

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра
на тему
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Виконала студентка 2 курсу,
групи ДПУА-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»
_____ Марина СЕРГІЄНКО

Науковий керівник роботи:
кандидат наук з державного
управління, доцент
_____ Олексій ОЛЕШКО

Харків – 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1 Сутність, принципи та цілі державної політики в галузі охорони здоров'я	8
1.2 Нормативно-правові та інституційні засади регулювання сфери охорони здоров'я в Україні.....	21
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	31
2.1 Сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах воєнного стану.....	31
2.2 Основні проблеми та бар'єри реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я на місцях	38
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	43
3.1 Зарубіжний досвід функціонування галузі охорони здоров'я в умовах воєнних дій.....	43
3.2 Напрями підвищення ефективності управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні	47
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	60
ДОДАТОК А.....	71
ДОДАТОК Б.....	72

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

Міжнародні організації

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МОП – Міжнародна організація праці

WHO – World Health Organization (англ. назва ВООЗ)

UN (UN agencies) – Агентства Організації Об'єднаних Націй

EU / ЄС – Європейський Союз

Українські державні органи та структури

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

КМУ – Кабінет Міністрів України

ОДА – Обласна державна адміністрація

ОВА – Обласна військова адміністрація

Система охорони здоров'я, електронні системи

eHealth – електронна система охорони здоров'я

МІС – медична інформаційна система (контекст взаємодії з eHealth)

ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я (український термін)

ЦБД – Центральна база даних в eHealth

Міжнародні програми та кластери

Health Cluster – Глобальний кластер охорони здоров'я (координаційна структура в гуманітарних операціях)

HeRAMS – Health Resources and Services Availability Monitoring System
(моніторинг доступності медичних послуг)

ВСТУП

Актуальність теми. Сфера охорони здоров'я в Україні, зокрема на місцевому рівні, перебуває під безпрецедентним тиском унаслідок воєнних дій, що спричинили масштабні руйнування медичної інфраструктури та різке зростання потреб населення у медичній допомозі У Харківській області ці виклики поєднуються з кадровим дефіцитом, логістичними бар'єрами та обмеженими ресурсами органів місцевого самоврядування, що значно ускладнює реалізацію державної політики в охороні здоров'я на місцях .

Водночас інституційні засади системи зберігають формальні механізми управління, але потребують адаптації до умов воєнного стану та посилення міжсекторальної координації, включно із залученням міжнародних гуманітарних партнерів

За таких умов особливого значення набуває аналіз сучасного стану, проблем і можливостей удосконалення управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні як передумови підвищення її стійкості та ефективності. Саме тому дослідження, спрямоване на виявлення бар'єрів і формування практичних напрямів підвищення ефективності державної політики розвитку охорони здоров'я в громадах Харківської області, є актуальними для наукових пошуків та практично важливим.

Варто зазначити, що проблематика розвитку сфери охорони здоров'я є досить цікавою для українських дослідників. З останніх публікацій варто відмітити статтю професора О. Мельниченка «Стратегія подальшого розвитку сфери охорони здоров'я Харківської області як засіб публічного реагування» у якій він пропонує концептуальні засади Стратегії подальшого розвитку сфери охорони здоров'я Харківської області [22]. Цікавою та корисною є стаття дослідників Мануїлової К. В., Попова М. П., Сівак В. М. «Управління системою охорони здоров'я України в умовах повномасштабної війни: виклики та адаптивні рішення» [21]. У статті узагальнюється комплекс проблем, з якими зіткнулася система охорони здоров'я України в умовах повномасштабної війни,

та аналізуються управлінські рішення, спрямовані на підвищення її стійкості, включно з модернізацією інфраструктури, кадровою підтримкою й цифровою трансформацією. Колектив авторів також пропонує стратегічні рекомендації для формування гнучкої багаторівневої моделі управління, здатної забезпечити ефективне функціонування галузі в умовах тривалих криз і післявоєнної відбудови. Цікавим є науковий доробок дослідника Г.М. Бишенка. У статті під назвою «Принципи державної політики у реалізації електронної охорони здоров'я в Україні» [1] автор стверджує, що трансформацію системи охорони здоров'я України віднесено до першочергових реформ, а розвиток електронної охорони здоров'я є інструментом впровадження реформи в сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження. Здійснити комплексний аналіз сучасного стану функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах воєнного стану та обґрунтувати напрями підвищення ефективності реалізації державної політики охорони здоров'я на прикладі Харківської області.

Для досягнення мети необхідно виконати такі завдання:

- вивчити сутність, принципи та цілі державної політики в галузі охорони здоров'я;
- проаналізувати нормативно-правові та інституційні засади регулювання сфери охорони здоров'я в Україні;
- охарактеризувати сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах воєнного стану;
- описати основні проблеми та бар'єри реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я на місцях;
- дослідити закордонний досвід функціонування галузі охорони здоров'я в умовах воєнних дій;
- запропонувати напрями підвищення ефективності управління сферою охорони здоров'я в громадах.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні, зокрема її функціонування та управління нею в умовах воєнного стану

Предмет дослідження. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я на місцевому рівні, включно з організаційними, управлінськими, нормативно-правовими та інституційними аспектами, на прикладі Харківської області в умовах воєнних дій.

Методи дослідження. Аналіз і синтез використані при вивченні підходів до визначення понять «охорона здоров'я», «державна політика»; порівнянні наукових джерел; узагальненні положень законодавства та міжнародних документів. Системний підхід використаний для дослідження системи охорони здоров'я як комплексного багаторівневого утворення; аналізу інституційної структури (МОЗ, НСЗУ, місцеві органи, міжнародні організації). Інструменти контент-аналізу застосовані у опрацюванні законів, стратегій, указів, нормативних актів; аналізі звітів ВООЗ, ООН, Health Cluster та державних звітів щодо руйнувань і стану медичних закладів. Описовий та статистичний методи застосовані при: висвітленні масштабів руйнувань медичних закладів; аналізі роботи системи охорони здоров'я Харківщини під час війни; поданні статистичних даних ВООЗ, урядових звітів, HeRAMS. Метод узагальнення та прогнозування застосований при формулюванні рекомендацій щодо вдосконалення політики; обґрунтуванні напрямів розвитку громадського здоров'я та управління в громадах.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані результати мають важливе прикладне значення, а саме: розроблені пропозиції щодо вдосконалення місцевої політики в сфері охорони здоров'я можуть бути використані органами місцевого самоврядування, військовими адміністраціями та управліннями охорони здоров'я для підвищення ефективності управлінських рішень; узагальнення інституційних засад функціонування системи охорони здоров'я в умовах війни може бути застосоване при плануванні відновлення медичної інфраструктури та оптимізації її роботи; виявлені проблеми та бар'єри на місцевому рівні дають можливість конкретизувати потреби регіонів і формувати адресні програми підтримки та фінансування; матеріали дослідження можуть бути використані під час розроблення регіональних цільових програм,

підготовки аналітичних записок, стратегій розвитку громад, а також у навчальному процесі для підготовки фахівців з публічного управління.

Апробація результатів роботи. Деякі результати дослідження були представлені на Всеукраїнській щорічній студентській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи» (м. Харків, 26 – 27 березня 2025 року). Автором були представлені тези «Інноваційні підходи в управлінні системи охорони здоров'я на місцевому рівні».

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Сутність, принципи та цілі державної політики в галузі охорони здоров'я

Збереження, захист і зміцнення здоров'я населення є одним із головних державних пріоритетів, реалізація якого покладається на систему охорони здоров'я. Ефективне розв'язання соціально-економічних завдань розвитку України значною мірою залежить від продуманої та науково обґрунтованої державної політики у цій галузі. Держава формує умови для якісного й доступного медичного обслуговування для всіх громадян, забезпечуючи фінансування соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Сучасні підходи до реалізації державної політики демонструють, що трансформація системи охорони здоров'я України належить до ключових реформ, а розвиток охорони здоров'я є важливим інструментом упровадження цієї реформи особливо у період воєнного стану.

Спробуємо розібратись, насамперед, що таке «Охорона здоров'я». Спочатку розглянемо публічно-правовий аспект. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ охорону здоров'я визначає як систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я, фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, працівники сфери охорони здоров'я, громадські об'єднання і громадяни [25].

Зміст права на охорону здоров'я і на медичну допомогу визначено статтями 283 і 284 Цивільного кодексу (далі – ЦК) України. Статтями 285, 286, 287 і 290 ЦК України визначені також право на інформацію про стан свого здоров'я і на таємницю про нього [39]. Трошки інша ситуація у деяких країнах Європи. Приміром, права особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, а також право на донорство в Угорщині, Словаччині та Чехії не врегульовані в ЦК цих країн. Тому вони регулюються на законодавчому рівні законами про охорону здоров'я. Саме визначення поняття охорони здоров'я, медичної допомоги, етичні та біоетичні вимоги містяться в законах цих країн.

Застосуємо економічно-соціальний підхід до визначення терміну «Охорона здоров'я». З економічної точки зору, охорона здоров'я – це система суспільних відносин, яка реалізується через організацію та надання медичної допомоги, а також через забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя.

Український науковець, професор Парій В. Д. у підручнику з Економіки охорони здоров'я наводить таке визначення терміну. На його думку охорона здоров'я це складне багатопланове суспільне утворення, покликане забезпечувати важливі соціальні функції щодо збереження здоров'я, епідеміологічного благополуччя, задовольняти потреби населення в медичній допомозі та надавати реабілітаційну допомогу особам з обмеженими функціональними можливостями внаслідок захворювань або травм [9, с. 23].

Підґрунтям для функціонування охорони здоров'я є організаційно-правові, фінансово-економічні та медико-соціальні засади, що визначають характер діяльності даної суспільної сфери, її організаційну структуру та ступінь виконання даною галуззю покладених на неї вищезначених соціальних функцій.

Проаналізуємо наукову та довідкову літературу щодо підходів визначення сутності охорони здоров'я. Охорона здоров'я як галузь діяльності держави. Такий підхід підтримує Опалько В.В. зазначаючи, що «охорона здоров'я – галузь

діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави» [24]. Відповідно до зазначеної дефініції система охорони здоров'я розглядається як галузь діяльності держави в контексті медичного обслуговування, що дозволить забезпечити національну безпеку держави.

Дослідники Криничко Л.Р. та Ватанов А.Р. розглядають також охорону здоров'я як галузь, проте не економіки та держави, а як галузь сфери обслуговування. Так, автори пропонують наступне тлумачення: «Охорона здоров'я – одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження здоров'я особистості, збереження здоров'я населення, профілактиці хвороб мають велике значення для виробництва, так як під впливом цих факторів зростає активний період людської діяльності і знижуються втрати робочого часу» [19].

Українська дослідниця Булеца С.Б. вважає, що «охорона здоров'я – це система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини». Визначення є подібним проте автор не надає характеристики таким заходам, зазначаючи, що вони направлені на захист здоров'я, попередження та лікування захворювань [19].

Розглянемо кілька закордонних підходів до тлумачення терміну. Охорона здоров'я у Словаччині розглядається як комплекс заходів, спрямованих на запобігання виникненню та зменшення поширення порушень здоров'я населення. До системи також входять дії, орієнтовані на покращення стану здоров'я шляхом забезпечення належних умов життєвого і трудового середовища, а також формування та заохочення здорового способу життя, що здійснюється відповідними закладами охорони здоров'я [66].

В Угорщині охорона здоров'я трактується як комплексна діяльність уповноважених органів, спрямована на збереження здоров'я населення, профілактику захворювань, забезпечення своєчасної діагностики, виявлення та

лікування патологій, а також на поліпшення стану пацієнта. Ця діяльність охоплює профілактичні огляди, лікувальні втручання, професійний догляд, медичну реабілітацію, заходи зі зменшення больових відчуттів і страждань, а також забезпечення населення лікарськими засобами та медичними виробами [58].

У країні систематично реалізуються заходи, спрямовані на збереження життя та здоров'я пацієнтів. Профілактика дитячих захворювань розпочинається з моменту народження, у підлітковому віці здійснюється раннє виявлення туберкульозу шляхом обов'язкової рентгенодіагностики органів дихання, а для осіб похилого віку особлива увага приділяється контролю артеріальної гіпертензії, визначенню рівня холестерину, профілактиці атеросклерозу та онкологічних захворювань. Населення віком понад 40 років щорічно проходить обов'язкові онкопрофілактичні обстеження. У разі смерті пацієнта проводиться обов'язкове патоморфологічне дослідження, а випадки смерті аналізуються у відповідних лікарських комісіях.

Важливим напрямом угорської системи охорони здоров'я є розвиток бальнеотерапії, санаторно-курортного лікування та психоаналітичної практики. Отже, система охорони здоров'я Угорщини характеризується широким спектром профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів.

Дехто із закордонних дослідників визначає охорону здоров'я як медицину. Даного підходу дотримується К.І. Вінслоу, який вважає, що «охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей» [64]. В свою чергу варто наголосити, що автор наголошує на важливості охорони здоров'я як критерію розвитку суспільства.

Згідно визначенню ВООЗ, система охорони здоров'я - це сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я. Концепція ВООЗ «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя» визначає основні цілі функціонування системи охорони здоров'я,

до них відносять: поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступності всіх до наявних ресурсів. Умовою для цього є створення та успішна діяльність нормативно-правової бази, що включає комплекс всіх ресурсів (фінансові, кадрові, матеріально-технічні), управління та керівництво, інноваційні технології, а основними цінностями – справедливість, солідарність, участь населення, етичний підхід до розвитку систем [37].

Різноманітність підходів до сутності охорони здоров'я можна пояснити наступним чином:

- об'єктно-предметним полем дослідження. Так, в залежності від об'єкту та предмету дослідження, вчені надають охороні здоров'я певних властивостей, що в результаті лягає в їх розуміння змісту зазначеного поняття;
- мета та завдання дослідження визначають особливості та вектор розвитку дослідження системи охорони здоров'я. Зазвичай поставлена мета дослідження характеризує об'єкт та проблему, що намагається вирішити автор;
- міждисциплінарність охорони здоров'я, обумовлює те, що охорону здоров'я характеризують різні сфери наук (економіка, право, медицина, соціологія, державне управління та інші). В залежності від сфери наук визначається й зміст поняття;
- методологія дослідження. При вивченні будь-якого об'єкту дослідник обирає ту чи іншу сукупність методів, зазвичай вибір таких методів суб'єктивний характер, що призводить до висновків щодо змісту охорони здоров'я.

Є підстави вважати, що зміст поняття «охорона здоров'я» має врахувати усі зазначенні підходи, щоб вмістити в собі більшість властивостей як об'єкту впливу державно-управлінських рішень.

Тепер спробуємо розібратись, що таке «політика» і загалом «державна політика».

Загальновідомо, що термін «політика» походить від давньогрецького слова polis (місто-держава) та пов'язаних з ним politike (мистецтво управління),

políticas (державний діяч), означає діяльність з керівництва й управління суспільством на основі публічної влади. Отже, політика має вплив не тільки на суспільство, але й на окремі суспільні групи людей, котрі знаходяться у межах здійснення її управлінських функцій. А тому вона здатна забезпечити процес реалізації суспільних, особистих і групових інтересів та регулювання взаємовідносин між людьми з метою збереження цілісності суспільства. Важливим видом політики є державна (політика уряду, президента, парламенту, різних міністерств), котра під впливом змін у її політичній і функціональній сферах кожен раз видозмінюється і виступає об'єктом теоретико-методологічних наукових досліджень (проблемних і дискусійних) [20].

Колектив авторів підручника з державної політики (Ковбасюк Ю.В., Ващенко К.О., Сурмін Ю.П.) сходяться на думці, що під державною політикою слід розуміти сукупність ціннісних цілей, державно-управлінських заходів, рішень і дій, порядок реалізації державно-політичних рішень (поставлених державною владою цілей) і системи державного управління розвитком країни [16, с.8].

Водночас українські вчені по-різному характеризують поняття політики, як сфери професійної діяльності органів державної влади. Зокрема, стверджується, що політика (politics) – це «сфера відносин різних соціальних груп та індивідів у використанні інститутів публічної влади задля реалізації своїх суспільно значущих інтересів і потреб» [10, с. 370], в іншому випадку – «суспільна наука, що вивчає політичні інституції, принципи та поведінку влади» [14, с. 272].

Більш насичене трактування проблеми спостерігається в дослідженнях інших вчених, згідно з яким «державна політика – це відносно стабільна, організована й цілеспрямована діяльність/бездіяльність державних інституцій, здійснювані безпосередньо чи опосередковано щодо певної проблеми або сукупності проблем, яка впливає на життя суспільства» [6, с. 6]. Ця точка зору є прийнятною, оскільки державна політика та її спрямованість, попри все інше,

пов'язана з процесом забезпечення суспільної стабільності й задоволення суспільних інтересів.

Таким чином, державна політика має формуватися як комплексний інструмент, орієнтований на вирішення взаємопов'язаних політичних і соціально-економічних завдань, а також на своєчасне реагування на трансформаційні процеси, що відбуваються в державі та суспільстві. Вона повинна забезпечувати належний рівень ефективності, що передбачає оптимальний розподіл владних повноважень між державними інституціями, високий рівень структурованості та обґрунтованості управлінських рішень, чіткість формулювання цілей і заходів. Крім того, державна політика має бути результативною та сприйнятною для населення.

Спробуємо тепер з'ясувати, що ж таке «Державна політика у сфері охорони здоров'я».

Державне управління діяльності у сфері охорони здоров'я має свої особливості. Відповідно до законодавства України, охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України [6].

У контексті теми підрозділу не варто забувати й про термін «громадське здоров'я». Громадське здоров'я, в сучасній трактовці, – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства. Система громадського здоров'я, як основа профілактичної медицини, повинна втілювати основні системні заходи та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і відповідно зменшувати потребу у витратах на медичне обслуговування.

Українська дослідниця М. Білинська визначає дефініцію «громадське здоров'я» як комплексну політичну, економічну, соціальну і медичну категорію, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлену дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором

національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави. Громадське здоров'я відображає здоров'я індивідуумів, з яких складається суспільство, утім його не можна зводити до простого підсумовування кількості хворих і здорових людей. Громадське здоров'я – це інший рівень визначення здоров'я, найважливіша характеристика, що показує якість і розвиток соціальних груп, суспільства в цілому [37].

Згадана вище дослідниця пропонує також загальне визначення державного управління в галузі охорони здоров'я, як комплексу прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [37].

На її думку, поняття складної системи охорони здоров'я об'єднує в собі такі елементи:

а) структуру складної адміністративної системи як форму організації її ланок та рівнів;

б) процеси управління як сукупність операцій, що виконуються за певними нормативно-правовими приписами;

в) методи управління як сукупність засобів впливу складної адміністративної системи на керований нею об'єкт;

г) техніка управління як сукупність технічних засобів для реалізації адміністративних процесів [37].

Українські дослідники В.Лазоришинець, Г.Слабкий, Н.Ярош відзначають, що система державного управління охороною здоров'я органічно поєднує у своєму складі: суб'єкт (керуючу систему) і об'єкт управління (керовану систему); всю сукупність різноманітних зв'язків, які при цьому здійснюються На

їх думку, будь яке дослідження проблеми державного управління сферою охорони здоров'я доцільно розпочати з визначення такого складного поняття, як «здоров'я» [7].

Власне визначення «Державної політики України в галузі охорони здоров'я» дає українська дослідниця О.І. Краснова. На її думку це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [18].

Проект Закону України від 18.02.2016 № 2409а «Про засади державної політики охорони здоров'я» також містить визначення державної політики України в галузі охорони здоров'я. Отже, відповідно до цього документа державна політика охорони здоров'я, це сукупність цілей, завдань, засобів, узгоджених дій та заходів органів державної влади, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людини, розвиток громадського здоров'я, забезпечення права людини на охорону здоров'я [29].

Основні принципи охорони здоров'я містяться у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст.4).

Отже, основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників сфери охорони здоров'я на правовій і договірній основі;
- формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-комунікаційних систем, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, а також на засадах інтероперабельності, інтегрованості і впровадження інструментів електронної охорони здоров'я;

– дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та/або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини [25].

Щодо цілей Державної політики України в галузі охорони здоров'я, то найбільш актуальні з них сформульовані у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках [34]. Стратегічні та оперативні цілі наведено у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Цілі Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках

Стратегічні цілі	Оперативні цілі
Стратегічна ціль 1. Забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я	Оперативна ціль 1. Забезпечення створення рівних умов та безперешкодного доступу населення до своєчасної, безпечної та якісної медичної допомоги
	Оперативна ціль 2. Забезпечення доступу населення до якісних і безпечних лікарських засобів з доведеною ефективністю та медичних виробів
	Оперативна ціль 3. Формування та підтримка ціннісного ставлення населення до здоров'я
	Оперативна ціль 4. Відновлення, розвиток та підтримка напрямів, пов'язаних з новими викликами та задоволенням потреб населення під час надзвичайних ситуацій
	Оперативна ціль 5. Забезпечення прозорості національної політики у сфері охорони здоров'я та залучення громадянського суспільства до прийняття рішень
Стратегічна ціль 2. Посилення міжсекторальної координації державної політики, що впливає на систему охорони здоров'я	Оперативна ціль 1. Забезпечення професійної автономії, сталого розвитку та ефективної роботи суб'єктів, що провадять діяльність у сфері охорони здоров'я
	Оперативна ціль 2. Забезпечення належного фінансування системи охорони здоров'я та ефективного використання її ресурсів
	Оперативна ціль 3. Розвиток міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я
	Оперативна ціль 4. Реалізація політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням права ЄС та глобального порядку денного

Продовження Таблиці 1.1.

Стратегічні цілі	Оперативні цілі
	Оперативна ціль 5. Забезпечення послідовного розвитку системи охорони здоров'я з використанням сучасних та деталізованих фактичних даних, сучасних інструментів планування та кращих світових практик
	Оперативна ціль 6. Посилення спроможності та забезпечення належного управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та глобальних загроз
	Оперативна ціль 7. Удосконалення механізму та алгоритмів моніторингу якості надання медичної допомоги
Стратегічна ціль 3. Забезпечення та створення умов для розвитку та реалізації потенціалу національної системи охорони здоров'я	Оперативна ціль 1. Забезпечення безперервного розвитку людського капіталу та створення можливостей самореалізації в системі охорони здоров'я
	Оперативна ціль 2. Впровадження сучасних технологій та наукових досягнень для збереження та зміцнення здоров'я
	Оперативна ціль 3. Технологізація та цифровізація процесів управління системою, планування та організації надання послуг у сфері охорони здоров'я
	Оперативна ціль 4. Створення умов для залучення інвестицій, збільшення економічної привабливості та покращення показників економічної ефективності галузі

Варто також зазначити, що державне управління та організацію системи охорони здоров'я в Україні здійснюють:

- Верховна Рада України,
- Президент України,
- Кабінет Міністрів України,
- Міністерство охорони здоров'я України
- інші міністерства та відомства.

Верховна Рада України здійснює регулювання та стратегічне керівництво системою охорони здоров'я шляхом визначення конституційних і законодавчих засад її функціонування. До її повноважень належать формулювання мети, ключових завдань, принципів, пріоритетів і напрямів розвитку галузі, установлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування, а також формування системи кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторних механізмів. Крім того, парламент ухвалює закони та затверджує

загальнодержавні програми у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи цілісність і ефективність державної політики в галузі.

Президент України здійснює персональну відповідальність за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, виступає гарантом конституційного права громадян на медичне забезпечення та забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади. Він організовує та спрямовує впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я, а також виконує інші повноваження, визначені Конституцією України в цій галузі.

Кабінет Міністрів України забезпечує організацію розроблення та реалізації державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, формує економічні, правові й організаційні механізми, спрямовані на підвищення ефективності функціонування цієї сфери. Він відповідає за розвиток мережі закладів охорони здоров'я, здійснює укладання міжурядових угод і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я. Крім того, уряд виконує інші повноваження, визначені законодавством і віднесені до компетенції органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України, у межах визначених повноважень, здійснює планування та впровадження заходів, спрямованих на реалізацію державної політики, виконання програм у сфері охорони здоров'я та забезпечення розвитку медичної науки.

На регіональному рівні функції управління та організації системи охорони здоров'я в Україні здійснюють обласні ради, обласні державні адміністрації (ОДА), їхні управління охорони здоров'я, а також відповідні структурні підрозділи міських державних адміністрацій. Зазначені органи забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я на підпорядкованих територіях та здійснюють управління закладами охорони здоров'я, що передані їм рішеннями центральних органів державної влади або органів місцевого самоврядування. До таких закладів належать установи державної форми власності та заклади, що перебувають у спільній власності територіальних

громад, зокрема обласні лікарні, діагностичні центри та інші медичні установи [18].

На районному рівні реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я забезпечують районні ради, районні державні адміністрації, центральні районні лікарні, а також сільські та селищні ради. Зазначені суб'єкти здійснюють відповідні управлінські та організаційні функції в межах повноважень, визначених чинним законодавством.

На міському рівні органами публічної влади, зокрема міськими радами, їх виконавчими комітетами та структурними підрозділами у сфері охорони здоров'я, у межах визначених повноважень здійснюється управління закладами охорони здоров'я, організація медичного обслуговування населення, забезпечення доступності медичних послуг, а також розвиток мережі лікувальних установ незалежно від форми їх власності.

Отже, державна політика у сфері охорони здоров'я є комплексним багаторівневим інструментом, спрямованим на збереження та зміцнення здоров'я населення як ключового ресурсу розвитку країни. Її зміст формують науково обґрунтовані підходи, законодавчі норми та широкий спектр соціально-економічних, медичних і управлінських заходів. Різні наукові школи та міжнародні практики підкреслюють міждисциплінарність та багатовимірність поняття охорони здоров'я. У цьому контексті стратегічні й оперативні цілі до 2030 року слугують важливим орієнтиром для подальшої трансформації та підвищення ефективності системи охорони здоров'я України.

1.2 Нормативно-правові та інституційні засади регулювання сфери охорони здоров'я в Україні

Ефективне функціонування системи охорони здоров'я в Україні значною мірою залежить від якості нормативно-правового забезпечення та організації інституційних механізмів, що регулюють діяльність у цій сфері. Саме

нормативно-правова база та інституційна структура визначають порядок організації медичної допомоги, розподіл повноважень між органами влади, засади фінансування, стандарти надання медичних послуг і гарантії реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я. Їх комплексний аналіз дозволяє оцінити ступінь узгодженості та ефективності державного регулювання, виявити існуючі прогалини та окреслити напрями подальшого вдосконалення галузевої політики відповідно до сучасних викликів та європейських підходів.

Вагомий внесок у встановлення права на охорону здоров'я на національному рівні зробила нормативно-правова база таких міжнародних організацій, як Організація Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародна організація праці (МОП), Рада Європи, Європейський Союз (ЄС) та інші інституції, діяльність яких спрямована на захист прав людини, зокрема у сфері охорони здоров'я [4].

Насамперед йдеться про такі міжнародні документи, як Статут ВООЗ, Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права, Конвенція ООН про права дитини, Декларація соціального прогресу та розвитку, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Конвенція про захист прав трудових мігрантів і членів їхніх сімей, Міжнародна конвенція про ліквідацію расової дискримінації, Хартія основних прав ЄС, Конвенція МОП № 169 про корінні народи та народи, що ведуть племінний спосіб життя, Європейська соціальна хартія та ін. Визнання здоров'я як одного з основних соціально-економічних і культурних прав людини розглядається як важливий етап у розвитку міжнародного права, особливо після прийняття Декларації про створення ВООЗ як спеціалізованої установи ООН відповідно до статті 57 Статуту ООН [4].

Аналіз нормативно-правової бази охорони здоров'я в Україні показує необхідність комплексного законодавчого врегулювання цієї сфери. З огляду на значну кількість нормативних актів, що регулюють сферу охорони здоров'я, ряд дослідників, зокрема І. Сенюта, З. Гладун, О. Клименко та Р. Майданник,

висловили пропозицію щодо їх класифікації. Вони пропонують ієрархічну класифікацію, відповідно до якої українські нормативно-правові акти поділяють на п'ять основних груп:

1) Конституція України (насамперед ст. 49, яка «гарантує право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування»; статті, що «гарантують інші права людини»; статті, що «визначають повноваження органів державної влади»);

2) галузеві кодекси, які містять загальні норми стосовно медичної сфери (Цивільний, Кримінальний кодекси, Кодекс законів про працю, Кодекс про адміністративні правопорушення, процесуальні кодекси тощо);

3) Основи законодавства України про охорону здоров'я як базовий і всеохопний закон у сфері охорони здоров'я;

4) спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (психічна допомога, донорство, окремі інфекційні захворювання тощо);

5) правові акти центральних і місцевих органів державної влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України (КМУ), накази Міністерства охорони здоров'я України, нормативні документи інших органів влади) [4].

Розглянемо основні нормативно-правові документи з цих категорій, які забезпечують регулювання галузі охорони здоров'я в Україні. Почнемо з Конституції України.

Конституція України закладає фундаментальні засади державної політики у сфері охорони здоров'я, визначаючи її як один із ключових соціальних пріоритетів. У статті 49 Основного Закону закріплено, що Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути

скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [17].

Крім того, конституційні положення розглядають охорону здоров'я не лише як сферу надання медичної допомоги, а як ширшу систему суспільних відносин, що включає відповідальність держави за фінансування, організацію, контроль якості медичних послуг та дотримання прав пацієнтів. Таким чином, Конституція України формує нормативну основу, на якій вибудовується інституційна архітектура та механізми державного управління охороною здоров'я.

Важливим Законом в галузі охорони здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ [25]. Цей документ визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Документ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» є базовим законодавчим актом, який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування сфери охорони здоров'я в Україні. Документ регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку здоров'я населення, запобігання захворюваності та інвалідності, а також гарантує громадянам основні права у сфері медичної та реабілітаційної допомоги, включно з правом на безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах. Закон встановлює систему суб'єктів управління охороною здоров'я, їхні повноваження та принципи взаємодії, визначаючи центральний орган виконавчої влади як ключовий елемент формування та реалізації політики. Особлива увага приділяється питанням фінансового забезпечення галузі, ролі державного та місцевих бюджетів, а також порядку укладання договорів про медичне обслуговування населення. Документ містить

норми щодо відповідальності за порушення законодавства у сфері охорони здоров'я та включає низку положень, що стосуються сучасних питань – телемедицини, реімбурсації лікарських засобів і реагування на інфекційні загрози. Загалом закон формує правовий каркас функціонування системи охорони здоров'я та визначає механізми державного впливу на її розвиток.

В контексті фінансово-економічних питань галузі важливим є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [27]. Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості, реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів (включаючи допоміжні засоби) за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Цей Закон є ключовим фундаментом медичної реформи в Україні, оскільки вперше закріплює державні фінансові гарантії оплати медичних послуг за програмою медичних гарантій. Він визначає принципи, механізми та обсяги фінансування медичної допомоги, гарантує пацієнтам безоплатність визначеного пакета послуг і забезпечує прозоре використання державних коштів у сфері охорони здоров'я. Закон створює умови для договірної моделі фінансування між НСЗУ та медичними закладами, що стимулює конкуренцію та підвищення якості медичних послуг. Документ також передбачає контроль якості та відповідальність за порушення гарантій, що зміцнює довіру громадян до системи охорони здоров'я. Загалом Закон є основою сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я і визначає стратегічний напрям розвитку медичної системи України.

Важливим документом є Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я» [31]. Цей Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя,

регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення [31].

Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні, орієнтованої на зміцнення здоров'я населення, профілактику хвороб і забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя. Він встановлює ключові терміни, принципи та оперативні функції системи, серед яких епідеміологічний нагляд, реагування на загрози, захист і промоція здоров'я, а також вплив на детермінанти здоров'я. Документ визначає повноваження центральних і місцевих органів влади, центрів контролю та профілактики хвороб, а також порядок їх взаємодії у сфері громадського здоров'я. Окрема увага приділена питанням фінансування — визначено джерела коштів та процедури формування бюджетних запитів. Закон також регулює механізми протиепідемічних заходів, включно з карантинном, реєстрацією небезпечних факторів і наглядом за санітарним законодавством. Загалом документ створює комплексну нормативну основу для побудови сучасної, превентивно орієнтованої системи громадського здоров'я.

Ще один важливий документ Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» [28]. Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги [28].

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» визначає організаційно-правові засади створення, функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги в державі. Документ регламентує порядок надання медичної допомоги у невідкладних станах, включно з діями медичних працівників та осіб

без медичної освіти, які зобов'язані здійснювати домедичні заходи. Закон встановлює структуру системи екстреної допомоги, що включає центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції та бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, а також відділення екстреної (невідкладної) допомоги багатoproфільних лікарень. Значну увагу приділено організації диспетчеризації, нормативам прибуття бригад на місце події та координації роботи всіх задіяних служб. Закон також визначає повноваження органів місцевого самоврядування щодо забезпечення матеріально-технічних умов функціонування системи та створення інфраструктури, необхідної для дотримання нормативів реагування. Крім того, документ містить положення щодо професійної підготовки персоналу, наукового забезпечення галузі та відповідальності за ненадання або несвоєчасне надання екстреної допомоги.

В умовах великої війни, коли гинуть як військові, так і цивільні важливим питанням є донорство крові, яке може врятувати життя багатьох людей. Тут варто згадати про Закон України від 30 вересня 2020 року № 931-ІХ «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» [26].

Цей Закон визначає правові та організаційні засади державної політики щодо організації заготівлі, тестування, переробки, зберігання, розподілу, транспортування та реалізації донорської крові та компонентів крові, функціонування системи крові, визначає стандарти безпеки та якості донорської крові та компонентів крові з метою забезпечення рівного доступу населення України до якісних і безпечних компонентів донорської крові у необхідній кількості, організації обігу донорської крові та компонентів крові, забезпечення безпеки та здоров'я донорів крові та компонентів крові, а також їх реципієнтів, захисту їхніх прав та законних інтересів [26].

Цей документ є ключовим нормативним актом, який комплексно регулює сферу донорства крові в Україні та забезпечує її відповідність стандартам Європейського Союзу. Він встановлює вимоги до безпеки, якості, простежуваності та контролю обігу донорської крові, що гарантує захист життя і здоров'я як донорів, так і реципієнтів. Документ визначає державну політику,

спрямовану на розвиток добровільного безоплатного донорства, рівний доступ пацієнтів до безпечних компонентів крові та створення ефективної системи управління якістю у службі крові.

Закон також оновлює правове поле, замінюючи попередній закон і гармонізуючи українську систему крові з європейськими нормами. Завдяки цьому він є фундаментом для підвищення безпеки трансфузійної допомоги та зміцнення довіри населення до служби крові.

Закон розроблений з метою адаптації законодавства України до acquis Європейського Союзу на виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [26].

Закон України № 123/96-ВР «Про лікарські засоби» існує ще з 1996 року, хоча останні зміни до нього були додану а червні 2025 року.

Цей Закон регулює правовідносини, пов'язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, у тому числі лікарських засобів, вироблених з крові людини та плазми крові (препаратів крові), переробкою, транспортуванням, зберіганням і розподілом компонентів крові, що використовуються для виробництва лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів виконавчої влади і посадових осіб [30].

Закон України «Про лікарські засоби» є базовим нормативним актом, що визначає правила створення, реєстрації, виробництва, контролю якості та обігу лікарських засобів в Україні. Він встановлює вимоги до доклінічних і клінічних досліджень, а також захисту прав пацієнтів під час таких випробувань. Документ забезпечує державний контроль за якістю та безпечністю ліків і формує умови для доступності необхідних препаратів населення. Крім того, закон регулює діяльність виробників, аптечних закладів та органів влади, забезпечуючи прозорість і безпечність фармацевтичного ринку.

Нормативно-правові та інституційні засади регулювання сфери охорони здоров'я України формують цілісну систему, що визначає організацію,

функціонування та розвиток медичної галузі. Аналіз поданих документів свідчить, що правове регулювання охорони здоров'я ґрунтується на багаторівневій структурі: від конституційних положень (ст. 49 Конституції України) [17] та Основ законодавства про охорону здоров'я до спеціальних законів, які деталізують окремі напрями галузі – екстрену медичну допомогу, громадське здоров'я, фінансові гарантії тощо. Важливе місце посідають і міжнародні акти ООН, ВООЗ, Ради Європи та ЄС, що закріплюють право людини на здоров'я та задають стандарти надання медичних послуг.

Державна політика у галузі охорони здоров'я реалізується у тому числі й шляхом реалізації різного роду стратегій. Однією з таких стратегій є «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» [34]. Метою реалізації Стратегії є подальший розвиток системи охорони здоров'я шляхом підвищення її стійкості, готовності реагування на виклики та загрози за принципом “Єдине здоров'я”, розширення універсального доступу населення до якісної та безоплатної медичної допомоги та лікарських засобів для покращення рівня та якості життя населення, забезпечення фінансового захисту пацієнта, зокрема недопущення його катастрофічних витрат у разі захворювання, а також формування у суспільстві ціннісного ставлення до власного здоров'я [34].

Ще однією стратегією, але вже спільною для низки міністерств є «Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року» [33].

Ця Стратегія розроблена відповідно до принципів та інструментів методології управління, орієнтованого на результат, спрямована на сталий, інклюзивний розвиток і забезпечення доступності та людиноцентричності у всіх сферах життєдіяльності суспільства, розв'язання наявних проблем та задоволення потреб різних суспільних груп шляхом виконання визначених завдань та досягнення поставлених цілей. Під час розроблення цієї Стратегії проаналізовано ряд найкращих міжнародних практик створення безбар'єрного простору, зокрема держав – членів Європейського Союзу, Канади, Японії, Великобританії, США. Метою цієї Стратегії є створення безперешкодного

середовища для всіх суспільних груп, забезпечення рівних можливостей кожній людині реалізувати свої права, отримувати послуги на рівні з іншими шляхом інтегрування фізичної, інформаційної, цифрової, суспільної, громадянської, економічної та освітньої безбар'єрності до всіх сфер державної політики [33].

Інституційні засади системи охорони здоров'я в Україні включають сукупність державних органів та організацій, відповідальних за формування політики, нагляд, фінансування, контроль якості та надання послуг. Центральне місце в управлінні галуззю займає Міністерство охорони здоров'я України, що формує державну політику та видає нормативні акти. На рівні реалізації політики функціонують Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка адмініструє Програму медичних гарантій, Центри контролю та профілактики хвороб у сфері громадського здоров'я, а також мережа закладів охорони здоров'я різних форм власності. Органи місцевого самоврядування забезпечують фінансування, утримання інфраструктури та організацію місцевих програм охорони здоров'я.

У сукупності нормативно-правові та інституційні засади створюють комплексну модель регулювання, спрямовану на забезпечення доступності медичних послуг, розвиток превентивної медицини, модернізацію системи екстреної допомоги та впровадження європейських стандартів. Водночас аналіз показує наявність потреби в подальшій гармонізації законодавства, усуненні дублювання норм, зміцненні інституційної спроможності та розвитку механізмів міжсекторальної співпраці – як ключових умов підвищення ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1 Сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах воєнного стану

У стані великої війни Україна потерпає від дій країни-агресора (росії). Збитки несуть усі галузі у тому числі й галузь охорони здоров'я, яка перебуває під особливим прицілом окупантів.

Відповідно до інформації ді спільного звіту Міністерства відновлення, Міністерства економіки України, про пошкодження інфраструктури внаслідок руйнувань, спричинених військовою агресією Росії проти України, станом на січень 2024 року Збитки, завдані закладам охорони здоров'я, склали 3,12 мільярда доларів. Загалом з початку повномасштабної війни було пошкоджено або зруйновано щонайменше 1203 заклади охорони здоров'я [55].

В рамках проекту розрахунок збитків включає оцінку збитків, завданих закладам охорони здоров'я, включаючи лікарні, поліклініки, стоматологічні кабінети, консультативно-діагностичні центри, медичні кабінети, акушерські пункти, амбулаторії, реабілітаційні та медичні центри, лабораторні та центри крові, та господарські будівлі закладів охорони здоров'я. Збитки, завдані приватним закладам охорони здоров'я, розраховувалися окремо.

Дані про руйнування відповідних закладів охорони здоров'я були отримані від Міністерства охорони здоров'я для державних закладів, мікроданих для приватних закладів та відкритих джерел.

Збитки, завдані закладам охорони здоров'я, становлять близько 2% від загальних збитків в Україні. Щодо типів закладів охорони здоров'я, то повномасштабна війна знищила або пошкодила більшість амбулаторій (426) та лікарень (358), причому на лікарні припадає 76% від загальних збитків у секторі.

Більше половини збитків, завданих сектору охорони здоров'я, зосереджено у трьох областях – Миколаївській, Донецькій та Чернігівській [55].

Війна в Україні, яка переросла у повномасштабне вторгнення у лютому 2022 року з початку 2014 року, суттєво вплинула на здоров'я та добробут країни. Хоча 4,6 мільйона українців повернулися, все ще залишаються 3,7 мільйона внутрішньо переміщених осіб та 6,2 мільйона біженців, які не можуть безпечно повернутися до своїх домівок. Організація Об'єднаних Націй зафіксувала понад 10 000 смертей серед цивільного населення, включаючи понад 560 дітей, та понад 18 500 поранених з лютого 2022 року. Значна кількість цих втрат, спричинених ударами ракет далекого радіусу дії та боєприпасами, сталася далеко від зон бойових дій [62].

З лютого 2022 року ВООЗ повідомила про понад 1365 нападів на медичні заклади, в результаті яких загинуло 111 людей, 191 людина отримала поранення та було пошкоджено 630 медичних закладів, що підкреслює надзвичайну небезпеку для медичних працівників та інфраструктури.

Конфлікт серйозно порушив роботу основних послуг, що призвело до помітного погіршення стану здоров'я, особливо у східних та південних регіонах. Ця ситуація погіршується гострою нестачею ліків та медичних товарів, значним дефіцитом медичного персоналу та обмеженим доступом до життєво важливої інфраструктури охорони здоров'я. В результаті система охорони здоров'я України перебуває під величезним навантаженням, намагаючись задовольнити зростаючі потреби постраждалого населення в охороні здоров'я.

Після перших місяців вторгнення медичні послуги та доступність ліків покращилися. За оцінкою Системи моніторингу доступності медичних ресурсів та послуг ВООЗ (HeRAMS), близько 92% державних закладів охорони здоров'я працювали повністю по всій країні з листопада 2022 року по травень 2023 року [62].

Упродовж періоду повномасштабного воєнного вторгнення 2022–2025 рр. система охорони здоров'я Харківської області зазнала комплексних трансформацій під впливом як прямих руйнівних дій, так і опосередкованих

соціально-економічних наслідків конфлікту. Масштабні удари по цивільній інфраструктурі та систематичні ураження медичних закладів призвели до значних змін у доступності та якості медичної допомоги в регіоні: за даними регіональних і національних джерел, у місті Харкові пошкоджено численні лікувальні установи, а по всій країні – сотні амбулаторій і стаціонарів були зруйновані або виведені з ладу. Така деструкція інфраструктури значно ускладнила роботу первинної та спеціалізованої допомоги і створила додаткове навантаження на ті заклади, що зберегли функціональність.

Функціональна організація медичних послуг у Харківській області за умов воєнного стану ґрунтується на поєднанні державних, місцевих та гуманітарних інструментів управління. Центральними інституціями координації виступають Міністерство охорони здоров'я та обласна адміністрація/управління охорони здоров'я, тоді як безперервність надання послуг забезпечують обласні центри екстреної медичної допомоги, мережа первинної медико-санітарної допомоги та мобільні/модульні клініки, що встановлюються за міжнародної допомоги. У відповідь на руйнування та переміщення населення міжнародні партнери (ВНО, ЄС, UN-агенції, Міжнародні неврівноважені організації) [62] сприяли розгортанню модульних амбулаторій, постачанню ліків та підтримці первинної допомоги. Ці заходи спрямовані на відновлення доступності послуг у найбільш постраждалих громадах Харківщини.

Кадровий вимір проблеми проявився у значному скороченні локального медичного персоналу через евакуацію, мобілізацію та професійне вигорання; водночас спостерігається нарощення навантаження на лікарів і медсестер, які залишилися в регіоні. Це спричинило дефіцит фахівців у критичних напрямках (анестезіологія, травматологія, паліативна допомога, психіатрія), ускладнило роботу спеціалізованих відділень та вимагало залучення мобільних команд і партнерської гуманітарної підтримки. Також значну проблему становить психоемоційний стан медичного персоналу: дослідження і звіти вказують на підвищений рівень психологічної травматизації працівників системи охорони здоров'я в Харкові та прилеглих громадах [13].

Що стосується забезпечення ресурсами та логістики, то війна спричинила дефіцит основних препаратів, витратних матеріалів та обладнання в окремих підрозділах області; постачання значною мірою здійснюється через національні канали, міжнародну допомогу та мобілізовані запаси місцевих органів влади. Центральні та регіональні адміністрації зобов'язані координувати фінансування й постачання, однак економічне навантаження зростає у зв'язку з перерозподілом бюджетних ресурсів на забезпечення обороноздатності й відновлення інфраструктури. Оцінки ВООЗ та інших партнерів свідчать про те, що значна частина населення України, зокрема в гарячих точках, стикається з бар'єрами доступу до медичних послуг через транспортні, фінансові та безпекові обмеження [62].

У контексті організації невідкладної допомоги та реагування на масові потреби Харківська область відзначається активною координацією центрів екстреної допомоги та диспетчерських служб. Проте постійні обстріли та ризики ураження спеціалізованого санітарного транспорту ускладнюють дотримання нормативів прибуття бригад і безпечне транспортування пацієнтів до лікувальних закладів. Крім того, руйнування доріг і пошкодження енергомережі створюють додаткові перешкоди для своєчасної евакуації хворих і функціонування стаціонарів. Ці виклики роблять критично важливим розвиток альтернативних логістичних рішень (мобільні медичні бригади, модульні пункти, дистанційні консультації) та посилення цивільно-військової взаємодії задля захисту медичної інфраструктури [48].

Важливою і вкрай необхідною діяльністю щодо оперативного реагування та надання невідкладної допомоги є робота різних міжнародних місій. Однією з таких є Health Cluster (Кластер здоров'я) – це система координації медичної гуманітарної допомоги, яку очолює Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Вона працює в країнах, де є воєнні дії, надзвичайні ситуації або масштабні гуманітарні кризи [48].

Кластер Охорони Здоров'я України – це координаційна платформа для суб'єктів охорони здоров'я, створена в 2014 році після спалаху конфлікту в

східних регіонах країни. У лютому 2022 року кластер розширив масштаб і охоплення до національного рівня у відповідь на ескалацію кризи. З моменту свого заснування кластер охорони здоров'я сприяв ефективній співпраці та партнерству між різними суб'єктами охорони здоров'я, залученими до гуманітарної допомоги в Україні [15].

У місті Харків створено субнаціональний хаб організації, діяльність якого дуже ефективна. З одним із прикладів можна ознайомитись у Додатку А цієї роботи. Загалом карта України з розташуваннями осередків організації наведена нижче (Рисунок 2.1)



Рисунок 2.1 – Субнаціональні хаби організації Health Cluster в Україні [15]

Інституційні засади сфери охорони здоров'я Харківської області у час війни зберігають формальні елементи довоєнної системи (роль МОЗ, регіональних управлінь охорони здоров'я, місцевого самоврядування та національних служб), одночасно виявляючи гнучкість у залученні неурядових та

міжнародних акторів. Законодавчі та регуляторні механізми – включно з положеннями щодо екстреної медичної допомоги, захисту пацієнтів і медперсоналу – залишаються базою для організації послуг; на практиці реалізація цих положень залежить від здатності місцевих інституцій забезпечити матеріальну базу, координацію реагування та фінансування. Міжнародні агенції (WHO [62], OCHA [54], UNICEF [61], Médecins Sans Frontières [52], Health Cluster [48] та ін.) відіграють важливу роль підсилюючого партнера, забезпечуючи як технічну, так і матеріальну підтримку та сприяючи відновленню послуг у громадах.

Варто згадати також про міжвідомчі інформаційні кампанії, які спрямовані на профілактику різного роду захворювань та пропаганду здорового способу життя. Так у межах реалізації Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року [33] на Харківщині триває інформаційна кампанія, спрямована на популяризацію здорового способу життя та формування відповідального ставлення громадян до власного здоров'я. Ініціативу реалізують Міністерство культури та стратегічних комунікацій України разом із Міністерством охорони здоров'я у рамках Плану заходів на 2025–2026 роки. Ключові повідомлення кампанії охоплюють теми раннього виявлення хвороб, зменшення поширеності тютюнокуріння, підтримки жіночого здоров'я, розвитку навичок самозбереження та зміцнення психоемоційного благополуччя. У межах проєкту створено низку інформаційних матеріалів, що поширюються у публічному просторі та в цифрових медіа, акцентуючи увагу на важливості регулярних профілактичних оглядів, фізичної активності, здорового харчування та турботи про ментальне здоров'я. В основі кампанії – принципи безбар'єрності, які передбачають доступ кожної людини до якісних медичних послуг, своєчасної профілактики та достовірної інформації, незалежно від віку, статі, стану здоров'я чи соціального статусу [23].

В Харківській області все ще діє програма Регіональна цільова програма «Здоров'я сім'ї» Харківської області на 2020-2027 роки [40].

Метою Програми є впровадження єдиної консолідованої системи первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги сім'ям Слобожанщини при соціально значущих спадково обумовлених захворюваннях.

Також пріоритетним є розвиток людського потенціалу, наближення якості життя до європейських стандартів.

Мета та напрями Програми відповідають оперативній цілі 1.1. «Організація доступної та ефективної системи надання медичних послуг і створення умов для здорового способу життя населення» стратегічної цілі 1. «Забезпечення високої якості життя населення на всьому просторі регіону» Стратегії розвитку Харківської області на 2021–2027 роки, затвердженої рішенням обласної ради від 27 лютого 2020 року № 1196-VII [40].

Якість і доступність медичної допомоги в громадах Харківської області також істотно залежать від демографічних змін (втрата і переміщення населення), зниження охоплення профілактичними програмами та перерваних ланцюгів догляду для хронічно хворих. У сільських територіях регіону доступ до первинних послуг значно ускладнений; локальні обстеження і політичні брифінги підкреслюють підвищення потреб в лікуванні серцево-судинних захворювань, діабету та психічному здоров'ї серед мешканців постраждалих громад. Відповідні політичні заходи мають поєднувати відновлення інфраструктури з довгостроковою підтримкою первинної допомоги та програмами ментального здоров'я.

Таким чином, сучасний стан системи охорони здоров'я Харківської області характеризується одночасною наявністю значних викликів (інфраструктурних, кадрових, логістичних) і можливостей для адаптації (модульні рішення, міжнародна допомога, мобільні служби). Інституційні засади функціонування системи зберігають формальні рамки координації та відповідальності, але ефективність їх реалізації прямо залежить від оперативної міжвідомчої співпраці, достатнього фінансування та міжнародної підтримки у відбудові та посиленні медичних послуг у регіоні.

2.2 Основні проблеми та бар'єри реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я на місцях

У контексті воєнного стану в Україні, особливо в прифронтових регіонах, таких як Харківська область, реалізація державної політики охорони здоров'я на місцевому рівні стикається з низкою системних проблем і бар'єрів. Першим і наймасштабнішим викликом є значні руйнування медичної інфраструктури: за даними Харківської обласної державної адміністрації, понад 76 % медичних закладів області зазнали ушкоджень або знищені внаслідок бойових дій. Жахливими також є цифри втрат серед цивільного населення: 96 загиблих дітей та 500 поранених, 2859 загиблих та 6615 поранених дорослих [2]. Це суттєво ослаблює спроможність органів місцевого самоврядування забезпечувати належний рівень надання медичних послуг, особливо в сільській місцевості, де й без війни було обмежене покриття первинною ланкою охорони здоров'я.

Другим проблемним аспектом є кадровий дефіцит. Внаслідок масової міграції, мобілізації та психологічного вигорання значна частина медичного персоналу залишила регіон або взагалі покинула професію. У поєднанні з нестабільністю інфраструктури це призводить до того, що навіть ті медзаклади, які вціліли, працюють із надмірним навантаженням, а доступ до спеціалізованої допомоги (наприклад, кардіологічної, психіатричної) стає обмеженим. Крім того, за даними спільнот, через страх безпеки та труднощі з пересуванням частина населення не звертається до медичних установ навіть за нагальних потребами.

За інформацією департаменту охорони здоров'я ХОВА, у комунальних лікарнях та поліклініках Харкова на лютий 2025 року не вистачало 1027 лікарів та 1361 медсестер і фельдшерів, щоб повністю укомплектувати штат. Найбільш зажадані: фахівці з лікувальної фізкультури, медицини невідкладних станів, функціональної діагностики, а також алергологи, ендоскопісти, психотерапевти,

ревматологи, хірурги-проктологи. Проблему дефіциту частково вирішують, працевлаштовуючи переселенців і студентів. Так, у міських лікарнях на початок 2025 року працевлаштували 108 лікарів і 245 медсестер із категорії ВПО. Також за сумісництвом працюють 47 студентів Харківського національного медичного університету та дев'ять студентів медичних коледжів [8].

У Харківській області, за даними за 2024 рік, у комунальних медичних закладах працювало 7300 лікарів. При цьому штатних посад у лікарнях Харківщини – 10,4 тисячі, а отже, укомплектовано зараз 69% вакансій. Найбільш необхідні в області: медичні психологи (нестача становить 11%); дитячі онкологи (33%); лікарі трансфізіології (35%); лікарі медицини невідкладних станів (41%); діагности (43%); лікарі-реабілітологи (54%); фахівці серцево-судинної хірургії (54%) [8].

Третім бар'єром є фінансові обмеження як на рівні пацієнтів, так і на рівні громади. Згідно із дослідженнями ВООЗ, подорожчання ліків, їхня дефіцитність та транспортні витрати – одні з головних перешкод для доступу до медичних послуг в умовах війни. Більш того, тематичні аналітичні звіти вказують на те, що державні бюджети регіонів дедалі більше спрямовуються на відновлення інфраструктури та заходи безпеки, що знижує ресурси, доступні для безперервного фінансування охорони здоров'я. У сільських громадах Харківщини, де транспортні зв'язки знижено через руйнування доріг або їх небезпеку, витрати на доїзд до медичних установ стають суттєвим фінансовим тягарем для пацієнтів [62].

Четвертим значним бар'єром на місцевому рівні є організаційно-інституційні виклики. Децентралізація системи охорони здоров'я, яка перед війною вже створювала дисбаланси, тепер проявляється особливо гостро: місцеві органи влади мають обмежений ресурс для відновлення, реконструкції лікарень, організації мобільних медичних бригад або безпечних пунктів. При цьому координація з центральними структурами (МОЗ, міжнародними гуманітарними агентствами) іноді ускладнена через адміністративні бар'єри, нестачу чітких процедур або повільність прийняття рішень. Партнерські ініціативи (наприклад,

від ВООЗ або іноземних донорів) спрямовуються на модульні клініки, мобільні команди, але потребують швидкої інтеграції в локальні системи — що не завжди відбувається оптимально.

П'ятий бар'єр – кризова безпека медичних установ. Медичні заклади в зоні бойових дій піддаються ризику обстрілів, що підриває їхню функціональність і безпеку для працівників і пацієнтів. У багатьох громадах вимагається створення укриттів, а лікарні повинні мати подвійне призначення (лікарня + бомбосховище), щоб гарантувати стійке надання послуг під час загострень конфлікту. За інформацією міського голови Харкова, станом на липень 2025 року у Харкові постраждала більшість комунальних медзакладів – 44 з 58. Деякі – не раз і навіть не двічі. Це гірка статистика. Але, попри все, система охорони здоров'я міста функціонує [38].

Окремо варто відзначити бар'єр, пов'язаний із психологічною травмою та ментальним здоров'ям. Воєнні дії спричиняють не лише фізичні пошкодження, але й значне психоемоційне навантаження на населення та медичний персонал. Медичні працівники зіштовхуються зі стресом, вигоранням, панічними настроями, що підвищує ризик зниження якості медичного обслуговування або навіть залишення професії. З іншого боку, для пацієнтів часто відсутні доступні сервіси психіатричної або психологічної допомоги, особливо в громадах, що постраждали найбільше, або в модульних лікарнях.

Разом з тим, в закладах охорони здоров'я області впроваджено процедури епідеміологічного нагляду щодо психічних розладів у рамках існуючих медичних протоколів. Проведено навчання медичного персоналу щодо методів епідеміологічного моніторингу для визначення рівня поширеності та динаміки психічних розладів серед населення та забезпечено використання стандартизованих інструментів для збору даних (анкети, звітні форми). Організовано проведення навчання сімейних лікарів, педіатрів та середнього медичного персоналу первинної ланки за темою «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням mhGAP». За інформацією адміністрацій закладів охорони здоров'я протягом 2024 року таке

навчання на платформі НСЗУ пройшли 6670 медичних працівників, з яких 2537 лікарів, (197 продовжують проходити навчання) та 4133 молодших спеціалістів з медичною освітою (518 продовжують проходити навчання) [12].

Переглянуто Програму розвитку соціальних послуг та психосоціальної допомоги в Харківській області на 2023-2027 роки (далі – Програма), затвердженої рішенням обласної ради від 23 грудня 2023 року № 727-VIII. В умовах війни особливої уваги потребують діти, їхній психоемоційний стан, тому до розділу 8. «Напрями діяльності та заходи Програми розвитку соціальних послуг та психосоціальної допомоги в Харківській області на 2023 – 2027 роки» додано захід щодо організації проведення щорічного соціокультурного проєкту «Обійми дитину», який виступатиме потужним засобом емоційного відновлення, створюючи простір для творчості, самовираження і розуміння складних переживань, які діти зазнають через війну. Проводиться аналіз чинних програм та розпоряджень з ініціативами у сфері психічного здоров'я в районах та громадах області і підготовка пропозицій щодо їх удосконалення та усунення дискримінаційних положень [12].

Загалом, зведені відомості щодо роботи, яка здійснювалась та продовжує здійснюватись у цьому напрямку наведено у документі: «Інформація про виконання Плану заходів на 2024 – 2026 роки з реалізації в Харківській області Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням начальника Харківської обласної військової адміністрації від 09 жовтня 2024 року № 722 В, у 2024 році [12].

Варто також зазначити, що інституційні засади охорони здоров'я на місцях демонструють напругу між формальними політичними цілями держави та фактичними можливостями їхнього виконання. Місцева влада, хоч і має формальні повноваження, часто обмежена ресурсами і не в змозі повною мірою реалізувати державні програми через руйнування інфраструктури, кадровий дефіцит, логістичні труднощі та безпекові ризики. Попри підтримку міжнародних донорів, виникає потреба системної координації, прозорості та включення громад у планування відновлення.

Отже, для успішної імплементації державної політики охорони здоров'я на місцевому рівні необхідні інституційні реформи, які адресуватимуть не лише фізичне відновлення мережі закладів, але й вирішення кадрових, фінансових та організаційних проблем. Це вимагає синергії між центральною владою, місцевим самоврядуванням, міжнародними партнерами та громадськими організаціями для побудови стійкої, адаптивної та інклюзивної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

3.1 Зарубіжний досвід функціонування галузі охорони здоров'я в умовах воєнних дій

Упродовж останніх трьох десятиліть досвід різних країн, що пережили тривалі збройні конфлікти (Сирія, Афганістан, Колумбія, Ірак та ін.), дав важливі уроки щодо організації охорони здоров'я в умовах війни. Аналіз міжнародних практик дозволяє виокремити кілька повторюваних підходів та інструментів, які підвищують стійкість системи охорони здоров'я і зменшують негативні наслідки конфліктів для населення. По-перше, ключовим елементом успішних стратегій є забезпечення безперервності первинної медико-санітарної допомоги через стандартизовані пакети послуг і мобілізацію наявних ресурсів. Приклад Афганістану демонструє, що впровадження єдиного «Базового пакета медичних послуг» (BPHS) дало змогу швидко відновити покриття первинної допомоги після 2001 року, що призвело до помітного покращення показників охорони здоров'я, хоча і залишило систему вразливою до втрати зовнішнього фінансування. Цей підхід підкреслює роль стандартизації послуг як інструменту для збереження мінімального рівня доступності медичної допомоги в умовах політичної та фінансової нестабільності [41].

По-друге, ураження інфраструктури та атаки на медичні заклади змусили гуманітарні організації та держави впроваджувати альтернативні моделі доставки послуг: мобільні клініки, модульні амбулаторії, підземні чи приховані госпіталі та телемедицину. У Сирії та Північній Іраку, де традиційні лікарні стали ціллю атак, організації на кшталт Médecins Sans Frontières (MSF) перенесли акцент на дрібні, гнучкі медичні осередки і високо мобільні хірургічні бригади, що дозволяло надавати термінову хірургічну та травматологічну допомогу поближче до місць бойових дій і внутрішньо

переміщених осіб. Такі рішення знижують ризик повного розриву медичного обслуговування та одночасно вимагають високого рівня логістики і безпеки операцій [53].

Падіння колишнього уряду Сирії 8 грудня 2024 року стало значним поворотним моментом у країні після майже 14 років війни. «Лікарі без кордонів» (MSF) отримали доступ до районів, що контролюються колишнім урядом, де нам не було дозволено працювати. Прямі та непрямі наслідки конфлікту є разючими: 16,5 мільйона людей потребують допомоги [53].

Третій важливий досвід стосується захисту персоналу та медичної нейтральності. Міжнародні правові рамки (гуманітарне право) та адвокаційні кампанії МКЧХ/ICRC і WHO мають велике значення для зменшення кількості атак на медичні об'єкти; однак практика показує, що юридичні гарантії самі по собі не здатні запобігти нападам. На прикладі Колумбії спостерігається зростання викликів щодо безпеки працівників охорони здоров'я – ураження персоналу і транспорту стають перешкодою для доступу до послуг, що підкреслює необхідність комплексних заходів – від фізичного укріплення об'єктів до переговорів із сторонами конфлікту та локальних механізмів раннього попередження [44].

Четверте – фінансова стійкість та залежність від донорської допомоги. Досвід Афганістану і низки інших країн показує, що відновлення і підтримка послуг після конфлікту часто базуються на масштабній міжнародній підтримці; при цьому раптове згортання фінансування може спричинити колапс локальних програм (закриття центрів, припинення вакцинаційних кампаній тощо). Наявність механізмів поступового локального фінансування та планів переходу від зовнішнього фінансування до національної/регіональної опіки є критичною умовою тривалого функціонування системи охорони здоров'я. Нещодавні приклади скорочення допомоги в Афганістані демонструють, що без таких механізмів ефективність і доступність послуг можуть швидко впасти [63].

П'яте – роль координації між державними інституціями та гуманітарними акторами. Ефективний досвід демонструють ті контексти, де на національному

рівні створювалися спільні координаційні механізми (health cluster) для узгодження постачання, розподілу людських ресурсів і пріоритизації інтервенцій. З іншого боку, непрозорі процедури, фрагментація відповідальності або повільне адміністрування ускладнюють інтеграцію гуманітарних ініціатив у національні системи, що знижує довгострокову сталість результатів. Огляд літератури з охорони здоров'я в умовах конфлікту наголошує на необхідності чіткої політики інтеграції донорських ініціатив у державні плани відновлення [50].

Шостий урок пов'язаний із психосоціальною підтримкою та довгостроковою реабілітацією. Конфлікти породжують високі рівні психічних розладів, травм, хронічних захворювань, що потребують довготривалих програм реабілітації і психічного здоров'я. Країни, які інтегрували психіатричну допомогу у первинну медичну мережу та розвивали програми для вразливих груп (переселенці, ветерани, діти), демонструють кращі результати відновлення соціо-медичних функцій після ескалації насильства [49].

Досвід європейських країн, що зазнали або опосередковано відчули наслідки воєнних дій у XX–XXI століттях, є важливим джерелом знань для формування політик підвищення стійкості систем охорони здоров'я. У сучасному контексті – з урахуванням повоєнного досвіду Балкан, коротких, але інтенсивних конфліктів (Грузія, 2008 р.) і великої хвилі внутрішнього переміщення потоків біженців (2014–2025 рр.) – європейські практики демонструють декілька повторюваних стратегічних рішень: стандартизація мінімальних пакетів послуг, розгортання мобільних/модульних клінік, зміцнення мереж первинної допомоги, інтеграція гуманітарної допомоги у національні системи та заходи щодо захисту медичної інфраструктури й персоналу. Ці підходи можуть також бути корисні у прифронтових і постраждалих регіонах України.

Повоєнна трансформація системи охорони здоров'я у Боснії і Герцеговині є одним із найоб'ємніших кейсів у Європі щодо відновлення послуг після інтенсивних бойових дій. В умовах критичного руйнування інфраструктури та

демографічних змін місцева влада разом із міжнародними донорами здійснили реструктуризацію системи, спрямовану на посилення первинної медичної допомоги як основи відновлення (запровадження родинної медицини, реформа фінансування, реконструкція мережі закладів). Цей процес демонструє, що підхід, орієнтований на первинну ланку, сприяє швидшому відновленню доступності медичної допомоги та відновленню довіри населення до системи. При цьому важливо врахувати, що зовнішнє фінансування відіграло ключову роль у початкові роки – і відсутність механізмів поступового переходу до національного фінансування створювала ризики сталості послуг [47].

Практичні висновки з балканського досвіду: інвестиції в сімейну / первинну медицину дають найбільший мультиплікативний ефект у відновленні доступу до послуг; постконфліктна реформа потребує скоординованого плану переходу від донорської допомоги до місцевого фінансування; важливим є поетапне відновлення інфраструктури з пріоритетом на доступність для віддалених громад [59].

Конфлікт у Грузії 2008 року показав ефективність оперативного розгортання польових госпіталів і швидкої маршрутизації постраждалих до регіональних медичних хабів. У перші дні бойових дій було створено польові медичні пункти, відпрацьовано логістику евакуації та маршрутизацію пацієнтів у стабільні регіони, що дозволило зменшити навантаження на місцеві стаціонари й підвищити виживання поранених. Водночас досвід підкреслив необхідність оперативного стоку медичної техніки й медикаментів, а також наявності заздалегідь узгоджених планів взаємодії між цивільними та військовими службами. Цей приклад ілюструє цінність сценарного планування й регулярних навчань з відпрацюванням масових постраждалих і логістики [43].

Європейський досвід показує, що ефективна робота в умовах воєнних дій базується на чіткій координації між державними службами, місцевою владою та гуманітарними акторами через механізми «health cluster» та національні координаційні центри. Ці платформи дозволяють уникати дублювання зусиль, оптимізувати розподіл ресурсів, координувати постачання медикаментів і

вакцин та формувати єдині пріоритети для відновлення. Приклад успішної координації містить інтеграцію звітності, єдиних стандартів клінічної допомоги і спільних логістичних ланцюгів під контролем національних органів охорони здоров'я. Тим не менш, досвід також фіксує, що фрагментація відповідальності або повільні адміністративні процедури ускладнюють швидку інтеграцію гуманітарних ініціатив у національний план.

Виходячи із зазначеного вище можна зробити практичні висновки для України, які б могли бути корисними для формування стійкості галузі охорони здоров'я в умовах воєнного стану:

- стандартизувати мінімальний пакет послуг на місцевому рівні (на зразок ВРНС), що дозволить підтримувати базову доступність у критичні періоди;
- розвивати мобільні та модульні рішення як комплементарний інструмент для постраждалих територій; водночас інтегрувати їх у регіональні плани охорони здоров'я;
- забезпечувати стійке фінансування переходу від донорської допомоги до національних/регіональних механізмів із поетапним планом передачі відповідальності;
- посилювати захист медичної інфраструктури і працівників шляхом поєднання юридичної адвокації, фізичного укріплення та локальних домовленостей про безпеку;
- інвестувати в психосоціальні програми та реабілітацію, інтегровані в первинну ланку на постійній основі.

3.2 Напрями підвищення ефективності управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні

Одним із ключових напрямів підвищення ефективності управління охороною здоров'я на місцевому рівні є стратегічне планування, яке враховує не

лише поточні потреби, а й виклики воєнного часу. Харківська обласна влада має розробити й постійно оновлювати стратегічні плани розвитку медичної інфраструктури з урахуванням ризиків бойових дій, включно з питаннями локальної безпеки, енергозабезпечення та логістики. Важливо, щоб ці плани були інтегровані в загальнообласні стратегічні документи й були узгоджені з державними програмами відновлення.

Харківський дослідник, професор О. Мельниченко у своїй статті «Стратегія подальшого розвитку сфери охорони здоров'я харківської області як засіб публічного реагування» запропонував концептуальні засади Стратегії подальшого розвитку сфери охорони здоров'я Харківської області, що мають теоретичне значення: збагатить методологічне забезпечення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я з урахуванням викликів, пов'язаних з пандемією, воєнним станом, проведенням медичної реформи; враховує галузевий та регіональний контекст; конкретизовано візію та місію, а також етапи Стратегії та комплекс заходів за такими пріоритетними напрямками (інституціональні та інституційні зміни; вдосконалення менеджменту доходів і витрат; розвиток матеріально-технічної бази; вдосконалення кадрової політики). Запорукою успішності реалізації Стратегії є достатність (у часі, просторі та за видами) ресурсного забезпечення, а також умотивованості та професійності виконавців. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення публічного реагування на виклики у сфері охорони здоров'я [22].

У цьому контексті також може бути корисний досвід Universal Health Coverage Partnership: як повідомляє дослідження в *European Journal of Public Health*, посилення системи управління охороною здоров'я в Україні відбувається через політичний діалог, інтеграцію міжнародних стандартів та генерацію даних для прийняття рішень [46]. Харківська область може використати подібний підхід, залучивши міжнародних партнерів для підсилення місцевих інституцій, створення структур діалогу та аналітичних платформ, які забезпечать прозорість і обґрунтованість стратегічних рішень.

Важливим для прифронтового регіону є посилення первинної медичної допомоги та модульні рішення. Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) відіграє центральну роль у забезпеченні доступності послуг, особливо у кризових умовах. Згідно з даними ВООЗ, навіть під час війни Україна активно продовжує реформу ПМСД, зосереджуючись на фінансуванні, цифровізації, підготовці кадрів і підвищенні прозорості системи [42]. Для Харківської області цільовим напрямом може стати розгортання модульних клінік і мобільних команд ПМСД, особливо в районах, де інфраструктура зазнала ушкоджень або перебуває під ризиком. Такий підхід дозволить оперативно відновити доступ до базових послуг, навіть у разі енергетичних, логістичних чи безпекових обмежень. Механізми фінансування можуть поєднувати державні ресурси, міжнародну допомогу та залучення місцевих ініціатив.

Забезпечення стійкості інфраструктури та ресурсів лишатиметься актуальним упродовж воєнного стану у регіоні та країні. Критичним напрямом є підвищення фізичної стійкості закладів охорони здоров'я. Приклад – проєкт Харківської організації Благодійний громадський фонд м. Харкова «Голока»: в рамках цієї ініціативи лікарні області отримали резервні генератори для забезпечення роботи обладнання під час відключень електроенергії. Такий підхід демонструє, що місцеві управлінці можуть ефективно співпрацювати з громадськими організаціями та міжнародними партнерами для підсилення енергетичної безпеки медичних установ.

Також важливо інтегрувати управління безперервністю роботи (business continuity) у систему охорони здоров'я на місцевому рівні. З огляду на сертифікацію Державного Центру громадського здоров'я України за стандартом ISO 22301 (менеджмент безперервності ділових процесів) [60], обласне управління охорони здоров'я може адаптувати такі практики, щоб гарантувати функціонування ключових сервісів під час криз – від клінік до резервних складів ліків.

Ефективне управління охороною здоров'я в умовах війни неможливе без належної координації між державними, місцевими та громадськими акторами. У

Харківській області бажано створити або посилити координаційні механізми (кластерні формати), які об'єднують департамент охорони здоров'я, місцеве самоврядування, НУО, волонтерські мережі та міжнародних донорів. Адже вже в Україні діє Health Cluster, який на обласному рівні координує гуманітарні медичні зусилля [57].

У березні 2022 року програма «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» підтримала ініціативу Харківської експертної групи з реформи охорони здоров'я щодо впровадження моделі «Здорові громади». Команда, що стоїть за проектом «Рішення для здоров'я», який є наступником та продовженням програми «Громадське здоров'я», продовжує сприяти розвитку таких громад. У 2023 році за підтримки ULEAD з Європою було запущено проект «Здорова та стійка громада». Модель здорової громади, яка адаптується для України, була спочатку розроблена та впроваджена німецькими сімейними лікарями за допомогою досвіду Optimedis GmbH. Модель Kinzigal була змінена, відповідно до українського контексту [51].

Управління охороною здоров'я на місцевому рівні потребує системної політики кадрів, яка враховує не лише клінічні навички, але й готовність до кризових ситуацій. Напрями можуть включати: регулярне навчання медичного персоналу в питаннях роботи під час надзвичайних ситуацій, евакуаційні тренінги, алгоритми взаємодії з цивільними і військовими структурами.

Крім того, необхідне створення систем підтримки психосоціального здоров'я працівників охорони здоров'я, які щоденно працюють під стресом воєнного часу. Місцеві управлінці можуть співпрацювати з громадськими та міжнародними організаціями для організації груп підтримки, консультацій і навчальних програм.

Також корисно розвивати практику залучення волонтерів, мобільних команд і резервних кадрів, які можуть оперативнo підсилювати систему в критичні моменти. Це потребує планування резервних команд, визначення процедур їх інтеграції та фінансової підтримки з боку місцевої влади.

Сучасне управління потребує інструментів моніторингу та оцінки діяльності закладів охорони здоров'я, особливо в умовах нестабільності. Харківському департаменту охорони здоров'я варто посилити системи збору даних у режимі реального часу, використовувати електронні медичні записи, інтегровані з національною системою eHealth [11], а також застосовувати аналітику для прийняття стратегічних рішень.

У цьому напрямі важливо також впроваджувати механізми зворотного зв'язку з пацієнтами та громадами: опитування, фокус-групи, консультації з місцевим населенням, особливо у постраждалих або небезпечних зонах. Це дозволить адаптувати політики до реальних потреб та умов, а також підвищити прийнятність рішень.

Крім того, використання аналітичних моделей та симуляцій (наприклад, агент-орієнтованих моделей для оцінювання стійкості системи) може допомогти прогнозувати наслідки різних стратегій, оптимізувати ресурси та розробляти план реагування. Такі підходи вже використовуються в дослідженнях для оцінки резилієнтності медичних систем перед кризами.

Загалом, перспективи розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я передбачають:

- розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth);
- розширення програми медичних гарантій;
- посилення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) – двокomпонентна система, в якій користувач через МІС взаємодіє з центральною базою даних.

ЕСОЗ складається з:

Центральної бази даних (ЦБД) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ, в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій та ін.

Також, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

МІС (електронна медична інформаційна система) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення).

На рисунку 3.1 зображені ключові ролі системи.



Рисунок 3.1 – Ключові ролі електронної системи охорони здоров'я [11].

Електронна охорона здоров'я (е-здоров'я, eHealth) є екосистемою інформаційних відносин учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження.

Так, за останні роки відбулася низка системних зрушень та цифрових трансформацій в охороні здоров'я. Було ухвалено базові законодавчі акти, в яких eHealth і цифрові інструменти визначені як засадничі для розвитку сфери. Урядом України схвалено п'ятирічну «Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я» [32].

Також напрацьовано дорожню карту, згідно з якою заплановано понад 120 цифрових проєктів, покликаних забезпечити якість, безпечність та доступність медичних послуг для пацієнтів.

На сьогодні триває розвиток ключових систем і реєстрів, необхідних для сфери охорони здоров'я. Зокрема, функціонує 13 інформаційно-комунікаційних систем та 45 реєстрів.

В контексті опису стану галузі у нинішніх умовах варто також згадати про державну політику щодо електронної охорони здоров'я в Україні. Тут варто згадати цікавий науковий доробок дослідника Г.М. Бишенка. У статті під назвою «Принципи державної політики у реалізації електронної охорони здоров'я в Україні» він зазначає, що на основі дослідження різноманітних підходів до формування принципів державної політики у реалізації електронної охорони здоров'я в Україні систематизовано принципи реалізації електронної охорони здоров'я України за напрямками розвитку електронної охорони здоров'я: нормативно-правове забезпечення розвитку е-здоров'я (законність, право на здоров'я та охорону здоров'я, права людини, гендерно чутливий підхід, міжгалузеве співробітництво та координація); організаційно-управлінське та технічне забезпечення розвитку е-здоров'я (орієнтованість на пацієнта, неупередженість, одноразове введення та багаторазове використання даних, єдиний медичний інформаційний простір, пріоритет електронної форми); ресурсне забезпечення розвитку е-здоров'я (підзвітність, доступність, партнерство, розвиток ринку охорони здоров'я, спільне вироблення послуг охорони здоров'я); забезпечення якості, безпечності та доступності е-здоров'я (безпека, ефективність, справедливість, людський розвиток, цілісний підхід до здоров'я). Реалізація державної політики відповідно до виділених принципів

сприятиме підвищенню ефективності системи охорони здоров'я, зміцненню здоров'я населення та розвитку якісних та доступних медичних послуг у сфері охорони здоров'я [1].

Щодо розширення програми медичних гарантій варто зазначити, що станом на 5 грудня 2024 року Національна служба здоров'я України оголосила про початок укладення договорів на медичне обслуговування населення в межах Програми медичних гарантій на 2025 рік за 30-ма пакетами медичних послуг. Перелік пакетів наведено у додатку Б.

Система охорони здоров'я в Україні дедалі гостріше відчуває брак кваліфікованих медичних кадрів. Аналіз тенденції скорочення чисельності медичних працівників з наступною екстраполяцією даних свідчить, що до 2030 р. укомплектованість медичних закладів України лікарями становитиме 75 %, а середнім та молодшим медичним персоналом – 73,6 % від потреби. Уже сьогодні спостерігається дефіцит вакансій в галузі охорони здоров'я в обсязі майже 13 тис. посад [3].

Крім того, тривалий час спостерігається порушення раціонального співвідношення між представниками медперсоналу різних рівнів, що створює додаткове навантаження на лікарів й знижує загальну ефективність надання медичних послуг. Зазначені проблеми в розвитку галузі виникли внаслідок недостатнього мотивування медичних працівників (насамперед, в контексті рівня оплати праці), нерівномірності розподілу соціальних гарантій між регіонами та рівнями медичної допомоги, а також високого рівня трудової міграції фахівців.

Цікавими також можуть бути дослідження фахівців Університету Корнелла (Cornell University, USA). У статті «Стрес-тестування стійкості австрійської системи охорони здоров'я за допомогою агентно-орієнтованого моделювання» [56] зазначається, що пацієнти звертаються до лікарів не випадковим чином, а через природні мережі потоків пацієнтів між ними. Оскільки вихід на пенсію, масовий карантин та відсутність на роботі через хворобу під час пандемій або інші потрясіння розріджують ці мережі, система

може наблизитися до переломного моменту, коли вона втратить здатність надавати медичну допомогу населенню. Для кожного регіону та медичної спеціальності дослідники пропонують створювати детальні мережі спільного використання пацієнтів на основі адміністративних даних та проведення стрес-тестування цих мереж, видаляючи все більшу кількість лікарів із системи. Це створює можливість для вимірювання показників регіональної стійкості, що описують, скільки лікарів можна видалити з певної області, перш ніж окремі пацієнти більше не будуть лікуватися. Виявлено, що такі переломні моменти дійсно існують, і що регіони та медичні спеціальності суттєво відрізняються своєю стійкістю. Ці системні відмінності можна пов'язати з показниками для окремих лікарів шляхом кількісної оцінки того, наскільки їх гіпотетичне видалення навантажить систему (оцінка ризику) або яку частину стресу від видалення інших лікарів вони зможуть поглинути (оцінка вигоди). Така система стрес-тестування може дозволити органам охорони здоров'я швидко виявляти вузькі місця в доступі до медичної допомоги, а також перевіряти ці природно сформовані мережі лікарів та те, як на них вплине потенційна відсутність [56].

Однією з головних проблем в умовах воєнного стану є забезпечення стабільного фінансування медичних закладів. На рівні Харківської області потрібно розробити механізми, що поєднують місцеві бюджетні ресурси, державні програми та міжнародну допомогу. Наприклад, можна вводити окремі резервні фонди на реконструкцію або модернізацію лікарень, закупівлю генераторів, обладнання та медикаментів.

Паралельно слід розробити фінансові стимулювання для установ, які беруть участь у кризовій діяльності: модульні клініки, мобільні команди, служби евакуації. Можна впровадити гранти або контракти з НСЗУ (Національною службою здоров'я України), які враховують додаткові витрати, пов'язані з бойовими ризиками.

Крім того, варто просувати партнерства публічно-приватного характеру, залучаючи бізнес до відновлення інфраструктури лікарень, енергетичної автономії (генератори, альтернативні джерела енергії) та цифрової

трансформації. Ці партнерства дозволять зменшити навантаження на місцеві бюджети та підвищити гнучкість системи.

Отже, Підвищення ефективності управління охороною здоров'я на місцевому рівні в Харківській області в умовах воєнного стану вимагає комплексного підходу, який поєднує стратегічне планування, інституційне зміцнення, підсилення первинної медичної допомоги, стійкість інфраструктури, координацію з громадськістю, підготовку персоналу, моніторинг і інноваційні фінансові моделі. Ключовими факторами успіху є активне залучення міжнародних і громадських партнерів, прозорість у прийнятті рішень, адаптивність та здатність до швидкого реагування. Реалізація запропонованих напрямів сприятиме не лише забезпеченню якісної медичної допомоги під час кризи, а й укріпленню системи охорони здоров'я в довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

У результаті вивчення сутності, принципів та цілей державної політики в галузі охорони здоров'я, було з'ясовано, що вона розглядається як комплексний, міждисциплінарний та багаторівневий механізм, спрямований на збереження й зміцнення здоров'я населення. У роботі показано, що зміст поняття «охорона здоров'я» формується з позицій права, економіки, медицини та управління, що зумовлює різноманітність наукових підходів. Законодавчі засади та стратегічні цілі до 2030 року визначають напрями трансформації галузі, включно з доступністю медичних послуг, розвитком людського капіталу та цифровізацією. Загалом політика охорони здоров'я постає ключовим інструментом забезпечення національної безпеки, суспільного добробуту та ефективного функціонування держави.

У результаті аналізу нормативно-правових та інституційних засад регулювання сфери охорони здоров'я в Україні виявлено, що система охорони здоров'я України функціонує на основі розгалуженої нормативно-правової бази та інституційних механізмів, які визначають організацію, фінансування й гарантії медичної допомоги. Центральне місце займають Конституція та базові закони, доповнені спеціальним законодавством і міжнародними стандартами ВООЗ та ЄС. Інституційна структура охоплює МОЗ, НСЗУ, центри громадського здоров'я та мережу медичних закладів, що забезпечують реалізацію державної політики. Загалом аналіз демонструє послідовне наближення системи до європейських вимог, водночас вказуючи на потребу подальшої гармонізації законодавства та зміцнення інституційної спроможності.

Огляд сучасного стану функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні в умовах воєнного стану показав, що галузь охорони здоров'я України, зокрема Харківської області, зазнала значних руйнувань унаслідок повномасштабної війни, що спричинило суттєві інфраструктурні, кадрові та логістичні втрати. Попри це, вдалося зберегти функціонування більшості медичних закладів завдяки координації державних структур і значній

міжнародній підтримці, включно з роботою Health Cluster та розгортанням мобільних і модульних клінік. Основними проблемами залишаються дефіцит медичного персоналу, ризику для медичних працівників, нестача ресурсів та ускладнений доступ населення до медичної допомоги, особливо в постраждалих громадах. Водночас система продемонструвала адаптивність завдяки залученню гуманітарних партнерів, розвитку альтернативних моделей надання послуг і впровадженню цифрових рішень. Загалом, сучасний стан галузі поєднує критичні виклики та важливі можливості для її відновлення й модернізації.

Вивчення основних проблем та бар'єрів реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я на місцях показало, що найсерйознішими викликами є масштабні руйнування медичної інфраструктури, гострий кадровий дефіцит, фінансові обмеження та складні організаційно-інституційні умови. Безпеківі ризику й психоемоційне навантаження на населення та медиків додатково поглиблюють кризу. Загалом ситуація вимагає комплексних змін та узгодженої взаємодії держави, місцевої влади й міжнародних партнерів для відновлення стійкої та ефективної системи охорони здоров'я.

Досвід країн, що пережили війни, демонструє, що стійкість системи охорони здоров'я формується завдяки поєднанню стандартизації послуг, мобільних рішень та ефективної координації. Афганістан показує, що єдиний базовий пакет послуг (BPHS) дозволяє зберегти доступність медичної допомоги навіть за глибокої нестабільності, що є важливим орієнтиром для України щодо підтримання первинної ланки. Сирійські та іракські практики мобільних клінік і хірургічних бригад демонструють, як гнучкі формати допомоги дозволяють працювати попри зруйновану інфраструктуру — це особливо корисно для прифронтових регіонів України. Балканський досвід доводить важливість інвестицій у первинну медицину та поетапного переходу від донорського фінансування до національного, що допомагає уникнути колапсу системи. Приклади Грузії й MSF у Сирії підкреслюють цінність координації, захисту персоналу та готовності до масових надходжень постраждалих – компоненти, які мають бути інтегровані в українську модель стійкості охорони здоров'я.

Підвищення ефективності управління галуззю охорони здоров'я в Харківській області в умовах воєнного стану потребує комплексного та стратегічного підходу. Ключові напрями включають стратегічне планування з урахуванням безпекових ризиків, посилення первинної медичної допомоги, підвищення стійкості інфраструктури та впровадження моделей безперервності роботи. Значну роль відіграють координація між владою, громадським сектором і міжнародними партнерами, а також розвиток цифрових систем, зокрема eHealth, для прийняття обґрунтованих рішень. Окрему увагу приділено кадровій політиці, психосоціальній підтримці персоналу та впровадженню інноваційних фінансових механізмів. У підсумку, запропонований підхід має зміцнити регіональну систему охорони здоров'я та забезпечити її адаптивність і стійкість у довгостроковій перспективі, навіть у складних умовах воєнного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бищенко Г.М. Принципи державної політики у реалізації електронної охорони здоров'я в Україні: Державне управління удосконалення та розвитку. Інвестиції: практика та досвід № 6/2024 р. С. 262 - 267. URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjH1Y6e1veQAxWfKhAIHSITHEYQFnoECB0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.nayka.com.ua%2Findex.php%2Finvestplan%2Farticle%2Fdownload%2F3292%2F3328%2F7908&usg=AOvVaw1VajvuH4PjLg0y-HBE9dNy&opi=89978449> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)
2. В Харківській області триває відбудова сфери охорони здоров'я в умовах повномасштабної війни: Новини ХОВА, 8 травня 2025 р. URL: https://kharkivoda.gov.ua/news/131420?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)
3. Власенко Р.В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я : Національний інститут стратегічних досліджень, Центр економічних і оціальних досліджень : <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf> (дата звернення: 16.05.2025 р.)
4. Гойда Н.Г., Моїсеєнко Р.О., Жилка Н.Я., Голубчиков М.В., Окисюк Ж.С. Нормативно-правове забезпечення реалізації державної політики в охороні здоров'я населення України: Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ. №2 (112)/2025 р. URL: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwii4NjhjfmQAxV3Q_EDHarsJH0QFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Ffamily-medicine.com.ua%2Farticle%2Fdownload%2F331921%2F321404%2F771419&usg=AOvVaw3oLf1ia4_tWI0QPozNgVJY&opi=89978449 (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

5. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. :у2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш ; передм. та заг.ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. Київ. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
6. Державна політика: аналіз та механізми її впровадження в Україні / за заг. ред. В. Ребкала, В. Тертички. Київ. : Вид-во НАДУ, 2000. 232 с.
7. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія] / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.] Київ., 2014. 312 с. С. 53.
8. Дефіцит лікарів: яких фахівців не вистачає в Харкові та області: МГ «Об'єктив». 23.03.2025 р. URL: <https://www.objectiv.tv/uk/objectively/2025/03/23/defitsit-likariv-yakih-fahivtsiv-ne-vistachaye-v-harkovi-ta-oblasti/> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)
9. Економіка охорони здоров'я: [Підручник]/За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Житомир: , 2021. 288 с.
10. Економічний розвиток і державна політика / за заг. ред. Ю. Єханурова, І. Розпутенка. Київ. : Вид-во УАДУ, 2001. 480 с.
11. Електронна система охорони здоров'я: ЕСОЗ або eHealth. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)
12. Інформація про виконання Плану заходів на 2024 – 2026 роки з реалізації в Харківській області Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням начальника Харківської обласної військової адміністрації від 09 жовтня 2024 року № 722 В, у 2024 році. URL: https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/1303/130296/Attaches/informatsiya_schodo_vikonannya_planu_za_2024_rik_ostatochniy.pdf (Дата звернення: 14.11.2025 р.)
13. Кирилова О.О., Шестопалова Л.Ф., Рубльова Т.Б., Золотарьова Т.Г. Зміни рівня психологічної травматизації медичного персоналу, який працював у

Харкові в умовах війни, за період з 2022 по 2023 рік: Український радіологічний та онкологічний журнал. 2024. Т32. № 1. С. 78–90. URL: https://www.researchgate.net/publication/379963966_Changes_in_the_level_of_psychological_traumatization_of_medical_personnel_working_in_Kharkiv_under_war_conditions_over_the_period_from_2022_to_2023 (Дата звернення 14.11.2025 р.)

14. Кілієвич О. Англо-український глосарій термінів і понять з аналізу державної політики та економіки. Київ. : Основи, 2003. 510 с.

15. Кластер охорони здоров'я (Health Cluster) 2024 р. URL: <https://fscluster.org/sites/default/files/documents/20241028%20Presentation%20HC%20UKR.pdf> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

16. Ковбасюк Ю.В., Ващенко К.О., Сурмін Ю.П. Державна політика : підручник / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) [та ін.]. Київ. : НАДУ, 2014. 448 с. https://ktpu.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/02/DERZHAVNA-POLITIKA.pdf?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

17. Конституція України: Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

18. Краснова О.І. Державна політика в охороні здоров'я: Курс лекцій. ПДМУ Кафедра громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою. Полтава. 2024 р. URL: https://soc-med.pdmu.edu.ua/storage/educational_postgraduate_education_listeners_d/files/hWhxnXnwHn2kgHkC8PT4dszoZlM1wetCn7UIpBr6.pdf (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

19. Криничко Л.Р., Ватанов А.Р. Вдосконалення понятійно-категоріального апарату державного управління в сфері охорони здоров'я: Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій. Науковий журнал «Публічне управління і адміністрування в Україні», випуск 1,

Одеса, 2017. URL: https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2017/1-2017/1_2017.pdf?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

20. Лаврук О.В. Сутність поняття державної політики: Університетські наукові записки, 2018, № 67-68, С. 254-263. URL: https://old.univer.km.ua/visnyk/1803.pdf?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

21. Мануїлова К. В., Попов М. П., Сівак В. М. Управління системою охорони здоров'я України в умовах повномасштабної війни: виклики та адаптивні рішення. Державне будівництво. 2025. № 1 (37). С. 216–228. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-1-16> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

22. Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М. Стратегія подальшого розвитку сфери охорони здоров'я Харківської області як засіб публічного реагування: Актуальні питання у сучасній науці № 4(22) 2024 р. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/sn/article/view/10601/10659> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

23. На Харківщині триває інформаційна кампанія з формування культури безбар'єрності та зміцнення громадського здоров'я: Новини ХОБА. 11 серпня 2025. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/news/132413> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

24. Опалько В.В. Реформування системи охорони здоров'я в Україні // Вісник Черкаського університету Науковий журнал. № 207, 2011

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-ХІІ від 19 листопада 1992 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2801-12?utm_source=chatgpt.com#Text (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

26. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові: Закон України від 30 вересня 2020 року № 931-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VІІІ. URL:

https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2168-19?utm_source=chatgpt.com#Text (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

28. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

29. Про засади державної політики охорони здоров'я: Проект Закону України від 18.02.2016 № 2409а. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH1UX68B?an=3> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

30. Про лікарські засоби: Закон України від 4 квітня 1996 року № 123/96-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

31. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

32. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядження КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671-р : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text> (Дата звернення: 16.05.2025 р.)

33. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-p#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

34. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-p#n17> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

35. Програма медичних гарантій 2025: що змінилося, нові тарифи та вимоги до заключення договорів : Health24 05 грудня 2024 р. URL: <https://surl.li/bpxews> (дата звернення: 16.05.2025 р.)

36. Розпорядження № 722В від 09.10.2024 "Про затвердження Плану заходів на 2024 – 2026 роки з реалізації в Харківській області Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року". URL: <https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/1289/128806/files/722%20%D0%92.PDF> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

37. Ткачова Н.М. Особливості державної політики забезпечення національної безпеки в сфері охорони здоров'я: Електронне фахове видання: Державне управління: удосконалення та розвиток. №2 2018 р. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/2_2018/6.pdf (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

38. У Харкові 44 з 58 комунальних медзакладів пошкоджені внаслідок війни: Медіа "Зміна". 27 Липня 2025 р. URL: <https://zmina.info/news/u-harkovi-44-z-58-komunalnyh-medzakladiv-poshkodzheni-vnaslidok-vijny/> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

39. Цивільний кодекс України: Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, №№ 40-44, ст.356. м. Київ. № 435-IV від 6 січня 2003 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

40. Регіональна цільова програма «Здоров'я сім'ї» Харківської області на 2020-2027 роки: Харківська обласна рада. URL: <https://oblrada-kharkiv.gov.ua/wp-content/uploads/2023/09/2-programa-22.doc> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

41. Afghanistan's Basic Package of Health Services: Its development and effects on rebuilding the health system. National Library of Medicine. Glob Public Health. 2014 May 28;9(Suppl 1):S6–S28. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4136668/?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

42. Bhanu Bhatnagar. Primary health care in Ukraine: improving health services amid the war and beyond: WHO/Europe Press Office. May 16, 2024. URL:

https://www.who.int/europe/news-room/16-05-2024-primary-health-care-in-ukraine--improving-health-services-amid-the-war-and-beyond?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

43. Christopher Mason. Emergency medical response strategy proved critical to sustaining Georgia's health infrastructure: CMAJ October 07, 2008 179 (8) 762-763; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.081447>

44. Colombia: health care in danger: ICRC. 23-03-2022. URL: https://www.icrc.org/en/document/colombia-health-care-danger?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

45. European Union; World Health Organization. Establishment of Modular Primary Healthcare Clinics in Kharkiv Region: Press Release, 2024. Brussels–Geneva, 2024. URL: <https://www.who.int/europe> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

46. Facilitating transformation of the health system through stronger governance amidst war in Ukraine: European Journal of Public Health, Volume 35, Issue Supplement_4, October 2025, ckaf161.338, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.338> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

47. Health care in Bosnia and Herzegovina before, during, and after 1992–1995 war: a personal testimony: Confl Health. 2007 May 29. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1890277/?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

48. Health Cluster: Kharkiv Response - Flash Update # 4 as of 31 May 2024. URL: https://reliefweb.int/report/ukraine/health-cluster-kharkiv-response-flash-update-4-31-may-2024?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

49. Health system response to war and displacement in Europe requires transformative actions and policies: The Lancet Regional Health. December 2024. https://www.thelancet.com/journals/lanepc/article/PIIS2666-7762%2824%2900290-4/fulltext?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

50. Health systems resilience in fragile and conflict-affected settings: a systematic scoping review: BMC. Conflict and Health volume 18, Article number: 2

(2024). https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-023-00560-7?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

51. Health" must go beyond hospitals – what a Healthy Community should look like: Health Solutions.2023. URL: https://healthsolutions.ngo/en/areas-of-activity/development-and-promotion-of-the-healthy-community-model/?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

52. Médecins Sans Frontières. One Year of Emergency Healthcare in War-Torn Kharkiv: Report. MSF, 2024. URL: <https://www.msf.org> (Дата звернення: 14.11.2025 р.).

53. MSF expands support to respond to people’s unmet needs across Syria: Médecins Sans Frontières (MSF)/ 24 July 2025. URL: https://www.msf.org/msf-expands-support-respond-peoples-unmet-needs-across-syria?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

54. OCHA / Health Cluster Ukraine. Kharkiv Response: Flash Update, May 2024. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2024. URL: <https://reliefweb.int> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

55. Report on damages to infrastructure from the destruction caused by Russia's military aggression against Ukraine as of January 2024. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2024/05/Eng_01.01.24_Damages_Report.pdf?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

56. Stress-testing the Resilience of the Austrian Healthcare System Using Agent-Based Simulation: Cornell University. Physics and Society. 15 Mar 2022. URL: https://arxiv.org/abs/2203.07746?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

57. The Health Cluster in Ukraine – 1 year after the war: Ukraine Health Cluster. 26 April 2023. URL: https://healthcluster.who.int/newsroom/news/item/26-04-2023-the-health-cluster-in-ukraine-1-year-after-the-war?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

58. Törvény az egészségügyről. 23 december 1997. – № CLIV // UNIÓ KFT–CDATA Bt. Magyar Törvénytár. – 2003.

59. Twenty-five years on: revisiting Bosnia and Herzegovina after implementation of a family medicine development program: BMC Family Practice volume 21, Article number: 7 (2020). URL: https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-1079-4?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

60. Ukraine's public health system sets new regional standards for crisis management. Alliance for Public Health. 09.06.2025. URL: https://aph.org.ua/en/news/ukraine-s-public-health-system-sets-new-regional-standards-for-crisis-management/?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

61. UNICEF Ukraine. Health Services Support in Eastern Ukraine: Humanitarian Update 2024. Київ: UNICEF, 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine> (Дата звернення: 14.11.2025 р.).

62. WHO — Ukraine — WHO 2024 Health Emergency Appeal. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/ukraine---who-2024-health-emergency-appeal.pdf?sfvrsn=110b089_1&utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

63. WHO flags funding shortage risk in Afghanistan: By Reuters. March 17, 2025. URL: https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/who-flags-funding-shortage-risk-afghanistan-2025-03-17/?utm_source=chatgpt.com (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

64. Winslow Charles-Edward Amory (1920). The Untilled Field of Public Health. Modern Medicine 2: 183–191.

65. World Health Organization. Ukraine: Health Emergency Appeal 2024. Geneva: WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/publications> (Дата звернення: 14.11.2025 р.)

66. Zakon Narodnej Rady Slovenskej Republiky z 24 augusta 1994 «O ochrane zdravia ľudí» // ASPI. – 2004.

ДОДАТКИ

HEALTH CLUSTER: KHARKIV RESPONSE - FLASH UPDATE

Update # 4 as of 31 May 2024

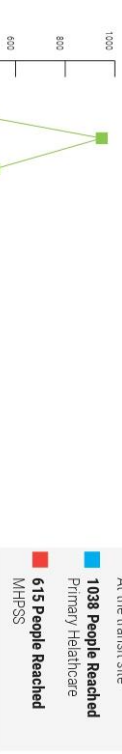


Partners Response

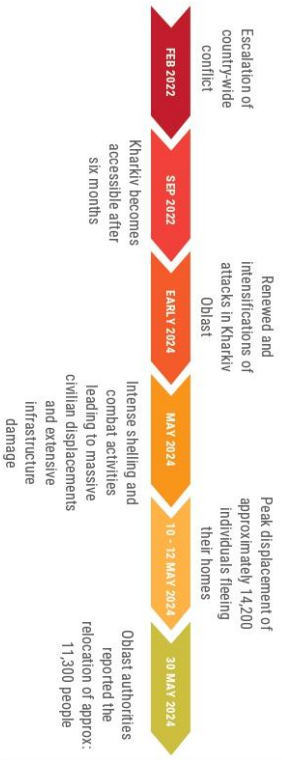
- Over the weekend of May 25-26, Kharkiv city experienced a series of relentless attacks, resulting in numerous civilian casualties. On May 26, the Epicenter hypermarket in Kharkiv was struck by two air-dropped munitions. The local authorities reported at least 19 people killed and 54 injured. Health partner FHI 360 promptly arrived on-site to complement the authorities' response and provided mental health consultations directly to four affected people. On Saturday afternoon, another attack occurred in the city center, injuring 25 people.
- On Thursday, 30th May, a missile strike hit a residential area in Kharkiv. The attack resulted in at least five people killed and 25 injured, including two children. As of 31st May, FHI 360 and Ukrainian Red Cross Society (URCS), in coordination with UN OCHA, are deploying emergency teams on-site to support first responders and provide first aid and psychosocial support to those affected.
- Since 10th May, the Human Rights Monitoring Mission in Ukraine (HRMMU) has verified that 45 civilians have been killed and 189 injured in the Kharkiv region and city, as of 28th May. The northern part of the oblast, which has experienced the heaviest fighting, has been particularly affected. Notably, more than half of those killed or injured civilians were over the age of 60.
- As people are compelled to leave their homes in areas heavily affected by the hostilities, Health Cluster partners, including – Alliance for Public Health (APH), FHI 360, International Rescue Committee (IRC), Polish Medical Mission, Premiere Urgence Internationale (PUI), and Stellar Ukraine – continue to coordinate the provision of health services at the Kharkiv City Transit Center. These services are provided daily according to the site calendar established by the Health Cluster to support and complement the national health authorities' response.
- As of 30th May, health partners have provided primary health care services to 1083 people and provided some 609 people, including 200 children, with MHPSS consultations, focusing on the needs of vulnerable people at the Kharkiv City Transit Center.
- At collective sites in Kharkivska oblast, partners are providing medical care through medical personnel, including psychologists, visits, and referrals to health-care institutions. Four health partners—Medicos del Mundo, PUI, Stellar Ukraine, and UNICEF—have deployed mobile medical units to 12 assessed collective centers in the oblast, responding to the identified needs.
- The Health Cluster coordinates with key stakeholders, including the Ministry of Health, the CCCM and Protection Clusters, to meet needs identified among those affected by the intensified attacks and displacement in Kharkivska oblast.



Services Provided at the Transit site



Timeline of Key Events in Kharkiv Oblast



ARRIVALS AT THE TRANSIT CENTER



PEOPLE RECEIVING SERVICES



PARTNERS RESPONDING AT THE TRANSIT CENTER



DISCLAIMER: Updates based on information submitted by partners. Changes would be applied with subsequent received submissions. Creation date: 31 MAY 2024. Sources: Health Cluster Ukraine - WHO. Feedback: Anraah, Fern, Health Cluster Coordinator - fern@who.int, WOODS, Lisa, Deputy Health Cluster Coordinator - woods@who.int, Oleksandr Onklienko, NGO Co-Coordinator - oleksandr.onklienko@rescue.org, ANAAM, Ebrahim, IMO - anaame@who.int. For more information: <https://response.reliefweb.int/ukraine/health>

ДОДАТОК Б

Пакети медичних послуг [35]

1. Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах
2. Бронхоскопія
3. Первинна медична допомога
4. Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)
5. Секційне дослідження
6. Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня
7. Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у амбулаторних умовах
8. Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах
9. Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах
10. Ведення вагітності в амбулаторних умовах
11. Стоматологічна допомога дорослим та дітям
12. Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя
13. Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії
14. Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)
15. Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах
16. Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах
17. Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних умовах та амбулаторних умовах
18. Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах
19. Цистоскопія
20. Колоноскопія
21. Езофагогастроудоденоскопія
22. Гістероскопія
23. Мамографія
24. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда
25. Медична допомога при гострому мозковому інсульті
26. Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій
27. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах
28. Медична допомога при пологах
29. Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям
30. Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям.