

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
СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ НАДАННЯ
СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Виконав студент 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»

_____ Пилип СТЕПАНОВ

Науковий керівник роботи:
кандидат історичних наук, доцент
_____ Антон МЕЛЯКОВ

Харків – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ	7
1.1. Медико-соціальні дослідження як предмет наукових досліджень	7
1.2. Нормативно-правове забезпечення надання медико-соціальних послуг населенню України.....	20
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ.....	30
2.1. Умови та проблеми надання медико-соціальних послуг на локальному рівні.....	30
2.2. Іноземний досвід надання соціально-медичних послуг населенню...	38
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	47
3.1. Роль інститутів громадянського суспільства у сприянні соціально- медичним послугам.....	47
3.2. Напрями удосконалення публічної політики надання соціально- медичних послуг на прикладі Харківської області.....	56
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Актуальність дослідження. Становлення та розвиток системи надання соціально-медичних послуг в Україні набули особливої актуальності в умовах тривалих соціально-економічних трансформацій, децентралізації, демографічного старіння, зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань, а також тривалого впливу воєнних подій на здоров'я населення та структуру соціальних ризиків.

Соціально-медичні послуги як інтегрований сегмент публічної політики одночасно знаходяться на перетині сфери охорони здоров'я, соціального захисту, реабілітації, психосоціальної підтримки та догляду, і тому потребують узгоджених управлінських рішень на державному, регіональному й місцевому рівнях. Їхня якість і доступність прямо впливають на соціальну згуртованість, продуктивність людського капіталу, рівень бідності та нерівності, здатність громад протидіяти кризам і забезпечувати базові стандарти життєстійкості.

В Україні актуальність розвитку цієї системи зумовлена тим, що традиційно соціальні та медичні сервіси функціонували в різних інституційних логіках, із відмінними механізмами фінансування, підзвітності, планування та оцінювання результативності, що нерідко породжувало фрагментацію допомоги й «розриви» у маршруті отримувача послуги.

Для вразливих груп населення (осіб похилого віку, людей з інвалідністю, осіб із тяжкими хронічними захворюваннями, сімей у складних життєвих обставинах, внутрішньо переміщених осіб, ветеранів та членів їхніх родин) ця фрагментація означає втрату часу, додаткові витрати, зниження прихильності до лікування, недоотримання реабілітації та догляду, поглиблення соціальної ізоляції і вторинну інвалідизацію.

Водночас для публічної влади відсутність належної інтеграції послуг означає неефективне використання бюджетних ресурсів, дублювання функцій, надмірну адміністративну складність і низьку керованість процесів, що особливо

небезпечно в періоди надзвичайних ситуацій, міграційних хвиль та різкого зростання потреб населення.

У контексті реформи децентралізації на рівень територіальних громад фактично перенесено значну частину відповідальності за організацію соціальних сервісів, а медичні послуги в межах первинної ланки та громадського здоров'я потребують тісної координації з соціальними програмами. Проте нерівномірність спроможності громад, різні управлінські моделі, кадровий дефіцит, відмінності у доступі до інфраструктури й цифрових рішень призводять до диспропорцій у якості соціально-медичної допомоги.

Окремої уваги потребує питання стандартів надання соціально-медичних послуг, їхньої доказовості, орієнтації на результат для отримувача, а також питання етичності, конфіденційності й захисту персональних даних у межах міжвідомчої взаємодії. Не менш актуальними є виклики фінансової стійкості системи: поєднання бюджетних коштів різних рівнів, можливостей контрагування, закупівлі послуг, програм міжнародної технічної допомоги та благодійних ініціатив повинно підпорядковуватись єдиній логіці публічного інтересу, прозорості та підзвітності, щоб мінімізувати ризики нецільового використання ресурсів, корупційних практик і «витіснення» пріоритетних потреб декларативними проєктами.

Таким чином, дослідження становлення та розвитку системи надання соціально-медичних послуг в Україні є актуальним як у теоретичному вимірі (осмислення еволюції інституцій, моделей управління та взаємодії секторів), так і у прикладному (обґрунтування управлінських механізмів інтеграції, підвищення доступності й якості послуг, удосконалення планування, фінансування, моніторингу та оцінювання результатів).

Проблематику становлення та розвитку соціально-медичних послуг, реформування охорони здоров'я, соціальної політики, соціальних послуг і публічного управління у відповідних сферах досліджували: В. Бакуменко, В. Баштанник, О. Васильєва, О. Вашев, Н. Гончарук, В. Голуб, С. Горбунова-Рубан, Д. Карамишев, В. Князєв, Н. Нижник, О. Оболенський, В. Ребкало, Ю. Сурмін,

В. Тертичка, О. Петроє, Е. Лібанова, І. Курило, О. Макарова, Л. Черенько, В. Скуратівський, О. Палій, Я. Радиш, З. Надюк.

Метою дослідження є теоретико-методологічне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення публічного управління становленням і розвитком системи надання соціально-медичних послуг в Україні на основі аналізу її еволюції, інституційної архітектури, механізмів міжвідомчої взаємодії та сучасних управлінських інструментів забезпечення якості й доступності послуг.

Для досягнення мети визначено такі завдання:

- уточнити зміст і сутнісні ознаки соціально-медичних послуг як об'єкта публічної політики та встановити їх місце в системі соціального захисту й охорони здоров'я;
- проаналізувати етапи становлення системи надання соціально-медичних послуг в Україні та виокремити ключові інституційні зміни, що визначали її розвиток;
- дослідити сучасну організаційно-управлінську модель надання соціально-медичних послуг, включно з розподілом повноважень між рівнями влади та механізмами координації суб'єктів;
- оцінити основні проблеми доступності, якості та результативності соціально-медичних послуг, а також управлінські ризики їх фрагментації, неузгодженого фінансування і кадрового забезпечення;
- обґрунтувати напрями інтеграції соціальних і медичних компонентів допомоги, включно з маршрутизацією отримувача, кейс-менеджментом, цифровими інструментами та системою стандартів якості;
- розробити практичні рекомендації для органів публічної влади щодо вдосконалення планування, фінансування, моніторингу та оцінювання соціально-медичних послуг з урахуванням потреб вразливих груп і спроможності територіальних громад.

Об'єктом дослідження є система надання соціально-медичних послуг в Україні як складова публічної політики та публічного управління.

Предметом дослідження є механізми публічного управління становленням і розвитком системи надання соціально-медичних послуг, включно з інституційними, організаційними, нормативно-правовими, фінансовими та інформаційно-аналітичними інструментами, а також практиками міжвідомчої взаємодії й забезпечення якості послуг.

Методичну основу дослідження становлять загальнонаукові та спеціальні методи, зокрема: аналіз і синтез (для узагальнення підходів до розуміння соціально-медичних послуг та виявлення причинно-наслідкових зв'язків у розвитку системи), системний підхід (для розгляду сфери соціально-медичних послуг як багаторівневої системи з взаємопов'язаними елементами), порівняльний метод (для зіставлення моделей організації послуг у різні періоди та на різних рівнях управління), структурно-функціональний аналіз (для визначення ролей і функцій суб'єктів управління та надавачів послуг), інституційний підхід (для оцінки впливу формальних і неформальних правил на результативність політики), контент-аналіз нормативно-правових актів і стратегічних документів (для встановлення управлінської логіки регулювання), а також методи узагальнення та експертного оцінювання (для формулювання практичних рекомендацій).

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання запропонованих висновків і рекомендацій органами державної влади та органами місцевого самоврядування для підвищення керованості системи соціально-медичних послуг, посилення міжвідомчої координації, удосконалення планування та закупівлі послуг, запровадження інструментів моніторингу якості й результативності, розвитку кадрового потенціалу та цифровізації сервісів, а також для підготовки навчально-методичних матеріалів у сфері публічного управління й адміністрування, соціальної роботи та менеджменту охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

1.1 Медико-соціальні дослідження як предмет наукових досліджень

Соціально-медичні послуги (часто вживають також терміни «медико-соціальні послуги», «інтегрована медико-соціальна допомога», «комплексна допомога») в українській науці поступово оформилися як міждисциплінарний предмет дослідження на перетині соціальної медицини та громадського здоров'я, демографії, соціальної політики, соціальної роботи, економіки охорони здоров'я та публічного управління.

На практичному рівні це поле охоплює широкий спектр втручань – від первинної допомоги, реабілітації й паліативу до підтриманого проживання, соціального супроводу, кейс-менеджменту, допомоги сім'ям у складних життєвих обставинах, послуг для осіб з інвалідністю, людей старшого віку, ВПО, ветеранів і постраждалих від війни громадян. Науковий інтерес до теми різко зріс у 2014-2025 рр. через одночасне накладання демографічного старіння, високого тягаря неінфекційних захворювань, нерівності доступу до послуг, реформування фінансування медицини та децентралізації, а також через гуманітарні й безпекові виклики повномасштабної війни. Емпіричний фон для досліджень формується, зокрема, масштабом внутрішнього переміщення: на платформі даних УВКБ ООН для України наведено оцінку 3 694 000 ВПО [14].

Паралельно відбувається зміна соціальної структури та уразливостей: за аналітичним звітом UNDP щодо користування електронними сервісами (опитування 2024 р.) «older people remain the relatively largest vulnerable group... (21.5%)», а також фіксується цифровий бар'єр — серед літніх людей 48% користуються інтернетом щодня, тоді як 31% не користуються ним взагалі [23]. Такі дані прямо впливають на дизайн і оцінювання соціально-медичних послуг, бо дедалі більше маршрутів пацієнта/отримувача послуг переходить у цифрові

канали (eHealth, е-направлення, реабілітаційні пакети, е-сервіси соціального захисту), а «цифрова нерівність» стає фактором медичної та соціальної нерівності.

Для загальної демографічно-економічної рамки важливі також показники ВООЗ: на сторінці WHO Data для України наведено чисельність населення 37 732 836 (2023) та частку поточних витрат на охорону здоров'я 8.01% ВВП (2021), що задає контекст для дискусій про фінансову стійкість послуг і межі приватних витрат домогосподарств [41].

У цих умовах наукові дослідження соціально-медичних послуг в Україні виконують не лише описову функцію, а й стають інструментом управлінських рішень: визначають цільові групи, оцінюють доступність, якість і результати (outcomes), пропонують моделі інтеграції медичної допомоги та соціального супроводу, формують критерії міжвідомчої взаємодії на рівні громади, області та держави, а у воєнний час – підказують найбільш життєздатні механізми безперервності допомоги й «відновлення, орієнтованого на людину».

У напрямі соціальної медицини та громадського здоров'я ключовим сюжетом українських робіт є перехід від «паралельного» існування медичних і соціальних служб до інтегрованих моделей, де медична допомога доповнюється психосоціальними втручаннями, реабілітацією, підтримкою прихильності до лікування, соціальним супроводом, роботою з сім'єю та середовищем.

Показовою є дефініція з навчально-методичного посібника Українського інституту політики громадського здоров'я про інтегровану медико-соціальну допомогу для людей з опіїдною залежністю: «термін “інтегрована медико-соціальна допомога”... визначає поєднання... медичних і психосоціальних втручань». У цьому ж посібнику наведено емпірично значущі результати польових досліджень/впровадження моделі на базі ЦПМСД: зазначено, що стигма та дискримінація з боку персоналу зменшується у процесі лікування, а сама модель «дає можливість розширити доступ до лікування і... профілактики... зокрема ВІЛ-інфекції» [11].

Для української науки це важливо з двох причин: по-перше, така модель демонструє, що соціально-медичні послуги – це не «додаток» до клініки, а технологія підвищення ефективності лікування через роботу з поведінковими, соціальними та інституційними бар'єрами; по-друге, вона створює вимірюваний набір показників (стигма, прихильність, охоплення послугами, розширення профілактики), що дозволяє переводити дискусію з рівня декларацій у рівень оцінювання політики.

У медичній науці також поширені дослідження «медико-соціального обґрунтування» моделей організації допомоги при хронічних станах і ускладненнях, де соціальний компонент прямо вбудовується у цілі лікування й реабілітації. Так, у великій праці Г. С. Зделової (медико-соціальне обґрунтування удосконалення допомоги пацієнтам з офтальмологічними ускладненнями цукрового діабету) є теза про необхідність «тісної взаємодії постачальників не лише медичних, але й соціальних... послуг» для забезпечення якості життя та інтеграції в суспільство. Там же прямо вказано управлінський вимір інтеграції: удосконалення допомоги «потребує інтеграції... з... органами місцевого самоврядування, соціального захисту..., неурядовими організаціями» [9].

Такі фрагменти відображають «український стиль» наукових аргументів у соціальній медицині: дослідники відштовхуються від клінічної проблеми, але неминуче переходять до інституційного дизайну послуг, ролі громади, маршрутів пацієнта, доступності середовища й механізмів координації (включно з місцевим самоврядуванням та НУО).

Важливо, що роботи цього напрямку дедалі частіше включають психометричні та соціологічні вимірювання якості життя і психічного стану: у згаданому дослідженні наведені частки пацієнтів з обмеженнями активності, оцінкою власного здоров'я як поганого, тривожністю/депресією – це показує, як емпіричні дані в медичних роботах «відкривають двері» для соціально-медичних послуг як відповіді на комплексні потреби.

Демографічний вимір соціально-медичних послуг в Україні найбільш ґрунтовно представлений школою Інституту демографії та соціальних

досліджень імені М. В. Птухи НАН України та спорідненими дослідницькими колективами, які аналізують тенденції смертності, тривалості життя, міграції та вікової структури як «генератори потреб» у медичних і соціальних сервісах. Колективна монографія «Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр.» (наук. ред. О. М. Гладун; автори, зокрема, І. О. Курило, Н. М. Левчук, О. В. Позняк, Н. О. Рингач, Л. І. Слюсар, П. Є. Шевчук та ін.) – показовий приклад того, як демографія створює рамку для публічної політики у сфері послуг [29].

Для проблематики соціально-медичних послуг тут принципові два типи висновків:

1) динаміка тривалості життя і смертності як індикатор «втраченої здорової тривалості життя», що підсилює попит на профілактику, реабілітацію, довготривалий догляд, паліатив;

2) міграційні й територіальні зсуви (включно з тимчасовою відсутністю даних по окремих територіях після 2014 р.), які зумовлюють нерівномірний розподіл потреб між громадами та зміну навантаження на мережу соціальних і медичних закладів.

У монографії, наприклад, зазначено, що найбільший середньорічний приріст тривалості життя за досліджуваний період припав на 2009 р. порівняно з 2008 р., коли «тривалість життя чоловіків підвищилась на 2,1 року» [19]. Цей факт важливий не лише як демографічна констатація: він підказує дослідникам послуг, що навіть за складних умов можливі відчутні поліпшення, якщо змінюються соціальні детермінанти та доступність медичної допомоги – а отже, інтегровані соціально-медичні підходи мають потенціал до масштабованих ефектів.

Водночас сучасні умови війни різко підвищили питому вагу травм, інвалідності, психічних розладів і хронічного стресу, що створює нову хвилю досліджень на перетині демографії втрат, громадського здоров'я та систем реабілітації: і тут предметом аналізу стають не лише «показники населення», а й

спроможність громад забезпечувати безперервність лікування для людей з хронічними хворобами, маршрути реабілітації, доступ до ліків і логістику.

Показовими є результати досліджень UNICEF щодо домогосподарств з дітьми під час війни: у звіті фіксується, що після 8 місяців війни загальний доступ до певного рівня медичних послуг залишався високим (з тих, хто звертався, «95% повідомили, що отримали послуги первинної медичної допомоги», а до 90% мали доступ до допомоги у зв'язку з хронічними станами), але водночас частина респондентів не могла придбати необхідні ліки через високу вартість/дефіцит/черги [7].

Для науки про соціально-медичні послуги це дає дві емпіричні лінії: по-перше, стійкість базових медичних сервісів (що можна досліджувати як результат інституційних реформ і управлінських рішень), по-друге, «вузьке місце» у вигляді доступності медикаментів, яке автоматично стає соціальною проблемою (компенсації, реімбурсація, соціальна підтримка, гуманітарні програми, мобільні аптеки/логістика), тобто вимагає міжсекторної відповіді.

Соціальна політика та економіка добробуту в українських дослідженнях розглядають соціально-медичні послуги крізь призму нерівності доступу, «медичної бідності», матеріальних депривацій, фінансового захисту домогосподарств і ролі державних гарантій. Цей напрям особливо активізувався через повномасштабну війну, коли зросли прямі й непрямі медичні витрати сімей, погіршилась зайнятість, виникли бар'єри доступу через переміщення, руйнування інфраструктури та перебої з кадрами.

У статті І. В. Чеховської предметом аналізу прямо визначено «тенденції медичної бідності в Україні», а також підкреслено, що з 2014 року «збільшується відсоток бідності... і з'являються її нові форми». Для поля соціально-медичних послуг цей корпус робіт важливий тим, що «переводить» медичні проблеми у мову соціальних ризиків та соціальних гарантій: якщо лікування/реабілітація стають фінансово недоступними, то медична потреба перетворюється на соціальну уразливість, а відтак потрібні інструменти одночасно медичні (організація маршруту, протоколи, пакети послуг) і соціальні (адресна допомога,

субсидії, соціальні послуги, кейс-менеджмент, підтримка сім'ї, правова допомога) [43]. У цій логіці українські науковці дедалі частіше використовують поняття соціальних детермінант здоров'я, але «приземлюють» його на бюджетні та управлінські механізми – хто платить, хто забезпечує доступ, як вимірюється ефективність витрат, які саме бар'єри мають найбільший вплив на переривання лікування.

Також показовим є те, що фінансова сторона «медико-соціальних послуг» присутня і в спеціалізованих роботах з економіки охорони здоров'я: у навчальному виданні (том «Економіка охорони здоров'я») прямо згадано механізм договірної ціноутворення «на медичні, медико-соціальні послуги та послуги медичного сервісу», що закріплюються договорами з медичними закладами та у добровільному медичному страхуванні [18]. Для дослідників це сигнал, що соціально-медичні послуги існують не лише як гуманітарна/соціальна місія, а й як специфічний ринок і контрактні відносини, де потрібні правила якості, контроль конфлікту інтересів, прозорість тарифів і захист отримувача послуг – тобто цілий пласт тем для публічного управління й антикорупційного аналізу.

Публічне управління та соціальна робота в українській науці формують, по суті, «інституційне ядро» досліджень соціально-медичних послуг: тут аналізуються повноваження органів влади й місцевого самоврядування, моделі міжвідомчої взаємодії, децентралізація, управління мережею надавачів, стандарти, кейс-менеджмент і механізми забезпечення доступу в громадах. Дуже показовою є стаття Тетяни Семигіної «Соціальні послуги у територіальних громадах України: інновації правового регулювання»: авторка фіксує нормативний «переломний момент» - «з 1 січня 2020 року набуває чинності новий Закон України “Про соціальні послуги”...» та ставить мету окреслити виклики для громад у процесі децентралізації [33].

Ця публікація важлива для соціально-медичного поля тим, що громада розглядається не як «місце надання послуги», а як суб'єкт організації системи допомоги, який має інструменти, але водночас стикається з дефіцитом кадрів,

даних, процедур і фінансування. У цьому ж тексті (аналізуючи положення закону) наведено логіку «ведення випадку» як процесу, що включає етапи аналізу звернення, оцінювання потреб, прийняття рішення з урахуванням індивідуальних потреб, розроблення плану допомоги тощо. Власне, кейс-менеджмент і є тією технологією, яка практично «зшиває» медичні та соціальні компоненти, коли для однієї людини/сім'ї потрібно організувати одночасно лікування, реабілітацію, забезпечення технічними засобами, догляд, соціальні виплати, психологічну підтримку, транспорт, житлові рішення й юридичні питання.

В українських роботах соціально-робітничої школи (у т.ч. навчально-методичних матеріалах з організації інтегрованих служб) послідовно підкреслюється правозахисний і комплексний характер такої діяльності: «соціальна робота... спрямована на захист прав клієнта шляхом визначення та надання йому повного комплексу послуг» [22]. Саме ця теза (і подібні до неї) створює нормативно-ціннісну основу для соціально-медичних послуг: не «видати послугу за переліком», а відновити здатність людини функціонувати, забезпечити гідність і права, зняти бар'єри, організувати міжсекторальну взаємодію.

Окремим здобутком українських досліджень публічного управління є перенесення фокусу з «відомчого» управління на «мережеве»: у багатьох практико-орієнтованих роботах (особливо воєнного періоду) аналізуються партнерства влади з НУО, міжнародними агентствами, приватними надавачами, а також управління якістю послуг у мультидисциплінарних командах, які можуть діяти в мобільному форматі, у шелтерах, у місцях компактного проживання ВПО, у громадах прифронтових областей. Цей пласт досліджень дедалі частіше ставить питання про «стандарти мінімального пакета» соціально-медичних послуг, про результати (реальні зміни у стані здоров'я, функціонуванні, соціальній інтеграції), а також про інструменти підзвітності – від електронних реєстрів і моніторингу кейсів до громадського контролю.

Особливий піднапрямок українських досліджень сформувався навколо теми інтегрованої допомоги для груп високого ризику (залежності, ВІЛ/ТБ, психічне здоров'я, посттравматичні розлади) та організації послуг у первинній ланці з опорою на мультидисциплінарність. Крім уже згаданого посібника УППЗ, важливим є корпус праць Тетяни Семигіної у сфері соціальної політики та здоров'я, де інтеграція розглядається як відповідь на складні соціальні проблеми, які неможливо «закрити» лише медициною або лише соціальною службою. У збірнику/виданні про соціальну політику та громадське здоров'я підкреслено перехід до комплексної моделі: «інтегровані послуги мають забезпечити... біопсихосоціальну допомогу» (у контексті уразливих груп і координації інституцій) [18].

Для української науки характерно, що такі роботи не обмежуються теорією, а відразу «прив'язуються» до реалізації політик на місцях: які саме повноваження має громада, які протоколи і маршрути потрібні, як забезпечити безперервність лікування при переміщенні, що робити з дефіцитом спеціалістів, як знімати стигму, як організувати закупівлю і логістику медикаментів, як налаштовувати взаємодію з пробацією, освітою, службами у справах дітей тощо.

Дослідження воєнного часу також додають нові «виміри» до інтеграції: безпекові обмеження, обстріли, руйнування закладів, потреба в мобільних командах, віддалених консультаціях, психологічній першій допомозі, а також в управлінні ризиками (включно з ризиками переривання лікування при хронічних хворобах). Усе це робить соціально-медичні послуги не просто темою соціальної політики, а частиною національної стійкості та відновлення.

Емпіричні дані в українських дослідженнях соціально-медичних послуг, як правило, групуються навколо трьох джерел:

- 1) адміністративна статистика і дані реєстрів (охорона здоров'я, соцзахист, зайнятість, освіта),
- 2) соціологічні опитування домогосподарств/уразливих груп,
- 3) прикладні дослідження впровадження моделей (пілоти, кейс-стаді, оцінка бар'єрів/результатів) [22].

У воєнний період суттєво зросла роль міжнародних і міжвідомчих обстежень (UNICEF, UNDP, UNHCR та ін.) як джерела оперативних зрізів доступу до послуг, що дозволяє українським науковцям швидше перевіряти гіпотези й коригувати управлінські рекомендації. Наприклад, дані UNHCR щодо кількості ВПО дають можливість моделювати навантаження на первинку, реабілітаційні та соціальні програми в приймаючих регіонах і громадах.

Дані UNICEF про доступ до первинної допомоги та проблеми з придбанням ліків дозволяють розмежувати «стійкість системи» і «точки дефіциту», які потребують інтегрованої відповіді (медичні гарантії + соціальна підтримка + логістика + гуманітарні механізми). Дані UNDP про структуру вразливостей і цифровий розрив показують, що ефективність е-сервісів як інструменту доступу буде різною для різних груп, а отже, у соціально-медичних послугах має бути закладено «гібридний» дизайн: електронні канали плюс офлайн-супровід, соціальні працівники/помічники, мобільні офіси, адаптовані комунікації для людей 70+, людей з інвалідністю, малозабезпечених [2].

Водночас українська демографічна школа наголошує на важливості довгих часових рядів і порівнянь за типами поселення/регіонами: у згаданій монографії окремо розглядаються відмінності тривалості життя між міськими та сільськими поселеннями, зміни у структурі смертності й чинники регіональної диференціації, що фактично підказує, де інтегровані соціально-медичні послуги мають бути інтенсивнішими (сільські території, депресивні райони, громади з високим старінням, прифронтові області).

Як предмет наукових досліджень соціально-медичні послуги в Україні дедалі частіше осмислюються через категорії «інтеграції», «безперервності допомоги», «орієнтації на людину», «правозахисності» та «результативності». Із методологічного погляду можна виділити кілька стабільних трендів українських робіт.

Перший – перехід від дослідження «галузей» до дослідження «маршрутів» (patient/client pathways): як людина проходить шлях від проблеми до

стабілізації/реабілітації, де саме відбувається зрив маршруту, які інституційні бар'єри найкритичніші.

Другий - зростання ролі оцінювання впроваджуваності (implementation research): у посібнику УПГЗ прямо описано бар'єри впровадження інтегрованого лікування на первинці (у т.ч. нормативні та кадрові), а також наведено, що ці бар'єри можуть долатися управлінськими рішеннями на регіональному рівні.

Третій - інституційна конкретизація ролей суб'єктів: медичні заклади, соціальні служби, ОМС, НУО, адміністративні установи, донори; саме так структуровано аргумент у дослідженні Г. С. Зделової, де інтеграція описується як необхідна умова для якості життя пацієнтів і прямо включає ОМС та соціальний захист як партнерів системи охорони здоров'я [14].

Четвертий – посилення уваги до правових і процедурних механізмів на рівні громади: стаття Т. Семигіної 2019 року фактично стала одним із маркерів того, що наука про соціальні послуги переходить у фазу «нових правил гри» після ухвалення нового закону, а громади розглядаються як ключові виконавці й одночасно як «вузол» інтеграції з медициною [39].

П'ятий - включення фінансових механізмів та контрактних відносин у аналіз послуг: згадка про договірні ціни на «медико-соціальні послуги» в економіці охорони здоров'я підштовхує до досліджень тарифної політики, добровільного страхування, співфінансування, а також ризиків нерівності доступу та комерціалізації.

Нарешті, воєнний період додав до методології ще один вимір – роботу з неповними даними, швидкими оцінками потреб і етичними обмеженнями (безпека респондентів, чутливість даних про переміщення, травму, інвалідність). Це вимагає від українських науковців комбінувати джерела та відверто описувати межі валідності, не підмінюючи аналіз пропагандистськими узагальненнями.

Окремо варто узагальнити коло українських дослідників, які найчастіше формують зміст дискусій про соціально-медичні послуги (в різних дисциплінах)

і створюють «точки зборки» для міжгалузевого аналізу. У демографії та соціальній економіці це насамперед колектив ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України (О. М. Гладун, І. О. Курило, Н. М. Левчук, О. В. Позняк, Н. О. Рингач, Л. І. Слюсар, П. Є. Шевчук та ін.), які задають емпіричну рамку змін населення та тривалості життя, і тим самим визначають «довгу хвилю» потреб у довготривалому догляді, реабілітації та підтримці уразливих груп [11].

У сфері соціальної політики, соціальної роботи та публічного управління – Т. Семигіна (правове регулювання соціальних послуг у громадах, інституційні виклики децентралізації; інтегровані підходи у здоров'ї та соціальній політиці). У сфері громадського здоров'я та організації інтегрованих моделей – авторські колективи прикладних посібників/досліджень, які тестують інтегровані медико-соціальні моделі на первинці, особливо для груп високого ризику (опіоїдна залежність, ВІЛ/ТБ), і надають вимірювані результати щодо стигми, охоплення та інтегрованості послуг.

У медичній науці – роботи типу «медико-соціального обґрунтування» організації допомоги при хронічних станах (як у Г. С. Зделової), де інтеграція з ОМС, соцзахистом і НУО показана як умова ефективності, а емпіричні показники якості життя й психічного стану стають ключем до постановки задач соціально-медичних сервісів [27]. У юридично-управлінському полі – дослідження процедур кейс-менеджменту і стандартів соціальних послуг у громадах, де закон і практика ведення випадку розглядаються як «організаційна технологія» інтеграції з медициною. У фінансово-економічному полі – праці з економіки охорони здоров'я, що виводять соціально-медичні послуги у площину тарифів, договорів і фінансових стимулів, і тим самим відкривають питання регуляторики, захисту споживача та недопущення нерівності доступу.

Попри значний прогрес українських досліджень, поле соціально-медичних послуг має низку системних «білих плям», які й формують перспективну наукову програму на найближчі роки.

По-перше, недостатньо розвинені довготривалі когортні спостереження за результатами інтегрованих послуг (реабілітація, ментальне здоров'я,

довготривалий догляд, паліатив): є сильні пілоти та кейс-описання, але часто бракує масштабованих оцінок ефекту для різних типів громад.

По-друге, дані медицини і соцзахисту досі слабо «зшиті», а без інтеграції даних важко вимірювати реальний шлях людини між системами; цифрова трансформація створює можливості, але одночасно – ризики виключення (що видно з даних про цифровий розрив серед літніх і малозабезпечених).

По-третє, потребують глибшого аналізу прифронтові області як особливий тип середовища надання послуг: мобільність, безпека, руйнування, кадровий дефіцит, гуманітарна підтримка, множинні травми, переривання лікування.

По-четверте, мало досліджень про антикорупційний і доброчеснісний дизайн соціально-медичних програм (закупівлі, контракти, пріоритезація, конфлікт інтересів), хоча фінансова складова медико-соціальних послуг і контрактні механізми прямо присутні в економічних підходах.

По-п'яте, потребує систематизації роль ОМС у створенні інтегрованих маршрутів – від «соціального замовлення» та фінансування соціальних послуг до координації з НСЗУ/первинкою/реабілітаційними пакетами, організації безбар'єрності, транспорту, доступного середовища та підтримки сімей. Нарешті, сама війна створила нові масові категорії потреб – посттравматичні розлади, інвалідизація, відновлення функціонування, допомога ветеранам і сім'ям – де соціально-медичні послуги фактично стають «містком» між клінікою, реабілітацією, зайнятістю, освітою та соціальною інтеграцією.

Саме тут інтегровані підходи, які вже описані в українських роботах (біопсихосоціальна логіка, мультидисциплінарні команди, кейс-ведення, партнерство з НУО та місцевою владою), можуть бути переосмислені й масштабовані як основа повоєнної політики відновлення.

Отже, українські наукові дослідження соціально-медичних послуг у 2014-2025 рр. еволюціонували від фрагментарних описів «соціального супроводу при хворобах» до комплексного міждисциплінарного поля, де інтеграція медичної допомоги, психосоціальних втручань і соціальних сервісів розглядається як умова ефективності лікування та відновлення якості життя. Це чітко видно і в

прикладних моделях (визначення інтегрованої медико-соціальної допомоги та оцінка результатів, включно зі зменшенням стигми й розширенням доступу), і в медико-соціальних обґрунтуваннях організації допомоги при хронічних станах, де інтеграція з ОМС, соцзахистом і НУО описується як системна необхідність. Демографічна школа надає цьому полю довгострокову рамку потреб (старіння, смертність, міграції, територіальні дисбаланси), а воєнні опитування й гуманітарні дані додають оперативний вимір доступності, уразливостей і «вузьких місць» (ліки, логістика, цифровий бар'єр) [26].

У публічному управлінні та соціальній роботі сформувався потужний напрям, що розглядає територіальні громади як ключову ланку організації соціально-медичних послуг у логіці децентралізації, правового регулювання та кейс-менеджменту. Наукові тексти акцентують, що саме «ведення випадку» і міжвідомча координація дозволяють на практиці зшивати медичні та соціальні компоненти для конкретної людини/сім'ї, а правозахисний підхід («повний комплекс послуг» заради захисту прав клієнта) задає ціннісну основу і критерії якості. Економічні праці підсвічують фінансову природу медико-соціальних послуг (тарифи, договори, страхування), що робить дослідження управління фінансами, прозорості й недискримінаційного доступу не менш важливими, ніж суто клінічні чи соціальні аспекти.

Перспективи подальших українських досліджень найбільш продуктивні там, де можна поєднати: 1) доказову оцінку результатів інтегрованих моделей (health + social outcomes), 2) аналіз управлінських механізмів на рівні громади та регіону (повноваження, кадри, дані, партнерства, фінансування), 3) роботу з новими масштабними потребами воєнного часу (реабілітація, ментальне здоров'я, довготривалий догляд, підтримка ВПО й ветеранів) з урахуванням територіальних дисбалансів і цифрових бар'єрів. У такій рамці соціально-медичні послуги постають не як вузький «сектор», а як інтегративна політика людської безпеки і відновлення, де успіх вимірюється одночасно клінічними показниками, функціонуванням людини, соціальною включеністю та справедливістю доступу.

1.2 Нормативно-правове забезпечення надання медико-соціальних послуг населенню України

Повномасштабна війна 2022-2025 рр. радикально змінила контекст надання медико-соціальних послуг в Україні: різко зросли масштаби внутрішнього переміщення, частка домогосподарств із втратою доходів, потреби в довготривалому догляді, паліативній допомозі, реабілітації, психосоціальній підтримці, а також у безперервному забезпеченні ліками людей із хронічними захворюваннями. Водночас правова рамка не «обнулилася», а трансформувалася: базові гарантії права на охорону здоров'я та соціальний захист реалізуються через поєднання загальних законів і спеціальних (воєнних) процедур, які дозволяють надавати допомогу швидше, ближче до місця фактичного перебування людини та з меншим адміністративним навантаженням на отримувача.

Для керівників закладів охорони здоров'я, управлінців соціальної сфери й керівників територіальних громад ключовим є розуміння саме «стика» двох систем – медичної (Програма медичних гарантій, первинна/спеціалізована допомога, реімбурсація ліків, телемедицина, реабілітація) та соціальної (виявлення потреб, ведення випадку/екстрені послуги, догляд, підтримане проживання, натуральна допомога, транспортні послуги, притулки, паліативний догляд як соцпослуга), які під час війни мають працювати як єдиний маршрут допомоги для соціально вразливих груп [33].

Опорними «каркасними» актами в цій площині виступають Основи законодавства України про охорону здоров'я та профільні закони щодо фінансування медичного обслуговування і системи соціальних послуг, що задають принципи доступності, безоплатності визначених пакетів і недискримінації, а воєнний стан визначається окремим законом як спеціальний правовий режим, у межах якого держава може запроваджувати тимчасові особливості організації та фінансування послуг, не скасовуючи при цьому змісту базових прав.

Нормативно-правові засади медичного компонента медико-соціальних послуг у 2022-2025 рр. доцільно читати крізь призму трьох рівнів регулювання.

Перший – загальний: законодавство про охорону здоров'я визначає зміст прав пацієнта, обов'язки надавачів і принципи організації системи, включно з пріоритетом профілактики, доступністю та орієнтацією на потреби людини.

Другий – фінансово-організаційний: Закон про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення закріплює логіку Програми медичних гарантій, оплату надавачам через НСЗУ та базові правила щодо того, які медичні послуги і лікарські засоби оплачуються коштом держави за визначеними пакетами, що є критично важливим для управлінців закладів, які в умовах війни одночасно мають тримати безперервність послуг і підтверджувати їх фінансування через контрагування та звітність.

Третій – спеціальний воєнний: у 2022 році МОЗ почало видавати акти «під воєнний стан», які адаптують маршрути первинної допомоги для переміщених осіб, вводять облік звернень і визначають мінімальні обов'язки надавача первинки щодо допомоги людям, які вимушено змінили місце проживання; ключовий для практиків приклад – наказ МОЗ від 17.03.2022 № 496, який прямо зобов'язує надавачів ПМД вести облік переміщених осіб, надавати первинну допомогу та невідкладну допомогу переміщеним особам, а також забезпечувати вакцинацію за календарем щеплень [17].

Ця конструкція юридично важлива тим, що знімає типову управлінську дилему «людина не з нашої громади/без декларації/без документів»: для первинки в умовах воєнного стану встановлено обов'язок організувати допомогу переміщеним, а на практиці – вибудувати швидкий запис, коротку медичну оцінку, оновлення даних щодо постійних препаратів, комунікацію про подальший маршрут (спеціалізована допомога, стаціонар, реабілітація, соціальний працівник).

Окремого блоку правового регулювання в умовах війни набули інструменти забезпечення безперервності лікування через лікарські засоби та дистанційні форми допомоги. Для керівників ЗОЗ і громад це не «додаткова

опція», а нормативно підкріплений механізм зниження ризиків переривання терапії (особливо для ВПО та людей похилого віку). Держава, з одного боку, підтримувала програму реімбурсації «Доступні ліки» й у комунікаціях підкреслювала можливість отримувати препарати в умовах воєнного стану, а також оновлювала переліки та напрями програми в 2025 році, що важливо для планування закупівель/взаємодії з аптеками та інформування населення на рівні громади [20].

З іншого боку, паралельно запускалися й розгорталися електронні рецепти для окремих груп препаратів (зокрема антибіотиків у 2022 році), що має значення для контролю антибіотикорезистентності та дисципліни відпуску ліків, але в умовах блекаутів і збоїв зв'язку воєнне регулювання передбачало можливість використання паперових рецептів як резервного каналу. Для мешканців прифронтових та приймаючих громад та ВПО правовий режим телемедицини став окремим «містком» між медичною та реабілітаційною складовими: МОЗ затвердило порядок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану (наказ від 17.09.2022 № 1695), що для керівника ЗОЗ означає необхідність мати локальні протоколи (ідентифікація пацієнта, документування, захист даних, маршрутизація при погіршенні стану), а для громади – забезпечити точки доступу (ЦНАП/амбулаторія/соцслужба/«пункти незламності») для людей, які не мають пристроїв або стабільного інтернету [33].

У частині довготривалого догляду й кінця життя важливо, що паліативна допомога має як медичне, так і соціальне нормативне підґрунтя: МОЗ у 2023–2024 роках вносило зміни до порядку надання паліативної допомоги, що актуалізувало вимоги до організації такої допомоги, а Мінсоцполітики ще раніше затвердило державний стандарт соціальної послуги паліативного догляду – і під час війни саме поєднання цих двох режимів дозволяє громадам «підхоплювати» людину не лише медично, а й соціально (догляд, засоби гігієни, транспорт, тимчасовий догляд удома тощо) [39].

Соціальний компонент медико-соціальних послуг у 2022–2025 рр. регулюється насамперед Законом України «Про соціальні послуги» та підзаконними актами, які описують організацію надання, виявлення потреб і процедури реагування. Базова «операційна інструкція» для громади – постанова КМУ № 587 від 01.06.2020, яка встановлює порядок організації надання соціальних послуг і механізм виявлення осіб/сімей у складних життєвих обставинах; саме в її логіці громада визначає уповноважений орган, організовує прийом звернень, оцінювання потреб, прийняття рішення, надання послуг і взаємодію з надавачами (комунальними, недержавними, приватними) [26].

Однак воєнний стан вимагав правового «прискорювача», і таким інструментом стала постанова КМУ № 560 від 07.05.2022, якою було внесено зміни до порядку організації соціальних послуг і фактично легалізовано розширений режим екстреного (кризового) надання соціальних послуг під час воєнного стану без застосування повної процедури ведення випадку, а також – критично важливо – дозволено надавати такі послуги за місцем звернення людини незалежно від її задекларованого/zareєстрованого місця проживання [17].

Для керівника громади це нормативне підґрунтя «прибирає» конфлікти юрисдикції між громадами-донорами і громадами-реципієнтами ВПО: якщо людина звернулася тут і зараз, громада має правовий інструмент надати екстрені послуги швидко й на місці. Для керівника соціальної сфери важливим є також перелік послуг, які в умовах воєнного стану можуть забезпечуватися екстрено: серед них прямо згадуються підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, догляд удома і стаціонарний догляд, денний догляд (у т.ч. дітей з інвалідністю), паліативний догляд, натуральна допомога, транспортні послуги, соціальний супровід тощо – тобто саме ті «сервіси», які формують соціальний каркас медико-соціальної підтримки вразливих груп [13].

Додатково постанова № 560 закріплює можливість подання заяв/повідомлень та документів в електронній формі через «Портал Дія», що під

час масового переміщення і втрати паперових документів стало практичною умовою доступності послуг [17].

Наймасовішою вразливою групою воєнного періоду стали внутрішньо переміщені особи, і їхній правовий статус у 2022-2025 рр. визначається спеціальним законом та підзаконними порядками обліку й виплат, які фактично «прив'язують» соціальні та частково медико-соціальні рішення до реєстрів і процедур підтвердження фактичного проживання. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» встановлює базові гарантії для ВПО та рамку відповідальності держави і органів місцевого самоврядування щодо реалізації прав (у тому числі в частині доступу до послуг за місцем фактичного перебування) [25].

Паралельно діє порядок обліку ВПО (постанова КМУ № 509 від 01.10.2014), який регулює механізм видачі довідки ВПО та ведення відповідної інформаційної бази; для управлінців громад і закладів це означає, що статус ВПО має процедурну основу і перевіряється через встановлені державою механізми, а не «на око». У 2022 році, як реакція на масштаб переміщення, держава запровадила спеціальний інструмент підтримки проживання ВПО – постанову КМУ № 332 від 20.03.2022, яка визначила порядок виплати допомоги на проживання та базові розміри (для осіб з інвалідністю та дітей – 3000 грн, для інших – 2000 грн) і прив'язку до Єдиної інформаційної бази даних про ВПО [25].

Хоча ця допомога формально є соціальною, її медико-соціальна сутність очевидна: наявність мінімального ресурсу на проживання прямо впливає на можливість купити супутні товари для лікування, доїхати до лікаря, оплатити комунальні послуги й не переривати терапію. Тому для керівника громади правильна модель — організувати єдиний маршрут «ВПО → реєстрація/довідка → оцінка потреб → соціальні послуги екстрено (за потреби) → первинна медична допомога/ліки → спеціалізована допомога/реабілітація», де правові підстави кожного кроку різні, але мають бути зшиті в одну управлінську процедуру.

Саме тут наказ МОЗ № 496 дає законну основу первинці обслуговувати переміщених і фіксувати дані про препарати, які людина приймає регулярно, а постанова № 560 – законну основу соціальній службі надати кризовий догляд, натуральну допомогу чи транспорт незалежно від «прописки» [39].

Для багатодітних родин медико-соціальний вимір у 2022-2025 рр. формується через поєднання сімейної політики, дитячих гарантій у сфері охорони здоров'я та соціальних виплат/пільг. У правовій площині базовими актами залишаються Закон України «Про охорону дитинства» та Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», які визначають загальні гарантії захисту дитинства, підстави й види державної допомоги та рамки підтримки сімей із дітьми [8].

У воєнний період для управлінця важливі не лише самі виплати, а й те, як юридично забезпечується доступ багатодітної сім'ї до медичних та соціальних сервісів у новому місці проживання: через механізм екстрених соціальних послуг (коли сім'я втратила житло/доходи/доступ до догляду) та через механізм первинної медичної допомоги, що має бути організована для переміщених.

Багатодітні родини є групою підвищеного ризику «перевантаження доглядом»: навіть при відсутності формального статусу СЖО сім'я може потребувати соціального супроводу, натуральної допомоги, транспортних послуг, психологічної підтримки та сприяння доступу до ліків і щеплень дітей; у воєнний період правова можливість надавати частину цих послуг екстрено та «за місцем звернення» є тим, що реально дозволяє громаді реагувати швидко.

Для керівників ЗОЗ практично важливою є «прив'язка» до безперервної первинної допомоги й профілактики: наказ МОЗ № 496 прямо включає вимогу щодо вакцинації за календарем, а отже громади-реципієнти ВПО повинні управлінськи забезпечувати наявність вакцин, облік щеплень і роботу з батьками (з урахуванням браку документів і медичних карток) [24].

Найскладнішим з погляду організації медико-соціальних послуг у 2022–2025 рр. є сегмент людей похилого віку, особливо самотніх, маломобільних і тих, хто має мультиморбідність (кілька хронічних захворювань), потребує

паліативної допомоги або щоденного догляду. Формально їхні права реалізуються через загальне законодавство про соціальні послуги та охорону здоров'я, але саме воєнні зміни дали громадам інструмент «швидкого входу» в допомогу: постанова КМУ № 560 прямо передбачає, що під час воєнного стану екстрено можуть забезпечуватися підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, догляд удома, стаціонарний догляд, денний догляд, паліативний догляд, транспортні послуги та інші сервіси – і рішення про надання таких послуг має прийматися невідкладно з організацією надання протягом однієї доби [39]. Це нормативно важливо, бо дозволяє громаді діяти до того, як буде зібраний повний пакет документів і сформована «класична» справа ведення випадку, що в умовах евакуації, втрати документів або когнітивних порушень у літньої людини часто неможливо зробити швидко.

На медичному боці для цієї групи критична безперервність лікування і доступ до ліків: державна політика підтримувала функціонування «Доступних ліків» в умовах воєнного стану, що дає керівникам ЗОЗ та громад підстави будувати інформаційні кампанії, партнерства з аптечними мережами та механізми допомоги з отриманням рецептів; у 2025 році МОЗ повідомляло про оновлення переліку програми, що підсилює потребу регулярно оновлювати локальні маршрути й списки «які препарати, де й як отримати» [37].

Для маломобільних літніх людей особливо значущою стає телемедицина: наказ МОЗ щодо телемедицини на період воєнного стану створює юридичну основу для дистанційного надання медичної та/або реабілітаційної допомоги, але управлінськи це працює лише тоді, коли громада організувала «людський інтерфейс» - соціальний працівник або медсестра, які допоможуть людині підключитися, передати показники, отримати призначення та, за потреби, забезпечити доставку/транспорт.

Паліативний сегмент для людей похилого віку додатково унормовується через зміни МОЗ до порядку паліативної допомоги та через державний стандарт соціальної послуги паліативного догляду, що дозволяє громадам юридично обґрунтовувати фінансування й організацію паліативної підтримки як

міжсекторальної послуги, а не як «виключно медичної» або «виключно соціальної».

Окремий пласт нормативних засад у 2022-2025 рр. стосується управління ресурсами та доброчесності, бо війна одночасно збільшила обсяги закупівель (медикаменти, витратні матеріали, генератори, транспорт, послуги харчування/прання/догляду) і підвищила корупційні ризики через терміновість та дефіцит. Для керівників ЗОЗ і громад важливо розуміти, що загальний Закон «Про публічні закупівлі» продовжує діяти, але на період воєнного стану Кабінет Міністрів затвердив спеціальні «особливості» здійснення закупівель (постанова № 1178 від 12.10.2022), які визначають правила, винятки, процедури та строки на час дії правового режиму воєнного стану та протягом 90 днів після його припинення/скасування [33].

У медико-соціальній сфері це означає практичну необхідність а) формалізувати потреби (плани закупівель/обґрунтування), б) документувати рішення навіть при скорочених процедурах, в) забезпечувати контроль конфлікту інтересів, г) розділяти закупівлі «медичні» і «соціальні» за джерелами фінансування та предметом, і г) будувати прозору комунікацію з наглядовими органами та громадськістю. Воєнні «особливості» не скасовують відповідальності керівника – вони лише змінюють алгоритм, і саме в медико-соціальних послугах (де багато «дрібних» контрактів на догляд, транспорт, харчування, ремонти укриттів/відділень) ризик порушень є системним.

Управлінська специфіка нормативно-правових засад медико-соціальних послуг у 2022-2025 рр. полягає в тому, що правові норми задають не лише «право людини», а й мінімальний стандарт організаційної поведінки установи та громади [28]. Для первинки під час воєнного стану – це обов’язок прийняти переміщену людину, надати первинну та невідкладну допомогу, забезпечити профілактику й облік звернення.

Для соціальної сфери – це можливість і обов’язок діяти екстрено, надавати послуги незалежно від місця реєстрації, використовувати електронні канали подання документів, а також забезпечувати в кризовому режимі саме ті послуги,

які «закривають» прогалини медичної системи (догляд, транспорт, підтримане проживання, натуральна допомога). Для ВПО – це законний статус і механізм обліку та адресної допомоги на проживання, що має бути інтегрований у місцеві маршрути медико-соціальної підтримки, щоб людина не «ходила колами» між установами.

Для сімей з дітьми та багатодітних – це поєднання грошових інструментів і гарантій у сфері дитинства, які під час переміщення повинні підкріплюватися доступом до ПМД, вакцинації та соціального супроводу. Для людей похилого віку – це правовий фундамент довготривалого догляду, паліативу та кризового реагування протягом доби, а також розвиток телемедицини як законної форми доступу до медичної/реабілітаційної допомоги в умовах руйнування інфраструктури або небезпеки пересування.

Усі ці норми вимагають від керівника громади та керівника ЗОЗ не стільки «знати номери постанов», скільки мати локальні протоколи взаємодії: хто приймає звернення, хто проводить первинну оцінку потреб, як здійснюється направлення між медичною і соціальною ланками, як фіксуються рішення, як забезпечується транспорт і супровід, як працює телемедичний канал, як організовано отримання «Доступних ліків», і як мінімізуються ризики зловживань під час закупівель за воєнними правилами.

Отже, нормативно-правові засади надання медико-соціальних послуг населенню України у 2022-2025 рр. характеризуються поєднанням стабільних базових гарантій (охорона здоров'я, соціальні послуги, фінансові гарантії медичного обслуговування) та спеціальних воєнних «адаптацій», які роблять систему більш мобільною й орієнтованою на фактичне місце перебування людини, а не на її реєстрацію.

Ключовим управлінським нововведенням воєнного періоду стало нормативне закріплення екстреного (кризового) надання соціальних послуг під час воєнного стану з можливістю надання «за місцем звернення» і з розширеним набором послуг, що критично важливо для ВПО, багатодітних родин і людей

похилого віку, які масово опинилися в ситуації втрати житла, доходів, сімейної підтримки та доступу до догляду.

Медична складова водночас отримала нормативні механізми підтримки безперервності допомоги: спеціальні правила первинної медичної допомоги для переміщених осіб, розвиток телемедицини на період воєнного стану, а також підтримку інструментів доступу до лікарських засобів через реімбурсацію та комбінацію електронних і паперових рецептів. Для керівників громад і закладів охорони здоров'я головний практичний висновок полягає в необхідності інституціоналізувати міжсекторальну взаємодію (медицина ↔ соціальна сфера ↔ ЦНАП/реєстри ↔ аптеки ↔ транспорт/догляд) через локальні протоколи, відповідальних осіб і прозорі процедури закупівель за воєнними «особливостями», оскільки саме на рівні громади та конкретного закладу норми права перетворюються на реальний маршрут допомоги для найбільш уразливих.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

2.1 Умови та проблеми надання медико-соціальних послуг на локальному рівні

Роль органів місцевого самоврядування у забезпеченні населення України медико-соціальними послугами у 2014-2025 рр. еволюціонувала від переважно “утримувача мережі” комунальних закладів до повноцінного управлінця місцевої системи охорони здоров’я і соціального захисту, який планує послуги під реальні потреби громади, забезпечує сталість їх надання в кризах, інтегрує медичні та соціальні маршрути допомоги, координує державні, недержавні й міжнародні ресурси та відповідає за доступність для найбільш уразливих груп.

У контексті повномасштабної війни ця роль стала критичною: за оцінками гуманітарної системи ООН, у 2025 році 12,7 млн людей в Україні потребують гуманітарної допомоги, а “здоров’я” залишається одним із ключових секторів потреб у прифронтових і постраждалих регіонах. Одночасно, за плануванням гуманітарної відповіді, понад 9,2 млн людей оцінюються як такі, що потребують допомоги саме у сфері охорони здоров’я у 2025 році; серед них – внутрішньо переміщені особи та люди, які проживають близько до лінії бойового зіткнення або регулярно зазнають обстрілів [11].

Для ОМС це означає необхідність поєднувати “класичні” повноваження (власник/засновник комунальних закладів, місцеві програми, бюджетні рішення, організація первинки та соціальних служб) із функціями кризового менеджменту (евакуація, мобільні бригади, резерви пального, генератори, альтернативні маршрути пацієнтів, психологічна підтримка, робота з наслідками руйнування житла й інфраструктури). У 2025 році, за даними платформи UNHCR (із посиланням на ІОМ), кількість внутрішньо переміщених осіб в Україні оцінювалася у 3 694 000 станом на 4 жовтня 2025 року, і саме громади фактично

несуть найбільше навантаження з організації базових медико-соціальних сервісів для цієї групи – від первинної медичної допомоги й забезпечення ліками до соціального супроводу, кейс-менеджменту, тимчасового розміщення та адресної підтримки людей похилого віку й осіб з інвалідністю [19].

Інституційно ОМС працюють у “подвійній системі” медико-соціального забезпечення. У медицині ключові потоки поточного фінансування послуг формуються через державні програми і контракти закладів із НСЗУ, але саме громади утримують і розвивають інфраструктуру: приміщення, ремонти, укриття, енергонезалежність, доступність, транспорт, кадрові стимули, співфінансування обладнання, комунальні витрати, а також локальні програми – наприклад, підтримку паліативної допомоги, реабілітації, забезпечення інсуліном чи інгаляторами, відшкодування окремих послуг для вразливих.

У соціальній сфері ОМС організують надання базових соціальних послуг (догляд удома, денний догляд, соціальна адаптація, кризове втручання, притулки, підтримане проживання, соціальний супровід сімей у складних життєвих обставинах) через комунальні установи/центри та через залучення недержавних надавачів.

Найпрактичніша цінність ОМС – у здатності “зшити” медичний і соціальний контур на рівні одного життєвого випадку людини: коли пацієнтові після поранення чи інсульту потрібні не лише послуги лікарні, а й реабілітація, технічні засоби реабілітації, психологічна підтримка, догляд удома, адаптація житла, інколи – тимчасове поселення і супровід документів; коли літня людина з хронічними хворобами потребує доступу до сімейного лікаря і водночас – соціального працівника, доставки ліків/харчів; коли сім’я ВПО потребує первинки, щеплень і одночасно – соціального супроводу, допомоги з працевлаштуванням, кризової підтримки після травматичного досвіду. У мирний час такі “зв’язки” часто залишалися фрагментарними, але війна зробила інтеграцію фактично умовою виживання системи: зростання травм і інвалідизації, стресові розлади, домашнє насильство, втрата житла, руйнування доступу до звичних лікарів і соцслужб – усе це вимагало від місцевої влади

налаштування спільних маршрутів, спільних інформаційних каналів і спільного управління ризиками.

Прифронтові області (Харківська, Донецька, Луганська, Запорізька, Херсонська, Миколаївська, Сумська, Чернігівська; частково – Дніпропетровська як велика “опорна” область для евакуації й реабілітації) демонструють найбільш концентровані виклики і водночас найбільш показові управлінські рішення ОМС.

По-перше, це прямі втрати і ризики для медичної інфраструктури та персоналу. Міністерство охорони здоров'я України повідомляло, що станом на кінець грудня 2024 року внаслідок повномасштабної війни було пошкоджено 1 938 медичних об'єктів і знищено ще 297 медичних закладів/об'єктів. Паралельно міжнародні структури фіксують системність ударів по медичній системі: у січні 2025 року ВООЗ у своєму зверненні/апеляції зазначала, що станом на 9 січня 2025 року було верифіковано 2 209 атак на медичну допомогу в Україні, із повідомленими наслідками у вигляді загиблих і поранених [19].

По-друге, це “ефект зсуву навантаження”: коли лікарні та соцслужби прифронтових громад працюють у режимі масових надходжень поранених, одночасно обслуговуючи місцевих жителів, ВПО, евакуйованих із ближчих до фронту населених пунктів, а також людей із загостреними хронічними хворобами через перебої в лікуванні.

По-третє, це дефіцит кадрів і логістики: частина медиків і соціальних працівників евакуювалися, частина – мобілізована або працює на межі вигорання, а маршрути пацієнтів порушені через обстріли, мінну небезпеку, проблеми транспорту і пального. Саме тому практична роль ОМС у прифронтових регіонах часто зводиться до трьох взаємопов'язаних управлінських “контурів”: контур безперервності (щоб послуги не зупинялися навіть під час блекаутів і обстрілів), контур мобільності (щоб послуга доїжджала до людей, коли люди не можуть дістатися закладу), контур маршрутизації та евакуації (щоб пацієнт потрапляв туди, де є ресурс – від стабпункту/первинки до спеціалізованої лікарні чи реабілітації).

Найбільш наочні успішні кейси в прифронтових громадах пов'язані з модульними рішеннями, мобільними командами та енергонезалежністю. Показовий приклад – розгортання модульних амбулаторій/клінік первинної допомоги для заміщення зруйнованих закладів і збереження доступу до первинки для мешканців та ВПО. У вересні 2024 року ВООЗ повідомляла про відкриття модульної клініки первинної медичної допомоги в селі Циркуни Харківської області замість зруйнованої раніше амбулаторії; ключова управлінська роль громади тут зазвичай полягає у забезпеченні земельної ділянки, підключенні до мереж (або організації автономного живлення/води), підборі персоналу, інтеграції закладу в локальну маршрутизацію пацієнтів і налагодженні взаємодії з соціальними службами для супроводу уразливих груп.

У ширшому масштабі ЄС/ВООЗ/МОЗ повідомляли про встановлення 12 нових модульних клінік у 2024 році в межах співпраці, що включало регіони, які регулярно зазнають ударів або приймають значні потоки переміщених осіб; ефект таких рішень для ОМС полягає в тому, що громада отримує відновлену “точку входу” в систему – первинну ланку, яка далі спрямовує людину до спеціалізованої допомоги, реабілітації, психологічної підтримки й соціальних сервісів [15].

Другий тип успішних практик – мобільні мультидисциплінарні команди, які поєднують медичну, психологічну і соціальну компоненти. Наприклад, у матеріалах гуманітарної координації вказувалося, що під час реагування на загострення безпекової ситуації на Харківщині мобільні команди включали лікарів загальної практики, медсестер, психологів (у тому числі дитячих) та соціальних працівників; саме така конфігурація відповідає природі “медико-соціальної” потреби й дозволяє не просто надати консультацію, а й забезпечити перенаправлення, соціальний супровід, допомогу у випадках насильства, підтримку сімей із дітьми та людей похилого віку.

Третій тип рішень – енергонезалежність і “точки стійкості”, які стали частиною місцевого управління соціальною безпекою. За інформацією Мінрозвитку, станом на 3 грудня 2025 року в Україні було створено 13 464

Пункти незламності, значна частина яких організаційно й матеріально забезпечується на місцевому рівні (приміщення, генератори, обігрів, зв'язок, елементи першої допомоги та координації), що опосередковано підтримує і медико-соціальні послуги – від можливості зарядити медичні пристрої й зв'язатися з лікарем до тимчасового прихистку та координації соціальної допомоги під час аварійних відключень [19].

Окремий пласт роботи ОМС – забезпечення доступу до медико-соціальних послуг для вразливих груп у прифронтових громадах: ВПО, людей похилого віку, осіб з інвалідністю, сімей із дітьми, ветеранів і членів родин військовослужбовців, людей із хронічними хворобами та потребою в безперервній терапії.

Тут ключовою управлінською компетенцією є створення “єдиного маршруту” і фактична інтеграція послуг навколо людини. На практиці це включає реєстрацію й первинне оцінювання потреб, створення (або посилення) місцевих центрів соціальних служб і денних/кризових просторів, організацію догляду вдома, підвезення маломобільних пацієнтів, забезпечення доступності (пандуси, ліфти, безбар'єрність), організацію реабілітації та психосоціальної підтримки.

Добре задокументований кейс, який показує, як місцева інфраструктура соціальних послуг “зшивається” з психосоціальною допомогою, - проекти UNFPA “Міста і громади, вільні від домашнього насильства”: у місті Кривий Ріг у 2023–2024 роках функціонували місцевий центр соцслужб, кризовий центр і мобільні команди; у повідомленні UNFPA зазначалося, що в перші 8 місяців 2024 року чотири мобільні команди здійснили 1 267 виїздів і надали послуги 2 973 постраждалим від домашнього/гендерно зумовленого насильства (у т.ч. жінкам і дітям) [24]. Цей приклад важливий для прифронтових областей не лише темою насильства, а й логікою: навіть під обстрілами й у стресових умовах працює місцева мережа, яка здатна швидко дістатися до людини, надати соціальну і психологічну допомогу та перенаправити до медичних, правових і захисних сервісів.

У масштабі країни UNFPA повідомляє про наявність понад сотні мобільних психосоціальних команд у регіонах України, що підсилює спроможність громад реагувати на наслідки війни для ментального здоров'я та соціальної стабільності. У дитячому та сімейному сегменті важливою опорою для громад стали мобільні медичні команди та постачання медичних наборів/підтримка закладів: UNICEF у 2024 році повідомляв, що охопив 1 138 901 дітей і доглядальників доступом до медичної допомоги через мобільні команди, домашні візити або надання медичних товарів у медзаклади, паралельно наводячи дані про верифіковані пошкодження/руйнування медичних об'єктів [39].

Для ОМС це означає, що “успішність” вимірюється не лише тим, чи працює конкретна амбулаторія, а тим, чи зберігається охоплення послугами: чи є кому здійснювати вакцинацію, патронаж новонароджених, контроль хронічних станів, чи працюють маршрути до спеціалістів, чи функціонують соціальні послуги підтримки сім'ї, чи є зв'язок між медиком і соцпрацівником у випадках, коли сім'я не справляється або коли є ризики насильства й занедбаності.

Роль міжнародних партнерів України у наданні медико-соціальних послуг жителям України у 2022-2025 рр. є системоутворюючою, але вона реалізується найбільш ефективно саме через “приземлення” на рівні громад: партнерські ресурси перетворюються на реальні послуги лише тоді, коли ОМС забезпечує місце, кадри, координацію, підзвітність та інтеграцію в місцеві маршрути. Міжнародна підтримка має кілька практичних вимірів.

Перший – постачання критично важливих медичних товарів і техніки (медикаменти, витратні матеріали, генератори, модульні конструкції, реанімобілі, обладнання для реабілітації), що прямо впливає на здатність громад надавати первинку, екстрену допомогу, хірургію й лікування ускладнень. МОЗ України, зокрема, повідомляв про передачу/допомогу ВООЗ із постачанням медичних вантажів і підтримкою екстреної допомоги, а в документах/апеляціях ВООЗ описується масштаб доставок, участь у міжвідомчих конвоях та встановлення модульних структур для заміщення зруйнованих закладів.

Другий вимір – гуманітарна координація і фінансування секторів (Health Cluster, Protection, WASH тощо), яка задає рамку пріоритетів у прифронтових регіонах і допомагає уникати “білих плям” та дублювання; наприклад, гуманітарна звітність вказує на масштаб охоплення допомогою в 2025 році й на пріоритетність східних і південних областей [27].

Третій вимір – підсилення соціальної складової медико-соціальних послуг: психосоціальна підтримка, кейс-менеджмент, захист постраждалих від насильства, підтримка людей похилого віку та осіб з інвалідністю, що реалізується через мережі мобільних команд, денні центри, кризові кімнати, гарячі лінії та навчання місцевих фахівців, часто у партнерстві з Мінсоцполітики та місцевими службами.

Четвертий вимір – медична евакуація і маршрутизація пацієнтів на лікування й реабілітацію, включно з лікуванням за кордоном у рамках узгоджених механізмів. МОЗ України повідомляв, що станом на 6 листопада 2025 року 6 095 українців, постраждалих від війни, отримали безоплатне лікування та реабілітацію за кордоном у межах програми Medevac Ukraine; на рівні громад це означає роботу з відбором випадків, підготовкою документів, забезпеченням транспортування до хабів/опорних лікарень, супроводом сімей, а після повернення – реінтеграцією в місцеві медико-соціальні сервіси (реабілітація, соціальні послуги, забезпечення технічними засобами, психологічна підтримка) [26].

П’ятий вимір – відновлення і модернізація на місцях (ремонти, укриття, безбар’єрність, енергонезалежність), де міжнародні партнери часто фінансують обладнання й рішення, а ОМС забезпечує сталість експлуатації та включення об’єкта в мережу надання послуг; показовими тут є й проєкти модульних клінік за підтримки ЄС та ВООЗ у співпраці з МОЗ, які прямо орієнтовані на відновлення доступу до первинки у постраждалих регіонах.

Важливо підкреслити: міжнародні партнери не “замінюють” державу чи громади, а переважно виконують роль прискорювача спроможності – закривають дефіцити, що виникли через війну (руйнування, кадри, логістика,

медикаменти), і допомагають системі не зупинитися. Але кінцевий результат майже завжди залежить від місцевого управління: чи здатна громада чесно пріоритизувати (первинка, екстренка, реабілітація, психосоціальна підтримка, догляд), чи забезпечує співфінансування та утримання, чи є прозорі правила взаємодії з НУО і міжнародними організаціями, чи працює облік потреб і перенаправлення, чи забезпечений захист персоналу і мінімальна безпека доступу.

У прифронтових областях це особливо відчутно: там одна й та сама інвестиція – генератор, модульна амбулаторія, реанімобіль, мобільна команда психолога і соцпрацівника – може або “запустити” стабільний сервіс для тисяч людей, або залишитися одноразовою акцією, якщо ОМС не вбудував її в місцеву систему. Тому найкращі практики місцевого самоврядування в медико-соціальній сфері у 2022-2025 рр. – це практики системності: створення міжвідомчих координаційних штабів у громаді (охорона здоров’я, соцзахист, освіта, ДСНС/цивільний захист), узгоджені маршрути “медицина-соціальні послуги-захист”, підготовлені протоколи роботи під час масових надходжень поранених і під час евакуацій, резервні канали зв’язку та енергоживлення, адресна робота з уразливими (включно з ВПО та людьми похилого віку), і партнерська модель із НУО/міжнародними організаціями, де громада не пасивний отримувач, а співуправлінець і співвиконавець [19].

Таким чином, роль ОМС у забезпеченні населення медико-соціальними послугами в Україні в умовах війни є ключовою, бо саме громада забезпечує “останню милу” доступу: фізичну (інфраструктура, транспорт, мобільні команди), організаційну (маршрутизація, координація, підзвітність), соціальну (супровід уразливих, психосоціальна підтримка, догляд), а також стійкість у кризі (енергонезалежність, безперервність сервісів під час обстрілів і блекаутів).

У прифронтових областях ефективність ОМС найчастіше визначається спроможністю швидко відновлювати або замінювати зруйновані потужності (зокрема через модульні рішення), масштабувати мобільні мультидисциплінарні команди, тримати в робочому стані первинку та екстрену допомогу й одночасно

забезпечувати соціальні сервіси для ВПО, людей похилого віку та осіб з інвалідністю.

Міжнародні партнери України відіграють системоутворюючу роль у підтримці медико-соціальних послуг, надаючи постачання, фінансування, координацію, модульні інфраструктурні рішення, психосоціальні програми та механізми медичної евакуації, але кінцевий ефект цієї допомоги залежить від того, наскільки ОМС інтегрує партнерські ресурси у місцеві маршрути та забезпечує їх сталість, прозорість і орієнтацію на реальні потреби людей у конкретній громаді.

2.2 Іноземний досвід надання соціально-медичних послуг населенню

Медико-соціальні послуги в сучасній європейській практиці зазвичай розуміють як узгоджену систему медичної допомоги, догляду (long-term care), реабілітації, паліативної підтримки, психосоціальних сервісів, послуг для осіб з інвалідністю та людей старшого віку, а також соціального супроводу (case management), що забезпечує людині безперервність допомоги між «лікарнею - амбулаторією - домом - соціальною службою». У країнах ЄС ця сфера розвивається під тиском спільних демографічних трендів (старіння населення, зростання мультиморбідності), кадрового дефіциту (особливо медсестер і доглядальників), а також зростання частки домогосподарств, які не можуть забезпечити догляд виключно сімейними ресурсами.

Відповіддю стає переорієнтація від традиційних «установчих» моделей (стаціонари, інтернати, лікарня-центричність) до домашнього та громадського догляду, де ключовими стають міждисциплінарні команди й партнерства між медичними та соціальними провайдерами; ОЕСР прямо фіксує цей перехід як загальноєвропейську тенденцію та наголошує на ролі місцевих екосистем догляду й кооперації професій.

У нормативно-політичному плані цей курс підкріплюється рекомендаціями ЄС щодо доступу до «доступного та високоякісного

довготривалого догляду» (long-term care) з акцентом на профілактику інституціоналізації, стандарти якості, підтримку доглядальників і розвиток послуг у громаді. Водночас ЄС визнає структурні бар'єри: фрагментація відповідальності між міністерствами (охорони здоров'я vs соціальної політики), різні правила фінансування, різні «мови» обліку (пацієнт/клієнт), нерівність доступу між містом і селом та високу частку неформального (неконтрактowanego) догляду, який «невидимий» для статистики й погано захищений у правовому сенсі.

Практика інтеграції медичних і соціальних сервісів у ЄС зазвичай рухається кількома паралельними траєкторіями. Перша - управлінсько-фінансова: створення спільних бюджетів або «пакетів» послуг, що оплачуються як комплекс (наприклад, інтегрована домашня допомога з медсестринським компонентом, соціальною допомогою, забезпеченням ліками та елементами реабілітації), розвиток капітації та стимулів за результат (outcomes), заміна «оплати за ліжко-день» на оплату за епізод і за безперервність маршруту пацієнта.

Друга – професійно-організаційна: формування мультидисциплінарних команд (лікар первинки, медсестра, соціальний працівник, фізичний терапевт, психолог), протоколи маршрутизації, єдиний план догляду, роль координатора випадку.

Третя – цифрова: електронні направлення/рецепти, спільні реєстри, доступ соціальних служб до релевантної медичної інформації в межах правових режимів захисту даних, дистанційний моніторинг стану. Саме цифровізація часто стає «клеєм» інтеграції, але вона ж генерує нові ризики (монополізація ІТ-рішень, непрозорі закупівлі, залежність від вендорів). У 2025-му огляді трендів реформ ЄС підкреслюється, що держави одночасно «підтягують» стійкість системи, доступність, кадрову політику та фармацевтичну складову — і саме у фармі та закупівлях ризики зловживань традиційно найвищі через інформаційну асиметрію й великі бюджети [33].

Польща є показовою для Центральної Європи: система фінансується через обов'язкове страхування (NFZ), має сильний госпітальний «інерційний» компонент, а довготривалий догляд і соціальна допомога історично рознесені по різних каналах управління. У профілях «State of Health in the EU» фіксується, що частка витрат на довготривалий догляд у структурі видатків є нижчою за середньоєвропейську (на рівні близько 8% проти середнього по ЄС близько 16% у порівняльних розрізах), а значна частина фактичного догляду здійснюється неформально родиною, що спотворює реальну «картину навантаження» й ускладнює планування ресурсів [27].

У політичних документах ЄС щодо польського треку реформ окремо наголошується на необхідності зменшити фрагментацію та інтегрувати «соціальний» і «медичний» сегменти LTC, розвивати деінституціоналізацію та створити стабільну модель фінансування домашніх і громадських послуг. Успішні кейси в Польщі часто народжуються в точках дефіциту — сільські території, де немає достатньої пропозиції послуг, і тому інновації набувають форми «домашніх команд»: ОЕСР описує приклад соціальної інновації, профінансованої європейськими фондами, яка розвивала комплексну модель домашнього догляду для хронічно хворих у сільській місцевості, інтегруючи підготовлених доглядальників у мультидисциплінарні команди та розширюючи доступ до паліативного/хоспісного компонента.

На додачу Польща активно розбудовує цифровий контур: у профілі 2025 року відзначається поширення електронних медичних записів та інструментів для е-рецептів і е-направлень, а також зростання використання е-направлень у лікарнях і амбулаторіях, що потенційно підсилює керованість маршрутів пацієнтів і прозорість рішень.

Проблемний бік польської моделі — дефіцит кадрів у догляді, черги до спеціалістів, нерівність між воєводствами та ризики «паралельних» ринків, коли приватний сектор «відтягує» фахівців, а публічна система залишається з найважчими випадками. У площині зловживань для Польщі (як і для регіону загалом) характерні ризики неформальних платежів, конфліктів інтересів і

закупівельних маніпуляцій у лікарнях; це описувалося ще в ранніх аналітиках Світового банку щодо інституційних причин неформальних платежів у польській охороні здоров'я.)

Чехія демонструє більш «збалансований» розподіл витрат між стаціонаром та амбулаторією і водночас – складність узгодження медичного та соціального довготривалого догляду. У профілях «State of Health in the EU» зазначається, що фармацевтичні витрати становлять помітну частку загального бюджету охорони здоров'я (близько 16%), а довготривалий догляд — близько 13% у відповідних структурах видатків, що відображає реальну вагу LTC у системі [32].

При цьому в Чехії зберігається «подвійність» LTC: частина інституцій і послуг належить до медичної системи, частина – до соціальної, що породжує різні правила доступу, різні стандарти та розриви у фінансуванні; ця проблема системно описувалась у профільних оглядах довготривалого догляду. Успішні практики інтеграції в Чехії часто мають муніципальну основу: приклад Праги, де центр соціальних послуг поєднує функції реєстрації та надання соціальних сервісів із медичним «home care» компонентом, показує, що «єдине вікно» для людини та гнучка траєкторія від нерегулярної допомоги до короткотермінового догляду чи резиденційних послуг зменшує ризик госпіталізацій «через відсутність догляду».

Додатковим драйвером є спроба сформувати системні рамки домашньої допомоги як інтегрованої частини медико-соціального континууму; у матеріалах щодо програм розвитку домашнього догляду прямо наголошується на роздільності систем охорони здоров'я та соціальних послуг і потребі «зшивки» стандартів та мережі медсестринського догляду в громаді. Проблемні аспекти – ті самі «класичні»: кадровий дефіцит (особливо медсестринство), відносна перевага стаціонарних рішень, нерівність між регіонами та ризики непрозорості закупівель, коли складні медичні технології та ІТ-системи стають полем для завищення цін або дискримінаційних вимог до учасників тендерів. У Чехії важливою протипагою є інституційна спроможність регулятора лікарських засобів і медвиробів (SÚKL), який у стратегічних документах на 2021–2025 роки

акцентує на безпеці пацієнтів та узгодженні з європейською фармацевтичною політикою, що в теорії повинно зменшувати простір для маніпуляцій у ланцюгу «реєстрація - контроль - ринок» [33].

Румунія – один із найконтрастніших кейсів у ЄС: поєднання хронічного недофінансування, кадрової міграції, нерівного доступу між містом і селом та високої чутливості до корупційних практик. На рівні антикорупційної політики ОЕСР прямо відносить охорону здоров'я до «ризикових» секторів та аналізує заходи Національної антикорупційної стратегії 2021–2025, спрямовані на цілісність управління, конфлікти інтересів та контроль процедур у публічних установах.

Водночас саме в Румунії добре видно, як інноваційні медико-соціальні програми співіснують із системними зловживаннями. Успішний трек – розбудова громадських і первинних сервісів для вразливих груп, зокрема через поєднання community health nurses та Roma health mediators, які працюють на межі медицини й соціальної підтримки, допомагають навігації в системі, підвищують охоплення профілактикою та щепленнями, зменшують бар'єри доступу через довіру в громаді [1].

Проблемний трек - «класичні» корупційні вузли: закупівлі, контроль якості, неформальні платежі, лобістський вплив. Символічним став скандал із постачанням до лікарень дезінфектантів, які, за даними журналістських розслідувань і подальших перевірок, були розведені/неякісні; ця історія (Nexi Pharma) стала маркером того, як поєднання слабого контролю, змови постачальника з посадовцями/менеджерами та рутинної толерантності до «схем» може перетворюватися на прямі ризики для життя пацієнтів.

Додатково для Румунії характерний високий рівень «неформальних платежів» (подарунки, «подяки», прямі хабарі), який дослідники пов'язують і з культурою виживання системи, і з очікуваннями персоналу, і з низькою довірою до справедливого доступу без «доплати». У медико-соціальному сегменті ці практики мають особливо руйнівний ефект, бо «плата за доступ» фактично виключає найбільш вразливих із реабілітації, довготривалого догляду, паліативу та

послуг психічного здоров'я, де люди не можуть «обирати» - вони залежать від системи.

Угорщина цікава поєднанням сильних традицій первинної профілактики для матерів і дітей та одночасно високої фінансової напруги для домогосподарств у фармацевтичному сегменті. Особливістю є розгалужена служба «*védőnő*» (медико-соціальні патронажні фахівці/health visitors), які працюють із сім'ями, відвідують домівки, здійснюють профілактику, навчання та підтримку, фактично займаючи нішу на перетині медицини й соціальної опіки – це один із найвідоміших інституційних «плюсів» угорської моделі [4].

Водночас у профілях ЄС фіксується, що частка витрат домогосподарств «з кишені» (out-of-pocket) в Угорщині є вищою за середній рівень ЄС, а майже половина таких витрат пов'язана з ліками; у профілі 2025 року окремо зазначається, що більшість фармацевтичних витрат покривається саме коштом громадян (значна частка – через доплати). Для медико-соціальної сфери це критично: якщо ліки дорогі, пацієнти з хронічними станами частіше декомпенсуються, що збільшує потребу в догляді, госпіталізаціях і соціальній підтримці.

Окрема проблема, важлива саме з позиції доброчесності, - історично поширена «система подяк» у медицині (*paraszolvencia*). З 1 січня 2021 року Угорщина криміналізувала такі неформальні платежі як корупційне правопорушення; дослідники розглядають це як переломний момент медичного права, хоча й визнають складність «очищення» практик та формування нової етики взаємодії. На рівні довготривалого догляду Угорщина, як і сусіди, стикається з розривом між потребою й пропозицією: перевага інституційних і госпітальних рішень, кадровий дефіцит доглядальників, залежність від сімейних ресурсів, а також ризики «виштовхування» витрат у приватну площину.

Поза країнами Центральної Європи в ЄС накопичено значний масив моделей, корисних для порівняння. «Північні» та частина «західних» систем (Скандинавія, Нідерланди, частково Німеччина) довше інвестували в домашній догляд, муніципальну соціальну допомогу та страхові/квазістрахові інструменти

LTC, що дозволяє краще балансувати між стаціонаром і громадою, але не знімає проблеми дефіциту кадрів та вартості послуг. «Південні» країни, де сильні сімейні моделі догляду, активно шукають «інтеграційні» рішення для домашньої допомоги й посилення ролі медсестринства та громади; ОЕСР, наприклад, аналізує, як системна інтеграція домашнього догляду з охороною здоров'я може знижувати навантаження на лікарні й покращувати якість життя [18].

Загалом для ЄС характерне усвідомлення: медико-соціальна сфера не може бути «додатком» до медицини або «соціальним хвостом» при лікарні; вона є окремим великим ринком послуг із власними стандартами якості, людськими правами (гідність, автономія), фінансуванням і професійними траєкторіями.

Окремої уваги потребує «темна сторона» міжнародного досвіду, адже запит на ефективність у медико-соціальних послугах завжди супроводжується ризиками зловживань. Найбільш типові зловживання в ЄС мають «трикутник»:

- 1) закупівлі (ліки, медвироби, ІТ, харчування, будівництво/ремонт установ догляду);
- 2) фармацевтичні ринки та стимулювання призначень;
- 3) неформальні платежі й конфлікти інтересів на рівні постачальник-лікарня-лікар.

У закупівлях класичні схеми - «заточені» технічні вимоги, завищення цін через посередників, змови учасників торгів, дроблення контрактів, фіктивні акти виконання. У довготривалому догляді додаються специфічні ризики: приховане скорочення персоналу заради маржі, економія на якості харчування та гігієни, підміна кваліфікацій (робота доглядальником без навчання), нав'язування платних «додаткових» послуг. У фармі зловживання можуть бути як корупційними (відкати за включення до формулярів/закупівель), так і корпоративно-конкурентними – коли компанії впливають на ринок так, щоб обмежити конкуренцію й утримувати високі ціни.

Саме тому для ЄС важливі не лише моральні декларації, а й реальна правозастосовна практика в антимонопольній площині. Європейська Комісія фіксувала й карала так звані «pay-for-delay» угоди – ситуації, коли власник

патенту/оригінального препарату фактично платить потенційному конкуренту-дженерику за відтермінування виходу на ринок. У справі Lundbeck Комісія наклала суттєві штрафи за домовленості, що затримували появу дешевших дженериків антидепресанту. У справі Teva/Cephalon Комісія оштрафувала компанії за домовленість, яка відкладала вихід дженерика модафінілу, що, за позицією Комісії, завдало шкоди пацієнтам і бюджетам через збереження високих цін [15].

Інший різновид корпоративних зловживань - «надмірне ціноутворення» (excessive pricing) домінуючих компаній щодо життєво важливих, часто вже «старих» препаратів; у кейсі Aspen Комісія працювала з питанням надмірних цін на низку онкологічних препаратів через процедуру зобов'язань/комітментів, спрямованих на суттєве зниження цін та стабілізацію доступу. Важливо підкреслити: ці кейси не доводять існування «єдиної змови фармринку», але вони демонструють, що корпоративні антиконкурентні практики є реальністю навіть у високо регульованому ЄС, а отже – політика медико-соціальних послуг має включати антимонопольний та антикорупційний контури як невід'ємні елементи системної якості.

Управлінський висновок із досвіду Польщі, Чехії, Румунії та Угорщини полягає в тому, що успішність медико-соціальних послуг майже ніколи не визначається «однією реформою» [23]. Вона складається з трьох взаємозалежних умов:

а) чітка архітектура відповідальності (хто відповідає за LTC, хто за домашню медсестринську допомогу, хто за соціальний супровід, і як ці функції стикуються);

б) сталі фінансові потоки (не грант «на пілот», а постійні механізми оплати послуг, що роблять домашній догляд економічно вигідним порівняно з зайвими госпіталізаціями);

в) доброчесність і конкуренція (прозорі закупівлі, мінімізація конфліктів інтересів, антимонопольний нагляд за фармринком, реальні санкції за змови й «відкати»).

Центральна Європа демонструє, що навіть за нижчих бюджетів можливо створювати ефективні «точкові» інтегровані моделі (домашні команди, муніципальні центри, медіаторські програми), але без системного масштабування вони залишаються островами добрих практик серед океану фрагментації.

Таким чином, досвід ЄС показує, що медико-соціальні послуги еволюціонують від «догляду як витрат» до «догляду як інвестиції в автономію людини», де ключовими стають домашні та громадські сервіси, мультидисциплінарні команди й цифрова керованість маршрутів, а стратегічним орієнтиром – деінституціоналізація та доступність довготривалого догляду відповідно до рекомендацій ЄС.

У Польщі та Чехії особливо видима проблема фрагментації медичного й соціального сегментів LTC, але одночасно є переконливі приклади інтеграції на рівні громад/регіонів і через програми домашнього догляду; цифрові інструменти (е-рецепти/е-направлення, електронні записи) підсилюють системність і потенційно прозорість. Румунія демонструє, що інновації в громадському здоров'ї та соціально-медичній навігації (медіатори, community nurses) можуть співіснувати з високими корупційними ризиками в закупівлях і контролі якості, що прямо загрожує безпеці пацієнта, а також з неформальними платежами, які підривають справедливість доступу. Угорщина показує, що навіть сильні інститути профілактики на рівні сім'ї (служба health visitors) не знімають фінансових бар'єрів і фармацевтичної «дороговизни» для населення, а боротьба з неформальними платежами потребує не лише криміналізації, а й довгого періоду інституційного перезавантаження та підвищення довіри [16].

Нарешті, антимонопольна практика ЄС у фармацевтиці (pay-for-delay, excessive pricing) є важливим нагадуванням: «корпоративні змови» у вигляді антиконкурентних угод і практик можливі й у розвинених системах, тому медико-соціальна політика має включати жорсткі механізми конкурентного нагляду та антикорупційного комплаєнсу як умову стійкої якості й доступності послуг.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1 Роль інститутів громадянського суспільства у сприянні соціально-медичним послугам

Діяльність громадських організацій, волонтерських спільнот, благодійних фондів та інших недержавних надавачів медико-соціальних послуг в Україні в умовах повномасштабної війни (2022-2025 рр.) стала одним із ключових чинників стійкості системи охорони здоров'я та соціального захисту, особливо у прифронтових областях, де державні й комунальні служби працюють у режимі постійного ризику, кадрового виснаження, руйнувань інфраструктури та хвилеподібних переміщень населення.

Йдеться не про «допоміжну активність», а про цілий паралельний контур швидкої мобілізації ресурсів і сервісів: евакуація й медичний транспорт, мобільні бригади, психосоціальна підтримка та робота з наслідками травматичного досвіду, забезпечення ліками й витратними матеріалами, підтримка лікарень, допомога маломобільним людям, паліативні послуги, реабілітація та протезування, соціальний супровід ВПО у місцях тимчасового проживання.

У прифронтових областях (Харківська, Донецька, Запорізька, Херсонська, Миколаївська, Сумська; частково Дніпропетровська як ключовий тилловий вузол евакуації та стабілізації) ці послуги набувають особливих форм: вони мають бути «пересувними», «розосередженими», максимально швидкими у розгортанні та здатними працювати за обмежених комунікацій і під загрозою повторних атак. Практика останніх років показала, що недержавні надавачі можуть бути ефективними там, де потрібні оперативність і гнучкість (мобільні команди, евакуація, кризові консультації), але потребують чіткої рамки взаємодії з владою та медичними закладами (маршрутизація пацієнта, облік допомоги, стандарти

якості та безпеки, узгодженість із місцевими планами реагування), щоб уникати дублювання і «білих плям» у покритті.

Найбільш критичний блок для прифронту – медична евакуація та «перша лінія» домедичної/екстреної допомоги. Тут український волонтерський рух створив унікальну екосистему від стабілізаційних точок до евакуаційних маршрутів у глиб тилу. Символом цього сегмента стали добровольчі медичні формування й фонди, що поєднали підготовку парамедиків, роботу екіпажів, логістику та оснащення. Так, медичний батальйон «Госпітальєри» у своїй публічній комунікації вказує, що за час діяльності здійснив понад 10 000 евакуацій поранених, працюючи на різних напрямках і не маючи державного фінансування як базового джерела утримання підрозділу.

Паралельно з військовою евакуацією розгортався і цивільний «контур порятунку»: українські гуманітарні місії й волонтерські мережі вивозили людей з-під обстрілів, забезпечуючи доступ до лікування, ліків і догляду для осіб, що не могли самотійно виїхати. Показовий приклад – гуманітарна місія «Проліска», яка, за повідомленням Суспільного, від початку повномасштабного вторгнення евакуювала понад 60 тисяч людей (зокрема з Харківщини, Сумщини, Донеччини й Луганщини), окремо організовуючи медичну евакуацію для маломобільних та поранених; крім того, місія заявляє про облаштування близько 500 гуртожитків у 9 областях (приблизно 50 тисяч місць розміщення) і про масштабний сервіс соціальних автобусів для мешканців прифронтових населених пунктів без регулярного сполучення [9].

Для влади прифронтових громад ця практика має конкретне управлінське значення: евакуація – це не лише транспорт, а й безперервний ланцюг «медико-соціальної маршрутизації» (ідентифікація потреб, пріоритизація випадків, підбір безпечного маршруту, підтвердження місця прийому/розміщення, супровід документів і призначень, мінімізація перерв у терапії, у тому числі для хронічних пацієнтів). У фронтових умовах проблема часто полягає не в «наявності волонтерів», а в несинхронізованості списків і каналів комунікації: одна служба бачить людей, інша – транспорт, третя – місця для догляду, а четверта – медичні

показання; тому найкращі кейси виникають там, де ОВА/громада і недержавні надавачі погоджують єдиний алгоритм «запит–верифікація–виїзд–передача пацієнта–зворотний зв’язок», а не діють паралельно.

Другий блок, який у прифронтових областях став фактично стандартом, - мобільні медико-соціальні та психосоціальні команди. Їхня сила в тому, що вони приходять туди, куди «стаціонарна система» не дістається або дістається із запізненням: де амбулаторія зруйнована чи закрита, де транспорт небезпечний, де люди похилого віку або з інвалідністю не можуть доїхати навіть у межах громади, де ВПО живуть у транзитних шелтерах, а потреби – комплексні (стрес, тривога, наслідки насильства, загострення хронічних хвороб, брак догляду, розрив соціальних зв’язків).

У цьому сегменті характерна модель «мультидисциплінарної групи»: психолог/психотерапевт, соціальний працівник/кейсменеджер, інколи медик або консультант із питань репродуктивного здоров’я, плюс логіст/водій; ключова цінність — швидкість розгортання і повторюваність виїздів (регулярні маршрути, «закріплення» за селами та МТП). Прикладом системної української практики є мобільні бригади Благодійного фонду «Схід SOS», які документують результати виїздів і працюють у деокупованих і прифронтових громадах. Так, за їхньою публікацією, у квітні 2024 року мобільна бригада психосоціальної підтримки на Харківщині провела 12 заходів для 94 осіб та надала 31 психологічну і 62 соціальні консультації; команда відвідала низку сіл і міст області, а у Харкові надавала допомогу, зокрема, у безпечному просторі для жінок і дівчат та в транзитному шелтері для представників маломобільних груп [14].

Аналогічно у квітні 2024 року в Запорізькій області, за повідомленням фонду, мобільна бригада провела 13 заходів (135 учасників) та надала індивідуальні консультації, працюючи також у місцях збору переселенців і в міському просторі Запоріжжя. Для управлінців соціальної сфери важливо, що такі бригади не лише «проводять консультації», а фактично виконують функцію первинного виявлення ризиків і перенаправлення (у медзаклад, до психолога, до

соціальних сервісів громади, до програм підтримки маломобільних, до механізмів захисту постраждалих від насильства) [43].

У прифронтових громадах це означає, що мобільні бригади стають «польовими сенсорами» системи: вони першими бачать, де бракує ліків, де зірвана вакцинація, де сім'ї з дітьми живуть у небезпечних умовах, де люди пропускають лікування гіпертензії/діабету, де є ознаки депресії, ПТСР, суїцидального ризику. Додатково вони створюють безпечний канал звернення для тих, хто боїться стигми або не довіряє формальним установам, що в умовах війни різко підвищує реальне охоплення допомогою.

Третій блок – забезпечення ліками, витратними матеріалами й обладнанням для медичних закладів, а також адресна підтримка пацієнтів (у тому числі з тяжкими й рідкісними захворюваннями). У прифронтових областях логіка допомоги часто не зводиться до «разових гуманітарних пакунків»: потрібні безперервні поставки, чітка відповідність протоколам лікування, холодовий ланцюг, витратні матеріали для хірургії, анестезії, інтенсивної терапії, а також відновлення пошкодженої інфраструктури.

Яскравий приклад медико-соціальної адресності – діяльність фонду «Таблеточки», який фінансує ліки, обстеження, підтримує лікарні, освітні програми для медиків, паліативну та психологічну допомогу. У звіті за жовтень 2024 року фонд зазначає, що 402 дитини отримали допомогу на суму 26 570 022 грн; 190 дітей отримали адресну підтримку ліками/витратними матеріалами/обстеженнями на 5,7 млн грн, а 8 лікарень отримали ліки та витратні матеріали на 8,6 млн грн; окремо повідомляється про 3,3 млн грн, спрямовані на покращення інфраструктури лікарень, з яких 2,7 млн грн – оплата експертної оцінки пошкоджень НДСЛ «Охматдит» після ракетної атаки 8 липня 2024 року, а також про витрати паліативної програми (1,2 млн грн) і психологічної підтримки родин [19].

Управлінський висновок тут принциповий: недержавні надавачі здатні одночасно «закривати» потреби пацієнта (ліки/догляд/психологія) і потреби медзакладу (витратні матеріали/обладнання/ремонт), тобто підсилювати

спроможність системи, а не лише «підміняти» її. У прифронтових областях цей підхід особливо цінний, бо кожне порушення ланцюга постачання перетворюється на загрозу життю – і для цивільних, і для військових, і для ВПО, які часто мають невідкладні потреби після евакуації (травми, загострення хвороб, перервані курси лікування).

Четвертий блок – фронтова та прифронтова клінічна допомога цивільним і військовим силами цивільних медиків-добровольців, тобто фактично «мобільна медицина» як інституція. Найбільш відомим прикладом є Перший добровольчий мобільний шпиталь імені Миколи Пирогова (ПДМШ), який працює на прифронтових територіях з 2014 року і продовжив роботу у форматі великої війни. У новині ПДМШ зазначено, що станом на 1 грудня 2024 року загальна кількість пацієнтів, яким надали допомогу, сягнула 100 469 за 10 років роботи, при цьому майже 44,5 тисячі з них – уже після 24 лютого 2022 року [38].

На сторінці «Про нас» ПДМШ додатково наводить агреговані показники масштабу: 109 427 пацієнтів, близько 1000 медиків-добровольців, 81 локація роботи, а також описує модель поєднання добровольчої гнучкості зі «системністю державних підходів» як цільову для розвитку мобільної медицини в Україні [38]. Для прифронтових областей важливо, що ПДМШ і подібні ініціативи фактично виконують функцію «компенсаторної потужності»: коли штатні лікарі евакуйовані або перевантажені, коли лікарня працює у скороченому режимі, коли є пікове надходження поранених або постраждалих цивільних, добровольчі команди здатні розгортатися швидко й працювати на стику стабілізаційної допомоги, консультацій і підтримки стаціонарів.

Критично важливий компонент – навчання та стандарти: такі структури не можуть бути «хаотичним волонтерством», і найуспішніші серед них формують внутрішні протоколи, підготовку кадрів, систему ротацій, психологічну підтримку персоналу, а також співпрацю з офіційними закладами, аби інтегрувати свою роботу в загальну маршрутизацію пацієнта. У практичному вимірі це зменшує смертність від часу до допомоги та скорочує «прірву» між

точкою травми і спеціалізованим лікуванням – саме те, що у прифронті часто визначає результат.

П'ятий блок – реабілітація, протезування, психологічна підтримка та реінтеграція як медико-соціальна послуга повного циклу. Повномасштабна війна множить кількість людей із мінно-вибуховими травмами, ампутаціями, черепно-мозковими ушкодженнями, складними реконструктивними потребами, а також із довготривалими психічними наслідками (травма, горювання, тривожні розлади). У цьому сегменті недержавні провайдери часто створюють інституції «нового типу»: вони комбінують медичні технології, реабілітацію, психотерапію, соціальне консультування, супровід повернення до праці й навчання, а також освітні платформи для медиків.

Показовий приклад – Superhumans Center, який позиціонує себе як недержавний центр із протезування та реабілітації постраждалих від війни. У новині центру від 14 червня 2024 року наведено конкретні результати: у співпраці з хірургами там провели понад 100 унікальних реконструкцій обличчя та встановили понад 600 протезів; також зазначено, що за період функціонування Superhumans Lviv понад 500 пацієнтів отримали повну послугу з протезування та реабілітації, встановлено 648 протезів, а в черзі – понад тисяча пацієнтів [14].

Для органів влади це важливий доказ того, що недержавний сектор може забезпечувати високотехнологічні послуги у масштабі, який уже впливає на загальнонаціональну спроможність системи реабілітації. Для прифронтових областей – це інструмент зняття навантаження з місцевих лікарень, які нерідко зосереджені на невідкладній допомозі й не мають ресурсу для повного реабілітаційного циклу; однак така взаємодія потребує офіційних каналів направлення, прозорого відбору пацієнтів і спільних планів післялікарняного супроводу, щоб люди після евакуації або лікування не «випадали» з процесу відновлення.

Окремо варто виділити шостий блок – комплексна підтримка ВПО та мешканців прифронтових територій через поєднання соціальних сервісів, шелтерів, кейс-менеджменту та «побутового» забезпечення, яке безпосередньо

впливає на медичні результати. У прифронтових громадах різко зростає частка людей похилого віку, самотніх, осіб з інвалідністю, людей із хронічними захворюваннями, які залишаються під обстрілами через брак транспорту, коштів або догляду; війна змінює структуру ризиків: якщо раніше критичним був доступ до лікаря, то тепер критичним стає доступ до лікаря плюс можливість дістатися аптеки, мати електрику для медичних приладів, отримувати перев'язки/уколи/догляд, мати безпечне укриття та стабільний контакт із соціальним працівником.

Саме тому медико-соціальні послуги в прифронті майже завжди «комплексні»: психолог/соціальний працівник/медик працюють разом, а допомога охоплює і консультації, і перенаправлення, і гуманітарну складову. Практика «Схід SOS» демонструє комплексність не лише на рівні виїздів, а й на рівні масштабної евакуації та супроводу: на сторінці про евакуацію фонд зазначає, що евакуаційний напрямок працює з 2022 року, загалом евакуйовано понад 80 000 людей, а понад 13 000 осіб вивезено з небезпеки в Донецькій області; також перераховано географію виїздів – Донецька, Запорізька, Херсонська, Дніпропетровська, Харківська, Сумська області [42].

Для прифронтових ОМС і ОВА це означає, що поряд із «класичною медициною» формується й «соціальна інфраструктура виживання», яка впливає на захворюваність і смертність не менше, ніж лікування: без неї зростають ускладнення хронічних хвороб, інвалідизація, рівень депресії, домашнє насильство, занедбаність у догляді. Саме тому ефективні місцеві моделі включають: регулярне оновлення реєстрів маломобільних; спільні виїзні графіки з недержавними бригадами; домовленості щодо пріоритетної евакуації; «теплі» канали направлення до медзакладів і психологів; спільні комунікації про доступні сервіси. Якісна відмінність найуспішніших кейсів – у наявності неформального людського контакту («хто саме відповідає»), але формалізованого алгоритму («що робимо крок за кроком»): саме це дозволяє масштабувати допомогу і зберігати її безпеку.

Попри значні успіхи, діяльність українських недержавних надавачів у прифронтових областях має типові вузькі місця, які прямо впливають на результативність. По-перше, безпека персоналу і бенефіціарів: мобільні команди, евакуаційні екіпажі та волонтери працюють під загрозою ударів, дронів і повторних обстрілів; це породжує потребу у стандартизованих протоколах безпеки (маршрути, зв'язок, часові «вікна», резервні плани), страхуванні, психологічній підтримці персоналу, а для влади – у визнанні цієї діяльності як частини регіонального реагування, а не «приватної ініціативи».

По-друге, проблема верифікації потреб і справедливого розподілу ресурсів: у прифронті завжди є ризик, що гучніші громади чи активніші «хаби» отримають більше, а віддалені села – менше; отже, потрібні спільні карти потреб і мінімальні стандарти покриття. По-третє, кадровий дефіцит і «втома волонтерів»: організації тримаються на людях, які також переживають втрати й виснаження; тут критичною стає інституціоналізація – штатні команди, навчання, ротації, довгострокове фінансування. По-четверте, фрагментація обліку та даних: відсутність узгоджених підходів до документування допомоги створює ризики дублювання або провалів, а інколи – конфліктів із вимогами медичної таємниці. По-п'яте, складність інтеграції із системою охорони здоров'я та соціального захисту: коли недержавна структура «лікує/консультує», але не має формального механізму передачі пацієнта в комунальний заклад або назад у громаду, пацієнт може «зависнути» між сервісами.

У цьому сенсі найбільш перспективною є модель «партнерства спроможностей»: недержавні надавачі беруть на себе те, що вони роблять швидко і гнучко (мобільність, кризова допомога, адресні закупівлі, евакуація, кейс-менеджмент), а влада забезпечує те, що може гарантувати лише система (маршрутизація, доступ до реєстрів, безперервність медичних програм, координація на рівні області/громади, стандарти і контроль якості).

Практичні механізми тут цілком прикладні: меморандуми з ОВА/громадами; спільні оперативні штаби в пікові періоди; єдина «гаряча лінія» або вікно звернення з переадресацією; реєстри маломобільних та осіб із

високими медичними ризиками; узгоджені маршрути мобільних бригад; протоколи передачі пацієнта/клієнта між організаціями; спільні закупівлі та прозора звітність. Для медиків це дає прогнозованість (куди направляти, де шукати витратні матеріали, хто може допомогти з евакуацією), для активістів — легітимність і доступ до системи, для влади — керованість і вимірюваність результату.

Отже, недержавні українські надавачі медико-соціальних послуг у 2022–2025 рр. сформували в прифронтових областях стійку «мережу виживання», яка одночасно підсилює охорону здоров'я і соціальний захист через евакуацію, мобільні бригади, забезпечення ліками й обладнанням, підтримку лікарень, психосоціальні та реабілітаційні послуги; емпіричні приклади демонструють масштаб і результативність цього сектору – від десятків тисяч евакуйованих цивільних місією «Проліска» і понад 80 тисяч евакуйованих «Схід SOS» до сотень тисяч пацієнтських контактів ПДМШ у прифронтових районах, системної мобільної психосоціальної підтримки на Харківщині й Запоріжжі з конкретними вимірюваними показниками консультацій та високоспеціалізованої реабілітації і протезування, яке вже обчислюється сотнями протезів і сотнями пацієнтів повного циклу; успішні кейси вказують, що найбільшу додану вартість недержавні провайдери створюють там, де потрібні мобільність, швидке рішення, адресність і комплексність [18].

Однак для масштабування ефекту необхідна інституційна «стиківка» з владою та медичною системою (маршрутизація, спільні реєстри ризику, протоколи передачі пацієнта, узгоджена логістика, стандарти безпеки й якості, прозора звітність); для керівників закладів охорони здоров'я та управлінців соціальної сфери головним практичним уроком є те, що в прифронтових умовах медико-соціальна допомога має організовуватися як єдиний безперервний ланцюг «виявлення–доставка/евакуація–лікування–психологічна підтримка–реабілітація–соціальна інтеграція», і саме український недержавний сектор, за умови правильної координації, здатний закривати в цьому ланцюгу найбільш

«рухомі» та кризові ділянки, зменшуючи втрати і запобігаючи довготривалій інвалідизації та соціальній маргіналізації постраждалих громад.

3.2 Напрями удосконалення публічної політики надання соціально-медичних послуг на прикладі Харківської області

Надання медико-соціальних послуг населенню Харківської області у 2022–2025 рр. відбувалося в умовах тривалих бойових дій, періодичних масованих обстрілів, хвиль евакуації та повторного переміщення населення, руйнування інфраструктури і кадрового виснаження систем. Для області це означало не просто «підтримувати роботу лікарень і соцзахисту», а постійно перебудовувати маршрути пацієнта і отримувача соціальних послуг: від реєстрації ВПО і первинної медичної допомоги на пунктах евакуації – до тривалого догляду вдома, стаціонарного догляду, забезпечення ліками, реабілітації, психосоціальної підтримки та паліативної допомоги.

У практичному сенсі медико-соціальні послуги в області в ці роки стали «зшивкою» між Програмою медичних гарантій (НСЗУ), екстреною та первинною медичною допомогою, соціальними послугами громад (терцентри, центри соціальних служб, «прозорі офіси»), гуманітарними механізмами і програмами підтримки уразливих груп, де ключовим показником спроможності стала безперервність допомоги — навіть якщо заклад пошкоджено, персонал частково евакуйований, а громада приймає нову хвилю ВПО.

Найбільше навантаження на систему формували внутрішньо переміщені особи, багатодітні родини (як частина ширшої групи сімей із дітьми, що потребують підтримки), а також люди похилого віку й маломобільні громадяни. За даними, отриманими медіа у відповідь Мінсоцполітики на запити, чисельність офіційно зареєстрованих ВПО в Харківській області залишалася однією з найвищих в Україні: станом на лютий 2024 року – 528 571 особа, станом на 21 червня 2024 року – 526 428 осіб (11,2% від загальної кількості ВПО), а станом на 3 жовтня 2024 року – 517 545 ВПО [5]. На рівні обласного центру й найбільшого

«вузла» послуг тиск підтверджується структурою вразливості: у Харкові станом на 01.05.2024 було зареєстровано 197 796 ВПО, серед яких 50 594 пенсіонери та 28 411 дітей; окремо зазначено 1 562 сім'ї, що отримують соціальну допомогу [7].

Ці цифри важливі для управлінців тим, що вони одразу задають профіль попиту: у великому місті та приймаючих громадах одночасно потрібні маршрути для хронічних хвороб і забезпечення ліками (переважно літні люди), педіатрія й вакцинація (діти), а також соціальний супровід і матеріальна підтримка (сім'ї з дітьми, у т.ч. багатодітні, та домогосподарства з низькими доходами). Додатковий чинник - «внутрішньообласна мобільність»: значна частка ВПО реєструвалася в Харкові, і Мінсоцполітики вказувало, що майже 37,8% ВПО області обирають для реєстрації обласний центр, де на 21 червня 2024 року проживало 199 046 переселенців, тобто навантаження на міські медичні й соціальні інституції фактично було навантаженням «для всієї області», бо Харків виконував функції маршрутизації та перенаправлення [29].

Медична складова медико-соціальних послуг у 2022-2025 рр. працювала під системним ризиком руйнування і переривання доступу. Міністерство охорони здоров'я офіційно повідомляло, що станом на 1 серпня 2025 року в Україні підтверджено пошкодження або повне руйнування 2 419 об'єктів у складі 794 закладів охорони здоров'я, і серед регіонів із найбільшими руйнуваннями названо, зокрема, Харківську область [29].

На рівні захисту цивільних ООН також фіксувала епізоди ураження саме діючих лікарень у Харківському регіоні (удари баражуючими боєприпасами по операційних лікарнях), що підсилює управлінський висновок: навіть «працюючий» заклад має працювати за сценаріями ризику, із запасними маршрутами і дублюванням критичних функцій. Для соціально вразливих груп ці ризики множилися: літні люди менш мобільні, сім'ї з дітьми потребують стабільних маршрутів імунізації та педіатрії, а ВПО часто не мають «свого» лікаря й потребують швидкого входу в систему через первинку/екстренку, мобільні бригади, гуманітарні й психологічні сервіси.

Ключовим «каркасом» збереження доступу в області стала контрактна спроможність закладів у межах Програми медичних гарантій і гнучкість пакетів. Харківська ОВА у лютому 2025 року повідомляла, що на 2025 рік 138 закладів спеціалізованої медичної допомоги подали до НСЗУ 984 пропозиції за 41 пакетом медичних послуг, а 143 заклади первинної медичної допомоги укладають договори з НСЗУ [19].

Для реалій Харківщини це не «бюрократична статистика», а прямий інструмент виживання системи: чим ширший пакетний портфель і чим більше контрактів – тим більше шансів профінансувати роботу, утримати персонал, не зупинити амбулаторні та стаціонарні маршрути для ВПО, дітей і людей похилого віку. Показовим є блок реабілітації: ОВА зазначала, що у 2024 році реабілітаційні послуги в амбулаторних умовах надавали 24 заклади, а у 2025 році вже 32 подали пропозиції, погоджені НСЗУ; Суспільне Харків додатково наводило, що у 2025 році кількість законтракованих закладів для реабілітації зросла вдвічі – з 13 до 25 [28]. Для управлінців громад це сигнал, що реабілітація (після травм війни, інсультів, загострень хроніки у літніх, психотравми у дітей) стала не «додатковою», а базовою частиною медико-соціальної відповіді й потребує координації з соціальними послугами (догляд, транспорт, технічні засоби реабілітації, супровід).

Практика надання медико-соціальних послуг ВПО в області у 2022-2025 рр. концентрувалася довкола трьох вузлів: евакуація/реєстрація та первинне сортування потреб; медичні послуги за пакетами НСЗУ (первинка, спеціалізована допомога, реабілітація, ментальне здоров'я); соціальні послуги громад (догляд, тимчасове/підтримане проживання, соціальний супровід, гуманітарні сервіси). У вересні 2025 року Мінсоцполітики описувало роботу пункту евакуації на Харківщині: «з 2022 року, допомогу отримали понад 80 тисяч осіб», а через активізацію бойових дій «проходять реєстрацію від 80 до 150 людей щодня», де людям надають документи та «первинну медичну, психологічну та гуманітарну допомоги» [31].

Для системи охорони здоров'я це означає, що частина первинної медико-соціальної роботи перемістилася в «польовий» формат, а для соцзахисту – що реєстрація і запуск соціального супроводу мають починатися одразу, ще до того, як людина остаточно визначила місце проживання. Важливим кроком, який прямо підсилює медико-соціальний характер відповіді, Мінсоцполітики називало додавання «медичної компоненти» до послуги підтриманого проживання, щоб люди після евакуації могли відновлювати стан під наглядом лікаря до 30 днів – це управлінськи знімає типову «дірку» між випискою/переведенням і реальною здатністю маломобільної людини жити самостійно.

Для багатодітних родин і ширше – сімей із дітьми – критичною стала одночасність медичних і соціальних ризиків: переривання імунізації та планового спостереження, психологічні наслідки обстрілів і втрат, погіршення харчування/умов проживання, складність доступу до спеціалізованої допомоги. У Харкові серед зареєстрованих ВПО на 01.05.2024 зафіксовано 28 411 дітей, що для обласної системи означає постійну потребу в педіатричній, неонатальній, хірургічній, онкогематологічній та інших видах допомоги – з акцентом на безперервність лікування під час переміщень.

Як приклад «внутрішньої звітності закладу», у пояснювальній записці КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня» до звіту фінплану за 3 квартал 2023 року зазначено, що хірургічний профіль становить 215 ліжок, додатково передбачено 33 реанімаційні ліжка, а «кількість штатних посад складає 1 215,0 одиниць». У цьому ж документі відображено структуру фінансування, типову для воєнного часу: основу складають кошти НСЗУ («кошти НСЗУ... 55 943,4 тис. грн»), а також суттєву роль відіграють «безоплатно отримані... активи (... благодійні, централізовані ліки)». Для керівників громад і закладів це практичний висновок: дитяча медицина в області вимагає паралельного управління двома потоками — гарантованими пакетами НСЗУ і гуманітарно-благодійним забезпеченням, причому другий потік має бути інтегрований у

клінічні протоколи та облік, аби не виникало «провалів» у лікуванні після переміщення сім'ї чи зміни місця проживання.

Літні люди та маломобільні громадяни (у тому числі серед ВПО) фактично визначали соціальну складову відповіді, бо саме для них найчастіше потрібні догляд, соціальне таксі/транспорт, доставка продуктів і ліків, послуги стаціонарного догляду, підтримане проживання, а також супровід до медичних закладів. Показово, що в Харкові серед зареєстрованих ВПО на 01.05.2024 було 50 594 пенсіонери, тобто навіть за умови працездатного ядра переселенців частка людей із хронічними станами та потребою в догляді була дуже значною. На рівні приймаючих громад цю потребу «матеріалізують» звіти терцентрів [30].

Так, у звіті про роботу територіального центру соціального обслуговування Златопільської міської ради за 2024 рік (у порівнянні з 2023 роком) вказано: «було обслуговано 1710 осіб», із них у відділенні соціальної допомоги вдома – 938 осіб, у стаціонарному відділенні – 81 особа; також у звіті зафіксовано, що послугами «мобільної соціальної служби» скористалися 336 осіб [39].

Окремо важливий для воєнного контексту фрагмент: терцентр повідомляє, що у 2022 році було відкрито стаціонарне відділення у с. Ржавчик «у зв'язку з необхідністю розселення внутрішньо переміщених осіб, які потребують постійного стороннього догляду». Це – дуже показова управлінська практика для Харківщини: коли медична система перевантажена екстремими випадками й періодичною евакуацією, «довга» потреба (догляд за старшими, дементні розлади, наслідки інсультів, обмеження рухливості) має закриватися соціальною інфраструктурою громади, але із вбудованим медичним компонентом (контроль стану, маршрутизація до сімейного лікаря/стаціонару, забезпечення ліками), інакше навантаження повертається в екстрену медицину через ускладнення.

Окремий вимір медико-соціальних послуг у 2024-2025 рр. – ментальне здоров'я, психосоціальна допомога і реабілітація, які одночасно важливі для ВПО, сімей із дітьми (у т.ч. багатодітних) і для людей похилого віку, що пережили окупацію/обстріли/втрати. На рівні області повідомлялося, що

психосоціальну та психіатричну допомогу надають 11 законтракованих із НСЗУ закладів (3 у Харкові та 8 в області) через центри ментального здоров'я та мобільні мультидисциплінарні команди; у 2024 році ці послуги отримали 2 635 осіб, а з початку 2025 року – 658 [39].

Ці дані важливі не лише для ветеранів, у контексті яких вони подані, а й для цивільних отримувачів: на практиці ментальне здоров'я в прифронтовій області «йде поруч» із соціальними послугами (кризове консультування, підтримане проживання, кейс-менеджмент, робота з сім'ями), а мобільний формат часто стає єдиним способом дістатися до людей у громадах із транспортними обмеженнями або підвищеною небезпекою. Водночас це ставить перед керівниками закладів і громадами завдання узгодити маршрути: щоб людина, яка прийшла за гуманітарною допомогою чи реєстрацією ВПО, могла в тому ж «вікні» отримати скринінг психічного стану/стресу, перенаправлення і, за потреби, медичне спостереження.

Висновки. По-перше, у 2022–2025 рр. медико-соціальні послуги в Харківській області фактично трансформувалися у систему безперервності допомоги для ВПО, сімей із дітьми та людей похилого віку, де ключовою стала здатність швидко переключати маршрути між пунктами евакуації, первинкою/екстренкою, стаціонарами, реабілітацією та соціальним доглядом, не втрачаючи людину «між відомствами».

По-друге, масштаб переміщення (понад 500 тис. зареєстрованих ВПО в області у 2024 р. за даними Мінсоцполітики, із концентрацією в Харкові) означав, що планування спроможності медичних і соціальних служб має спиратися на реальні профілі потреб: висока частка пенсіонерів серед ВПО, значна кількість дітей і сімей, що потребують соціальної допомоги [28].

По-третє, руйнування медичної інфраструктури й ризику повторних уражень діючих лікарень роблять обов'язковими сценарії стійкості закладів: резервні приміщення/маршрути, дублювання критичних сервісів, стандарти роботи під час перебоїв енергопостачання та зв'язку, а також швидке відновлення через партнерські програми.

По-четверте, контрактна активність із НСЗУ та розширення пакетів (зокрема реабілітації) стали опорою фінансової й кадрової стабільності в області; для управлінців це означає потребу постійно «тримати портфель» пакетів актуальним, а для громад – підтримувати заклади в підготовці до контракування і в забезпеченні доступності послуг для ВПО.

По-п'яте, соціальні служби громад (терцентри, стаціонарні відділення, мобільні соціальні служби) у воєнний час фактично стали частиною медичної відповіді, особливо для літніх і маломобільних; приклади на кшталт розгортання стаціонарного догляду для ВПО, які потребують постійного догляду, показують правильний напрямок – але він має супроводжуватися чітким медичним компонентом і маршрутизацією.

По-шосте, ментальне здоров'я і психосоціальна допомога мають бути вбудовані в медико-соціальні сервіси як «стандарт першого контакту» (евакуація, реєстрація, соціальний супровід, первинка), а мобільні мультидисциплінарні команди – масштабовані під потреби громад, бо саме вони знімають бар'єри доступу в прифронтових умовах.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження дає підстави стверджувати, що становлення та розвиток системи надання соціально-медичних послуг в Україні відбувалися як послідовна інституційна трансформація від фрагментарних підходів “за відомствами” до більш цілісної моделі, орієнтованої на потреби людини та громади. Зміни в законодавстві, реформування первинної ланки охорони здоров’я, розвиток системи соціальних послуг, децентралізація й запровадження нових механізмів фінансування поступово сформували підґрунтя для інтеграції соціальної та медичної складових.

Водночас виявлено, що темпи формування інтегрованих сервісів помітно відрізняються між регіонами та громадами, а кінцевий результат значною мірою визначається управлінською спроможністю органів місцевого самоврядування, кадровими ресурсами, цифровою зрілістю, наявністю партнерств із недержавними надавачами та здатністю організовувати міжвідомчу взаємодію.

1. Сучасна система соціально-медичних послуг в Україні має ознаки незавершеної інтеграції: медичні та соціальні сервіси розвиваються в межах різних інституційних логік, стандартів якості й управлінських циклів, що ускладнює забезпечення безперервності допомоги для вразливих груп.

Дослідження показує, що найбільші ризики виникають на “стику” систем – під час маршрутизації людини між закладами охорони здоров’я, соціальними службами, реабілітаційними установами, психосоціальною підтримкою та доглядом. Саме недостатня узгодженість процесів оцінювання потреб, ведення випадку, обміну даними та відповідальності за кінцевий результат призводить до дублювання послуг в одних сегментах і до “провалів” в інших, а отже – до неефективного використання ресурсів, втрати часу та погіршення якості життя отримувачів послуг.

2. Ключовим фактором еволюції системи є зміна управлінської парадигми: від утримання мережі установ до управління результатами, орієнтованими на людину, і до вимірюваних стандартів доступності та якості. У

межах магістерського дослідження обґрунтовано, що розвиток системи соціально-медичних послуг потребує не лише нормативного регулювання, а й переходу до управління на основі даних: планування мережі та потужностей, прогнозування потреб населення, моніторинг показників охоплення, своєчасності та задоволеності, оцінювання ефективності програм і контрагування послуг. Водночас встановлено, що в умовах нерівномірної спроможності громад та різної якості локальної статистики управління на основі даних часто замінюється “реактивним” управлінням, коли рішення приймаються під тиском поточних криз, а не в межах середньострокової стратегії.

3. Децентралізація посилила роль територіальних громад як організаторів доступності соціально-медичних послуг, але одночасно загострила проблему нерівності доступу. Виявлено, що громади з кращою ресурсною базою та кадровим потенціалом швидше розбудовують інтегровані сервіси, створюють міждисциплінарні команди, залучають партнерів і впроваджують цифрові інструменти, тоді як фінансово слабші громади мають суттєві обмеження у формуванні мережі послуг та забезпеченні їх якості. Це означає, що на загальнонаціональному рівні потрібні механізми вирівнювання спроможності: методичний супровід, цільові програми, стандарти мінімального пакета послуг, стимули для міжмуніципальної співпраці та інструменти, які дозволяють надавати частину послуг на міжгромадському рівні без втрати доступності для мешканців.

4. Фінансування соціально-медичних послуг залишається одним із найбільш уразливих елементів системи: поєднання різних джерел коштів і різних правил їх використання створює бар’єри для комплексного обслуговування. У дослідженні підтверджено, що спроможність забезпечити “безперервний ланцюг” допомоги залежить від того, наскільки синхронізовані бюджетні процедури, закупівлі, тарифні механізми, контрагування, а також від наявності прозорих критеріїв визначення потреб і пріоритетів.

Обґрунтовано, що практичним напрямом вдосконалення є розвиток сервісного підходу до фінансування: підтримка закупівлі послуг за результатом,

розширення практик соціального замовлення, формування міжсекторальних програм (здоров'я + соціальний захист + реабілітація), впровадження в окремих сегментах “випадкового” фінансування (case management) та підсилення фінансового контролю й антикорупційних запобіжників у процесах закупівель.

5. Кадровий потенціал і міжпрофесійна взаємодія є визначальними умовами якості соціально-медичних послуг. Установлено, що навіть за наявності нормативної бази та фінансування інтеграція послуг гальмується дефіцитом фахівців (соціальних працівників, реабілітологів, психологів, фахівців із психічного здоров'я, кейс-менеджерів), високою плинністю кадрів, емоційним вигоранням персоналу та недостатньою підготовкою до роботи в мультидисциплінарних командах.

Доведено, що для сталого розвитку системи потрібні безперервна освіта та стандартизовані програми підвищення кваліфікації, розвиток професійних компетентностей у сфері оцінювання потреб, ведення випадку, комунікації з отримувачами послуг, етики, медико-соціальної реабілітації та кризового реагування, а також формування управлінських компетентностей у керівників закладів і профільних підрозділів громад.

6. Цифровізація, попри значний потенціал, поки що не стала повноцінним інтеграційним “каркасом” системи соціально-медичних послуг. Дослідження показує, що на рівні закладів і громад активно впроваджуються окремі інформаційні рішення, проте ключова проблема – сумісність і безпечний обмін даними між секторами — залишається невирішеною в достатньому обсязі. Обґрунтовано, що без стандартизації даних, захисту персональної інформації та чітко визначених правил міжвідомчого доступу цифрові інструменти створюють “острівці автоматизації”, які не забезпечують єдиної траєкторії отримувача послуг. Це означає, що наступний етап розвитку має включати узгоджені реєстри, електронні маршрутизаційні рішення, цифрові механізми ведення випадку, а також інструменти оцінювання якості й доступності послуг на основі даних у розрізі громад і цільових груп.

7. Повномасштабна війна стала одночасно фактором руйнування і фактором прискорення трансформацій у системі соціально-медичних послуг. З одного боку, зросло навантаження на медичні й соціальні служби, загострилися проблеми доступності, переміщення населення, травматизації, інвалідизації, хронічних захворювань, психічного здоров'я та потреби в довготривалому догляді; з іншого – у багатьох громадах відбулося прискорене формування практик кризового реагування, партнерств із громадським сектором та міжнародними організаціями, мобільних команд і нових форматів допомоги. У роботі доведено, що післявоєнне відновлення має спиратися на ці практики як на “прототипи” майбутньої системи: розвивати реабілітацію, ментальне здоров'я, послуги для ветеранів і їхніх сімей, підтримку ВПО, догляд вдома, паліативну допомогу, а також інституційно закріплювати міжвідомчу координацію як стандарт управління, а не як тимчасову відповідь на кризу

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банчук М.В., Дзюба О.М. Міжгалузева взаємодія – одна із головних передумов ефективності державної політики в охороні здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. №7. С. 114-117.
2. Блажевська Н.С. Конкурентоспроможність українсько-європейського транскордонного ринку соціально-медичних послуг. *Економічний часопис – XXI*. 2012. № 1-2. С.74-77.
3. Бортняк К. Хто такі медичні капелани і чому їх хочуть ввести в штати лікарень? URL.: https://tvoemisto.tv/exclusive/hto_taki_medychni_kapelany_i_chomu_ih_hochut_vvesty_u_shtaty_likaren_117208.html
4. Демченко І., Булига Н., Гольцас Л., Фенчак А. Громадська та експертна думка про доступність і якість послуг у сфері охорони здоров'я. Аналітичний звіт. К., 2016. 58с.
5. Дубич К. В. Механізми державного управління соціальними послугами : зарубіжний досвід та українські реалії : монографія. К. : Вид-во НАДУ при Президентові України, 2015. 386 с.
6. Дуля А.В., Лехолетова М.М. Аналіз діяльності державних та недержавних організацій щодо надання соціальних та медичних послуг ВПО, які живуть з ВІЛ в Україні. *Social Work and Education*. 2025. №1. С.19-33.
7. Єгорова Л.В. Організація медико-соціальної допомоги людям літнього віку – клієнтам територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів з використанням інтеграційної моделі. *Буковинський медичний вісник*. 2009. № 4. С.110-113.
8. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*. 2017. №11. С.1155-1158.

9. Ільчук Л.І. Розвиток системи інтегрованих соціальних послуг в умовах децентралізації (на прикладі ОТГ). *Соціально-трудові відносини: теорія та практика*. 2018. №1. С.116-123.

10. Кифяк В.Ф. Фактори і умови підвищення конкурентоспроможності соціально-медичних послуг у регіоні. *Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту*. Чернівці: ЧТЕІ ДТЕУ, 2023. Вип. II. Економічні науки. С. 21-32.

11. Коваль С., Русін В. Фінансові аспекти інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2022. №2. С. 108-118.

12. Кочемировська О.А. Основні напрями оптимізації системи соціального захисту в Україні. К.: НІСД, 2012. 54 с.

13. Кривошеїн В.В. Соціальні ризики. Соціологія: терміни і поняття: Навчальний словник-довідник. за заг. ред. В.М. Пічі. Львів: «Новий Світ – 2000», 2018. С. 464-465.

14. Маркетинг соціальних послуг: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти ОС «бакалавр» спеціальностей 231 «Соціальна робота», 232 «Соціальне забезпечення» / О.В. Гончаренко, І.М. Іонова, А. О. Полянничко. Суми: ФОП Цьома С. П., 2024. 110 с.

15. Медицина в Україні. Національне дослідження, 13-21 квітня 2020р. / Асоціація міст України, Всеукраїнське лікарське товариство. К., 2020. 150с.

16. Медичне капеланство в Україні потребує умов для розвитку / Міжнародний фонд «Відродження», 09.10.2020. URL.: <https://www.irf.ua/medychne-kapelanstvo-v-ukrayini-potrebuye-umov-dlya-rozvytku>

17. Міністерство охорони здоров'я України. URL.: <https://moz.gov.ua/>

18. Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України. URL.: <https://www.msp.gov.ua/>

19. Надюк З.О., Сенюк Ю.І. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 211-220.

20. Надання медико-соціальних послуг за I півріччя 2022р. / Фонд загальнообов'язкового соціального страхування. 28.07.2022. URL.: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/951664>

21. Насібова О.В. Фінансовий механізм соціального захисту як інструмент регулювання рівня життя. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 10. С. 48-54.

22. Новікова О.Ю. Систематизація соціально-педагогічної роботи з соціальної адаптації людей похилого віку в стаціонарних закладах соціального обслуговування. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2012. № 36. С.31-39.

23. Обуховська Л.І. Механізм забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. *Стратегія і тактика державного управління*. 2020. Вип.1-2. С.26-38.

24. Оленковська Л.П., Григор'єва Л.М. Повноваження органів місцевого самоврядування в сфері надання медичних послуг в умовах децентралізації: після смак реформування. *Наукові перспективи*. 2022. №2. С. 152-161.

25. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». / Центр громадського здоров'я. К., 2020. 62с.

26. Оптимізація міжсекторальної співпраці сімейних лікарів та соціальних працівників у процесі надання соціально-медичних послуг групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації для лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина», соціальних працівників. Київ, 2017. 40 с.

27. Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням гендерно-чутливого підходу: Навч. посіб. / Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.; за заг. ред. Ярошенко А.О. К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017 112 с.

28. Оцінка ролі демографічного фактору для економічного зростання та повоєнного відновлення. Аналітична доповідь, травень 2023р. / Разумков центр. URL.: <https://razumkov.org.ua/images/2023/05/22/2023-MATRA-I-KVARTAL-7.pdf>

29. Очільник МОЗ відвідав Всеукраїнську конференцію, присвячену темі капеланства у системі охорони здоров'я України. Новини від 19.09.2022. / МОЗ України. URL.: <https://moz.gov.ua>

30. Пономаренко В.М., Бодак В.М., Швецов В.С. Роль місцевого самоврядування в розвитку та вирішенню проблем сімейної медицини на селі. *Вісник соціальної гігієни та організації здоров'я України*. 2003. №1. С.13-16.

31. Посібник з розбудови міжмуніципального співробітництва на користь сталого розвитку локальної лікарняної мережі в умовах реформування охорони здоров'я та децентралізації. К., 2021. 145с.

32. Попович А.М. Соціальна робота в Україні і за рубежом: Навчально-методичний посібник. Ужгород, Гражда, 2000. 134 с.

33. Попченко Т. Напрями удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України. Аналітична записка. НІСД при Президентові України. URL.: <http://www.niss.gov.ua/>

34. Приватна медицина – перспектива розвитку в Україні. Результати соціологічного опитування. Київ, 2023. / Разумков центр. URL.: <https://razumkov.org.ua/images/2023/06/2023-MEDICINA.pdf>

35. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017р. № 2168-VIII. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

36. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019р. №2671-VIII. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>

37. Радецька Л., Смачило А., Борух Д., Ротар Т. Обґрунтування необхідності поліпшення організації надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку. *Медсестринство*. 2022. №2. С.11-13.

38. Рибич І. Є. Формування управлінських принципів у державній політиці цифровізації системи охорони здоров'я в контексті реалізації соціальних технологій. *Публічне управління та митне адміністрування*. № 2. 2023. С.49-53.

39. Сіденко С. Соціальні виміри європейської інтеграції. *Демографія та соціальна економіка*. 2025. №4. С. 3-22.

40. Слюсар С. Стійкість сімей в умовах тривалої війни в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2025. №2. С.3-19.
41. Трансформація системи охорони здоров'я: можливості для громад. / Міжнародний республіканський інститут. 2021. 47с.
42. Шекера О.Г., Мудрик Н.І. Соціально-медичні аспекти державної політики України. *Вісник соціальної гігієни та організації здоров'я України*. 2003. №1. С.34-38.
43. Що варто знати про передачу районних лікарень громадам: підсумки відкритого діалогу / Децентралізація. URL.: <https://decentralization.gov.ua/news/13116>
44. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. 82 с.
45. Фойгт Н. Управлінські проблеми охорони здоров'я населення похилого віку в межах територіальних громад: баланс між формальним і неформальним секторами. *Вісник НАДУ при Президентові України*. 2011. № 3. С. 249-256.
46. Чернета С.Ю. Модель професійної підготовки майбутніх фахівців із соціальної роботи до надання соціальних послуг. *Ввічливість. Humanitas*. 2021. Вип. 4. С. 57-63.
47. Чудик-Білоусова Н. І. Нові соціальні ризики як підстава соціального забезпечення в Україні. *Університетські наукові записки*. 2015. №1. С.82-108.