб'єктів. 4. Здійснено аналіз нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я України щодо регулювання діяльності в екстремальних і умовах воєнного стану. У дисертаційному дослідженні нормативно-правове забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану проаналізовано як багаторівневу регуляторну конструкцію, що поєднує норми конституційного рівня, спеціальне законодавство про правові режими та безпеку, галузеві акти у сфері охорони здоров'я, підзаконне регулювання, відомчі порядки й протоколи, а також міжнародні стандарти та гуманітарно-правові зобов'язання держави. Проведений аналіз засвідчив, що правове регулювання загалом формує необхідні рамки для організації медичної допомоги в кризових умовах, однак його ефективність у реальному реагуванні визначається не стільки наявністю норм, скільки їх узгодженістю, прикладною деталізацією та здатністю забезпечити швидкі управлінські рішення в ситуації дефіциту часу й ресурсів. Виявлено, що в екстремальних умовах особливо критичними є: чіткість розмежування повноважень між центральним, регіональним і місцевим рівнями; правова визначеність процедур взаємодії цивільної та військової медичних підсистем; стандартизовані правила організації медичної евакуації та маршрутизації пацієнтів; спеціальні режими організації закупівель і постачання; регулювання використання резервів та залучення донорської допомоги; правовий статус, гарантії безпеки та соціального захисту медичних працівників; а також належний правовий режим даних і комунікацій у системі охорони здоров'я. Узагальнено ключові регуляторні прогалини й колізії, які проявляються саме під час війни: фрагментарність процедур, різночитання відповідальності, недостатня уніфікація підзаконних механізмів і протоколів реагування, що ускладнює координацію та знижує

керованість системи. Обґрунтовано, що підвищення дієздатності нормативної бази в надзвичайних умовах потребує «зшивання» правових норм з організаційними процедурами через чіткі алгоритми дій, стандартизовані операційні процедури для типових кризових сценаріїв, єдині правила міжвідомчої взаємодії та механізми підзвітності; саме така інтеграція правових та управлінських інструментів створює умови для безперервності надання медичної допомоги й посилення стійкості системи в умовах тривалих загроз.

5. Узагальнено міжнародний досвід організації систем охорони здоров'я в умовах криз і воєнних конфліктів та визначено можливості його адаптації в Україні. У дисертаційному дослідженні міжнародний досвід реагування систем охорони здоров'я на кризи та воєнні конфлікти узагальнено як сукупність управлінських рішень і практик, що забезпечують безперервність критичних медичних послуг, захист населення та збереження кадрового потенціалу за умов різкого зростання потреб і руйнування звичних ланцюгів забезпечення. Встановлено, що найбільш результативними є моделі, у яких домінує не окрема "реформа" чи технічний інструмент, а цілісна архітектура стійкості, побудована на ризик-орієнтованому управлінні, чіткій координації суб'єктів, швидкому перерозподілі ресурсів і стандартизації процесів реагування. Узагальнення практик різних країн і міжнародних підходів дає змогу виокремити кілька універсальних управлінських «ядрових» рішень. По-перше, системи, які краще проходять кризові періоди, мають інституційно закріплені процедури оцінки ризиків, планування готовності, створення резервів і перевірки спроможностей (включно з навчаннями та моделями сценарного планування). По-друге, ефективним є створення сталого координаційного контуру, який забезпечує узгодженість дій між центральним, регіональним і місцевим рівнями, а також між медичним сектором, службами цивільного захисту, сектором безпеки та соціальними службами; вирішальним стає чітке розмежування ролей і відповідальності та механізми оперативного прийняття рішень. По-третє, значний ефект демонструє стандартизація процедур для типових кризових сценаріїв (масові надходження, медична евакуація, перепрофілювання закладів, перебої з енергопостачанням і логістикою), що підвищує керованість та

зменшує втрати часу в умовах дефіциту ресурсів. По-четверте, міжнародна практика підтверджує, що кадрова політика у кризі є стратегічною: мобільність персоналу, безпека, професійна й психологічна підтримка, резерви кадрів і швидке навчання визначають реальну спроможність закладів утримувати критичні функції. По-п'яте, посилюється роль інформаційно-аналітичних і цифрових рішень: оперативний моніторинг потреб і потужностей, управління потоками пацієнтів, прозора комунікація ризиків та інструменти дистанційної підтримки (зокрема в умовах порушеної транспортної доступності). Визначаючи можливості адаптації цього досвіду в Україні, обґрунтовано, що пряме копіювання іноземних моделей є обмежено ефективним через відмінності у ресурсній базі, інституційній структурі та специфіці воєнних загроз. Тому адаптація має бути керованою й поетапною, з фокусом на управлінській реалізованості та інституційній сумісності. Пріоритетними напрямками для України визначено: (1) інституціоналізацію управління ризиками та готовності як постійної функції національного й регіонального рівнів; (2) розбудову міжвідомчої координації та створення регіональних кризових центрів управління з чіткими алгоритмами взаємодії; (3) уніфікацію операційних процедур реагування для ключових кризових сценаріїв і забезпечення їхнього застосування на рівні закладів; (4) посилення кадрової політики стійкості (механізми підсилення регіонів, захист персоналу, професійна підтримка, навчання); (5) розвиток цифрового моніторингу медичних ризиків та управлінських даних для оперативного перерозподілу ресурсів і маршрутизації пацієнтів; (6) вдосконалення фінансових інструментів, що дозволяють швидко мобілізувати та переорієнтовувати ресурси, включно з інтеграцією міжнародної допомоги у прозорі контури обліку та підзвітності.

У підсумку доведено, що міжнародний досвід є цінним передусім як джерело перевірених управлінських рішень, які підсилюють стійкість системи охорони здоров'я, проте для України визначальною є адаптація через інтеграцію правових, організаційних, фінансових і цифрових механізмів у єдину модель публічного управління, здатну забезпечити безперервність медичної допомоги в умовах тривалих і комплексних воєнних та кризових загроз.

6. Розкрито зміст поняття «стійка система охорони здоров'я» та визначено її структурні компоненти. У дисертаційному дослідженні обґрунтовано, що стійка система охорони здоров'я — це така система, яка здатна зберігати функціональну цілісність і безперервність надання медичних послуг за умов різких зовнішніх і внутрішніх потрясінь (війна, надзвичайні ситуації, руйнування інфраструктури, епідемічні ризики, масові переміщення населення), адаптуватися до змін середовища та відновлюватися із закладеним потенціалом удосконалення. Її стійкість трактується не як “витривалість” окремих закладів, а як інтегральна характеристика всієї системи, що формується на перетині управлінських, правових, ресурсних і суспільних чинників та визначає здатність держави гарантувати базові медичні права громадян у кризі. Зміст поняття стійкості розкрито через три взаємопов'язані площини: управління ризиками і готовність, адаптацію під час реагування, відновлення з елементами трансформації. У межах першої площини ключовими є ідентифікація загроз, оцінка вразливостей і потужностей, планування безперервності діяльності, формування резервів та підготовка персоналу й інфраструктури до роботи в нестандартних умовах. Друга площина стосується спроможності системи швидко перебудовувати маршрутизацію пацієнтів, організацію медичної допомоги, логістику, управління кадровими ресурсами та інформаційні потоки відповідно до динаміки подій і дефіцитів. Третя площина передбачає не лише повернення до попередніх параметрів функціонування, а й відновлення з якісними змінами — оновленням процедур, управлінських контурів, стандартів, цифрових рішень і моделей координації, щоб підвищити готовність до майбутніх ризиків.

Структурні компоненти стійкої системи охорони здоров'я визначено як взаємопов'язаний комплекс: (1) управлінсько-координаційний компонент (чіткі ролі, повноваження, вертикальна та горизонтальна координація, алгоритми взаємодії, механізми підзвітності); (2) нормативно-правовий компонент (правова визначеність режимів роботи в надзвичайних і умовах воєнного стану, уніфіковані правила та протоколи, захист прав пацієнтів і медичних працівників); (3) ресурсно-фінансовий компонент (сталі й гнучкі механізми фінансування, резерви,

забезпечення медикаментами й обладнанням, енергетична автономність, логістика та постачання); (4) кадрово-професійний компонент (наявність і мобільність персоналу, безпека, мотивація, підготовка до кризових сценаріїв, психологічна підтримка); (5) інформаційно-аналітичний і цифровий компонент (моніторинг ризиків, оперативні дані про потреби й потужності, обмін інформацією, цифрові інструменти управління та комунікацій); (6) інфраструктурний компонент (стійкість будівель і мережі закладів, альтернативні маршрути надання допомоги, можливості евакуації та перепрофілювання); (7) соціально-комунікаційний компонент (довіра населення, доступність і справедливість, ефективна комунікація ризиків, взаємодія з громадами та партнерами). У сукупності ці компоненти формують здатність системи не лише витримувати кризові навантаження, а й керовано функціонувати, мінімізуючи втрати та забезпечуючи відновлення з покращенням управлінської якості й доступності медичної допомоги.

7. Проведено оцінку чинників, що впливають на стійкість медичних закладів під час війни (на основі кількісного дослідження та експертного аналізу). У дисертаційному дослідженні здійснено комплексну оцінку чинників стійкості медичних закладів у умовах воєнного стану шляхом поєднання результатів кількісного дослідження та експертного аналізу, що дозволило не лише зафіксувати перелік найбільш значущих детермінант, а й уточнити механізми їх впливу на здатність закладів забезпечувати безперервність медичних послуг. Установлено, що стійкість медичного закладу під час війни формується як інтегральний результат взаємодії управлінських, кадрових, інфраструктурних, фінансово-ресурсних та інформаційно-комунікаційних чинників, а її «вузькі місця» найчастіше проявляються у моменти різкого зростання навантаження (масові надходження постраждалих), руйнування або деградації критичної інфраструктури (енергопостачання, зв'язок, транспорт), порушення логістики постачань та вимушених переміщень населення і персоналу. За результатами узагальнення кількісних даних і експертних оцінок визначено, що системоутворювальними чинниками виступають: якість управління і координації на рівні закладу (оперативність прийняття рішень, здатність працювати за сценаріями, розподіл

ролей і відповідальності, внутрішня комунікація), наявність планів безперервності діяльності та стандартизованих алгоритмів дій для типових кризових ситуацій, а також спроможність взаємодії із зовнішніми суб'єктами (органи влади, служби цивільного захисту, інші заклади, військові структури, донори та гуманітарні організації). Виявлено, що саме управлінська організація процесів визначає, наскільки ефективно заклад може конвертувати наявні ресурси у результат — збереження доступності та якості допомоги в умовах дефіцитів.

Суттєвий вплив на стійкість мають кадрові чинники, зокрема укомплектованість і професійна структура персоналу, можливість підсилення/ротацій, готовність до роботи в умовах високих ризиків, наявність механізмів професійної та психологічної підтримки. Підтверджено, що кадровий ресурс у воєнний період стає критичним обмеженням: навіть за наявності обладнання та фінансування дефіцит персоналу або його виснаження швидко знижують спроможність закладу підтримувати критичні функції. Окремо встановлено значущість інфраструктурної та логістичної стійкості: безпечність і функціональна придатність будівель, наявність укриттів/зон безпеки, автономні джерела енергії та води, можливість швидкого перепрофілювання ліжкового фонду, забезпечення киснем, стабільні ланцюги постачання медикаментів і витратних матеріалів, транспортна доступність та готовність до медичної евакуації. В умовах війни інфраструктурні ризики прямо конвертуються у ризики для пацієнтів і персоналу, тому здатність закладу підтримувати критичні процеси при відмові частини інфраструктури визначає його фактичну стійкість.

Показано, що фінансово-ресурсні чинники впливають на стійкість через наявність резервів, гнучкість у використанні коштів, швидкість закупівель і можливість оперативного перерозподілу ресурсів під зміну потреб; водночас самі по собі фінансові ресурси не гарантують стійкість без належної управлінської спроможності та координації. Важливою складовою сучасної стійкості є інформаційно-аналітичний та цифровий чинник: доступність достовірних даних про потужності, запаси, навантаження, кадрові потреби; здатність забезпечувати зв'язок і управлінські комунікації; використання цифрових інструментів для

моніторингу, маршрутизації та організації процесів. Також ідентифіковано соціально-комунікаційні чинники (довіра пацієнтів, взаємодія з громадами, ефективна комунікація ризиків), які в умовах високої напруги та дезінформаційних впливів істотно підсилюють або, навпаки, послаблюють керованість і спроможність закладу. У підсумку проведена оцінка дозволила сформулювати узагальнену картину чинників стійкості медичних закладів під час війни та обґрунтувати, що пріоритет у політиці та управлінських рішеннях має надаватися: розвитку управлінської спроможності й координації на рівні закладу, впровадженню планів безперервності та алгоритмів дій, зміцненню кадрової стійкості, підвищенню інфраструктурної автономності й логістичної надійності, а також побудові інформаційно-аналітичного контуру для оперативного управління ресурсами й навантаженням. Саме така інтегрована логіка — підтверджена кількісними даними та експертними оцінками — забезпечує практичну основу для подальшого удосконалення механізмів публічного управління та управління на рівні медичних закладів у воєнних і кризових умовах.

8. Обґрунтовано організаційно-управлінські механізми зміцнення стійкості системи охорони здоров'я та підвищення ефективності її реагування на виклики війни. У дисертаційному дослідженні доведено, що зміцнення стійкості системи охорони здоров'я у умовах воєнного стану потребує не окремих точкових заходів, а цілісного комплексу організаційно-управлінських механізмів, здатних забезпечити безперервність критичних послуг, керованість у ситуації дефіцитів та швидку адаптацію до динамічних загроз. Вихідним положенням є те, що ефективність реагування держави на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я доцільно розглядати як інтегральний показник стійкості системи, який формується на перетині трьох взаємопов'язаних площин: управління ризиками і готовність, адаптація під час реагування, відновлення з елементами трансформації. На цій основі обґрунтовано, що управлінська архітектура має бути спрямована на «вбудовування» стійкості у всі ключові контури публічного управління — від нормативного регулювання і координації до ресурсного забезпечення, кадрової політики та цифрового моніторингу.

Перший блок механізмів стосується управління ризиками і готовності. Обґрунтовано необхідність інституціоналізації оцінки ризиків як постійної управлінської функції з чітким визначенням загроз, вразливостей і потужностей, а також запровадження планування безперервності діяльності на рівні закладів і регіональних мереж. Це передбачає встановлення єдиних вимог до планів готовності, визначення критичних функцій і мінімальних спроможностей, створення резервів ресурсів та регулярне відпрацювання сценаріїв реагування. У умовах воєнного стану вирішального значення набуває підготовленість до масових надходжень постраждалих, руйнування інфраструктури, евакуації закладів, порушення логістики, енергетичних і комунікаційних збоїв.

Другий блок механізмів спрямований на підвищення ефективності реагування через удосконалення управлінського контуру координації. Доведено, що ключовою умовою результативності є чіткі правила взаємодії суб'єктів, узгодженість вертикальної координації (локальний—регіональний—національний рівні) та горизонтальної координації (між закладами, громадами, регіонами), а також формування стійких каналів комунікації та управлінського обміну даними. Обґрунтовано доцільність створення або посилення регіональних кризових центрів управління, що забезпечують оперативне прийняття рішень, маршрутизацію пацієнтів, координацію медичної евакуації, перерозподіл ресурсів і узгодження дій із сектором безпеки та цивільного захисту. Важливою складовою цього блоку визначено уніфікацію операційних процедур реагування для типових кризових сценаріїв, що знижує управлінську невизначеність і пришвидшує реалізацію рішень на місцях.

Третій блок механізмів пов'язано з ресурсною та кадровою спроможністю системи. Обґрунтовано, що під час війни стійкість визначається здатністю системи швидко мобілізувати і перерозподіляти фінансові, матеріально-технічні та людські ресурси відповідно до зміни потреб. Це включає гнучкі фінансові інструменти, прозорі процедури екстрених закупівель, управління запасами, підтримку енергетичної автономності закладів (резервне живлення, забезпечення критичних систем), стабілізацію ланцюгів постачання. Кадрова політика розглядається як

стратегічний механізм стійкості: мобільність і підсилення закладів персоналом, безпека працівників, професійна та психологічна підтримка, навчання діям у кризових умовах та створення кадрових резервів.

Четвертий блок механізмів стосується інформаційно-аналітичного забезпечення та цифрової підтримки управління. Доведено, що сучасна стійкість неможлива без оперативного моніторингу ризиків, потреб і потужностей, систематичного збору даних про навантаження на заклади, забезпеченість ресурсами, кадрові потреби та ефективність маршрутизації. Тому обґрунтовано розвиток цифрового моніторингу медичних ризиків і управлінських даних як засобу підвищення керованості та оперативності рішень, а також як передумови прозорості, підзвітності та довіри населення.

П'ятий блок механізмів пов'язано з логікою відновлення з елементами трансформації. Показано, що відновлення системи охорони здоров'я в Україні має поєднувати відбудову інфраструктури з модернізацією управлінських процедур і стандартів, закріпленням нових моделей координації та підвищенням готовності до майбутніх криз. Це вимагає стратегування стійкості як довгострокової політики, інтеграції результатів оцінки ризиків у планування розвитку мережі закладів, інвестицій у критичні спроможності та інституційного закріплення механізмів, що довели ефективність у умовах воєнного стану.

Обґрунтовано, що організаційно-управлінські механізми зміцнення стійкості системи охорони здоров'я та підвищення ефективності реагування на виклики війни мають реалізовуватися як взаємопов'язаний комплекс: інституціоналізація управління ризиками і готовності; посилення координації та уніфікація операційних процедур; забезпечення ресурсної й кадрової адаптивності; розвиток інформаційно-аналітичного та цифрового контуру; відновлення із трансформаційною складовою. Саме така інтегрована архітектура забезпечує керованість системи в умовах тривалих загроз і створює основу для її післявоєнного відновлення та розвитку.

9. Розроблено авторську модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, зорієнтовану на інтеграцію правових,

організаційних, фінансових та цифрових інструментів. У дисертаційному дослідженні обґрунтовано й запропоновано авторську модель публічного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану як інтегровану управлінську рамку, що поєднує правові, організаційні, фінансові та цифрові інструменти в єдиний контур забезпечення стійкості та ефективного реагування. Модель виходить із того, що стійкість системи не може бути досягнута ізольованими рішеннями (лише нормативними або лише ресурсними), а формується як результат узгодженої роботи кількох взаємопов'язаних механізмів, синхронізованих за цілями, повноваженнями, ресурсами, даними та відповідальністю на всіх рівнях управління.

Стрижнем моделі є багаторівнева управлінська архітектура (національний – регіональний - місцевий), у якій національний рівень забезпечує стратегічні рамки, єдині правила і стандарти, координацію між секторами та мобілізацію ресурсів; регіональний рівень — оперативну координацію мережі закладів, маршрутизацію пацієнтів, організацію медичної евакуації та перерозподіл потужностей; місцевий рівень і рівень закладу — реалізацію планів безперервності, управління персоналом і запасами, виконання алгоритмів реагування та забезпечення безпеки пацієнтів і медичних працівників. Така логіка дозволяє забезпечити одночасно централізовану керованість у кризі та необхідну автономію закладів для швидких операційних рішень.

Модель структуровано за трьома послідовними управлінськими циклами, що утворюють єдиний континуум: управління ризиками і готовність, адаптація під час реагування, відновлення з елементами трансформації. У першому циклі ключовими інструментами є ідентифікація загроз, оцінка вразливостей і потужностей, визначення критичних функцій системи, планування безперервності, формування резервів та підготовка персоналу й інфраструктури до роботи в кризових сценаріях. У другому циклі модель забезпечує керованість реагування через координацію, уніфіковані алгоритми дій, управління потоками пацієнтів і ресурсів, підтримку медичної евакуації, а також через механізми оперативного перерозподілу фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів. У

третьому циклі пріоритетом є відновлення системи не як просте повернення до попереднього стану, а як відбудова з модернізацією управлінських процедур, стандартів, цифрових контурів і ресурсної автономності, щоб підвищити готовність до повторних або нових криз.

Інтеграція інструментів у межах моделі реалізується через чотири взаємопов'язані контури. Правовий контур визначає режими функціонування, повноваження, відповідальність, стандарти та процедури взаємодії суб'єктів, забезпечуючи правову визначеність і підзвітність у кризі. Організаційний контур формує систему координації та управлінських рішень (включно з кризовими центрами на регіональному рівні), уніфіковані операційні процедури для типових сценаріїв, вертикальну і горизонтальну взаємодію між закладами, громадами та органами влади. Фінансовий контур забезпечує мобілізацію та гнучкий перерозподіл ресурсів, резерви, швидкі закупівлі, підтримку енергетичної автономності й логістики, а також інструменти кадрової стійкості (мотивація, підсилення, ротації, безпека персоналу). Цифровий контур забезпечує моніторинг ризиків, потреб і потужностей, оперативний обмін даними, ситуаційну аналітику, підтримку маршрутизації та управлінських комунікацій, що підвищує швидкість і обґрунтованість рішень у режимі дефіциту часу.

Важливою рисою авторської моделі є акцент на управлінській реалізованості: кожен контур має працювати не автономно, а через стандартизовані алгоритми взаємодії та єдині інформаційні потоки, що «зшивають» правові рішення з організаційними процесами та ресурсним забезпеченням. У підсумку доведено, що запропонована модель створює практичну основу для посилення стійкості системи охорони здоров'я України та підвищення ефективності її реагування на виклики війни, забезпечуючи керованість у кризі, безперервність надання медичної допомоги та можливість відновлення з покращенням якості, доступності й інституційної спроможності системи в післявоєнний період.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. World Bank ; Government of Ukraine ; European Union ; United Nations. Ukraine Fourth Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA4), February 2022 – December 2024. Washington : World Bank, 2025. URL: <https://hdl.handle.net/10986/42908> (дата звернення: 20.05.2026).
2. World Health Organization. Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Geneva : WHO, 1978. URL: <https://hdl.handle.net/10986/42908> (дата звернення: 20.05.2026).
3. Porter D. Health, Civilisation and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times. London : Routledge, 1999.
4. Porter D. The History of Public Health: Current Themes and Approaches. 1994. URL: <https://www.ida.liu.se/ext/inhph/intern/ra/002/first.pdf> (дата звернення: 20.05.2026).
5. Porter D. The History of Public Health and the Modern State. Amsterdam : Rodopi, 1994. P. 2–3 ; Rosen G. A History of Public Health. New York : MD Publications, 1958.
6. Gaudillière J.-P., Löwy I. Heredity and Infection: The History of Disease Transmission. London : Routledge, 2012.
7. Bergenheim S. M. C., Edman J., Kananen J. K., Wessel M. Conceptualising public health: an introduction. Conceptualising Public Health: Historical and Contemporary Struggles over Key Concepts / eds. J. Kananen, S. Bergenheim, M. Wessel. Abingdon : Routledge, 2018. P. 1–17. DOI: 10.4324/9781315178271-1.
8. Rosen G. A History of Public Health. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1958.
9. Baldwin P. Contagion and the State in Europe, 1830–1930. Cambridge : Cambridge University Press, 1999. DOI: 10.1017/CBO9780511497544.
10. Hobsbawm E. The Age of Extremes: A History of the World, 1914–1991. New York : Random House, 1996.
11. Porter D. The Social Contract of Health in the Twentieth and Twenty-First Centuries: Individuals, Corporations, and the State. Shifting Boundaries of Public Health: Europe in the Twentieth Century / eds. S. Gross Solomon, L. Murard, P. Zylberman. Boydell & Brewer, 2008. P. 45–63.

12. Awofeso N. What's new about the "New Public Health"? *American Journal of Public Health*. 2004. Vol. 94, No. 5. P. 705–709.
13. Petersen A., Lupton D. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London ; Thousand Oaks ; New Delhi : SAGE, 1996.
14. Tulchinsky T. H., Varavikova E. *The New Public Health: An Introduction for the 21st Century*. San Diego : Academic Press, 2000.
15. Petersen A., Lupton D. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. SAGE Publications, 1996.
16. Lupton D. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. SAGE Publications, 1996.
17. Rose N., Miller P. *Political Power Beyond the State: Problematics of Government*. *The British Journal of Sociology*. 1992. Vol. 43, No. 2. P. 173–205.
18. Foucault M. *The History of Sexuality*. Vol. 1: *An Introduction*. New York : Pantheon Books, 1978.
19. Foucault M. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London : Penguin Books, 1991.
20. Armstrong D. *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge : Cambridge University Press, 1983.
21. Rose N. *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge : Cambridge University Press, 1996.
22. Petersen A., Lupton D. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. SAGE Publications, 1996.
23. Lupton D. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. SAGE Publications, 2012.
24. Vallgård S. Health Inequalities: Political Problematics and Public Health Approaches. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007. Vol. 61, No. 8. P. 698–702.
25. Qvarsell R. The Social History of Medicine: Some Trends and Discussions. *Hygiea Internationalis*. 1993. Vol. 1, No. 1. P. 7–25.

26. Johannisson K. The Myth of the Modern Patient: On the History of the Patient's Role in Medicine. *Scandinavian Journal of History*. 1997. Vol. 22, No. 1. P. 1–26.
27. Vallgård S. Governing People's Lives: Strategies for Improving the Health of the Nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health*. 2011. Vol. 21, No. 3. P. 367–372.
28. Berg A. Den gränslösa hälsan: Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen. Uppsala : Acta Universitatis Upsaliensis, 2009.
29. Harjula M. Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystoiminta 1900-luvulla. Tampere : Tampere University Press, 2007.
30. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa : Government of Canada, 1974.
31. Pomerleau J., McKee M. Issues in Public Health. Maidenhead : Open University Press ; McGraw Hill Education, 2005.
32. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978. URL: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (дата звернення: 20.05.2026).
33. Wisner B. GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care. *Social Science & Medicine*. 1988. Vol. 26, No. 9. P. 963–969. DOI: 10.1016/0277-9536(88)90417-0.
34. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health : Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva : World Health Organization, 2008.
35. Goodman R. A., Bunnell R., Posner S. F. What is "community health"? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*. 2014. Vol. 67, Suppl. 1. P. S58–S61. DOI: 10.1016/j.ypmed.2014.07.028.
36. Bunnell R., O'Neil D., Soler R. et al. Fifty communities putting prevention to work: accelerating chronic disease prevention through policy, systems and environmental change. *Journal of Community Health*. 2012. Vol. 37, No. 5. P. 1081–1090.

37. MacQueen K. M., McClellan E., Metzger D. S. et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *American Journal of Public Health*. 2001. Vol. 91. P. 1929–1938.
38. Bauer U. E., Briss P. A., Goodman R. A., Bowman B. A. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*. 2014.
39. Figueras J., McKee M. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being: Assessing the Case for Investing in Health Systems*. Berkshire : Open University Press, 2012. European Observatory on Health Systems and Policies.
40. World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva : WHO, 2000. URL: <https://www.who.int/whr/2000/en/> (дата звернення: 20.05.2026).
41. World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva : WHO, 2000. P. xi. URL: <https://www.who.int/whr/2000/en/> (дата звернення: 20.05.2026).
42. World Health Organization. *The World Health Report 2007: A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*. Geneva : WHO, 2007. URL: <https://www.who.int/whr/2007/en/> (дата звернення: 20.05.2026).
43. Ackley G. *Macroeconomic Theory*. New York : Macmillan Company, 1961.
44. Okun A. *Equality and Efficiency: The Big Tradeoff*. Washington : Brookings Institution, 1975.
45. Saltman R., Figueras J. (eds.). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen : World Health Organization, 1997. WHO Regional Publications. European Series No. 72.
46. Marmor T. R., Barr M. S. Making Sense of the National Health Insurance Reform Debate. *Yale Law and Policy Review*. 1992. Vol. 10, No. 2. P. 228–282.
47. Roberts M., Hsiao W., Berman P., Reich M. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Washington : Oxford University Press, 2003.
48. Roberts M., Hsiao W., Berman P., Reich M. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Washington : Oxford University Press, 2003.

49. Gottret P., Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington : World Bank, 2006.
50. Galbraith J. K. The New Industrial State. Boston : Houghton Mifflin, 1967.
51. Remer G. A Theory of the Healthcare System: Combining Resources, Organization, and Strategies for Effective Healthcare Delivery. Health Policy Journal. 1991. Vol. 15, No. 3. P. 245–260.
52. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva : WHO, 2000. URL: <https://www.who.int/whr/2000/en/> (дата звернення: 20.05.2026).
53. World Health Organization. Worldwide, the density of physicians is 15.6 per 10,000 population in 2022. 2022. URL: <https://data.who.int/indicators/i/CCCEBB2/217795A> (дата звернення: 20.05.2026).
54. Bielecki A., Stocki R. Systems theory approach to the health care organization on national level. Cybernetics and Systems. 2010. Vol. 41, No. 7. P. 489–507. DOI: 10.1080/01969722.2010.511533.
55. Bassuk S. S., Church T. S., Manson J. E. Why exercise works magic. Scientific American. 2013. Vol. 309, No. 2. P. 74–79. DOI: 10.1038/scientificamerican0813-74.
56. Bielecki A., Nieszporska S. The proposal of philosophical basis of the health care system. Medicine, Health Care and Philosophy. 2017. Vol. 20, No. 1. P. 23–35. DOI: 10.1007/s11019-016-9717-2.
57. Kolwitz M. The Polish healthcare system: perspectives and possibilities for adoption of healthcare systems from other countries of the European Union. Annales Academiae Medicae Stetinensis. 2010. Vol. 56, No. 3. P. 131–143.
58. Bielecki A., Stocki R. Systems theory approach to the health care organization on national level. Cybernetics and Systems. 2010. Vol. 41, No. 7. P. 489–507. DOI: 10.1080/01969722.2010.511533.
59. Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. Purchasing to Improve Health Systems Performance. Maidenhead : Open University Press, 2005.

60. Lenaway D., Halverson P., Sotnikov S., Tilson H., Corso L., Millington W. Public health systems research: setting a national agenda. *American Journal of Public Health*. 2006. Vol. 96, No. 3. P. 410–413. DOI: 10.2105/AJPH.2004.046037.
61. Artetxe A., Sanchez E., Toro C., Sanín C., Szczerbicki E., Graña M., Posada J. Impact of reflexive ontologies in semantic clinical decision support systems. *Cybernetics and Systems*. 2013. Vol. 44, No. 2–3. P. 187–203. DOI: 10.1080/01969722.2013.762256.
62. Vaishalli G. R., Gupta A., Bhapkar A. G., Dixit A. Challenges in Healthcare Sector. *International Journal for Modern Trends in Science and Technology*. 2022. Vol. 8, No. 1. P. 43–46. DOI: 10.46501/IJMTST0801008.
63. Supportive Care ABA. Statistics on the Healthcare Industry. URL: <https://www.supportivecareaba.com/statistics/healthcare-industry> (дата звернення: 20.05.2026).
64. DocResponse. Current Issues in Healthcare. DocResponse Blog. URL: DocResponse Blog (дата звернення: 20.05.2026).
65. McGough M., Winger A., Rakshit S., Amin K. How has U.S. spending on healthcare changed over time? Health System Tracker. 2023. URL: Health System Tracker (дата звернення: 20.05.2026).
66. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Data: Historical. CMS.gov. URL: CMS.gov (дата звернення: 20.05.2026).
67. NetSuite. Revenue Leakage: What It Is and How to Prevent It. NetSuite Resource Center. URL: NetSuite Resource Center (дата звернення: 20.05.2026).
68. World Health Organization. 2021b. [Бібліографічні дані неповні].
69. World Health Organization. 2021a. [Бібліографічні дані неповні].
70. OECD. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris : OECD Publishing, 2022.
71. World Health Organization. Universal Health Coverage (UHC). Geneva : WHO, 2023.
72. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, 2015. URL: United Nations (дата звернення: 20.05.2026).

73. Eurostat. Healthcare expenditure statistics. 2023. URL: Eurostat (дата звернення: 20.05.2026).
74. European Observatory on Health Systems and Policies. Title of the Document. 2022. URL: European Observatory on Health Systems and Policies (дата звернення: 20.05.2026).
75. International Labour Organization. World Social Protection Report 2020–22: Regional Companion Report for Central and Eastern Europe and Central Asia. Geneva : ILO, 2021.
76. OECD. Population Coverage for Health Care. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2019.
77. Department of Health. Government Announces Details of the Commencement of the Provision of GP Visit Cards to Over 500,000 More People. Dublin : Department of Health of the Republic of Ireland, 2023.
78. Department of Health ; Health Service Executive ; Irish Medical Organisation. GP Agreement. Dublin : Health Service Executive, 2023.
79. Citizens Information Board. GP Visit Cards. Dublin : Citizens Information Board, 2024.
80. Department of Health. Government Announces Details of the Commencement of the Provision of GP Visit Cards to Over 500,000 More People. Dublin : Department of Health of the Republic of Ireland, 2023.
81. European Commission. Shifting Health Challenges. Brussels : European Commission, 2022.
82. Romanian Parliament. Expunere de Motive [Statement of Reasons]. Bucharest : Romanian Parliament, 2021.
83. OECD ; European Observatory on Health Systems and Policies. Croatia: Country Health Profile 2023. Paris : OECD Publishing, 2023.
84. Croatian Parliament. Parliament Amends Health Care Act, Mandatory Health Insurance Act. 2023.
85. European Observatory on Health Systems and Policies. Croatia: Health System Summary. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022.

86. OECD ; European Observatory on Health Systems and Policies. Croatia: Country Health Profile 2023. Paris : OECD Publishing, 2023.
87. Ministry of Social Affairs and Health. Wellbeing Services Counties Will Be Responsible for Organising Health, Social and Rescue Services. Helsinki : Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2023.
88. Finnish Government. Government Proposal for Health and Social Services Reform and Related Legislation Adopted by Parliament. Helsinki : Finnish Government, 2021.
89. Parliament of Austria. Sozialausschuss ebnet Weg für wesentliche Teile der angekündigten Pflegereform [Social Affairs Committee Paves the Way for Essential Parts of the Announced Care Reform]. Vienna : Parliament of Austria, 2022.
90. Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care, and Consumer Protection. Betroffene und Angehörige in der Pflege [Affected Persons and Relatives in Care]. Vienna : Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care, and Consumer Protection, 2023.
91. Federal Government of Germany. Pflegereform: Mehr Leistungen und stabile Finanzen [Long-term Care Reform: More Benefits and Stable Finances]. Berlin : Federal Government of Germany, 2023.
92. International Social Security Association. ISSA Guidelines on Administrative Solutions for Coverage Extension. Geneva : ISSA, 2022.
93. International Social Security Association. ISSA Guidelines on Service Quality. Geneva : ISSA, 2019.
94. The Human Right to Long-term Care for the Elderly: Extending the Role of Social Security Programmes. International Social Security Review. 2022. Vol. 75, No. 3–4.
95. Tessier L. Enhancing Resilience through Systems Building. Geneva : International Social Security Association, 2022.
96. Кабінет Міністрів України. Охорона здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf> (дата звернення: 20.05.2026).
97. Statista. Leading problems in healthcare systems worldwide. URL: Statista (дата звернення: 20.05.2026).

98. Ipsos. Ipsos Global Health Service Monitor. 2023. URL: Ipsos (дата звернення: 20.05.2026).
99. Фонд Інституту Легатум. Prosperity.com. URL: <https://www.prosperity.com> (дата звернення: 20.05.2026).
100. Сприйняття загрози корупції громадянами: оцінка влади та вимоги до змін під час війни. Фонд «Демократичні ініціативи». URL: https://dif.org.ua/article/spriynyattya-zagrozi-koruptsii-gromadyanami-otsinka-vladi-ta-vimogi-do-zmin-pid-chas-viyni#_Тoc145094547 (дата звернення: 20.05.2026).

Розділ 2

- Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
2. Цивільний кодекс України : Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
 3. Кримінальний кодекс України : Кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
 4. Кодекс законів про працю України : Кодекс України від 10.12.1971 № 322-VIII. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
 5. Кодекс України про адміністративні правопорушення : Кодекс України від 07.12.1984 № 8073-X. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
 6. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр#Text> (дата звернення: 20.05.2026).

7. Про донорство крові та її компонентів : Закон України від 30.09.2020 № 931-IX. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
8. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.10.2022 № 2573-IX. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
9. Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдоська конвенція) : ETS No. 164. Council of Europe. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164> (дата звернення: 20.05.2026).
10. Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку : зб. статей наук. читань, присвячених пам'яті Гладуна Зіновія Степановича / упоряд.: І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко. Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2022. 88 с.
11. Медичне право : підручник / за заг. ред. С. Б. Булеци, М. В. Менджул. Ужгород, 2021. 720 с.
12. Капітан О. Парадигма розвитку медичного права в Україні. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки. 2023. № 2(38). С. 49–56.
13. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України. Офіційний вебпортал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
14. Gostin L. O., Sridhar D., Hougendobler D. The normative authority of the World Health Organization. Public Health. 2015. Vol. 129, No. 7. P. 854–863. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.05.002.
15. Директива 2011/24/ЄС Європейського парламенту та Ради від 09.03.2011 про застосування прав пацієнтів на транскордонну медичну допомогу. Офіційний вісник Європейського Союзу. 2011. L 88. С. 45–65. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32011L0024> (дата звернення: 20.05.2026).

16. Рекомендація № R (97)17 Комітету міністрів Ради Європи державам-членам щодо розробки та впровадження систем покращення якості в охороні здоров'я (QIS) від 30.09.1997. Рада Європи. URL: <https://rm.coe.int/16807477ef> (дата звернення: 20.05.2026).
17. Рекомендація Rec(2001)13 Комітету міністрів Ради Європи державам-членам щодо розробки методології складання настанов з найкращих медичних практик від 10.10.2001. Рада Європи. URL: <https://rm.coe.int/16805e2c34> (дата звернення: 20.05.2026).
18. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 № 507. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0507282-02#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
19. Про затвердження переліку клінічних індикаторів, які підлягають моніторингу при лікуванні осіб з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом II типу : наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0310-19#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
20. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0751282-12#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
21. Маркіна А. М. Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ, 2018. 216, [3] арк.
22. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 1. С. 95–100. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2012_1_18 (дата звернення: 20.05.2026).
23. Shaw C. D., Groene O., Botje D., Sunol R., Kutryba B., Klazinga N. et al. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73

- European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2014. Vol. 26, Suppl. 1. P. 100–107. DOI: 10.1093/intqhc/mzu023.
24. Jasanoff S. *Ordering Knowledge, Ordering Society. States of Knowledge: The Co-Production of Science and Social Order* / ed. by S. Jasanoff. London : Routledge, 2004. P. 13–45.
 25. Bélanger M. The Future of International Health Legislation. *International Digest of Health Legislation*. 1989. Vol. 40. P. 1–6.
 26. Barrett S. et al. Shifting Norms in International Health Law. *ASIL Proceedings*. 2004. Vol. 98. P. 13–22.
 27. Schachter O. The Role of International Law in the United Nations. *NYLF*. 1957. Vol. 3. P. 28.
 28. Seventy-five years of global health lawmaking under the World Health Organization. *Journal of Global Health Law*. 2024. Vol. 1, No. 1. P. 26–49. Edward Elgar Publishing Ltd.
 29. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (дата звернення: 20.05.2026).
 30. Про внесення змін до деяких законів України щодо вирішення нагальних питань у сфері охорони здоров'я та соціальній сфері : Закон України від 20.06.2024 № 3728-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2024. № 31. Ст. 230. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3728-20#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
 31. Демченко І. С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Вчені записки Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського. Серія: Юридичні науки. 2019. Т. 30(69), № 6. С. 7–13. URL: https://www.juris.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/6_2019/4.pdf (дата звернення: 20.05.2026).
 32. Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Університет економіки та права «КРОК», 2023. 255 с.

33. Голубка О., Чешко Я., Вовченко О. Реалізація здоров'язбережувальної державної політики системи громадського здоров'я в умовах воєнного стану в Україні. Current trends in scientific research development : proceedings of the 7th International scientific and practical conference, Boston, USA, February 13–15, 2025. Boston : BoScience Publisher, 2025. С. 94. URL: https://www.researchgate.net/profile/Oleksandr-Koren/publication/389689445_OSOBLIVOSTI_ROSTU_TA_ROZVITKU_DERE_V'ANISTIH_ROSLIN_V_UMOVAN_ZABRUDNENNA_DOVKILLA_RADIOAKTIVNIMI_ELEMENTAMI/links/67d01816d75970006507abe7/OSOBLIVOSTI-ROSTU-TA-ROZVITKU-DEREVANISTIH-ROSLIN-V-UMOVAN-ZABRUDNENNA-DOVKILLA-RADIOAKTIVNIMI-ELEMENTAMI.pdf#page=94 (дата звернення: 20.05.2026).
34. Ткач О. В., Приймак Л. В. Парадигма системи управління якістю закладів охорони здоров'я. Підприємництво під час війни в Україні: виклики та можливості. 2023. С. 343. URL: https://kptpe.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/62/2023/12/zbirnyk_tez_2023.pdf#page=343 (дата звернення: 20.05.2026).
35. Підготовка військових психологів у системі української освіти через призму історіографії (1991–2024 рр.) : бібліогр. огляд (до 25-річчя ДНПБ України ім. В. О. Сухомлинського) / НАПН України, ДНПБ України ім. В. О. Сухомлинського ; упоряд.: Я. В. Пилипчук, О. В. Углова ; за заг. ред. М. Л. Ростока. Київ, 2024. 42 с.
36. Мерзлякова О. Л. Психологічні чинники індивідуальної і колективної стійкості та опору військовій агресії : аналітичний огляд. 2023.
37. Квасній Л., Баланда Н., Сенах П., Пецух А. Вплив війни на систему управління якістю медичних послуг. Філософія та управління. 2024. № 3–4. С. 53–61. DOI: 10.70651/3041-248X/2024.3-4.07.
38. Геглюк О. М. Характеристика законодавства у сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2024. С. 79–88.

39. Ляхович Г. І., Петрик С. М., Андрєєв Є. В. Розвиток правового механізму через формування нової системи нормативно-правового регулювання медичного туризму. Економіка, управління та адміністрування. 2024. № 2(108). С. 204–213.
40. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0751282-12> (дата звернення: 20.05.2026).
41. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. Відомості Верховної Ради України. 2012. № 9. Ст. 63. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
42. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. Офіційний вісник України. 2012. № 81. Ст. 3273. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0751282-12#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
43. Venice Commission. Observatory on Emergency Situations. Emergency Powers Observatory. URL: <https://www.venice.coe.int/files/EmergencyPowersObservatory//T04-E.htm> (дата звернення: 20.05.2026).
44. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19> (дата звернення: 20.05.2026).
45. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17> (дата звернення: 20.05.2026).
46. Про затвердження Порядку розроблення, впровадження та оновлення медичних стандартів на основі доказової медицини : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.08.2022 № 1541. Офіційний вісник України. 2022. № 77. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1202-22#Text> (дата звернення: 20.05.2026).

47. Кодекс цивільного захисту України : Закон України від 02.10.2012 № 5403-VI. Відомості Верховної Ради України. 2013. № 34–35. Ст. 458. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
48. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 № 1645-III. Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
49. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. Відомості Верховної Ради України. 1994. № 27. Ст. 218. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
50. Про основи національної безпеки України : Закон України від 19.06.2003 № 964-IV. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 39. Ст. 351. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/964-15#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
51. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Відомості Верховної Ради України. 2013. № 30. Ст. 337. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 20.05.2026).
52. World Health Organization. Health Systems Resilience in Crisis Situations. World Health Organization, 2023. URL: <https://www.who.int/health-systems-resilience> (дата звернення: 20.05.2026).
53. Всесвітня організація охорони здоров'я. Огляд надзвичайних ситуацій. URL: <https://www.who.int/emergencies/overview> (дата звернення: 20.05.2026).
54. New report measures states' emergency preparedness and recommends policy actions to strengthen the nation's readiness. PR Newswire. 2024. March 14. URL: <https://www.prnewswire.com/news-releases/new-report-measures-states-emergency-preparedness-and-recommends-policy-actions-to-strengthen-the-nations-readiness-302088026.html> (дата звернення: 20.05.2026).
55. Crisis Standards of Care. ASPR TRACIE. URL: <https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/63/crisis-standards-of-care/0> (дата звернення: 20.05.2026).
56. Проект наказу МОЗ України «Про затвердження стандарту медичної допомоги при артеріальній гіпертензії у дорослих». Міністерство охорони здоров'я

України.

URL:

https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Громадське%20обговорення/2024/10.05.2024/2024_04_23_СМД%20II.pdf (дата звернення: 20.05.2026).

57. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). EM-DAT: The International Disaster Database. Université catholique de Louvain, Brussels, Belgium. URL: <https://www.emdat.be> (дата звернення: 20.05.2026).
58. Lamberti-Castronuovo A., Valente M., Barone-Adesi F., Hubloue I., Ragazzoni L. Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and the proposal of a new framework. *Primary Health Care Research & Development*. 2022. Vol. 23. P. 1–10. DOI: 10.1016/j.pmedr.2022.101693.
59. World Health Organization. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva : World Health Organization, 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106> (дата звернення: 20.05.2026).
60. World Health Organization. International health regulations. 3rd ed. Geneva : World Health Organization, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496> (дата звернення: 20.05.2026).
61. United Nations. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. Geneva : United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2015. URL: <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030> (дата звернення: 20.05.2026).
62. United Nations Framework Convention on Climate Change. Paris Agreement. 2015. URL: <https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement> (дата звернення: 20.05.2026).
63. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva : United Nations, 2015. URL: <https://sdgs.un.org/2030agenda> (дата звернення: 20.05.2026).
64. World Health Organization. The world health report 2008: Primary health care – now more than ever. Geneva : WHO, 2008. URL:

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734> (дата звернення: 20.05.2026).
65. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever. Geneva : World Health Organization, 2008. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734> (дата звернення: 20.05.2026).
 66. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. Hospitals Safe from Disasters: Reduce Risk, Protect Health Facilities, Save Lives. Geneva : United Nations, 2009. URL: <https://www.who.int/hac/techguidance/safehospitals> (дата звернення: 20.05.2026).
 67. Rawaf S. Primary Health Care: Closing the Gap between Public Health and Primary Care through Integration. Technical Series on Primary Health Care. Geneva : World Health Organization, 2018. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf> (дата звернення: 20.05.2026).
 68. Kouadio I. K., Aljunid S., Kamigaki T., Hammad K., Oshitani H. Infectious diseases following natural disasters: Prevention and control measures. Expert Review of Anti-infective Therapy. 2012. Vol. 10, No. 1. P. 95–104. DOI: 10.1586/eri.11.155.
 69. Tomizuka T., Kanatani Y., Kawahara K. Insufficient preparedness of primary care practices for pandemic influenza and the effect of a preparedness plan in Japan: A prefecture-wide cross-sectional study. BMC Family Practice. 2013. Vol. 14. Article 1. DOI: 10.1186/1471-2296-14-1.
 70. World Health Organization. Primary health care and health emergencies. Geneva : World Health Organization, 2018.
 71. Guha-Sapir D., Vos F., Below R., Ponserre S. Annual Disaster Statistical Review 2011: The Numbers and Trends. Brussels : Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Université catholique de Louvain, 2012. URL: https://cred.be/sites/default/files/ADSR_2011.pdf (дата звернення: 20.05.2026).
 72. Albanese J., Birnbaum M., Cannon C., Cappiello J., Chapman E., Paturas J. et al. Fostering disaster resilient communities across the globe through the incorporation of safe and resilient hospitals for community-integrated disaster responses. Prehospital

- and Disaster Medicine. 2008. Vol. 23, No. 5. P. 385–390. DOI: 10.1017/S1049023X00006140.
73. Nejadshafiee M., Nekoei-Moghadam M., Bahaadinbeigy K., Khankeh H., Sheikhbardsiri H. Providing telenursing care for victims: a simulated study for introducing of possibility nursing interventions in disasters. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2022. Vol. 22, No. 1. Article 54. DOI: 10.1186/s12911-022-01771-7.
 74. Zhong S., Clark M., Hou X.-Y., Zang Y., FitzGerald G. Validation of a framework for measuring hospital disaster resilience using factor analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2014. Vol. 11, No. 6. P. 6335–6353. DOI: 10.3390/ijerph110606335.
 75. Sauer L. M., McCarthy M. L., Knebel A., Brewster P. Major influences on hospital emergency management and disaster preparedness. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2009. Vol. 3, Suppl. 1. P. S68–S73. DOI: 10.1097/DMP.0b013e3181bbbd0a.
 76. Iman E., Hosseini Teshnizi S., Tafrihi M., Alavi A., Jafari A., Badri S. et al. Nurses knowledge about crisis management and its related factors. Journal of Health Care. 2011. Vol. 13, No. 4. Сторінки не вказані.
 77. Kaviani F., Aliakbari F., Sheikhbardsiri H., Arbon P. Nursing students' competency to attend disaster situations: a study in western Iran. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2022. Vol. 16, No. 5. P. 2044–2048. DOI: 10.1017/dmp.2021.303.
 78. Ahesteh H., Rouhollahei M., Jalali Farahani A., Bagheri H., Salesi M., Samadinia H. et al. Assessment the resilience of the healthcare network in accidents and chemical crises. Journal of Military Medicine. 2020. Vol. 22, No. 7. P. 747–759.
 79. Seyghalani Talab F., Ahadinezhad B., Khosravizadeh O. Investigating the Organizational Resilience of Hospitals During Emergencies and Disasters: A Comprehensive Review of the Components. Health in Emergencies and Disasters Quarterly. 2024. Vol. 9, No. 3. P. 159–172.

80. Zhong S., Clark M., Hou X.-Y., Zang Y.-L., FitzGerald G. Development of hospital disaster resilience: conceptual framework and potential measurement. *Emergency Medicine Journal*. 2014. Vol. 31, No. 11. P. 930–938.
81. Olu O. Resilient health system as conceptual framework for strengthening public health disaster risk management: an African viewpoint. *Frontiers in Public Health*. 2017. Vol. 5. Article 263. DOI: 10.3389/fpubh.2017.00263.
82. Tahernejad S., Ghaffari S., Ariza-Montes A., Wesemann U., Farahmandnia H., Sahebi A. Post-traumatic stress disorder in medical workers involved in earthquake response: a systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2023. Vol. 9, No. 1. Article e12777. DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e12777.
83. Hosseini S., Barker K. A Bayesian network model for resilience-based supplier selection. *International Journal of Production Economics*. 2016. Vol. 180. P. 68–87. DOI: 10.1016/j.ijpe.2016.06.011.
84. Khademipour G., Nakhaee N., Anari S. M. S., Sadeghi M., Ebrahimnejad H., Sheikhbardsiri H. Crowd simulations and determining the critical density point of emergency situations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2017. Vol. 11, No. 6. P. 674–680. DOI: 10.1017/dmp.2016.187.
85. Cimellaro G. P., Malavisi M., Mahin S. A. Factor analysis to evaluate hospital resilience. *ASCE-ASME Journal of Risk and Uncertainty in Engineering Systems, Part A: Civil Engineering*. 2018. Vol. 4, No. 1. Article 04018002. DOI: 10.1061/AJRUA6.0000966.
86. Jolgehnejad A. K., Kahnali R. A., Heyrani A. Factors influencing hospital resilience. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2021. Vol. 15, No. 5. P. 661–668. DOI: 10.1017/dmp.2020.133.
87. Zaboli R., Seyedin H., Nasiri A., Malmoon Z. Standardization and validation of organizational resilience tools in military hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2022. Vol. 22, No. 7. P. 719–727.
88. Ali H. M., Desha C., Ranse J., Roiko A. Planning and assessment approaches towards disaster resilient hospitals: a systematic literature review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2021. Vol. 61. Article 102319.

89. Verheul M. L., Dückers M. L. Defining and operationalizing disaster preparedness in hospitals: a systematic literature review. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2020. Vol. 35, No. 1. P. 61–68.
90. Pishnamazzadeh M., Sepehri M. M., Ostadi B. An assessment model for hospital resilience according to the simultaneous consideration of key performance indicators: a system dynamics approach. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2020. Vol. 20. Article 100118.
91. Aiello A., Young-Eun Khayeri M., Raja S., Peladeau N., Romano D., Leszcz M. et al. Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2011. Vol. 31, No. 1. P. 15–20.
92. Zhong S., Clark M., Hou X. Y., Zang Y., FitzGerald G. Validation of a framework for measuring hospital disaster resilience using factor analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014. Vol. 11, No. 6. P. 6335–6353. DOI: 10.3390/ijerph110606335.
93. Sauer L. M., McCarthy M. L., Knebel A., Brewster P. Major influences on hospital emergency management and disaster preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2009. Vol. 3, Suppl. 2. P. S68–S73. DOI: 10.1097/DMP.0b013e31819ef060.
94. Ahesteh H., Rouhollahei M., Jalali Farahani A. Assessment the resilience of the healthcare network in accidents and chemical crises. *Journal of Military Medicine*. 2020. Vol. 22, No. 7. P. 747–759. DOI: 10.30491/JMM.22.7.9.
95. Zhong S., Clark M., Hou X. Y., Zang Y. L., Fitzgerald G. Development of hospital disaster resilience: Conceptual framework and potential measurement. *Emergency Medicine Journal*. 2014. Vol. 31, No. 11. P. 930–938. DOI: 10.1136/emmermed-2012-202282.
96. Svata V. System view of business continuity management. *Journal of Systems Integration*. 2013. Vol. 4, No. 2. P. 19–35. DOI: 10.20470/jsi.v4i2.126.
97. Azadeh A., Fam I. M., Nouri J., Azadeh M. A. Integrated health, safety, environment and ergonomics management system (HSEE-MS): An efficient substitution for

- conventional HSE-MS. *Journal of Scientific & Industrial Research*. 2008. Vol. 67. P. 403–411. URL: https://www.niscair.res.in/sciencecommunication/researchjournals/rejour/jsir/jsir2k8/jsir_june08.asp (дата звернення: 20.05.2026).
98. Aiello A., Khayeri M. Y., Raja S., Peladeau N., Romano D., Leszcz M. et al. Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2011. Vol. 31, No. 1. P. 15–20. DOI: 10.1002/chp.20096.
 99. El Sayed M., Chami A. F., Hitti E. Developing a hospital disaster preparedness plan for mass casualty incidents: Lessons learned from the downtown Beirut bombing. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2018. Vol. 12, No. 3. P. 379–385. DOI: 10.1017/dmp.2017.83.
 100. Zhong S., Clark M., Hou X. Y., Zang Y., FitzGerald G. Validation of a framework for measuring hospital disaster resilience using factor analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014. Vol. 11, No. 6. P. 6335–6353. DOI: 10.3390/ijerph110606335.
 101. Blanchet K., Nam S. L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017. Vol. 6, No. 8. P. 431–435. DOI: 10.15171/ijhpm.2017.36.
 102. Fallah-Aliabadi S., Ostadtaghizadeh A., Fatemi F., Ardalan A., Rezaei E., Raadabadi M. et al. Hospital disaster resilience: Development of an assessment tool using expert panel and fuzzy analytical network process. *International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment*. 2022. Vol. 13, No. 5. P. 554–567. DOI: 10.1108/IJDRBE-11-2020-0119.
 103. Shirali G. A., Azadian Sh., Saki A. A new framework for assessing hospital crisis management based on resilience engineering approach. *Work*. 2016. Vol. 54, No. 2. P. 435–444. DOI: 10.3233/WOR-162329.

1. Kruk M. E., Myers M., Varpilah S. T., Dahn B. T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015. Vol. 385, № 9980. P. 1910–1912. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
2. Bayntun C. A health system approach to all-hazards disaster management: a systematic review. *PLoS Curr*. 2012. Vol. 4. e50081cad5861d. DOI: 10.1371/50081cad5861d.
3. Bayntun C., Rockenschaub G., Murray V. Developing a health system approach to disaster management: a qualitative analysis of the core literature to complement the WHO Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. *PLoS Curr*. 2012. Vol. 4. e5028b6037259a. DOI: 10.1371/5028b6037259a.
4. Mohtady Ali H., Desha C., Ranse J., Roiko A. Planning and assessment approaches towards disaster resilient hospitals: a systematic literature review. *Int J Disaster Risk Reduct*. 2021. Vol. 61. Article 102319. DOI: 10.1016/j.ijdr.2021.102319.
5. World Health Organization. WHO Guidance for Climate Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities [Электронный ресурс]. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335909>.
6. Ridde V., Gautier L., Dagenais C., Chabrol F., Hou R., Bonnet E., et al. Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Res Policy and Sys*. 2021. Vol. 19. Article 76. DOI: 10.1186/s12961-021-00707-z.
7. Stennett J., Hou R., Traverson L., Ridde V., Zinszer K., Chabrol F. Lessons learned from the resilience of Chinese hospitals to the COVID-19 pandemic: a scoping review. *medRxiv*. 2021. DOI: 10.2196/preprints.31272.
8. Fallah-Aliabadi S., Ostadtaghizadeh A., Ardalan A., Fatemi F., Khazai B., Mirjalili M. R. Towards developing a model for the evaluation of hospital disaster resilience: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2020. Vol. 20. Article 64. DOI: 10.1186/s12913-020-4915-2.

9. Kruk M. E., Myers M., Varpilah S. T., Dahn B. T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015. Vol. 385. P. 1910–1912. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
10. Nuzzo J. B., Meyer D., Snyder M., Ravi S. J., Lapascu A., Souleles J., et al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19. Article 1310. DOI: 10.1186/s12889-019-7707-z.
11. Foroughi Z., Ebrahimi P., Aryankhesal A., Maleki M., Yazdani S. Toward a theory-led meta-framework for implementing health system resilience analysis studies: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMC Public Health*. 2022. Vol. 22. Article 287. DOI: 10.1186/s12889-022-12496-3.
12. Thomas S., Sagan A., Larkin J., Cylus J., Figueras J., Karanikolos M. Strengthening Health Systems Resilience: Key Concepts and Strategies. Copenhagen (Denmark) : European Observatory on Health Systems and Policies, 2020.
13. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Strengthening hospital resilience in the Eastern Mediterranean Region: a policy paper on facility-level preparedness. Cairo, Egypt : WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2022.
14. Marsh McLennan Agency. Healthcare Risk Report [Электронный ресурс]. Marsh McLennan Agency. 2025. URL: https://www.marshmma.com/us/insights/details/healthcare-risk-report.html?utm_source=google-ads&utm_medium=paid&utm_term=ntl&utm_content=healthcarerisk&utm_campaign=ntl-healthcare-risk-googlelead-2025.
15. World Health Organization. WHO Guidance for Climate Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities [Электронный ресурс]. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335909>.

- 16.WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Strengthening hospital resilience in the Eastern Mediterranean Region: a policy paper on facility-level preparedness. Cairo, Egypt : WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2022.
- 17.Wiig S., Aase K., Billett S., Canfield C., Røise O., Njå O., et al. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. BMC Health Serv Res. 2020. Vol. 20. Article 330. DOI: 10.1186/s12913-020-05224-3.
- 18.Mohtady Ali H., Desha C., Ranse J., Roiko A. Planning and assessment approaches towards disaster resilient hospitals: a systematic literature review. Int J Disaster Risk Reduct. 2021. Vol. 61. Article 102319. DOI: 10.1016/j.ijdr.2021.102319.
- 19.Samsuddin N., Takim R., Nawawi A. Human behaviour and resilience hospital. Asian J Behaviou Stud. 2016. Vol. 18. Article 2. DOI: 10.21834/ajbes.v2i5.46.
- 20.Ravaghi H., Khalil M. Lessons Learned from Hospitals Responses Combating COVID-19 in the Eastern Mediterreanean Region. AUPHA Annual Conference 2021. 2021. URL: <http://annualmeeting.aupha.org/annualmeeting/virtualschedule/sessiondescription#buildingthe>.
- 21.Abdi Z., Lega F., Ebeid N., Ravaghi H. Role of hospital leadership in combating the COVID-19 pandemic. Health Serv Manage Res. 2021. Vol. 4. Article 9514848211035620. DOI: 10.1177/09514848211035620.
- 22.WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Strengthening hospital resilience in the Eastern Mediterranean Region: a policy paper on facility-level preparedness. Cairo, Egypt : WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2022.
- 23.Labarda C., Labarda M. D. P., Lamberte E. E. Hospital resilience in the aftermath of Typhoon Haiyan in the Philippines. Disas Prevent Manag Int J. 2017. Vol. 26. P. 424–436. DOI: 10.1108/DPM-02-2017-0025.

- 24.Hassan E. M., Mahmoud H. Full functionality and recovery assessment framework for a hospital subjected to a scenario earthquake event. *Engineer Struct.* 2019. Vol. 188. P. 165–177. DOI: 10.1016/j.engstruct.2019.03.008.
- 25.Moitinho de Almeida M., van Loenhout J. A. F., Singh Thapa S., Kumar K. C., Prakash Mahara D., Guha-Sapir D., et al. Hospital resilience after the 2015 earthquake in Nepal: results from semi-structured interviews with hospital staff. *Front Public Health.* 2021. Vol. 9. Article 97. DOI: 10.3389/fpubh.2021.602509.
- 26.Yin S., Chong C. Y., Ng K. C., Lee K. P. Resilience engineering in practice: Reflecting on a pediatric hospital's preparation for unknown coronavirus outbreak. *J Hospital Admin.* 2020. Vol. 9. Article 1. DOI: 10.5430/jha.v9n6p1.
- 27.Hanefeld J., Mayhew S., Legido-Quigley H., Martineau F., Karanikolos M., Blanchet K., et al. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy Plan.* 2018. Vol. 33. P. 355–367. DOI: 10.1093/heapol/czx183.
- 28.Wiig S., Aase K., Billett S., Canfield C., Røise O., Njå O., et al. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Serv Res.* 2020. Vol. 20. Article 330. DOI: 10.1186/s12913-020-05224-3.
- 29.World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106> (дата звернення: 27.07.2021).
- 30.Khademi Jolgehnejad A., Ahmadi Kahnali R., Heyrani Al. Factors influencing hospital resilience disaster. *Med Public Health Prep.* 2020. Vol. 16. P. 1–8. DOI: 10.1017/dmp.2020.112.
- 31.Ravaghi H., Naidoo V., Mataria A., Khalil M. Hospitals early challenges and interventions combatting COVID-19 in the Eastern Mediterranean Region. *PLOS ONE.* 2022. Vol. 17. Article e0268386. DOI: 10.1371/journal.pone.0268386.
- 32.Tjoflåt I., Hansen B. S. Building resilience in humanitarian hospital programs during protracted conflicts: opportunities and limitations. *Exploring Resilience: A*

Scientific Journey from Practice to Theory / ed. by S. Wiig, B. Fahlbruch. Cham : Springer International Publishing, 2019.

33. Khalil M., Ravaghi H., Mataria A. Building resilient hospitals in the eastern Mediterranean Region: lessons from the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2022. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-008754.
34. World Health Organization. WHO Guidance for Climate Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities [Электронный ресурс]. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335909>.
35. Cristian B. Hospital resilience: a recent concept in disaster preparedness. *J Crit Care Med (Targu Mures)*. 2018. Vol. 4. P. 81–82. DOI: 10.2478/jccm-2018-0016.
36. World Health Organization. WHO Guidance for Climate Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities [Электронный ресурс]. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335909>.
37. Cristian B. Hospital resilience: a recent concept in disaster preparedness. *J Crit Care Med (Targu Mures)*. 2018. Vol. 4. P. 81–82. DOI: 10.2478/jccm-2018-0016.
38. Dowlati M., Seyedin H., Moslehi S. Hospital preparedness measures for biological hazards: a systematic review and meta-synthesis. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020. Vol. 27. P. 1–14. DOI: 10.1017/dmp.2020.132.
39. Arab M. A., Khankeh H. R., Mosadeghrad A. M., Farrokhi M. Developing a hospital disaster risk management evaluation model. *RMHP*. 2019. Vol. 12. P. 287–296. DOI: 10.2147/RMHP.S215444.
40. Ghanaatpisheh E., Khankeh H., Masoumi G. Challenges for Hospital Resilience in Emergencies and Disasters: A Qualitative Study in Iran. *JCDR*. 2019. URL: https://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2019&volume=13&issue=9&page=LC01&issn=0973-709x&id=13120 (дата звернення: 23.01.2022).

41. Khalil M., Ravaghi H., Mataria A. Building resilient hospitals in the eastern Mediterranean Region: lessons from the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2022. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-008754.
42. WHO EMRO. Hospitals Emergency Preparedness and Response to Infectious Disease Outbreaks (HEPRIDO). Cairo, Egypt : HEPRIDO.
43. Stennett J., Hou R., Traverson L., Ridde V., Zinszer K., Chabrol F. Lessons learned from the resilience of Chinese hospitals to the COVID-19 pandemic: a scoping review. *medRxiv*. 2021. DOI: 10.2196/preprints.31272.
44. Foroughi Z., Ebrahimi P., Aryankhesal A., Maleki M., Yazdani S. Toward a theory-led meta-framework for implementing health system resilience analysis studies: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMC Public Health*. 2022. Vol. 22. Article 287. DOI: 10.1186/s12889-022-12496-3.
45. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005. Vol. 83, № 4. P. 691–729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.
46. World Health Organization; Pan American Health Organization. Hospital Safety Index: Guide for Evaluators (Second edition) [Електронний ресурс]. Geneva : WHO, 2015. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/258966>.
47. ANTS. Медицина в умовах війни: які виклики треба подолати системі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. Аналітичний центр Мережі захисту національних інтересів «ANTS». 2023. URL: <https://ants.org.ua/medycyna-v-umovah-vijny-yaki-vyklyky-treba-podolaty-systemi-ohorony-zdorovya/>.
48. Інтеграція системи організації медичного забезпечення Територіальної оборони Збройних Сил України в єдиний ... *Customs and Administration*. 2023. № 3. URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2023/3/9.pdf>.
49. Правове регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я під час війни: виклики сьогодення : матеріали VI Міжнародного медико-правового форуму (25 листопада 2022 р.) [Електронний ресурс]. URL: https://ivpz.kh.ua/wp-content/uploads/2023/01/VI_Медико-прав-форум_25-11-22.pdf.

50. Національна служба здоров'я України. Щорічний звіт за 2023 рік [Електронний ресурс]. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/report-2023-ua-web-1-1.pdf>.
51. Національна служба здоров'я України. Щорічний звіт НСЗУ за 2024 рік [Електронний ресурс]. 2024. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-nszu-2024-final-2.pdf>.
52. Carrington M. A., Ranse J., Hammad K. The impact of disasters on emergency department resources: Review against the Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. *Australasian Emergency Care*. 2021. Vol. 24, № 1. P. 55–60. DOI: 10.1016/j.auec.2020.09.003.
53. Bazyar J., Alimoradi S., Seydi M., Pourvakhshoori N., Sadeghifar J. Coronavirus disease-2019 risk management using strengths, weaknesses, opportunities, threats analysis approach in the health system: A qualitative multimethod study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021. Vol. 10. Article 453. DOI: 10.4103/jehp.jehp_880_20.
54. Zaboli R., Seyedin H., Nasiri A., Malmoon Z. Standardization and validation of organizational resilience tools in military hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2022. Vol. 22, № 7. P. 719–727. DOI: 10.30491/JMM.22.7.6.
55. Sunindijo R. Y., Lestari F., Wijaya O. Hospital safety index: Assessing the readiness and resiliency of hospitals in Indonesia. *Facilities*. 2020. Vol. 38, № 1/2. P. 39–51. DOI: 10.1108/F-12-2018-0149.
56. Fallah-Aliabadi S., Ostadtaghizadeh A., Fatemi F., Ardalan A., Rezaei E., Raadabadi M., et al. Towards developing a model for the evaluation of hospital disaster resilience: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20. Article 846. DOI: 10.1186/s12913-020-05920-4.
57. Fallah-Aliabadi S., Ostadtaghizadeh A., Fatemi F., Ardalan A., Rezaei E., Raadabadi M., et al. Towards developing a model for the evaluation of hospital disaster resilience: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20. Article 846. DOI: 10.1186/s12913-020-05920-4.

- 58.Lamberti-Castronuovo et al. Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and the proposal of a new framework. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2022. DOI: 10.1016/j.ijdr.2022.103278.
- 59.De Buck et al. Hospital disaster preparedness in sub-Saharan Africa: A systematic review of the literature. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2021. DOI: 10.1017/S1049023X21000688.
- 60.World Health Organization. Health system resilience in the context of COVID-19 and other emergencies: Lessons from 20 countries [Электронный ресурс]. 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075269>.
- 61.Singh et al. Organizational resilience in hospitals during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Journal of Healthcare Leadership*. 2021. DOI: 10.2147/JHL.S321348.
- 62.Park et al. Resilience and transformation: the adaptive response of healthcare institutions to the COVID-19 pandemic. *Health Policy and Planning*. 2022. DOI: 10.1093/heapol/czac016.
- 63.Kruk et al. Framework for health system resilience in fragile and conflict-affected states. *Health Systems & Reform*. 2020. DOI: 10.1080/23288604.2020.1794517.
- 64.Nejadshafiee M., et al. Providing telenursing care for victims: a simulated study for introducing of possibility nursing interventions in disasters. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2022. Vol. 22, № 1. Article 54. DOI: 10.1186/s12911-022-01753-2.
- 65.Kaviani F., et al. Nursing students' competency to attend disaster situations: a study in western Iran. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2022. Vol. 16, № 5. P. 2044–2048. DOI: 10.1017/dmp.2021.227.
- 66.Ahesteh H., et al. Assessment the resilience of the healthcare network in accidents and chemical crises. *Journal of Military Medicine*. 2020.
- 67.Seyghalani Talab F., et al. Investigating the organizational resilience of hospitals during emergencies and disasters: A comprehensive review of the components. *Health Emergencies and Disasters Quarterly*. 2024.

- 68.Tahernejad S., et al. Post-traumatic stress disorder in medical workers involved in earthquake response: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2023. Vol. 9, № 1. Article e12405. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e12405.
- 69.Zaboli R., et al. Standardization and validation of organizational resilience tools in military hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2022. URL: <https://militarymedj.ir/article-1-3375-en.html>.
- 70.Ali H. M., et al. Planning and assessment approaches towards disaster resilient hospitals: A systematic literature review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2021. Vol. 63. Article 102319. DOI: 10.1016/j.ijdrr.2021.102319.
- 71.Verheul M. L., Dückers M. L. Defining and operationalizing disaster preparedness in hospitals: A systematic literature review. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2020. Vol. 35, № 4. P. 398–406. DOI: 10.1017/S1049023X1900521X.
- 72.Pishnamazzadeh M., et al. An assessment model for hospital resilience according to the simultaneous consideration of key performance indicators: A system dynamics approach. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2020. Vol. 21. Article 100118. DOI: 10.1016/j.pcorn.2020.100118.
- 73.Luke J., Franklin R., Aitken P., Dyson J. Safer hospital infrastructure assessments for socio-natural disaster – A scoping review. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2021. Vol. 36, № 4. P. 472–480. DOI: 10.1017/S1049023X21000758.
- 74.Fallah-Aliabadi S., et al. Towards developing a model for the evaluation of hospital disaster resilience: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20. Article 64. DOI: 10.1186/s12913-020-05920-4.
- 75.Shahverdi B., et al. Assessing hospital system resilience to disaster events involving physical damage and demand surge. *Socio-Economic Planning Sciences*. 2020. Vol. 70. Article 100729. DOI: 10.1016/j.seps.2019.100729.
- 76.Ardakani E. S., et al. Resilient transformation of healthcare systems through alternative resources during COVID-19. *Omega*. 2023. Vol. 117. Article 102750. DOI: 10.1016/j.omega.2022.102750.

77. Bazyar J., et al. COVID-19 risk management using SWOT analysis in the health system. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021. Vol. 10. Article 393. DOI: 10.4103/jehp.jehp_880_20.
78. Darberazi A., et al. Designing a comprehensive model of hospital resilience in the face of COVID-19. *Journal of Health Administration*. 2020.
79. Donelli C. C., et al. Disruptive crisis management: Lessons from managing a hospital during the COVID-19 pandemic. *Management Decision*. 2022. Vol. 60, № 6. P. 1561–1581. DOI: 10.1108/MD-02-2021-0239.
80. Шевчук Р. В. Сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2023.
81. Novikov F., Vervejko I., Saranov V., Rogov A., Smiley D., Sidorenko D., Dorosh V., Kereselidze G., Ivanov V., Dvorskij P., Roschin G., Kryliuk V., Pechiborshch V., Blyzniuk M., Moroz Y., Slychko I., Mazurenko O., Kuzmin V., Sinelnik S. Міжвідомча цивільно-військова уніфікація екстреної медичної допомоги відповідно до реформування системи охорони здоров'я України (аналітичний огляд літератури). *Медицина невідкладних станів*. 2020. Т. 16, № 4. С. 39–55. DOI: 10.22141/2224-0586.16.4.2020.207931.
82. Шостак Л. Генеза системи медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 6.
83. Герілович А., Скапа О., Фабіш А., Кошалко О., Романько М., Гілвидіс Д., Рабінович П. Огляд інструментів оцінювання готовності систем охорони громадського здоров'я до надзвичайних ситуацій. *One Health Journal*. 2023. № 1(III). С. 42–55. DOI: 10.31073/onehealthjournal2023-III-06.
84. Ширіна. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я : Doctoral dissertation, НУОЗ України ім. П. Л. Шупика [Електронний ресурс]. 2021. URL: https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/Dr_Shirina.pdf.

- 85.Савченко О. Р., Машта Н. О., Поліщук О. Ю. Особливості менеджменту організації, їх адаптивної політики в умовах змін. Менеджмент і підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. 2022. DOI: 10.32782/mer.2022.95-96.08.
- 86.Яковчук Р., Лоїк В., Синельников О., Ковальчук В., Поліщук В. Обґрунтування моделі механізму цивільного захисту організації північноатлантичного договору та його активації в умовах особливого періоду в Україні. Науковий вісник: Державне управління. 2022. № 2(12). С. 165–181.
- 87.Волянський О. П. Публічне управління медичним реагуванням на надзвичайні ситуації в Україні: проблеми і перспективи. Інвестиції: практика та досвід. 2024. URL: <https://www.nauka.com.ua/index.php/investplan/article/view/4324>.
- 88.Шостак Л. Генеза системи медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2023. № 6.
- 89.Брухно Р. П., Науменко О. М., Яворовський О. П., Яворовська О. О., Риган М. М., Іванько О. В. Оцінка стійкості та безпеки закладів охорони здоров'я України в умовах надзвичайних ситуацій. Український журнал військової медицини. 2025. Т. 6, № 1. С. 26–34. DOI: 10.46847/ujmm.2025.1(6)-026.

ДОДАТОК А

Таблиця А.1 - Резюме досліджень, включених до аналізу

№	Назва публікації	Автори / Рік	Джерело	Мета	Методологія
1	The impact of disasters on emergency department resources: Review against the Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030 [52]	Carrington et al.,(2021)	Australasian Emergency Care, 24(1), 55–60	Оцінка впливу катастроф на ресурси відділень невідкладної допомоги в контексті Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030	Огляд літератури, аналіз впливу катастроф на систему екстреної медичної допомоги в контексті міжнародних стандартів
2	Coronavirus disease-2019 risk management using strengths, weaknesses, opportunities, threats analysis approach in the health system: A qualitative multimethod study [53]	Bazyar J et al., 2021	Journal of Education and Health Promotion, 10, 453	Аналіз управління ризиками COVID-19 за допомогою SWOT-методу	Якісне мультиметодне дослідження
3	Standardization and validation of organizational resilience tools in military hospitals [54]	Zaboli R et al., 2022	Journal of Military Medicine	Стандартизація та валідація інструментів оцінки організаційної стійкості в умовах військових госпіталів	Валідація та стандартизація інструментів через експертні оцінки та статистичний аналіз
4	Індекс безпеки лікарень: Оцінка готовності та стійкості лікарень в Індонезії [55]	Sunindijo, R. Y., Lestari, F., & Wijaya, O. (2020)	Facilities, 38(1/2), 39–51	Оцінка готовності та стійкості лікарень в Індонезії за допомогою індексу безпеки лікарень	Оцінка через індекс безпеки лікарень на основі даних опитувань та статистичних показників
5	Towards developing a model for the evaluation of hospital	Fallah-Aliabadi S et al., 2020	BMC Health Serv Res	Розробка моделі оцінювання	Систематичний огляд

	disaster resilience: a systematic review [56]			стійкості лікарень до катастроф	
6	Hospital disaster resilience: Development of an assessment tool using expert panel and fuzzy analytical network process [57]	Fallah-Aliabadi, S., Ostadtaghizadeh, A., Fatemi, F., Ardalan, A., Rezaei, E., Raadabadi, M., et al. (2022)	International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment, 13(5), 554–567.	Розробка інструменту для оцінки стійкості лікарень до катастроф	Методи експертної панелі та аналітичної мережевої процесії
7	Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and the proposal of a new framework [58]	Lamberti-Castronuovo et al., 2022	International Journal of Disaster Risk Reduction	Огляд готовності системи ПМД до катастроф та запропонована нова концептуальна основа	Огляд літератури
8	Hospital disaster preparedness in sub-Saharan Africa: A systematic review of the literature [59]	De Buck et al., 2021	Prehospital and Disaster Medicine	Систематичний огляд підготовки лікарень до катастроф в Африці	Систематичний огляд
9	Health system resilience in the context of COVID-19 and other emergencies: Lessons from 20 countries [60]	WHO, 2023	World Health Organization Report	Аналіз уроків стійкості систем охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій у 20 країнах	Оглядовий звіт ВООЗ
10	Organizational resilience in hospitals during the COVID-19 pandemic: A narrative review [61]	Singh et al., 2021	Journal of Healthcare Leadership	Огляд підходів до організаційної стійкості лікарень під час пандемії COVID-19	Наративний огляд
11	Resilience and transformation: the adaptive response of healthcare institutions to the COVID-19 pandemic [62]	Park et al., 2022	Health Policy and Planning	Аналіз адаптивних відповідей систем охорони здоров'я під час пандемії	Якісне дослідження
12	Framework for health system resilience in fragile and conflict-affected states [63]	Kruk et al., 2020	Health Systems & Reform	Розробка концептуальної рамки стійкості системи охорони здоров'я в умовах конфлікту	Аналітична рамка
13	Providing telenursing care for victims: a simulated study for introducing of possibility nursing interventions in disasters [64]	Nejadshafiee M. et al., 2022	BMC Medical Informatics and Decision Making	Дослідити можливість впровадження телеконсультацій для медсестер у надзвичайних ситуаціях	Симуляційне дослідження
14	Nursing students' competency to attend	Kaviani F. et al., 2022	Disaster Medicine and Public Health Preparedness	Оцінити рівень компетентності студентів-	Описове кількісне дослідження

	disaster situations: a study in western Iran [65]			медсестер до реагування на катастрофи	
15	Assessment the resilience of the healthcare network in accidents and chemical crises [66]	Ahesteh H. et al., 2020	Journal of Military Medicine	Оцінити стійкість медичної мережі в умовах аварій і хімічних криз	Аналіз за індикаторами стійкості
16	Investigating the Organizational Resilience of hospitals during emergencies and disasters: a Comprehensive Review of the components [67]	Seyghalani Talab F. et al., 2024	Health Emergencies and Disasters Quarterly	Комплексний огляд компонентів організаційної стійкості лікарень у надзвичайних ситуаціях	Систематичний огляд
17	Post-traumatic stress disorder in medical workers involved in earthquake response: a systematic review and meta-analysis [68]	Tahernejad S et al., 2023	Heliyon	Систематичний огляд ПТСР серед медичних працівників, які брали участь у ліквідації наслідків землетрусів	Систематичний огляд та мета-аналіз
18	Standardization and validation of organizational resilience tools in military hospitals [69]	Zaboli R et al., 2022	Journal of Military Medicine	Стандартизація та валідація інструментів оцінки стійкості в умовах військових госпіталів	Розробка і психометричне тестування
19	Planning and assessment approaches towards disaster resilient hospitals: a systematic literature review [70]	Ali HM et al., 2021	Int J Disaster Risk Reduct	Огляд підходів до планування та оцінки лікарень, стійких до катастроф	Систематичний огляд
20	Defining and operationalizing disaster preparedness in hospitals: a systematic literature review [71]	Verheul ML, Dückers ML, 2020	Prehosp Disaster Med	Операціоналізація та визначення поняття готовності лікарень до катастроф	Систематичний огляд
21	An assessment model for hospital resilience according to the simultaneous consideration of key performance indicators: a system dynamics approach [72]	Pishnamazzadeh M et al., 2020	Perioperative Care Operating Room Manage	Розробка моделі оцінки стійкості лікарень на основі KPI з використанням системної динаміки	Моделювання системної динаміки
22	Safer hospital infrastructure assessments for socio-natural disaster— a scoping review [73]	Luke J, Franklin R, Aitken P, Dyson J. (2021)	Prehosp Disaster Med	Оцінка безпечності інфраструктури лікарень у контексті соціо-природних катастроф	Scoping review
23	Towards developing a model for the evaluation of hospital disaster resilience: a systematic review [74]	Fallah-Aliabadi S et al., 2020	BMC Health Serv Res	Розробка моделі оцінювання стійкості лікарень до катастроф	Систематичний огляд

24	Assessing hospital system resilience to disaster events involving physical damage and demand surge [75]	Shahverdi B et al., 2020	Socio-Economic Planning Sciences	Оцінка стійкості лікарняної системи до фізичних пошкоджень та навантажень	Моделювання
25	Resilient transformation of healthcare systems through alternative resources during COVID-19 [76]	Ardakani ES et al., 2023	Omega	Аналіз трансформації систем охорони здоров'я через альтернативні ресурси під час COVID-19	Аналітичне дослідження
26	COVID-19 risk management using SWOT analysis in the health system [77]	Bazyar, J., et al. (2021)	Journal of Education and Health Promotion, 10, 393.	Ідентифікації сильних та слабких сторін, можливостей і загроз для системи охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 та наданні рекомендацій щодо вдосконалення управлінських стратегій для підвищення стійкості охорони здоров'я.	Аналіз існуючих даних, огляд наукової літератури та практичних кейсів, що стосуються управління ризиками в умовах пандемії.
27	Designing a comprehensive model of hospital resilience in the face of COVID-19 [78]	Darberazi A et al., 2020	J Health Adm	Розробка моделі стійкості лікарень до COVID-19	Моделювання, системний аналіз
28	Disruptive crisis management: lessons from managing a hospital during the COVID-19 pandemic [79]	Donelli CC et al., 2022	Management Decision	Вивчення досвіду кризового управління лікарнею під час пандемії	Кейс-стаді
29	Сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні [80]	Шевчук Р. В., 2023	Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління	Аналіз сучасного стану публічного управління у сфері охорони	Аналіз нормативно-правових актів, статистики та практик публічного адміністрування

				здоров'я в Україні	
30	Міжвідомча цивільно-військова уніфікація екстреної медичної допомоги відповідно до реформування системи охорони здоров'я України (аналітичний огляд літератури) [81]	Novikov F. et al., 2020	Emergency medicine, № 16 (4)	Огляд інтеграції цивільної та військової медичної допомоги в контексті реформи системи охорони здоров'я України	Аналітичний огляд літератури
31	Генеza системи медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій [82]	Шостак Л., 2023	Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення, № 6	Висвітлення етапів формування та еволюції системи медичного захисту під час НС	Історико-аналітичний підхід
32	Огляд інструментів оцінювання готовності систем охорони громадського здоров'я до надзвичайних ситуацій. [83]	Герілович, А., Скапа, О., Фабіш, А., Кошалко, О., Романько, М., Гілвидіс Д., & Рабінович, П. (2023)	One Health Journal, 1(III), 42–55	Визначено основні підходи, методи та інструменти, які застосовуються для аналізу готовності медичних систем в умовах кризових ситуацій, зокрема епідемій, катастроф і техногенних аварій.	Огляд літератури, аналіз наукових публікацій
33	Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я [84]	Ширіна, О. В. (2021)	Doctoral dissertation, НУОЗ України ім. П.Л. Шупика	Обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в медичних закладах в умовах кризових ситуацій	Аналіз літератури, системний підхід, побудова концептуальної моделі

34	Особливості менеджменту організації, їх адаптивної політики в умовах змін [85]	Савченко, О. Р., Машта, Н. О., & Поліщук, О. Ю. (2022)	Менеджмент і підприємництва в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку	Дослідити специфіку менеджменту організацій в умовах змін та розробити адаптивну політику управління	Аналіз наукової літератури, систематизація адаптивних управлінських стратегій
35	Обґрунтування моделі механізму цивільного захисту організації північноатлантичного договору та його активації в умовах особливого періоду в Україні [86]	Яковчук, Р., Лоїк, В., Синельников, О., Ковальчук, В., & Поліщук, В. (2022)	Науковий вісник: Державне управління, 2(12), 165–181	Обґрунтування механізму цивільного захисту організацій НАТО в умовах особливого періоду	Аналіз нормативно-правової бази, системне моделювання
36	Публічне управління медичним реагуванням на надзвичайні ситуації в Україні: проблеми і перспективи [87]	Волянський, О. П. (2024)	Інвестиції: практика та досвід	Аналіз сучасних проблем та окреслення перспектив розвитку системи публічного управління медичним реагуванням на НС в Україні	Аналіз нормативно-правових актів, практик управління, порівняльний аналіз
37	Генеза системи медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій [88]	Шостак, Л. (2023)	Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення, 6.	Дослідження етапів формування системи медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій в Україні, вивчення її розвитку та можливостей удосконалення.	Історико-аналітичний підхід до вивчення еволюції медичного захисту, вивчення нормативно-правових актів, дослідження практик управління.

ДОДАТОК Б

Методика

оцінювання стійкості закладів охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій на основі системи індикаторів

Сучасні умови функціонування системи охорони здоров'я України характеризуються поєднанням довготривалих структурних трансформацій та гострих викликів, пов'язаних із повномасштабною війною, руйнуванням інфраструктури, масовим переміщенням населення та зростанням навантаження на медичні заклади. За таких умов ключового значення набуває не лише поточна ефективність роботи закладів, а й їхня організаційна стійкість – здатність витримувати шоки, адаптуватися до змін та відновлюватися з урахуванням уроків кризи. Аналіз сучасних наукових підходів до визначення «resilient hospitals» засвідчує відсутність уніфікованої термінології та узгодженого набору критеріїв, що ускладнює порівняння даних, розробку стандартів і побудову універсальних моделей оцінювання стійкості.

У науковій літературі стійкість лікарень розглядається як інтегративна характеристика, що поєднує три типи здатностей: поглинаючу (здатність протистояти та мінімізувати первинний вплив кризи), адаптивну (можливість змінювати структури й процеси в ході подій) та трансформаційну (спроможність переходити на новий, більш стійкий рівень функціонування). Для структурування компонентів стійкості запропоновано 6S-модель, яка включає простір (space), матеріальні ресурси (stuff), персонал (staff), системи (systems), стратегії (strategies) та послуги (services). Саме ця модель розглядається як зручна рамка для побудови системи показників, що дозволяє поєднати оцінку фізичної інфраструктури, кадрових ресурсів, управлінських механізмів, безперервності надання послуг і взаємодії із зовнішнім середовищем.

Паралельно з теоретичним аналізом проведено розробку та апробацію структурованого опитувальника для керівників закладів охорони здоров'я, який

охоплює блоки загальної інформації про заклад, оцінку ефективності державної політики під час війни, ресурсну забезпеченість, вразливість до надзвичайних ситуацій, готовність до НС, кадровий потенціал, стан ментального здоров'я персоналу, управлінську взаємодію, а також потреби відновлення після війни (Додаток В). Структура опитувальника фактично репрезентує ключові виміри організаційної стійкості та може бути покладена в основу практичної системи показників оцінки готовності медичних закладів до криз.

Метою запропонованого підходу є формування цілісної, багатовимірної системи індикаторів, яка дозволить:

- 1) здійснювати порівняльний аналіз стійкості закладів охорони здоров'я різних рівнів і форм власності;
- 2) виявляти «вузькі місця» та пріоритетні напрями підсилення стійкості - як на рівні закладу, так і на рівні регіону та держави;
- 3) забезпечити інтеграцію оцінки стійкості в механізми стратегічного планування, фінансування та моніторингу реформ у сфері охорони здоров'я;
- 4) створити основу для розрахунку агрегованого індексу стійкості медичних закладів, придатного для використання державними органами, донорами та місцевим самоврядуванням.

Пропонується виділити кілька блоків показників, кожен з яких відповідає окремому виміру стійкості. У межах цієї методики поняття «показник» використовується як загальна вимірювана характеристика стану або діяльності закладу охорони здоров'я, тоді як «індикатор» розглядається як показник, що виконує оцінювальну функцію та дозволяє робити висновок про рівень стійкості, готовності, вразливості або адаптивної спроможності закладу до надзвичайних ситуацій. Відповідно, система індикаторів формується на основі відібраних показників, які мають діагностичне значення для оцінювання організаційної стійкості.

1. Інфраструктурно-ресурсний блок.

До нього доцільно включити індикатори, що характеризують:

- 1.1. фізичну безпеку будівель і інфраструктури (наявність укриття/бомбосховища, відповідність його стану мінімальним стандартам;
- 1.2. рівень забезпеченості резервним електроживленням;
- 1.3. частота та тривалість перебоїв із електропостачанням і їхній вплив на надання послуг), технічну оснащеність (частка критичного обладнання, що відповідає сучасним стандартам;
- 1.4. наявність резервів медичних виробів і засобів індивідуального захисту;
- 1.5. забезпеченість діагностичним, лабораторним, анестезіологічним і реабілітаційним обладнанням) та фінансову спроможність (оцінка достатності фінансування; структура дефіциту за основними статтями – ремонти, комунальні послуги, медикаменти, заробітна плата тощо).

Значна частина цих змінних уже закладена в блоки 3 і 5 опитувальника та апробована в кількісному дослідженні (наприклад, шкали забезпеченості, частка витрат, кількість перебоїв на місяць).

2. Блок готовності до надзвичайних ситуацій.

Сюди пропонується віднести індикатори:

- 2.1. наявності та якості планів дій у разі НС,
- 2.2. періодичності їх оновлення,
- 2.3. практики тренувань і навчань для персоналу, інтегрованості закладу в місцеві та регіональні системи цивільного захисту.
- 2.4. забезпечення пацієнтів і персоналу засобами безпеки під час повітряних тривог,
- 2.5. функціонування маршрутів евакуації та комунікаційних протоколів.

На рівні вимірювань це можуть бути дихотомічні показники (є/немає затвердженого плану; є/немає регулярних навчань) та шкали оцінки якості підготовленості, сформовані на основі самооцінки керівників і наявної документації.

3. Кадровий та психосоціальний блок.

Організаційна стійкість неможлива без достатнього й кваліфікованого персоналу, спроможного працювати в умовах підвищеного навантаження. Пропонується *виділяти індикатори чисельності й структури персоналу* (коефіцієнт укомплектованості штатів, наявність дефіциту за ключовими спеціальностями – реабілітологи, анестезіологи, психіатри, сімейні лікарі тощо), якості підготовки та можливостей підвищення кваліфікації (наявність програм навчання з управління ризиками, кризового менеджменту, інфекційного контролю).

Окрему групу показників мають формувати *індикатори ментального здоров'я та професійного вигорання* – рівень психологічного виснаження за самооцінкою керівників, доступність психологічної підтримки, бар'єри щодо звернення по допомогу (стигма, брак часу, відсутність фахівців).

Дані для цього блоку вже закладені в блоки 6 і 7 опитувальника та можуть бути агреговані в субіндекси кадрової спроможності та психосоціальної стійкості.

4. Блок управлінських систем і взаємодії.

Цей вимір охоплює організаційні практики, що забезпечують координацію дій у кризових ситуаціях. Доцільно вимірювати:

4.1. рівень внутрішньої взаємодії між відділеннями (регулярність і формалізованість координаційних нарад, міждисциплінарних команд, наявність єдиного центру прийняття рішень),

4.2. рівень підтримки з боку МОЗ, НСЗУ та місцевих органів влади, залученість міжнародних організацій і донорів.

4.3. ступінь співпраці з іншими лікарнями, органами місцевого самоврядування, службами цивільного захисту, громадськими організаціями.

На основі наявних запитань блоків 8 і 2 можна сформовані шкали «управлінської підтримки» та «інституційної інтегрованості».

5. Блок досвіду криз та здатності до відновлення.

Для оцінки реально проявленої стійкості необхідно враховувати попередній досвід закладу:

- 5.1. наявність випадків, коли його робота порушувалася через НС;
- 5.2. типи загроз (руйнування, відсутність електрики, перевантаження пацієнтами, дефіцит персоналу чи медикаментів);
- 5.3. здатність підтримувати функціонування після 24 лютого 2022 р. (повна зупинка, часткова робота, майже безперервне функціонування).

Сукупність цих показників відображає поглинаючу здатність (мінімізація втрат функціоналу) та адаптивну здатність (швидкість і повнота відновлення роботи). Додатково пропонується фіксувати наявність змін у структурі закладу, впровадження нових практик чи сервісів, що виникли як відповідь на кризу, – це відображатиме трансформаційну стійкість.

6. Блок сприйняття державної політики та зовнішнього середовища.

Окрему групу індикаторів можуть формувати:

- 6.1. оцінки ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану,
- 6.2. корисності інструментів підтримки з боку держави, відповідності національних рішень реальним потребам закладів.

Ці показники не є характеристикою закладу як такого, але дозволяють інтерпретувати його стійкість у ширшому контексті державної політики та визначати, де саме потрібні зміни на макрорівні.

Для практичного використання запропонованої системи індикаторів доцільно:

- 1) стандартизувати шкали вимірювання (наприклад, 4 - або 5- бальна шкала «повністю – скоріше так – скоріше ні – зовсім ні»;
- 2) дихотомічні змінні «є/немає», показники частоти подій тощо);
- розробити алгоритм агрегування окремих показників у субіндекси за кожним блоком (інфраструктура, готовність, кадри, управління, досвід криз, зовнішня підтримка) із нормуванням значень у діапазоні 0-1;
- 3) визначити ваги блоків залежно від типу закладу (наприклад, для надкластерних лікарень вагомішими можуть бути індикатори готовності та управлінської взаємодії, для первинної ланки – кадрові та ментальні ресурси);
- 4) побудувати інтегральний індекс стійкості, який дозволить порівнювати заклади між собою, відстежувати динаміку в часі та оцінювати ефективність інтервенцій.

Важливим принципом пропонованої системи є поєднання об'єктивних показників (наявність обладнання, укриття, генераторів, обсяг фінансування, кількість персоналу) із суб'єктивними оцінками керівників (ефективність політик, рівень взаємодії, психоемоційний стан персоналу). Такий підхід відповідає сучасним рекомендаціям щодо оцінки resilience у сфері охорони здоров'я, де поєднання різних джерел даних дозволяє краще відобразити складну, багатовимірну природу стійкості та врахувати як формальні структури, так і неформальні практики.

Очікується, що впровадження системи показників оцінки стійкості медичних закладів до кризових ситуацій матиме низку практичних результатів.

По-перше, це створить для керівників лікарень інструмент самооцінки та стратегічного планування – можливість ідентифікувати слабкі місця (наприклад, відсутність резервних джерел живлення, високий рівень вигорання персоналу, низький рівень взаємодії з іншими закладами) й аргументовано обґрунтовувати запити на ресурси.

По-друге, для центральних і регіональних органів влади така система стане основою для цільового розподілу фінансування, планування програм підтримки й моніторингу виконання державних стратегій у сфері охорони здоров'я та цивільного захисту.

По-третє, для міжнародних партнерів і донорів індекс стійкості може слугувати прозорим критерієм відбору закладів для участі в проєктах технічної допомоги, реконструкції й розвитку.

Підсумовуючи, запропонована система показників спирається на сучасні теоретичні розробки щодо організаційної стійкості медичних закладів, 6S-модель і концепцію absorptive–adaptive–transformative resilience, а також на емпіричну базу анкетного опитування керівників різних типів закладів охорони здоров'я. Її розгортання потребує подальшої апробації на репрезентативних вибірках, уточнення вагових коефіцієнтів, валідації окремих індикаторів і тестування чутливості до змін у політиці та ресурсному забезпеченні. Водночас уже на нинішньому етапі запропонований підхід може бути використаний як методична основа для формування державної системи моніторингу стійкості медичних закладів до кризових ситуацій, що є критично важливим завданням у контексті повоєнного відновлення та побудови більш resilient системи охорони здоров'я в Україні.

ДОДАТОК В

Опитування лікарів керівних ланок закладів охорони здоров'я

Шановні колеги!

Запрошуємо вас пройти опитування, яке має на меті краще зрозуміти, як функціонують та адаптуються заклади охорони здоров'я в умовах війни, а також як вони оцінюють ефективність дій держави у відповідь на виклики, спричинені повномасштабним вторгненням.

Це опитування є частиною дисертаційного дослідження на тему **«Державна політика і управління у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування в умовах надзвичайних ситуацій»**, що виконується в Інституті публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка».

Хто може взяти участь?

Опитування адресоване керівництву медичних закладів різних рівнів - тим, хто безпосередньо приймає управлінські рішення у складних кризових умовах.

Яка мета та як будуть використані результати?

Ми прагнемо почути ваш досвід, бачення та оцінки, щоб на основі реальних практик сформулювати рекомендації для державної політики, спрямованої на підвищення стійкості системи охорони здоров'я в Україні.

ВАЖЛИВО: Усі відповіді є **анонімними**. Свої особисті данні вказувати не потрібно

Опитування містить 30 питань і займе приблизно 10–15 хвилин.

Зв'язок: У разі виникнення запитань щодо цього дослідження, Ви можете зв'язатися з нашою дослідницькою групою за адресою: Badendark@gmail.com, knyazeva.elena.mail@gmail.com

Згода: Натискаючи кнопку «Надаю згоду» нижче, Ви підтверджуєте, що прочитали і зрозуміли вищезазначену інформацію, і погоджуєтеся взяти участь в цьому опитуванні.

- **Надаю згоду**
- **Не надаю згоду**

БЛОК I Загальна інформація

Б1.1. Ваша стать: 1) Чоловіча 2) Жіноча

Б1.2. Ваш вік (скільки років Вам виповнилося) (одна відповідь):

- 1) до 30
- 2) 31–40
- 3) 41–50
- 4) 51 – 60
- 5) 61 і більше

Б1.3. Зазначте посаду, яку ви обіймаєте в закладі охорони здоров'я (Одна відповідь):

- 1) Директор або заступник директора (медичний, з економічних питань тощо)
- 2) Головний лікар
- 3) Директор з медсестринства, головна та старша медсестра
- 4) Завідуючий відділенням
- 5) Лікар
- 6) Інша посада (напишіть) _____

Б1.4. Зазначте область, де розташований ваш заклад охорони здоров'я (Одна відповідь)

- Вінницька обл.
- Волинська обл.
- Дніпропетровська обл.
- Донецька обл.
- Житомирська обл.
- Закарпатська обл.
- Запорізька обл.
- Івано-Франківська обл.
- Київська обл. (без Києва)
- Кіровоградська обл.
- Луганська обл.
- Львівська обл.
- Миколаївська обл.
- Одеська обл.
- Полтавська обл.
- Рівненська обл.
- Сумська обл.
- Тернопільська обл.
- Харківська обл.
- Херсонська обл.
- Хмельницька обл.
- Черкаська обл.
- Чернівецька обл.
- Чернігівська обл.
- м. Київ (без області)

Б1.5. На якій території наразі розташований ваш медичний заклад? (Одна відповідь)

- 1) Територія, яка ніколи не була окупована
- 2) Деокупована територія
- 97) Важко відповісти

Б1.6. Яка форма власності у вашого медичного закладу? (Одна відповідь)

- 1) Державна
- 2) Приватна
- 3) Інша (вказіть): _____
- 97) Важко відповісти

Б1.7. Який стаж Вашої роботи в охороні здоров'я?:

- 1) Менше 10 років
- 2) 10–20 років
- 3) Понад 20 років

Б1.8. До якого типу належить ваш медичний заклад за рівнем надання медичної допомоги? (Одна відповідь)

- 1) Загальний заклад охорони здоров'я
- 2) Кластерний заклад охорони здоров'я
- 3) Надкластерний заклад охорони здоров'я
- 97) Важко відповісти

Блок 2. Оцінка ефективності політик

Б2.1. Як ви оцінюєте ефективність державної політики у сфері охорони здоров'я в правових умовах воєнного стану? (Одна відповідь)

- 1) Дуже ефективна
- 2) Скоріше ефективна
- 3) Скоріше неефективна
- 4) Повністю неефективна
- 97) Важко відповісти

Б2.2. Наскільки ефективними, на вашу думку, були заходи, впроваджені у сфері охорони здоров'я під час війни, для підтримки вашого медичного закладу? (Одна відповідь)

- 1) Дуже ефективні
- 2) Скоріше ефективні
- 3) Скоріше неефективні
- 4) Повністю неефективні
- 97) Важко відповісти

Б2.3. Які з інструментів підтримки виявилися найбільш корисними для вашого медичного закладу під час війни? (Одна відповідь)

- 1) Додаткове фінансування / субвенції
- 2) Забезпечення обладнанням і ЗІЗ
- 3) Перерозподіл персоналу / мобілізація кадрів
- 4) Централізоване управління логістикою
- 5) Методичні рекомендації МОЗ
- 6) Психологічна підтримка персоналу
- 7) Інше (вказіть): _____
- 8) Жоден з інструментів не був корисним
- 97) Важко відповісти

Б2.4. Як функціонував ваш медичний заклад після повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022? (Одна відповідь)

- 1) Робота повністю припинилася
- 2) Робота була тимчасово зупинена, але поступово відновлена
- 3) Заклад працював з суттєвими обмеженнями
- 4) Заклад продовжив функціонування з незначними труднощами
- 5) Заклад функціонував майже безперебійно
- 97) Важко відповісти

Блок 3. Стійкість закладу

Б3.1. Наскільки ваш медичний заклад забезпечений необхідним медичним обладнанням для надання якісної медичної допомоги? (одна відповідь)

1. Повністю забезпечений **перехід Б3.3**
 2. Скоріше забезпечений, ніж не забезпечений **перехід Б3.3**
 3. Скоріше не забезпечений, ніж забезпечений
 4. Повністю не забезпечений
- 97) Важко відповісти

Б3.2. Яким саме медичним обладнанням не забезпечений ваш заклад? Виберіть відповідні варіанти.

- 1) Діагностичне обладнання
 - 2) Лабораторне обладнання
 - 3) Хірургічне обладнання
 - 4) Анестезіологічне обладнання
 - 5) Реабілітаційне обладнання
 - 6) Інше (уточніть): _____
- 97) Важко відповісти

Б3.3. Чи трапляються у Вашому медичному закладі перебої електропостачанням? (Одна відповідь)

- 1) Постійно
 - 2) Іноді
 - 3) Дуже рідко
 - 4) Ніколи **перехід Б3.5**
- 97) Важко відповісти

Б3.4. Чи перешкоджають перебої з електроенергією ефективному наданню медичних послуг у Вашому закладі? (Одна відповідь)

- 1) Повністю перешкоджають
 - 2) Скоріше перешкоджають
 - 3) Скоріше не перешкоджають
 - 4) Взагалі не перешкоджають
- 97) Важко відповісти

Б3.5. Чи вистачає вашому медичному закладу фінансування для забезпечення належного рівня медичних послуг? (Одна відповідь)

- 1) Вистачає **перехід Б3.7**
 - 2) Скоріше вистачає, ніж не вистачає **перехід Б3.7**
 - 3) Скоріше не вистачає, ніж вистачає
 - 4) Не вистачає
- 97) Важко відповісти

Б3.6. На що найбільше не вистачає фінансування у вашому медичному закладі? (Будь яка кількість відповідей)

- 1) Ремонт будівель та приміщень
- 2) Медичне обладнання та оснащення
- 3) Зарплати медичного персоналу
- 4) Навчання та стажування персоналу

- 5) Будівництво нових приміщень
- 6) Витрати на комунальні послуги
- 7) Витрати на транспорт
- 8) Медикаменти та вироби медичного призначення
- 9) Канцелярські товари (канцтовари)
- 10) Засоби особистої гігієни
- 11) Офісні та медичні меблі
- 12) Інше (вказіть): _____
- 97) Важко відповісти

Блок 4. Вразливість

Б4.1. Чи траплялася у вашій практиці надзвичайна ситуація, яка порушувала нормальну роботу вашого медичного закладу? (Одна відповідь)

- 1) Так, неодноразово
- 2) Так, один або два рази
- 3) Ні, не траплялося
- 97) Важко відповісти

Б4.1. Якщо відповідь “так”, будь ласка, зазначте, що саме сталося у вашому медичному закладі? Виберіть відповідні варіанти.

- 1) Втрата електропостачання
- 2) Руйнування інфраструктури
- 3) Відсутність персоналу
- 4) Перевантаження пацієнтами
- 5) Брак медикаментів або обладнання
- 6) Проблеми з логістикою та транспортом
- 7) Недостатня комунікація або координація
- 8) Інше (вказіть): _____
- 97) Важко відповісти

Блок 5. Підготовленість

Б5.1. Чи має ваш медичний заклад затверджений план дій на випадок надзвичайної ситуації (НС)? (Одна відповідь)

- 1) Так, план є і регулярно оновлюється
- 2) Так, план є, але потребує оновлення
- 3) Плану немає
- 97) Важко відповісти

Б5.2. Чи має ваш медичний заклад укриття (бомбосховище) для пацієнтів та персоналу під час повітряних тривог (Одна відповідь)

- 1) Так, є повноцінне укриття
- 2) Так, є спеціально обладнане приміщення, яке використовується як укриття
- 3) Ні, укриття немає **перехід Б5.4**

Б5.3. Оцініть загальний стан укриття або спеціально обладнаного приміщення у вашому медичному закладі. (Одна відповідь)

- 1) Добрий стан
- 2) Скоріше добрий стан
- 3) Скоріше поганий стан

- 4) Поганий стан
97) Важко відповісти

Б5.4. Чи забезпечений ваш медичний заклад резервним джерелом електропостачання (генератором)? *(Одна відповідь)*

1. Так, повністю забезпечений
 2. Частково забезпечений
 3. Не забезпечений
- 97) Важко відповісти

Блок 6. Кадрове забезпечення

Б6.1. Чи вистачає у вашому медичному закладі лікарів та іншого медичного персоналу для належного забезпечення потреб пацієнтів? *(Одна відповідь)*

1. Так, повністю вистачає **перехід Б7.1**
 2. Скоріше вистачає, ніж не вистачає **перехід Б7.1**
 3. Скоріше не вистачає, ніж вистачає
 4. Не вистачає зовсім
- 97) Важко відповісти

Б6.2 Фахівців яких спеціальностей найбільше бракує у вашому закладі? *(Кілька відповідей)*

- 1) Реабілітолог
 - 2) Анестезіолог
 - 3) Психолог
 - 4) Спеціаліст з ультразвукової діагностики (УЗД)
 - 5) Психотерапевт
 - 6) Сімейний лікар
 - 7) Невропатолог
 - 8) Хірурги різних спеціалізацій
 - 9) Психіатр
 - 10) Кардіолог
 - 11) Інші (вказіть): _____
- 97) Важко відповісти

Блок 7. Ментальне здоров'я

Б7.1. Як би ви оцінили рівень психологічного виснаження (професійного вигорання) медичних працівників вашого закладу?

(Оберіть одну відповідь за шкалою від 0 до 5, де 0 - повна відсутність ознак вигорання, 5 - критичний рівень вигорання серед персоналу)

0 - Повна відсутність ознак вигорання

- 1
- 2
- 3
- 4

5 - Критичний рівень вигорання

97 - Важко відповісти

Б7.2. Чи зверталися ви по допомогу до психолога (у вашому закладі або за його межами) протягом останнього року?

- 1) Так, звертався(-лася) до психолога у межах свого закладу
- 2) Так, звертався(-лася) до психолога поза межами закладу
- 3) Ні, не звертався(-лася), хоча така потреба була
- 4) Ні, не звертався(-лася), потреби не було

97) Важко відповісти

Б7.3. Які бар'єри, на вашу думку, заважають медичним працівникам вашого закладу отримати психологічну допомогу? Виберіть відповідні варіанти.

- 1) Відсутність штатного психолога
- 2) Відсутність часу через навантаження
- 3) Недовіра до якості психологічної допомоги
- 4) Стигматизація звернення до психолога серед персоналу
- 5) Відсутність інформації про доступні програми
- 6) Відсутність мотивації звертатися по допомогу
- 7) Немає конфіденційності або безпечного середовища
- 8) Інше (вказіть): _____

97) Важко відповісти

Блок 8. Управлінська взаємодія

Б8.1. Як ви оцінюєте рівень взаємодії та співпраці між різними відділеннями у вашому медичному закладі? (Одна відповідь)

- 1) Дуже низький (відділення не взаємодіють, працюють ізольовано та неефективно)
- 2) Низький (взаємодія є, але рідко й лише за потреби; загалом неефективна)
- 3) Високий (регулярна взаємодія, загалом ефективна, але потребує покращень)
- 4) Дуже високий (системна, ефективна співпраця без суттєвих недоліків)

97) Важко відповісти

Б8.2. Чи задоволені ви рівнем підтримки, яку ваш медичний заклад отримує від Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та Національної служби здоров'я України (НСЗУ)? (Одна відповідь)

- 1) Повністю задоволений(-а)
- 2) Скоріше задоволений(-а), ніж ні
- 3) Скоріше не задоволений(-а), ніж задоволений(-а)
- 4) Повністю не задоволений(-а)

97) Важко відповісти

Б8.3. Чи отримує ваш медичний заклад допомогу від міжнародних організацій або благодійних донорів? (Одна відповідь)

- 1) Так, на регулярній основі
- 2) Так, але епізодично
- 3) Ні, не отримує

97) Важко відповісти

Б8.4. Яку категорію пацієнтів ви вважаєте найбільш вимогливою під час війни та такою, що потребує додаткової уваги з боку медичного персоналу? Виберіть відповідні варіанти.

- 1) Вагітні жінки
- 2) Ветерани війни
- 3) Військовослужбовці
- 4) Діти до 6 років
- 5) Діти від 7 до 18 років
- 6) Діти з інвалідністю
- 7) Дорослі люди з інвалідністю
- 8) Люди з онкологічними захворюваннями
- 9) Люди з хронічними або орфаними захворюваннями
- 10) Люди з проблемами психічного здоров'я (наприклад, шизофренія, біполярний розлад тощо)
- 11) Люди похилого віку
- 12) Інші категорії пацієнтів (уточніть): _____
- 97) Важко відповісти

Блок 9. Відновлення після війни

Що, на вашу думку, є найбільш необхідним для відновлення та подальшого розвитку вашого медичного закладу після завершення війни?

(Відкрите запитання - вкажіть ключові потреби, ресурси або умови. Будь-яка інформація, якою Ви вирішите поділитися, буде корисною для нашого дослідження та розуміння)

ДЯКУЄМО, що поділилися своєю цінною думкою під час проходження опитування. Ми цінуємо Ваш внесок!



ДОВІДКА

про використання результатів дисертаційної роботи

Гуськова Богдана Валерійовича

**«Державна політика і управління в сфері охорони здоров'я та медичного
обслуговування в умовах надзвичайних ситуацій»**

у науково-дослідницькій діяльності Національного університету
«Одеська політехніка»

Довідка видана в тому, що у науково-дослідницькій діяльності Національного університету «Одеська політехніка» використані наступні наукові результати, отримані у дисертаційній роботі Гуськова Богдана Валерійовича:

- виокремлено та систематизовано теоретико-методологічні засади державної політики і управління у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування в умовах надзвичайних ситуацій;

- визначено ключові управлінські механізми (інституційні, організаційні, координаційні та інформаційно-комунікаційні) забезпечення готовності, безперервності та стійкості системи охорони здоров'я в умовах кризових явищ;

- обґрунтовано напрями удосконалення нормативно-організаційного забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій з урахуванням кращих практик та потреб відновлення;

- розроблено практичні рекомендації щодо підвищення ефективності публічного управління медичним обслуговуванням у надзвичайних ситуаціях (управління ризиками, міжвідомча взаємодія, забезпечення довіри та комунікації з населенням).

Дисертацію виконано згідно тематичного плану НДР ОНАПУ за період 2023 року та 2024 року.

Гуськов Богдан Валерійович брав участь, як виконавець на громадських засадах за держбюджетною науково-дослідницькою роботою № 218-185 - «Інституціональна довіра в контексті формування соціального порядку в індетермінованих умовах» (№ держреєстрації 0122U002322).

Проректор



Дмитро ДМИТРИШИН



ДОВІДКА

про використання результатів дисертаційної роботи

Гуськова Богдана Валерійовича

**«Державна політика і управління в сфері охорони здоров'я та медичного
обслуговування в умовах надзвичайних ситуацій»**

у науково-дослідницькій діяльності Національного університету
«Одеська політехніка»

Довідка видана Гуськову Богдану Валерійовичу (аспіранту) в тому, що він взяв участь у виконанні міжнародного проекту за програмою Еразмус+ «Безпекова стійкість: Україна та європейський контекст» (№ 101175025 — ERASMUS-JMO-2024-HEI-TCH-RSCH, реєстраційна картка проекту в МОН: № 5826, термін реалізації проекту: 2024-2027 рр.), який реалізується в НУ «Одеська політехніка», у межах якого розглядалися різні аспекти стійкості лікарень під час надзвичайних ситуацій.

У межах проекту та дисертаційного дослідження здобувачем отримано результати, що мають науково-практичне значення для публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану, зокрема:

- запропоновано інституційну модель державного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану, яка забезпечує інтеграцію правових, організаційних, фінансових та цифрових інструментів у єдину управлінську архітектуру підвищення стійкості та ефективності реагування;

- розроблено методику створення системи показників оцінки стійкості медичних закладів до кризових ситуацій, що переводить поняття стійкості у вимірювану площину через індикатори готовності, безперервності, ресурсної автономності, кадрової спроможності, якості та безпеки медичної допомоги з подальшим використанням для моніторингу, управлінських рішень і підзвітності на рівні закладу, громади та регіону;

- сформульовано авторські визначення понять «стійка система охорони здоров'я» та «державне управління у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»;

- створено типологію управлінських механізмів реагування у сфері охорони здоров'я (нормативно-правових, організаційних, фінансових, інформаційно-аналітичних) та обґрунтовано інтегровану модель державного реагування на кризові ситуації у сфері охорони здоров'я.

Результати дослідження представлено у тезах доповідей та наукових статтях, а також використано при підготовці та проведенні лекційних і семінарських занять в межах факультативного курсу «Стійкість до небезпечових викликів: Україна та європейський контекст», реалізується в рамках проекту Модуль Жана Моне у 2025 році.

Проректор



Дмитро ДМИТРИШИН



ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«МІСЬКА ЛІКАРНЯ № 8»
ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Україна, 65038, м.Одеса, Фонтанська дорога, 110
тел./факс: (0482)63-04-80
e-mail: oml-8@ukr.net

від 07.01.2026р. вих. № 01.01-23а/14

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281
«Публічне управління та адміністрування»

Гуськов Богдан Валерійович

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА І УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА
МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Наукові розробки, отримані Гуськовим Богданом Валерійовичем у результаті підготовки дисертаційної роботи на тему: «Державна політика і управління у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування в умовах надзвичайних ситуацій», розглянуті та використовуються у роботі КНП «Міська лікарня №8» ОМР.

Особливої уваги заслуговують результати емпіричного дослідження, присвяченого аналізу стійкості системи охорони здоров'я України в умовах війни. У процесі дослідження було розроблено комплексну систему показників оцінки стійкості медичних закладів, яка дозволяє здійснювати моніторинг стану галузі, виявляти ризики та підвищувати ефективність управлінських рішень.

Зазначені наукові результати сприяють підвищенню ефективності управління медичними закладами, зміцненню кадрового та інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, а також посиленню її готовності до дій в умовах надзвичайних ситуацій.

Довідка видана для підтвердження впровадження результатів дисертаційного дослідження у практичну діяльність.

В.о. директора КНП «МЛ №8» ОМР



Світлана МЕМРУК



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ»
(ДНП «НІР»)

Україна, 03022, місто Київ, вулиця Юлії Здановської, 33/43 тел. (044) 293-21-60
www.unci.org.ua e-mail: info@unci.org.ua код ЄДРПОУ 02011976



ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
ДНП «Національний інститут раку»

Степан КРУЛЬКО

« 9 » 01 2026 р. № 7

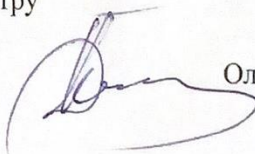
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень:

1. Назва пропозиції для впровадження: **Комплексний підхід до створення системи показників оцінки стійкості медичних закладів до кризових ситуацій**
2. Установи-розробники, їх поштова адреса; прізвище, ініціали авторів:
Державна установа Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка», м. Одеса, вул. Генуезька, 22; Б.В. Гуськов
3. Джерело інформації: Стаття: Гуськов, Б. В., & Князева, О. В. (2025). Стійкість медичних установ у кризових умовах: український досвід війни. Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування, (4), 18-32. <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.4.3>
4. Найменування установи, яка здійснила впровадження:
ДНП «Національний інститут раку», відділення онкоортопедії.
5. Терміни впровадження: з 30.06.2025 року по 05.01.2026
6. Загальна кількість спостережень: 4
7. Ефективність впровадження системи показників оцінки стійкості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) до криз (клінічна, наукова, соціальна, економічна) дозволить оцінити здатність ЗОЗ швидко адаптуватися, мінімізувати збої в наданні допомоги та забезпечувати безперервність функціонування; за ключовими показниками (КРІ): швидкість відновлення, рівень забезпеченості ресурсами під час кризи (ліки, обладнання), керованість персоналом, фінансова стабільність та здатність до навчання/адаптації –

дозволить: виявити слабкі місця функціонування ЗОЗ, оптимізувати управління закладом та стратегічно планувати його захист від майбутніх загроз.

8. Зауваження, пропозиції: пропонується для впровадження в систему управління охорони здоров'я, систему управління ЗОЗ.

Завідувач науково-освітнього центру
«Академія освіти
Національного інституту раку»



Олександр ДОВГАНЬ

Начальник науково-освітнього
відділу



Наталія БАНКОВСЬКА

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Гуськов Б. В., Князева О. В. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів війни // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". - 2024. - №1. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2024-1-9599>
2. Гуськов Б. В., Довіра як ресурс державного управління у сфері охорони здоров'я // Актуальні питання у сучасній науці. – 2024. – № 3(21). – С. 233–246 DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-233-246](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-233-246)
3. Гуськов, Б. В., & Князева, О. В. (2025). Стійкість медичних установ у кризових умовах: український досвід війни. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*, (4), 18-32. <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.4.3>
4. Гуськов, Б. В., & Князева, О. В. Стійкість системи охорони здоров'я України в умовах війни: інституційні та управлінські аспекти (за результатами експертного дослідження) *Державне будівництво : зб. наук. праць ; електронний ресурс*. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна. № 2 – 2025. . <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/28778/25100>
5. Гуськов, Б. В. Компоненти її стійкості медичних закладів в умовах надзвичайних ситуацій // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". - 2026. - №2

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Гуськов Б. В. Довіра до охорони здоров'я: чому це критично та як її зберегти // *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, 17 травня 2024 р.). – Одеса: Національний університет «Одеська політехніка», 2024. – С. 10–13. URL:

https://op.edu.ua/sites/default/files/publicFiles/studolympconf/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf

2. Гуськов Б. В. Від реакції до стійкості: виклики та трансформація системи охорони здоров'я України в умовах війни // *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, 17 жовтня 2025 р.). – Одеса: Національний університет «Одеська політехніка», 2025.
3. Гуськов Б. В. Формування медичної довіри в Україні // *V Конгрес Соціологічної асоціації України «Суспільство та соціологія в експоненційному світі: дослідницькі виклики, можливості, перспективи»* (20-21 листопада 2025, Харків)
4. Гуськов Б. В. Ключові пріоритети відновлення системи охорони здоров'я України: емпіричний аналіз експертних відповідей // *Новітні наукові надбання в публічному управлінні та адмініструванні й праві : матеріали Міжнар. наук. конф.* (м. Рига, Латвійська Республіка, 29–30 жовтня 2025 р.). Рига : Baltija Publishing, 2025. 101-106
<http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/674>
5. Guskov Bogdan, STATE POLICY AND MANAGEMENT IN THE FIELD OF HEALTHCARE AND MEDICAL SERVICES IN EMERGENCY SITUATIONS, Науковий семінар за тематиками дисертаційних досліджень аспірантів ІПСУ «Наука молодих: енергія, ідеї, інновації» (м. Одеса, 15 травня, 2025 р.)