

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
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ
УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

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

_____ Ігор БАНДУРА

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

Харків – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ.....	7
1.1. Нормативно-правові засади медичного забезпечення в умовах воєнного стану	7
1.2. Інституційна складова та сучасний стан медичного забезпечення в умовах війни.....	12
РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ.....	27
2.1. Доступність та якість медичних послуг для населення під час воєнного стану.....	27
2.2. Європейський контекст та шляхи вдосконалення медичного забезпечення України у воєнний час.....	30
РОЗДІЛ 3. ЗАСОБИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	46
3.1. Рекомендації щодо вдосконалення медичного забезпечення України у воєнний і післявоєнний період.....	46
3.2. Роль громадських організацій та благодійних фондів в медичному забезпеченні населення в період повномасштабної війни.....	60
3.3. Перспективи удосконалення медичного забезпечення населення Сумської області в процесі повоєнного відновлення.....	67
ВИСНОВКИ.....	75
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	79
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальність дослідження визначається низкою чинників, які безпосередньо впливають на життя громадян, стійкість системи охорони здоров'я та здатність держави забезпечувати базові соціальні функції навіть в умовах надзвичайних викликів.

По-перше, повномасштабна війна різко підвищила потребу населення у доступі до медичної допомоги, одночасно суттєво зменшивши можливості системи охорони здоров'я оперативно реагувати на ці потреби. Станом на 1 вересня 2025 року пошкоджено або зруйновано 2 481 об'єкт у складі 800 закладів охорони здоров'я. Із них 2 155 мають часткові пошкодження, ще 326 зруйновані повністю. З початку повномасштабного вторгнення знищено 278 автомобілів екстреної медичної допомоги, ще 131 пошкоджено, а 80 – захоплено ворогом.

По-друге, війна загострила вже існуючі структурні проблеми медичного сектору – нерівномірну територіальну доступність, дефіцит кадрів, недофінансованість та недостатній рівень цифровізації. У прифронтових областях, таких як Харківська, Дніпропетровська, Запорізька та Миколаївська, та моя рідна – Сумська, частка медичних працівників, які вимушено евакуювалися або змінили місце роботи, у 2022-2024 рр. коливалася в межах 20-35 %, що значно ускладнювало функціонування мережі лікарень.

По-третє, умови воєнного стану вимагають принципово нових механізмів державного регулювання – швидкого перерозподілу фінансових ресурсів, мобілізації резервів, посилення міжвідомчої координації, розбудови партнерств між державними установами, органами місцевого самоврядування та міжнародними гуманітарними організаціями. Держава змушена діяти не лише в межах традиційної системи охорони здоров'я, а й застосовувати кризові моделі управління.

По-четверте, забезпечення цивільного населення медичними послугами є одним із ключових гуманітарних зобов'язань держави в умовах війни. Це також необхідна умова для збереження демографічного потенціалу та стійкості економіки. У регіонах, розташованих у зоні бойових дій, від якості медичного забезпечення залежить рівень смертності, захворюваності, збереження працездатності та загальна безпека громадян.

По-п'яте, наближення повоєнного періоду ставить перед державою масштабні завдання щодо відновлення медичної інфраструктури. За оцінками МОЗ, орієнтовна потреба у відновленні зруйнованих медичних об'єктів перевищує 50 млрд гривень, тоді як наявні ресурси покривають лише невелику частку потреби. Тому стратегічно важливим є вироблення підходів, які дозволять відновити систему більш ефективною, стійкою та орієнтованою на сучасні стандарти.

Таким чином, актуальність обраної теми зумовлена комплексом медичних, соціальних і управлінських викликів, що потребують науково обґрунтованих рішень у сфері державного регулювання медичного забезпечення.

Питання якості медичних послуг для населення розкрито в публікаціях: Н. Блажевської, О. Вашева, О. Влосовець, С. Горбунової-Рубан, О. Дзюби, К. Дубич, О. Західної, Л. Ільчука, Н. Калашник, Д. Карамишева, С. Коваль, В. Короленко, С. Кравченко, Г. Кузьменко, Б. Логвиненко, З. Надюка, Л. Обуховської, Л. Оленковської, Л. Радецької, Я. Радиша, О. Шекери.

Метою магістерської роботи є науково-теоретичне обґрунтування та розробка практичних пропозицій з удосконалення надання медичних послуг населенню на локальному рівні.

Для досягнення визначеної мети необхідно вирішити наступні *завдання*:

- опрацювати правові та інституційні засади реалізації державної медичної політики на рівні регіону та територіальної громади;

- визначити динаміку змін в систем медичної допомоги населенню в умовах повномасштабної війни;
- опрацювати іноземний досвід медичного забезпечення населення;
- дослідити чинники, що визначають якість медичних послуг для мешканців територіальних громад в умовах воєнного стану;
- дослідити приклади співпраці між органами місцевого самоврядування, ОТГ та представниками громадянського суспільства у забезпеченні доступності медичних послуг населенню;
- запропонувати механізми удосконалення медичного забезпечення населення на прикладі Сумської області.

Об'єктом дослідження є публічна політика медичного забезпечення населення та її реалізація на локальному рівні.

Предметом дослідження є механізми надання якісних медичних послуг населенню територіальних громад в умовах воєнного стану.

Методи дослідження. При виконанні магістерської роботи були використані такі методи: компаративного аналізу (при висвітленні різниці в рівні медичних послуг в різних ТГ Сумської області, а також при вивченні іноземного досвіду медичного забезпечення); економіко-статистичний (під час аналізу чинних нормативно-правових актів, що регламентують публічну політику в галузі охорони здоров'я); систематизації (для розробки пропозицій щодо внесення змін до діючих програм соціального розвитку обраних ТГ); аналізу і синтезу (для підготовки рекомендацій щодо покращення взаємодії органів місцевого самоврядування та територіальних громад, а також громадських організацій в ході оцінки рівня медичного забезпечення).

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованих в дослідженні рекомендацій для поліпшення ресурсної підтримки державної медичної політики на регіональному та

локальному рівні. Викладені в роботі положення та рекомендації можуть бути використані виконавчими органами місцевих рад для удосконалення ресурсної підтримки діючих програм соціального розвитку.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

1.1 Нормативно-правові засади медичного забезпечення в умовах воєнного стану

Російська агресія, що переросла у повномасштабну війну в лютому 2022 року, поставила систему охорони здоров'я України перед безпрецедентними викликами. Забезпечення населення медичною допомогою в умовах воєнного стану стало критичним завданням публічного управління. З одного боку, Конституція України гарантує право на охорону здоров'я і медичну допомогу навіть під час надзвичайних ситуацій – зокрема, у переліку прав, що можуть обмежуватися при воєнному стані, право на медичну допомогу не згадується [5]. З іншого боку, реалії війни – масові переміщення населення, руйнування лікарень, дефіцит кадрів та ресурсів – вимагали швидких рішень та адаптації нормативно-правової бази і управлінських підходів.

У даному дослідженні проаналізовано, як протягом 2022–2025 рр. органи влади України здійснювали публічне управління медичним забезпеченням під час воєнного стану. Розглянуто законодавче забезпечення цієї сфери, інституційну складову та сучасний стан проблеми, а також наведено приклади з українського та європейського контексту. На основі виявлених даних зроблено висновки і запропоновано рекомендації щодо вдосконалення медичного забезпечення в умовах війни. Дослідження має науково-практичний характер: воно поєднує аналіз нормативних актів, статистичних даних про стан системи охорони здоров'я та кращих практик кризового управління, що можуть бути застосовані в Україні.

Конституційні та законодавчі основи. Правовий режим воєнного стану в Україні регулюється Конституцією та Законом України “Про правовий режим

воєнного стану”. Важливо підкреслити, що конституційне право на охорону здоров’я (ст.49 Конституції України) не було обмежене при запровадженні воєнного стану у лютому 2022 року [3]. Тобто, держава зобов’язалася забезпечувати медичну допомогу населенню попри можливі інші обмеження прав в умовах війни. Це створило високі вимоги до органів влади щодо підтримання функціонування системи охорони здоров’я.

Від початку війни законодавець оперативно вніс зміни до профільних законів, щоб адаптувати їх до воєнних реалій. Зокрема, вже 1 квітня 2022 року Верховна Рада прийняла Закон України №2102-ІХ, який вніс зміни до законодавчих актів у зв’язку зі змінами до Закону “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” [18]. Цими змінами було вдосконалено порядок надання медичної допомоги військовослужбовцям під час воєнного стану. Зокрема, закон передбачив можливість лікування поранених військовослужбовців за межами України у воєнний період та їх безоплатну медико-психологічну реабілітацію, включно з покриттям витрат на проїзд до реабілітаційних центрів за рахунок держави [16].

Вперше на законодавчому рівні було закріплено, що поранені бійці можуть направлятися на лікування за кордон без перешкод (на них не поширюються обмеження виїзду за межі України) та з фінансуванням їх лікування державним коштом, якщо приймаюча сторона не бере витрати на себе [9]. Цей крок гарантував доступ захисників України до висококваліфікованої медичної допомоги навіть за умов перевантаженості вітчизняної системи.

Війна стала стимулом також для довгоочікуваних реформ у цивільній системі охорони здоров’я. У липні 2022 року прийнято Закон України №2347-ІХ “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги” [9]. Цим законом внесено поправки до основ законодавства про охорону здоров’я, спрямовані на оптимізацію мережі закладів. Зокрема, закон запровадив новий підхід до формування мережі державних і

комунальних закладів охорони здоров'я з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги [6]. По суті, мова йде про створення госпітальних округів і гнучке перепланування системи: замість жорсткого прив'язування лікарень до адміністративних одиниць запроваджується принцип, за яким мережа формується під потреби населення для гарантування доступності послуг. Це особливо актуально в умовах війни, коли населення масово переміщується, а деякі регіони тимчасово окуповані чи наближені до зони бойових дій.

Нове законодавство дозволяє оперативно перепрофільовувати і перерозподіляти ресурси системи охорони здоров'я між регіонами, створюючи стійкі міжрегіональні мережі медичних закладів [29]. Також низка вимог довоєнного періоду була тимчасово призупинена: наприклад, процедуру обов'язкової акредитації закладів охорони здоров'я законодавець вирішив відкласти, послабивши регуляторний тиск на медзаклади в період війни [12]. Це свідчить про лібералізацію у сфері контролю: держава визнала, що під час війни головне – забезпечити безперервну роботу лікарень, навіть якщо формальні вимоги до них тимчасово не виконуються в повному обсязі.

Нормативні акти уряду та МОЗ у відповідь на війну. Виконавча влада (Кабінет Міністрів та Міністерство охорони здоров'я) протягом 2022 р. ухвалила низку спеціальних нормативних актів, покликаних врегулювати нагальні питання медичного забезпечення під час воєнного стану [34]. МОЗ буквально в перші дні вторгнення запровадило спеціальний режим роботи системи. Уже 28 лютого 2022 року наказом МОЗ №388 затверджено особливий порядок функціонування галузі охорони здоров'я в умовах війни [22]. Згідно з цим наказом, на період воєнного стану було дозволено дублювати електронні медичні процеси паперовими: медичні документи могли оформлюватися вручну, зокрема видача паперових свідоцтв про народження, рецептів та направлень стала допустимою [12].

Такий крок забезпечив стійкість роботи у разі перебоїв з електронною системою охорони здоров'я (наприклад, через відключення електроенергії чи інтернету) і дозволив безперервно реєструвати акти цивільного стану та призначати лікування навіть в умовах евакуації чи відсутності доступу до електронних реєстрів.

Міністерство також подбало про спрощення доступу внутрішньо переміщених осіб (ВПО) до медичної допомоги. Так, наказ МОЗ №496 від 17.03.2022 встановив, що відсутність декларації з сімейним лікарем не є перешкодою для отримання первинної допомоги під час війни [14]. Пацієнти, які вимушено переїхали в інший регіон, можуть звернутися до будь-якого закладу первинної меддопомоги без укладання нової декларації – фактично сімейні лікарі приймають усіх ВПО, забезпечуючи безперервність лікування. Для обліку таких переміщених пацієнтів запроваджено спеціальну спрощену форму.

Аналогічно спрощено й інші процедури: лікарняні листки (листки непрацездатності) дозволено оформлювати на папері у разі недоступності електронного реєстру, причому лікар вузької спеціалізації також може видати лікарняний без окремого направлення від сімейного лікаря [25]. Крім того, скасовано вимогу електронного направлення для вузькопрофільної допомоги – пацієнти в умовах війни можуть звертатися до спеціалістів без направлення, за фактом потреби [7]. Ці новації полегшили доступ населення до медичних послуг попри хаотичність, спричинену війною.

Суттєві зміни відбулися і в системі екстреної медичної допомоги та лікування травм. МОЗ наказом №488 від 15.03.2022 затвердило методичні рекомендації щодо надання екстреної меддопомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій [28]. Цей документ, фактично, узагальнив сучасні підходи тактичної медицини для бригад швидкої допомоги і парамедиків, щоб ті могли працювати в умовах обстрілів та масових втрат. Важливим кроком стала також координація лікування за кордоном цивільних

пацієнтів: наказ МОЗ №430 від 08.03.2022 врегулював питання направлення українських громадян на лікування у зарубіжні клініки під час війни [9]. Тобто, держава взяла на себе функцію організації медичної евакуації не тільки для військових, але й для цивільних з тяжкими травмами або захворюваннями, які неможливо лікувати в Україні через воєнні дії.

Окремо слід відзначити кроки уряду в сфері медичного забезпечення та закупівель. Вже 4 березня 2022 року МОЗ наказом №408 установило спрощений порядок проведення публічних закупівель для потреб охорони здоров'я в умовах війни [20]. Це дозволило швидко закуповувати необхідні ліки, медичні вироби та обладнання, минаючи тривалі тендерні процедури. Кабінет Міністрів також вніс зміни до своїх постанов щодо програми державних гарантій медичного обслуговування, щоб адаптувати фінансування лікарень. Приміром, було прийнято рішення авансом фінансувати заклади охорони здоров'я у прифронтових регіонах та тих, що опинилися на тимчасово окупованих територіях, аби медперсонал продовжував отримувати зарплати, а пацієнти – допомогу [22].

В цілому Програма медичних гарантій (єдина державна система фінансування медичних послуг) продовжила діяти на 100% навіть під час війни[9]. За даними НСЗУ, уже в перші місяці 2022 року лікарні отримували кошти за глобальними бюджетами наперед – зокрема, авансові платежі на березень 2022 були здійснені ще в лютому-березні [17]. Це дало змогу уникнути колапсу системи фінансування: попри бойові дії, медзаклади мали ресурси оплачувати працю медиків і закуповувати витратні матеріали.

Інші нормативні ініціативи та міжнародний аспект. Українська влада також приділила увагу забезпеченню безперебійності постачання ліків та гуманітарної допомоги. Було спрощено ввезення медичних гуманітарних вантажів – їх оперативно звільняли від мита та бюрократичних перепон, щоб міжнародна допомога швидко доходила до лікарень. Державна служба з лікарських засобів та

контролю за наркотиками перейшла на цілодобовий режим роботи сім днів на тиждень, щоб приймати імпорт ліків і реєструвати гуманітарні поставки без зупинок [23]. За словами голови Держлікслужби, жодних пауз у контролі якості препаратів та забезпеченні ліками не сталося – навпаки, війна змусила прискорити всі процеси, щоб гарантувати наявність життєво необхідних медикаментів.

Крім того, було посилено відповідальність за розкрадання або незаконне використання гуманітарної допомоги. Внесені зміни до Кримінального кодексу (ст.201²) встановили покарання за привласнення медичних гуманітарних вантажів, щоб запобігти корупційним зловживанням у цій сфері. В умовах дефіциту ресурсів такі кроки були важливими для збереження довіри міжнародних партнерів і справедливого розподілу допомоги.

Отже, законодавче поле в сфері медичного забезпечення під час воєнного стану характеризується динамічними змінами, спрямованими на оперативне усунення перешкод у наданні допомоги. Держава скоригувала закони і підзаконні акти, щоб забезпечити гнучкість системи охорони здоров'я: від легалізації паперових документів та спрощення процедур – до нових можливостей лікування постраждалих за кордоном і переорганізації мережі закладів під потреби воєнного часу. Ці нормативні заходи створили основу, на якій система мала функціонувати навіть у надзвичайно складних умовах війни.

1.2 Інституційна складова та сучасний стан медичного забезпечення в умовах війни

Структура управління та координація медичних служб. Система публічного управління охороною здоров'я в Україні традиційно включає декілька рівнів: центральний (Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України – НСЗУ), регіональний (департаменти охорони здоров'я обласних військових адміністрацій) та рівень закладів (керівництво лікарень, центрів

первинної допомоги тощо). Запровадження воєнного стану призвело до певної централізації управління, особливо в прифронтових областях. Там, де діяли військові адміністрації, вони перебрали на себе функції управління, у тому числі й в галузі медицини. Це означає, що багато рішень – від евакуації лікарень до розподілу гуманітарних ліків – ухвалювалися в режимі *надзвичайного адміністрування* спільно військовим командуванням і цивільною владою.

На центральному рівні ключову роль у координуванні медичного забезпечення грав Штаб гуманітарного реагування при Уряді та МОЗ. Були створені гарячі лінії МОЗ і НСЗУ для пацієнтів, зокрема для внутрішньо переміщених осіб, щоб вони могли дізнатися, де отримати потрібну допомогу [24]. МОЗ спільно з Міністерством реінтеграції тимчасово окупованих територій також розробило механізми медичного обслуговування людей, що виїхали з окупації або знаходяться в зоні бойових дій (наприклад, через мобільні медичні бригади і телемедицину).

В умовах війни відбулася тісніша інтеграція військової медицини і цивільної системи охорони здоров'я. Якщо до 2022 року ці дві системи – медична служба Збройних сил та МОЗ – працювали доволі автономно, то війна змусила їх взаємодіяти набагато активніше. Поранених військових, особливо у випадку масових бойових дій, часто доставляли до найближчих цивільних лікарень, де їм надавали першу допомогу, а вже потім перевозили до військових госпіталів. У березні 2022 уряд офіційно дозволив лікування рятувальників Держслужби з надзвичайних ситуацій у закладах Міністерства оборони, а цивільних лікарів – залучати до надання допомоги військовим. Фактично, склалася єдина медична просторова мережа, де військові і цивільні заклади спільно забезпечують ургентну медичну допомогу постраждалим незалежно від їх статусу.

В регіонах, наближених до фронту (Дніпропетровська, Запорізька, Харківська області та ін.), обласні лікарні стали головними хабами для порятунку як цивільних поранених, так і військовослужбовців. Така інтеграція вимагала від

МОЗ і Міноборони узгоджених протоколів – і вони були розроблені. Наприклад, наказ МОЗ №379 від 25.02.2022 року визначив порядок надання медичної допомоги в умовах війни військовослужбовцям, які беруть участь в бойових діях [11]. В подальшому це координувалося з системою військово-лікарських комісій та евакуацій.

Важливою інституційною інновацією стали медичні евакуаційні потяги, створені за підтримки “Лікарів без кордонів” та Укрзалізниці. Спеціально обладнані санітарні потяги з весни 2022 року курсують із прифронтових областей (Запоріжжя, Дніпро, Харків) до заходу України, вивозячи сотні тяжкопоранених і хворих пацієнтів на лікування у більш безпечні регіони [25]. Цей приклад державно-приватно-волонтерського партнерства значно розширив можливості системи: медичні потяги по суті стали “рухомими госпіталями”, в яких пацієнти в дорозі отримують кисень, переливання крові, хірургічну допомогу. Іншим прикладом є розгортання мережі стаціонарів у пристосованих приміщеннях: у звільнених від окупації містах, де лікарні зруйновані, медики організовують прийом у школах, будинках культури, наметах тощо. Місцева влада забезпечує такі тимчасові шпиталі генераторами, водою, а обладнання часто надається благодійниками.

Стан медичної інфраструктури та кадрового забезпечення. Воєнні дії завдали колосальної шкоди матеріальній базі охорони здоров'я України. За офіційними даними МОЗ, станом на червень 2025 року підтверджено пошкодження або руйнування 2354 об'єктів у складі 769 медичних закладів країни [6]. З них майже 200 лікарень були знищені вщент (тобто пошкоджені більш ніж на 90%)[17]. Найбільших втрат зазнали прифронтові області – Донецька, Луганська, Запорізька, Херсонська, а також Київщина і Харківщина у перші місяці вторгнення.

Масштаби руйнувань безпрецедентні: для порівняння, за понад півтора року війни російські війська атакували медичні заклади понад тисячу разів. Це

призвело до того, що значна частина системи працює “на фронті можливостей”. Війна суттєво підриває функціонування системи охорони здоров’я, загострюючи її вразливості – зруйновані лікарні та переміщення кадрів призводять до того, що система працює лише на невелику частку своєї довоєнної потужності [24].

У 2022–2023 рр. медична інфраструктура зазнавала ударів майже щодня. Окрім стаціонарних закладів, було пошкоджено десятки машин швидкої допомоги, склади з ліками, санітарний транспорт. Загинули медичні працівники, які виконували свій обов’язок: за час війни підтверджено загибель щонайменше 148 медиків, ще понад 100 отримали поранення [9]. Це не лише трагедія, а й втрата для системи – кваліфікованих кадрів в умовах дефіциту надзвичайно бракує.

Попри руйнування, система охорони здоров’я продемонструвала значну стійкість. Більше ніж на 1400 пошкоджених об’єктах медична діяльність не припинялася взагалі або відновилася після оперативного ремонту [30]. За даними МОЗ, станом на середину 2025 року вже 653 об’єкти відновлено повністю і 315 – частково[31]. Уряд спільно з міжнародними партнерами (СОЗ, Світовим банком, урядами інших країн) запустив програми відбудови: старі зруйновані лікарні вирішено не латати, а будувати заново за сучасними проєктами [2].

Міністр охорони здоров’я Віктор Ляшко зазначив, що повністю знищені війною лікарні відновлюватимуться “з нуля” – тобто, замість відбудови застарілих корпусів будуватимуться нові, сучасні медичні центри, що відповідатимуть актуальним потребам регіонів [2]. Це шанс для післявоєнної модернізації системи, хоча й ціною величезних збитків (станом на кінець 2022 року збитки у сфері охорони здоров’я оцінювалися у понад 26 млрд доларів США [13]).

Щодо кадрового потенціалу, війна поглибила проблему, яка існувала і раніше – дефіцит медичних працівників. У зонах бойових дій багато медиків вимушено виїхали у безпечні регіони або за кордон, рятуючи свої родини [4]. Частина чоловіків-лікарів була мобілізована до лав ЗСУ чи записалася добровольцями, а чимало медичних сестер та лікарів-жінок виїхали разом із

дітьми за межі країни. Наприклад, у Запоріжжі в 2022 році значна частина персоналу лікарень покинула місто, що призвело до різкого браку кадрів за деякими спеціальностями [33]. За оцінками експертів, загалом по країні внаслідок війни кількість активних медичних працівників зменшилася на десятки тисяч. Наявні вакансії в медзакладах значно перевищують кількість претендентів – особливо бракує середнього медичного персоналу (медсестер, фельдшерів) та лікарів первинної ланки.

Проте слід зазначити і позитивні зрушення: частина українських медиків, що працювали за кордоном, після початку війни повернулися допомагати на батьківщині. Крім того, волонтерський рух залучив в систему охорони здоров'я нові сили – з'явилися тисячі добровольців-медиків, парамедиків, психологів, які долучилися до надання допомоги військовим і цивільним. Добровольчі організації, такі як ПДМШ (Перший добровольчий мобільний шпиталь імені Пирогова), з лютого 2022 розгорнули діяльність по всій країні, забезпечуючи медичні бригади на передовій і підтримку лікарень у тилу. Хоч ці люди формально не входять до штату МОЗ, їхній внесок став невід'ємною частиною фактичного медичного забезпечення населення. Публічне управління в даному випадку полягало в координації дій волонтерів з офіційними службами: МОЗ та Міноборони створили механізми акредитації добровольчих медиків, спільного навчання тактичній медицині, обміну даними про потреби. Такий державно-громадський синергійний підхід значно підвищив спроможність системи реагувати на масові втрати.

Інституційна архітектура системи охорони здоров'я України в останнє десятиліття зазнала глибокої трансформації, що особливо проявилось у період повномасштабної війни та пошуку нових моделей стійкості й відновлення. Україна належить до країн з відносно високою часткою поточних витрат на охорону здоров'я – близько 8–8,2 % ВВП у 2021 році, що дещо перевищує середньосвітовий показник, але при цьому має обмежений ресурс

загальнодержавних видатків на медицину (близько 4,3 % ВВП у 2021 році), що зумовлює постійну напругу між амбітними реформами, реальними фінансовими можливостями та інституційною спроможністю органів влади реалізувати політику у сфері здоров'я.

Війна різко посилила цю напругу: за оцінками ООН, близько 14,6 млн людей (тобто майже 40 % населення, яке залишилося в країні) потребуватимуть гуманітарної допомоги у 2024 році, що створює додатковий тиск на систему охорони здоров'я та її інституції. Водночас саме інституційна складова — чіткий розподіл ролей між центральними органами виконавчої влади, місцевим самоврядуванням, спеціалізованими агентствами, професійним самоврядуванням та недержавними акторами — визначає, наскільки ефективно система спроможна забезпечити реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я в умовах обмежених ресурсів та тривалих безпекових загроз.

Сучасна інституційна модель медичної сфери в Україні побудована навколо кількох ключових «центрів відповідальності». Міністерство охорони здоров'я України залишається базовим органом формування політики: воно визначає пріоритети, затверджує нормативно-правові акти, формує програми, відповідає за державні стандарти медичної допомоги та здійснює нагляд за дотриманням правил медичної практики. На рівні фінансової реалізації політики центральним інститутом є Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – автономний орган, який виступає єдиним національним закупівельником медичних послуг у межах Програми медичних гарантій.

Саме перехід від системи медичної субвенції до моделі «гроші йдуть за пацієнтом», закріплений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2017 року, створив підґрунтя для того, щоб НСЗУ укладала контракти з автономізованими закладами охорони здоров'я (комунальними некомерційними підприємствами, приватними клініками, фізичними особами-підприємцями) та оплачувала конкретні пакети послуг.

Важливу роль у формуванні політики громадського здоров'я відіграє Центр громадського здоров'я МОЗ – аналітична та наукова інституція, що відповідає за епіднагляд, стандарти громадського здоров'я та розвиток профілактичних програм, а також Державне підприємство «Електронне здоров'я», яке забезпечує функціонування національної eHealth-екосистеми.

Паралельно з цим розвивається блок інституцій, що відповідають за забезпечення населення ліками та медичними виробами. Державне підприємство «Медичні закупівлі України» стало централізованою закупівельною організацією, яка перебрала на себе значну частину функцій МОЗ із закупівлі лікарських засобів, вакцин, медичних виробів та обладнання. Його створення у 2018 році та подальше закріплення статусу центральної закупівельної організації дозволило перейти до більш прозорої, конкурентної та професійної моделі державних закупівель, що опирається на систему Prozorro та співпрацю з міжнародними організаціями. Сьогодні саме ця інституція в умовах війни та обмеженого бюджету забезпечує ефективний розподіл ресурсів на найбільш критичні програми — лікування онкологічних хворих, пацієнтів з орфаними захворюваннями, забезпечення вакцинами, препаратами для ВІЛ/СНІДу, туберкульозу тощо. Нормативно-правове закріплення статусу НСЗУ і централізованих медичних закупівель створило нову для України модель розмежування функцій «замовник послуг – замовник товарів – регулятор політики», що за своєю логікою наближає систему до підходів ЄС.

Важливою особливістю є територіально-організаційна інституційна побудова медичної сфери. Законом № 2347-IX 2022 року запроваджено поняття госпітальних округів і госпітальних кластерів, що покликані структурувати мережу спеціалізованої медичної допомоги, визначити опорні лікарні, маршрутизацію пацієнтів і зменшити дублювання потужностей. Кожна область поділяється на госпітальні округи, в межах яких формується спроможна мережа

закладів — від багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування до лікарень планового лікування і лікарень відновного лікування.

Станом на 2024 рік МОЗ затвердило спроможну мережу у 18 областях, до якої увійшли понад 540 спеціалізованих закладів (без урахування м. Києва та Волинської області). Формально заклади залишаються у власності органів місцевого самоврядування або спільній власності територіальних громад, однак фінансування їх діяльності за договорами з НСЗУ, а також державні інвестиції у відбудову й модернізацію дедалі більше прив'язують управлінські рішення на місцевому рівні до стратегічних рамок центральної влади. У результаті виникає складний багаторівневий режим співуправління, де успіх реформ залежить від ефективної координації між центральними органами виконавчої влади, обласними військовими адміністраціями, органами місцевого самоврядування та керівництвом медичних закладів.

За масштабами мережі Україна традиційно належала до країн із високою забезпеченістю лікарняними ліжками, але з фрагментованою структурою закладів. До початку повномасштабної війни в країні налічувалося понад 8 400 медичних закладів різних форм власності, з них за даними міжнародних оглядів — близько 1 630 лікарень. У 2022 році приблизно 3 500 закладів мали контракти з НСЗУ, а чисельність зареєстрованих у них працівників охорони здоров'я становила понад 271 тис. осіб станом на 1 січня 2022 року, понад 309 тис. — на 1 січня 2023 року і понад 560 тис. — на початок 2024 року, що відображає як приріст кадрових реєстрів системи eHealth, так і перетоки персоналу між секторами.

На рівні первинної ланки до початку 2022 року понад 33 млн українців підписали декларації з сімейними лікарями, терапевтами або педіатрами, а більше ніж 2 000 центрів первинної медичної допомоги та амбулаторій уклали договори з НСЗУ. У секторі спеціалізованої допомоги у 2023 році НСЗУ уклала договори з 1 458 закладами, серед яких лише 82 приватні лікарні та 11 лікарів-підприємців,

що демонструє ще обмежену, хоча й зростаючу, інтегрованість приватного сектору у систему державних фінансових гарантій.

Повномасштабна війна радикально змінила контекст функціонування цих інституцій. За даними МОЗ, станом на вересень 2024 року російська агресія призвела до пошкодження та руйнування понад 1 600 лікарень та інших медичних закладів, причому окремі з них були повністю знищені. Паралельно держава та міжнародні партнери розгорнули масштабні проєкти відновлення: станом на початок 2025 року реконструйовано 964 об'єкти медичної інфраструктури (594 повністю, 370 частково), що охоплюють лікарні, амбулаторії, поліклініки та інші заклади в різних регіонах України.

Найбільші обсяги відбудови зафіксовано у Миколаївській, Дніпропетровській, Київській, Харківській та Чернігівській областях, які зазнали значних руйнувань. Водночас темпи відновлення залежать не лише від доступності фінансування, а й від спроможності органів місцевого самоврядування планувати мережу з урахуванням госпітальних округів, потреб внутрішньо переміщених осіб (близько 3,7 млн станом на кінець 2023 року) та реальних демографічних змін, пов'язаних з міграцією й депопуляцією.

Фінансово-інституційною «вісью» сучасної системи є Програма медичних гарантій, що виступає основним інструментом реалізації державних фінансових гарантій згідно із Законом 2017 року. Програма визначає перелік та обсяги медичних послуг і лікарських засобів, що покриваються за рахунок державного бюджету, включно з первинною, амбулаторною, стаціонарною допомогою, екстреною медичною допомогою, паліативною допомогою та реімбурсацією ліків за програмою «Доступні ліки». Її запровадження сприяло переходу від фінансування ліжко-місць до оплати за проліковані випадки чи капітаційні ставки, посилення автономії закладів (статус КНП), а також розвитку договірних відносин між НСЗУ та постачальниками послуг. Однак попри зростання витрат держави на медицину, обсяги фінансування все ще не дозволяють повною мірою реалізувати

задекларовані гарантії: низка пакетів послуг є недофінансованими, а заклади змушені покривати частину потреб за рахунок місцевих бюджетів, благодійної допомоги та офіційних чи неформальних співфінансових платежів з боку пацієнтів.

Стратегічний вектор розвитку інституційної архітектури закріплено у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, яку Уряд затвердив у січні 2025 року. Глобальна мета Стратегії – забезпечення якісної, доступної та безоплатної для пацієнта медичної допомоги кожному мешканцю України й підвищення готовності системи до загроз та надзвичайних ситуацій. Документ визначає три ключові цілі: універсальний доступ до послуг, міжсекторну координацію політики, що впливає на здоров'я (освіта, соціальний захист, екологія, інфраструктура), та створення умов для розвитку потенціалу національної системи охорони здоров'я.

У сфері інституційної побудови Стратегія передбачає подальше посилення ролі первинної ланки, розвиток багатoproфільних медичних закладів, розширення доступу до програми «Доступні ліки», завершення формування спроможної мережі госпітальних округів, цифровізацію та інтеграцію інформаційних систем. Для органів влади і керівництва закладів це означає необхідність узгодження місцевих стратегій (у тому числі планів відбудови) з національними документами, а також формування нових механізмів взаємодії між державними, комунальними, приватними та громадськими акторами.

Попри значний прогрес, інституційна модель функціонування медичної сфери залишається неоднорідною і стикається з низкою системних викликів. По-перше, спостерігається суперечність між централізованим характером фінансування через НСЗУ та відповідальністю органів місцевого самоврядування за утримання й розвиток закладів, що породжує конфлікти навколо оптимізації мережі, закриття малопотужних лікарень, укрупнення закладів, створення кластерів.

По-друге, кадрова складова є слабкою ланкою системи: існує дефіцит сімейних лікарів у сільських та прифронтових громадах, значна частка медиків передпенсійного віку, відтік фахівців за кордон або в інші сектори, що ускладнює реалізацію навіть добре продуманих організаційних рішень.

По-третє, приватний сектор поки що не повною мірою інтегрований у систему державних фінансових гарантій, що обмежує використання його потенціалу для розширення доступу до високоспеціалізованих послуг, хоча частка приватних закладів, які співпрацюють з НСЗУ, поступово зростає.

По-четверте, війна загострила проблему інституційної солідарності: значна кількість внутрішньо переміщених осіб, руйнування інфраструктури, скорочення донорської допомоги й перенесення акцентів донорів на оборонний сектор вимагають від медичних інституцій нових механізмів координації з гуманітарними організаціями, донорами та громадами.

З огляду на вищезазначене, однією з ключових перспективних ліній удосконалення інституційної складової є зміцнення управління на мезорівні — рівні госпітальних округів та кластерів. Для цього доцільно завершити формалізацію органів управління госпітальними округами як постійно діючих координаційних структур із чітко визначеними повноваженнями щодо планування мережі, узгодження інвестиційних проєктів, управління потоками пацієнтів, а також синхронізації рішень обласних рад, територіальних громад і НСЗУ.

Запровадження прозорих критеріїв для визначення опорних закладів, кластерних лікарень, алгоритмів тимчасового відселення пацієнтів у разі руйнування об'єктів, а також механізмів участі громадськості й професійної спільноти у прийнятті рішень дозволить зменшити соціальну напругу навколо оптимізації мережі. Особливо важливо, щоб при плануванні госпітальних округів враховувались маршрути внутрішньо переміщених осіб, доступність транспорту, безпекові фактори та потенціал відновлення демографії у конкретних регіонах.

Другою критичною лінією удосконалення є інституціалізація управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я на рівні держави та регіонів. Наразі кадрове планування є фрагментарним, прив'язаним до окремих програм або проєктів. Доцільно створити єдину інтегровану систему прогнозування потреб у кадрах, що поєднувала б дані eHealth, медичних університетів, професійних самоврядних організацій та регіональних департаментів охорони здоров'я.

Така система мала б дозволити не лише оцінювати дефіцити за спеціальностями й територіями, але й пов'язувати їх із фінансовими стимулами (пакети НСЗУ, доплати з місцевих бюджетів, цільові програми підтримки молодих спеціалістів у сільській місцевості чи прифронтових громадах). Удосконалення інституційного механізму безперервного професійного розвитку, розширення повноважень самоврядних органів медичної професії (лікарських та медсестринських палат) у частині контролю за якістю освіти й практики, а також цифрове ведення кадрових реєстрів посилить спроможність системи адаптуватися до викликів війни та післявоєнного відновлення.

Третьою перспективною лінією є подальший розвиток інституцій цифровізації та прозорих закупівель. eHealth уже містить дані понад 35 млн пацієнтів і забезпечує електронні декларації, електронні рецепти, медичні записи, але інтеграція між різними модулями системи та міжвідомчий обмін інформацією все ще потребують доопрацювання. Доцільно закріпити на законодавчому рівні статус національної eHealth-платформи як критичної інформаційної інфраструктури, розширити можливості аналітичних панелей для управлінців на всіх рівнях (від міністерства до громади), а також забезпечити інтеграцію з системами соціального захисту, реєстрами внутрішньо переміщених осіб, реєстрами пільгових категорій.

У сфері закупівель варто посилити незалежність та інституційну стійкість ДП «Медичні закупівлі України», розширити практику багаторічних рамкових угод, запровадити більш гнучкі механізми оперативного реагування на

надзвичайні ситуації (зберігаючи прозорість та підзвітність), а також повніше використовувати дані е-системи для оцінки потреб і моніторингу постачань. Разом із подальшою інтеграцією Prozorro та аналітичних інструментів це дозволить зменшити корупційні ризики, підвищити ефективність використання коштів та посилити довіру суспільства й міжнародних партнерів до інституцій охорони здоров'я.

Четвертою критичною лінією удосконалення є розвиток інституцій участі та партнерства: залучення органів місцевого самоврядування, професійних асоціацій, пацієнтських організацій, благодійних фондів і міжнародних агенцій до планування, реалізації та моніторингу політики. Хоча формально при МОЗ, НСЗУ, обласних адміністраціях діють різноманітні дорадчі органи, їх вплив на ухвалення рішень часто є обмеженим. Доцільно інституційно закріпити механізми регулярного тристороннього діалогу «держава – медична спільнота – пацієнтські й громадські організації» щодо формування пакетів Програми медичних гарантій, вибору пріоритетних напрямів відбудови інфраструктури, визначення потреб у кадрах і в пріоритетних програмах громадського здоров'я. Одночасно важливо створити стабільні інструменти співфінансування (грантові програми, пілотні проєкти з місцевими громадами, механізми соціального замовлення), які дозволять громадським та благодійним організаціям стати повноцінними партнерами інституцій системи охорони здоров'я, а не лише тимчасовими донорами чи виконавцями гуманітарних програм.

Узагальнюючи, слід зазначити, що інституційна складова функціонування медичної сфери в Україні за останні роки зазнала кардинальних змін: від історично фрагментованої, лікарняно-орієнтованої і фактично бюджетно-утриманської моделі держава перейшла до більш складної архітектури, в центрі якої – Міністерство охорони здоров'я як політичний і нормативний координатор, Національна служба здоров'я як єдиний державний закупівельник послуг,

централізований закупівельний агент для ліків і виробів, а також мережа автономізованих закладів, що конкурують за пацієнта й ресурси.

Створення госпітальних округів та кластерів, формування спроможної мережі спеціалізованих закладів, розвиток цифрової інфраструктури й інституцій громадського здоров'я дозволили наблизити систему до європейських стандартів, зробити фінансування більш прозорим і пацієнтоорієнтованим. Водночас повномасштабна війна виявила низку структурних обмежень: недостатню ємність фінансової бази, наявність значної кількості пошкоджених і зруйнованих закладів, нерівномірний кадровий потенціал регіонів, обмежену інтеграцію приватного сектору та неповну реалізацію потенціалу громад і громадських організацій у управлінні медичними ризиками.

Для управлінців медичної сфери, державних службовців і громадських діячів це означає, що в найближчі роки акцент має бути зміщений від «точкового» вирішення проблем окремих закладів до системного зміцнення інституцій — органів управління госпітальними округами, кадрових та аналітичних підрозділів, структур цифровізації та централізованих закупівель, механізмів участі професійних та громадських спільнот. Реалізація Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року дає рамку для таких перетворень, але успіх залежатиме від здатності інтегрувати інструменти державної політики (Програма медичних гарантій, централізовані закупівлі, відбудова інфраструктури) з реальними потребами громад, внутрішньо переміщених осіб та вразливих груп, а також від спроможності забезпечити передбачуване фінансування й належний кадровий ресурс на всіх рівнях.

Умовою успіху є також послідовне продовження цифрової трансформації та підзвітності — від відкритих даних про контракти НСЗУ, кадрове забезпечення і якість послуг до повноцінної інтеграції eHealth, систем соціального захисту та інструментів громадського контролю. У сукупності це дозволить перетворити інституційну архітектуру медичної сфери України з переважно реактивної на

стратегічно керовану, стійку до шоків і здатну забезпечити справжню реалізацію права кожної людини на здоров'я в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення.

РОЗДІЛ 2

ПРОБЛЕМИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

2.1 Доступність та якість медичних послуг для населення під час воєнного стану

Незважаючи на всі складнощі, більшість українців продовжують покладатися на державну медицину під час війни. Проведене наприкінці 2024 р. соціологічне опитування показало, що майже половина домогосподарств (48,3%) зверталися протягом року до державних медичних закладів [36]. Це свідчить про збереження довіри до системи і про те, що публічна охорона здоров'я лишається головним постачальником послуг навіть у кризових умовах. Водночас, проблема неформальних платежів (коли пацієнти “дякують” лікарю чи купують самостійно ліки) нікуди не зникла – 16,9% опитаних зізналися, що робили неофіційні платежі або дарунки медпрацівникам під час лікування [36]. Це дещо менше, ніж було в мирний час (для порівняння, у 2016 році таких було понад 30% [17]), але все одно показує, що корупція і неформальні практики лишаються викликом, ускладнюючи рівний доступ до допомоги.

Війна породила нові бар'єри доступності. За даними того ж опитування, 15,7% населення зіткнулися з труднощами у отриманні медичних послуг через зруйновані лікарні або відсутність медичного персоналу поблизу [8]. Цей показник свідчить: кожен шостий мешканець відчув на собі наслідки атак на систему охорони здоров'я – коли потрібна допомога стала фізично недоступною. Особливо гостро проблема стояла у перші місяці війни на деяких територіях (наприклад, у Маріуполі, Сєверодонецьку, Лисичанську), де медична інфраструктура була цілковито знищена або опинилася під окупацією. В тих випадках система діяла через евакуацію пацієнтів: тисячі тяжкохворих і

поранених були вивезені з небезпечних зон спочатку до західних регіонів України, а потім багато хто і за кордон [25]. Така стратегія медичної евакуації, підтримана міжнародними партнерами, стала критичною для збереження життя людей.

Слід згадати і про специфічні категорії пацієнтів. Внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це мільйони людей, котрі змінили регіон проживання. Для системи охорони здоров'я це означало перерозподіл навантаження: лікарні і поліклініки у відносно безпечних областях (Львівській, Тернопільській, Чернівецькій, Полтавській тощо) отримали додаткових пацієнтів – переселенців, які потребували продовження лікування хронічних хвороб, проведення пологів, вакцинації дітей тощо. Як зазначалося, МОЗ спростило доступ ВПО до послуг (без декларацій і направлень), і на практиці це спрацювало.

Наприклад, лише в одному Рівненському перинатальному центрі станом на березень 2022 року на облік по вагітності стали 60 жінок-переселенок, яким одразу надали всю необхідну допомогу [39]. Переселенці нерідко відзначали кращу забезпеченість ліками у приймаючих регіонах: у центральній та західній Україні вони дивувалися, що не потрібно самим купувати довгий перелік препаратів – лікарні надають усе безоплатно[40]. Це свідчить, що державна програма медичних гарантій працювала й далі покриття вартості лікування забезпечувало і “чужих” пацієнтів з інших регіонів.

Окрема категорія – українські біженці за кордоном. Понад 5 мільйонів українців, переважно жінки і діти, отримали тимчасовий притулок у країнах Європи. Відповідно до законодавства ЄС про тимчасовий захист, усі вони отримали право на медичні послуги в країнах перебування на рівні з місцевими жителями. Це зняло значну частину навантаження з української системи, особливо в частині планової меддопомоги: багато українських дітей продовжили вакцинацію в клініках Польщі, Німеччини тощо; пацієнти з онкологією чи рідкісними хворобами отримали можливість лікуватися у спеціалізованих європейських центрах. МОЗ України взаємодіє з європейськими колегами щодо

обміну інформацією про таких пацієнтів, аби при їх поверненні забезпечити безперервність лікування.

Проблемні питання та досягнення. Сучасний стан медичного забезпечення України у війні – це поєднання критичних проблем і прикладів неабиякої стійкості. До ключових проблем відносяться: деструкція інфраструктури, нестача кадрів, психологічне вигорання медперсоналу, зростання потреб у протезуванні і реабілітації поранених, ризики спалахів інфекцій (через перебої з водою, скупчення людей у сховищах), а також фінансове навантаження на систему. Одночасно є значні досягнення: система не зламалася під ударом війни, попри прогнози колапсу. Лікарні продовжують працювати – навіть в обстріляних будівлях персонал проводить операції при світлі ліхтарів.

Вакцинація дітей, хоча й просіла, але триває; були проведені додаткові раунди вакцинації від поліомієліту, щоб не допустити епідемій. Влада зуміла налагодити логістику ліків: критично важливі препарати (інсулін, гемодіалізні матеріали, онкопрепарати) постачалися централізовано, і випадків масового переривання лікування хронічних хворих вдалося уникнути. Це велика заслуга як уряду, так і міжнародних партнерів, які з перших днів війни почали передачу гуманітарних медичних вантажів.

У контексті якості послуг помітна ще одна тенденція: обмеження планової допомоги. Щоб вивільнити ресурси для невідкладних станів, у багатьох лікарнях було відкладено планові операції, госпіталізації за винятком життєво необхідних. Це, на жаль, може мати довгострокові наслідки – накопичення *відкладеного попиту* на медичні послуги, погіршення перебігу хронічних хвороб у частини населення. Наприклад, онкологічні скринінги, планові огляди, санаторно-курортне лікування – усе це відійшло на другий план. Очільник МОЗ прямо зазначав, що війна “постарить” українців на 10–15 років – через стреси і неналежну профілактику очікується зростання серцево-судинних та інших хронічних захворювань[41]. Отже, проблеми громадського здоров’я

накопичуються і вимагатимуть активних дій у майбутньому. Одним із найскладніших викликів є психічне здоров'я населення. За оцінками експертів ВООЗ, близько 10 мільйонів українців (четверта частина населення) можуть страждати на різного роду психічні розлади, спричинені війною – від гострого стресу і тривожності до важкого ПТСР [42]. Особливо вразливі діти, які пережили бомбардування або втрату близьких. Український уряд у співпраці з першою леді Оленою Зеленською та ВООЗ запустив у 2022 році Всеукраїнську програму ментального здоров'я “Ти як?”, спрямовану на розвиток системи психологічної допомоги. Уже відкрито сотні кабінетів психологічної підтримки в лікарнях, ведеться навчання сімейних лікарів навичкам надання базової психологічної допомоги. Проте масштаб проблеми такий, що на даному етапі попит на послуги психологів і психотерапевтів значно перевищує пропозицію. Це усвідомлюється як урядовцями, так і суспільством – тема ментального здоров'я перестала бути табуованою і дедалі більше уваги приділяється необхідності терапії травм війни.

Таким чином, інституційно система охорони здоров'я України в умовах війни діє напружено, але ефективно настільки, наскільки це можливо. Влада швидко адаптувала механізми управління, залучила всі доступні резерви (у тому числі волонтерські) і заручилася підтримкою міжнародної спільноти. Наступний розділ розгляне європейський вимір цієї підтримки і досвіду, а також окреслить рекомендації для вдосконалення медичного забезпечення під час війни та в післявоєнний період.

2.2 Європейський контекст та шляхи вдосконалення медичного забезпечення України у воєнний час

Війна в Україні стала випробуванням не лише для самої держави, а й для всього європейського співтовариства. Країни ЄС та міжнародні організації розгорнули безпрецедентну гуманітарну та медичну підтримку, що фактично

інтегрувалася в публічне управління охороною здоров'я України. Європейський Союз координував найбільшу в своїй історії операцію цивільного захисту для допомоги Україні [43]. У межах Механізму цивільного захисту ЄС усі 27 країн ЄС та низка партнерів (Норвегія, Туреччина, Балканські держави тощо) надали Україні тонни матеріального забезпечення – від ліків і перев'язочних матеріалів до автомобілів швидкої допомоги і мобільних госпіталів [45]. Було створено логістичні хаби на кордонах (у Польщі, Румунії, Словаччині) для швидкого перевантаження і доставки допомоги в українські регіони [16]. З спеціальних резервів *rescEU* для України виділялися потужні генератори для лікарень, набори обладнання для польових хірургічних відділень, системи очищення води – все необхідне, щоб підтримати життєдіяльність охорони здоров'я навіть під час блекаутів чи техногенних аварій [47].

Одним з найцінніших напрямів міжнародної співпраці стала програма медичної евакуації (Medevac) українських пацієнтів до клінік Європи. За координації Єврокомісії та за участі ВООЗ було організовано перевезення тисяч хворих і поранених літаком, санітарним потягом та каретами швидкої до лікувальних закладів за кордоном [18]. У вересні 2022 року в польському Жешуві відкрився спеціальний *медичний хаб* ЄС – пункт стабілізації, де українських пацієнтів, евакуйованих із зони конфлікту, розподіляють і відправляють далі до лікарень різних країн [18].

На початок 2025 року вже понад 4600 українських пацієнтів були перевезені на лікування у 22 країни Європи завдяки цій програмі [48]. Це включає важкопоранених бійців (яким необхідні складні операції чи протезування), пацієнтів з опіками, онкохворих дітей та інших тяжких хворих. Наприклад, за рахунок медеваку українські діти з онкологічними хворобами продовжили лікування в клініках Італії, Німеччини, Іспанії, а пацієнти з важкими опіками були доправлені до спеціалізованих центрів у США та країнах ЄС [9]. Така міжнародна солідарність у сфері охорони здоров'я не лише рятує конкретні життя, а й

розвантажувє українські медзаклади, даючи їм перепочинок. Успішне транспортування критично хворих українських пацієнтів за кордон стало доказом ефективності міжнародної співпраці у подоланні медичних криз [10].

Країни ЄС також прийняли мільйони українських біженців і інтегрували їх у свої системи охорони здоров'я. Європейські уряди забезпечують цим людям медичне страхування або безкоштовний доступ до державних лікарів. Наприклад, у Польщі українці з посвідкою тимчасового захисту можуть отримувати послуги в NFZ (Національний фонд здоров'я) на рівні з поляками; в Німеччині діє програма медичного страхування біженців через компанії АОК тощо.

Особливу увагу європейські партнери приділили вакцинації та профілактиці: ВООЗ і UNICEF організували кампанії з вакцинації українських дітей за кордоном, аби війна не спричинила спалахів поліомієліту чи кору в Європі. Також ЄС профінансував постачання в Україну мільйонів доз вакцин (від COVID-19, дифтерії-правця, тощо) у 2022–23 рр., розуміючи, що санітарна безпека України – це і безпека Європи.

Ще одним аспектом є фінансова допомога. В межах гуманітарних програм Євросоюз надав Україні у 2022–2025 роках понад 1 млрд євро саме на гуманітарні потреби, значна частина яких – на охорону здоров'я [12]. Ці кошти пішли на закупівлю ліків, перев'язувальних матеріалів, оплату роботи мобільних клінік, психологічну допомогу, обладнання для протезних центрів тощо. Окремо уряди країн (США, Великобританія, Канада, держави ЄС) фінансували створення центрів реабілітації в Україні, навчання українських медиків за кордоном (наприклад, хірургів-ортопедів, які опановували новітні методики протезування).

В цілому європейський контекст воєнної охорони здоров'я України – це приклад масштабної інтеграції зусиль: Україна не сама вирішує проблеми медицини в війні, її підтримує колективний Захід. Україна у 2023 році навіть офіційно приєдналася до Механізму цивільного захисту ЄС[13], що дозволяє їй як отримувати допомогу, так і надалі брати участь у спільному плануванні

реагування на надзвичайні ситуації. Такий крок свідчить про стратегічну орієнтацію – українська система охорони здоров'я рухається до європейських стандартів стійкості й готовності до криз.

Досвід європейських країн у медичному забезпеченні під час криз. Хоча повномасштабної війни на території сучасного ЄС не було з часів Другої світової, європейські країни накопичили досвід у сфері медицини катастроф та управління охороною здоров'я під час інших надзвичайних ситуацій. Цей досвід є корисним орієнтиром для України.

Наприклад, системи охорони здоров'я багатьох країн ЄС мають потужні резерви та плани на випадок надзвичайних ситуацій: стратегічні запаси медикаментів, розгорнуті мережі авіаційної медичної евакуації, сили цивільної оборони з підготовленими санітарними підрозділами. У Франції існують спеціальні підрозділи SAMU (служби екстреної медичної допомоги) та резервні госпіталі, які можуть бути розгорнуті за лічені години у разі масових втрат. У Німеччині на базі Бундесверу діє підрозділ медичної служби, що в мирний час допомагає цивільним при катастрофах (наприклад, розгортає польові шпиталі під час пандемії COVID-19).

В Ізраїлі, що географічно не в Європі, але має значний досвід військових конфліктів, система охорони здоров'я інтегрована з армією: цивільні лікарні мають плани негайно розширити ліжковий фонд для поранених у разі війни, а лікарі-резервісти проходять навчання для роботи в бойових умовах. Ці моделі можуть бути враховані Україною при розробці власної концепції стійкості медицини.

Європейський досвід також підказує важливість єдиної централізованої координації під час кризи. У більшості країн ЄС в разі надзвичайної ситуації створюються кризові штаби при міністерствах охорони здоров'я, які збирають інформацію в реальному часі і розподіляють ресурси туди, де найбільше потрібно. Україні вдалося створити подібну систему “єдиного командування” поступово,

але не без проблем на початку. Майбутнє вдосконалення публічного управління має включати нормативне закріплення чітких протоколів дій на випадок воєнних (та інших) надзвичайних обставин в охороні здоров'я, щоб зменшити фактор імпровізації.

Медичне забезпечення населення в країнах Європейського Союзу за останнє десятиліття формується під впливом кількох взаємопов'язаних тенденцій: старіння населення, зростання питомої ваги хронічних неінфекційних захворювань, наслідків пандемії COVID-19, міграційних процесів та необхідності одночасного забезпечення фінансової стійкості систем охорони здоров'я. У 2023 році сукупні витрати на охорону здоров'я в ЄС досягли близько 1,72 трлн євро, що становить орієнтовно 10 % ВВП Євросоюзу, а середні витрати на одного жителя – близько 3 835 євро, що на 43–44 % більше, ніж у 2014 році.

Однак за цими усередненими показниками ховаються істотні міжкраїнні відмінності: держави Центральної та Південно-Східної Європи – Польща, Чехія, Словаччина, Румунія, Болгарія, Угорщина – загалом ще наздоганяють “старі” країни ЄС за рівнем фінансування та результатами здоров'я населення, але демонструють високу динаміку реформ і цікавий досвід модернізації систем охорони здоров'я. Для українських управлінців, які планують повоєнне відновлення медичної системи та її зближення з європейськими стандартами, аналіз цих прикладів є практично важливим з огляду на схожість стартових умов, історичну спадщину семашківської моделі та обмежені ресурси.

Загальною рисою для більшості розглянутих країн є перехід від класичної бюджетної моделі до домінування систем обов'язкового медичного страхування із потужним компонентом солідарності. У Польщі, Чехії, Словаччині, Угорщині, Румунії та Болгарії ключову роль відіграють страхові фонди (національний фонд або декілька страхових кас), що акумулюють внески працівників, роботодавців і частково – бюджетні трансферти для вразливих груп населення. Це забезпечує формальне універсальне покриття, однак не завжди гарантує відсутність бар'єрів

доступу – насамперед через приватні співоплати, географічну нерівність та кадровий дефіцит. Європейська політика “здоров’я в усіх політиках” стимулює ці країни зміщувати акценти з лікарняно-орієнтованих систем на первинну медичну допомогу, профілактику та інтеграцію соціальних і медичних послуг, але темпи та глибина цього переходу різняться.

Польща залишається однією з країн з відносно низьким рівнем витрат на охорону здоров’я в ЄС, але демонструє послідовне зростання. У 2021 році частка витрат на охорону здоров’я становила близько 6,4 % ВВП, що було одним з найнижчих показників у Європі, при перерахунку на душу населення – близько 1 733 євро у паритеті купівельної спроможності. За даними Центрального статистичного управління Польщі, у 2023 році поточні витрати на охорону здоров’я досягли приблизно 241,6 млрд злотих, що відповідало вже близько 7,1 % ВВП, а їх абсолютний обсяг порівняно з 2022 роком зріс більш ніж на 45 млрд злотих.

Останні огляди OECD вказують, що загальні витрати Польщі на охорону здоров’я вже наближаються до 8 % ВВП, а політична мета уряду – довести їх до рівня, близького до середнього по OECD (приблизно 9 % ВВП) до кінця десятиліття. При цьому країна стикається з обмеженою кількістю лікарів (близько 3,3–3,4 на 1 000 населення при середньому показнику OECD 3,7) та медичних сестер, що зумовлює нерівномірний доступ у сільських регіонах, але компенсує ці виклики розвитком денних стаціонарів, розширенням ролі медсестер та впровадженням електронної системи e-Zdrowie. Життєва тривалість у Польщі після падіння в період пандемії знову зростає: у 2023 році вона становила близько 78,5 року, наближаючись до середнього рівня ЄС.

Особливо цікавим для України є досвід Польщі щодо організації первинної ланки та її інтеграції з системою електронних рецептів, електронної медичної документації та телемедицини. Первинну допомогу забезпечують сімейні лікарі, терапевти й педіатри, які працюють на підставі контрактів із Національним

фондом здоров'я (NFZ); фінансування часто здійснюється за капітаційним принципом із додатковими мотиваційними виплатами за досягнення профілактичних індикаторів (охоплення вакцинацією, скринінги раку тощо).

Після пандемії значно розширилися можливості дистанційних консультацій, що дозволило зменшити навантаження на лікарні та тримати контроль над хронічними захворюваннями, особливо в сільських і малих міських громадах. При цьому Польща зіштовхується з проблемою зростання приватних співоплат (наприклад, за стоматологію чи певні діагностичні послуги) та активного розвитку приватних мереж, які витягують кадри з державної системи, що є важливим попередженням для країн, які тільки вступають на шлях реформи.

Чехія демонструє один із найуспішніших у регіоні варіантів страхової моделі з високою часткою публічного фінансування, розвиненою первинною допомогою та стабільними результатами щодо здоров'я населення. У 2021 році витрати на охорону здоров'я сягали близько 9,5 % ВВП, а частка публічних коштів у їх структурі становила близько 86 %, що було одним з найвищих показників у ЄС. За останні роки, за оцінками міжнародних баз, частка витрат дещо знизилася до близько 8,5 % ВВП у 2023 році на фоні корекції постковідних видатків, але все одно лишається вище середнього рівня для країн Центральної Європи. У 2023 році середні витрати на охорону здоров'я на одного жителя Чехії оцінювалися приблизно в 2 600–3 000 доларів США (PPP), а на внутрішньому рівні статистика фіксує перерахунок понад 59 тис. чеських крон на одного мешканця у 2023 році.

Чеська модель базується на конкуренції кількох публічних страхових фондів, які мають право конкурувати за застрахованих, але працюють у чітких регуляторних рамках. Пацієнти мають право обирати сімейного лікаря, але загалом зберігається “воротарська” функція первинної ланки: більшість спеціалізованих послуг доступні лише за направленням, що стримує надмірне використання дорогих стаціонарних та високотехнологічних ресурсів. Чехія активно використовує інструменти DRG-тарифікації для стаціонарної допомоги,

що дозволило скоротити середню тривалість госпіталізації, оптимізувати мережу лікарень, але водночас викликає дискусії щодо ризиків “надвиробництва” деяких високотарифних втручань. Для України цей досвід є корисним з точки зору поступового переходу від оплат за ліжко-день до оплат за пролікований випадок із чітко описаними клінічними групами.

Словаччина також пройшла шлях від централізованої семашківської моделі до багатоканальної страхової системи з домінуванням обов’язкового медичного страхування. У 2021 році поточні витрати на охорону здоров’я становили близько 7,8 % ВВП, що суттєво нижче за середній рівень ЄС; більша частина цих витрат – близько 80 % – фінансувалася за рахунок публічних джерел. Останні оцінки вказують, що частка загальних витрат на охорону здоров’я щодо ВВП коливається на рівні близько 7,7 %, при цьому витрати держави на здоров’я сягають 5,8–6 % ВВП, а інші джерела – це приватні страхові внески та співоплати домогосподарств. У Словаччині зберігається значний сегмент приватних співоплат, зокрема за стоматологічні, деякі фармацевтичні та реабілітаційні послуги, а частка витрат із кишені населення оцінюється майже у 19–20 % поточних витрат на охорону здоров’я.

При цьому Словаччина намагається поєднати обмежені ресурси з активною політикою структурних змін. Важливими напрямками останніх років стали реформування мережі лікарень із запровадженням багаторівневої “стратифікації” (центральні, регіональні, локальні лікарні), розвиток інституту загальних лікарів із розширенням їхніх компетенцій, а також інвестиції у цифрову інфраструктуру – електронні рецепти, e-health, централізовані реєстри пацієнтів. Одним з уроків для України є те, що перехід до страхової моделі не вирішує автоматично проблем нерівності доступу: без активної регіональної політики, стимулювання лікарів працювати у сільських громадах і цільових програм для вразливих груп зберігаються територіальні та соціальні диспропорції.

Румунія та Болгарія демонструють інший аспект розвитку систем охорони здоров'я в ЄС – вони мають одні з найнижчих рівнів витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, але в останні роки фіксується найшвидше зростання витрат на одного жителя. За даними міжнародних оглядів, у 2021 році Румунія витрачала на охорону здоров'я близько 6,5 % ВВП, при цьому витрати на одного жителя становили приблизно 1 660 євро – менше половини середнього рівня ЄС. При цьому саме Румунія стала лідером ЄС за темпами зростання витрат на одного мешканця між 2014 і 2023 роками – понад 150 % приросту, що свідчить про спробу наздогнати розвинутіші країни.

Однак попри швидке нарощування фінансування, країна й надалі стикається з низькою спроможністю системи в сільських та бідніших регіонах, дефіцитом медичних працівників, високою еміграцією лікарів до Західної Європи та проблемами доступу до якісної профілактики й ранньої діагностики, зокрема серед ромського населення.

Болгарія має відносно вищу частку витрат на охорону здоров'я у ВВП, але поєднує це з одним із найвищих рівнів приватних співоплат у ЄС. У 2021 році поточні витрати на охорону здоров'я становили близько 8,6 % ВВП, однак велика частка цих витрат припадала на прямі платежі домогосподарств, особливо за медикаменти. За свіжішими оцінками, у 2023 році сукупні витрати на охорону здоров'я в Болгарії досягли близько 7,5 млрд євро, що еквівалентно приблизно 7,9–8 % ВВП, але витрати держави на здоров'я – у межах 5 % ВВП, тоді як решта – кошти населення та приватних страховок.

Така модель забезпечує формальне страхове покриття через Національну касу страхування здоров'я, але на практиці створює значне фінансове навантаження на домогосподарства, особливо в умовах низьких доходів. Побічним ефектом стає відмова від лікування або відкладання звернень через неможливість оплатити необхідні ліки чи діагностичні процедури, що особливо відчутно серед літніх людей і жителів сільських районів.

Угорщина є показовим прикладом країни, де відносно невисокий рівень державних витрат на охорону здоров'я поєднується з швидким зростанням ролі приватного сектору та високими прямими витратами пацієнтів. За наявними даними, частка загальних витрат на охорону здоров'я в Угорщині в 2023 році становила близько 6,36 % ВВП, що нижче середнього рівня як ЄС, так і світу. Оцінки OECD показують, що Угорщина витрачає близько 2 840 доларів США (PPP) на одного жителя, тобто суттєво менше за середній показник OECD (близько 4 986 доларів). Водночас частка витрат із кишені населення постійно зростає: за даними досліджень, у 2024 році угорські домогосподарства сплачували близько 27 % усіх витрат на охорону здоров'я напряду, а разом з добровільними фондами та приватними страховками – до 30 % загальних витрат, що виводить країну в лідери ЄС за цим показником.

Наслідком такої ситуації є активний розвиток приватних діагностичних центрів, клінік “одного дня”, корпоративних медичних пакетів для працівників, але водночас – посилення нерівностей, коли доступ до швидкої та якісної допомоги стає значно кращим у великих містах і для заможніших верств населення. Державна система продовжує забезпечувати базовий пакет послуг, однак потерпає від хронічного недофінансування, кадрового дефіциту, застарілої інфраструктури та зростаючого тягаря хронічних хвороб, зокрема пов'язаних із високим рівнем ожиріння, тютюнопаління та вживання алкоголю. Угорський досвід є важливим застереженням для України: надмірна ставка на приватний сектор без достатньої системи фінансового захисту може призвести до поглиблення соціальної диференціації, коли формальний доступ є, але реальна спроможність отримати послугу – різко відрізняється.

На фоні цих відмінностей простежуються кілька спільних трендів, які формують сучасний європейський підхід до медичного забезпечення.

По-перше, це переорієнтація на первинну ланку як базу всієї системи. Польща, Чехія, Словаччина, Румунія, Болгарія, Угорщина по-різному, але

послідовно інвестують у сімейну медицину, розширення компетенцій сімейних лікарів, розвиток мультидисциплінарних команд із залученням медсестер, психологів, соціальних працівників. Запроваджуються програми стимулювання профілактичних оглядів, вакцинації, скринінгів раку молочної залози, шийки матки, колоректального раку, а також комплексних програм боротьби з серцево-судинними захворюваннями та діабетом.

По-друге, посилюється роль цифрових технологій: е-рецепти, електронні картки пацієнтів, телемедичні консультації, національні реєстри захворювань. Саме країни Центральної Європи демонструють, що навіть за обмежених ресурсів можна швидко наростити цифрову інфраструктуру, якщо є політична воля й підтримка з боку ЄС.

По-третє, важливим вектором стає фінансова стійкість і контроль за витратами. В умовах, коли середня частка витрат на охорону здоров'я в ЄС становить близько 10 % ВВП, а в багатьох країнах спостерігається тиск через старіння населення й технологічну дорожнечу, уряди Центральної Європи активно застосовують інструменти оцінки медичних технологій (НТА), референтного ціноутворення на ліки, централізованих закупівель, лімітування обсягів високовартісних послуг тощо.

Це дозволяє утримувати витрати під контролем, але породжує дискусії щодо доступу до інноваційних медикаментів і технологій, особливо для онкохворих та пацієнтів із рідкісними захворюваннями. Нарешті, четвертий тренд – активне використання європейських фондів (структурні фонди, Фонд відновлення та стійкості) для модернізації лікарень, створення центрів екстреної медицини, онкологічних центрів, закупівлі обладнання та розвитку людського потенціалу (курси, резидентура, підвищення кваліфікації).

Для України, яка планує відновлення й модернізацію медичної системи після повномасштабної війни, найбільш перспективними виглядають кілька напрямів, які випливають із аналізу досвіду країн Центральної та Південно-

Східної Європи. По-перше, це поступове, але гарантоване збільшення частки публічних витрат на охорону здоров'я до рівня, співставного з країнами “нової” Європи, – не менше 7–8 % ВВП у середньостроковій перспективі з подальшим наближенням до середнього рівня ЄС (близько 10 %).

При цьому йдеться не лише про збільшення обсягу коштів, але й про чітке планування їхнього використання: переорієнтація на первинну та амбулаторну допомогу, швидку медицину, реабілітацію, психічне здоров'я, онкологію, кардіологію, медицину катастроф. З досвіду Польщі, Чехії, Словаччини видно, що політично закріплені цілі щодо частки витрат на здоров'я, підкріплені середньостроковими фінансовими стратегіями, дозволяють забезпечувати прогнозованість і для надавачів послуг, і для пацієнтів.

По-друге, ключовою рекомендацією є посилення моделі солідарного фінансування та максимальне зниження приватних співоплат для базового пакета послуг. Приклади Болгарії та Угорщини демонструють, що висока частка витрат із кишені (20–30 % поточних витрат) неминуче призводить до відмови від лікування, відкладання звернень, збільшення тягаря хвороб серед бідніших груп населення, поглиблення регіональних нерівностей. Натомість моделі Чехії та Польщі, де частка публічних витрат сягає 80–86 % усіх витрат на охорону здоров'я, забезпечують кращий рівень фінансового захисту населення.

Для України це означає необхідність чіткого розмежування: гарантований пакет послуг, який оплачується повністю за кошти бюджету/страхового фонду й не передбачає співоплат (крім чітко регульованих невеликих внесків), та додаткові добровільні страхові програми для тих, хто бажає розширити обсяг та комфорт послуг.

По-третє, надзвичайно важливим є системний розвиток первинної медичної допомоги за зразком Польщі, Чехії та Словаччини – сімейні лікарі як координатори маршруту пацієнта, мультидисциплінарні команди, розширення ролі медсестер, чіткі індикатори якості та профілактики, що прив'язані до оплати

праці. Саме на первинній ланці повинні концентруватися програми з профілактики серцево-судинних захворювань, діабету, онкологічних скринінгів, психічного здоров'я, ведення пацієнтів із посттравматичними розладами. Досвід країн Центральної Європи показує, що навіть при обмеженій кількості лікарів можна підвищити ефективність системи за рахунок перерозподілу завдань між різними категоріями персоналу, цифрових інструментів та стандартизованих маршрутів пацієнтів.

По-четверте, доцільно стратегічно використати європейські фінансові інструменти (після вступу України до ЄС чи в рамках програм наближення) за логікою, яку вже відпрацювали Румунія, Болгарія, Угорщина та Словаччина: спрямовувати гранти й кредити не просто на “латання дірок”, а на модернізацію інфраструктури, розгортання цифрових платформ, створення регіональних центрів екстреної медичної допомоги, онкологічних та реабілітаційних центрів, системну підготовку кадрів. Це дозволяє “перескочити” кілька етапів розвитку й одразу впроваджувати сучасні технологічні й управлінські рішення, замість того щоб інвестувати в застарілі моделі.

Отже, аналіз досвіду Польщі, Чехії, Словаччини, Румунії, Болгарії та Угорщини засвідчує, що за однакової історичної спадщини і приблизно схожого стартового рівня ресурсів результати реформ у сфері медичного забезпечення населення можуть бути принципово різними залежно від стратегічних рішень держави. Найкращих індикаторів здоров'я та рівня фінансового захисту населення досягають ті країни, які послідовно збільшують частку публічних витрат на охорону здоров'я (до 8–9 % ВВП і вище), зберігають високу частку солідарного фінансування (понад 80 % витрат покривається з державних і страхових фондів), розвивають первинну ланку як “ворота” до системи та активно впроваджують цифрові технології.

Приклади Чехії та в певній мірі Польщі демонструють, що така стратегія дозволяє забезпечувати життєву тривалість і показники смертності, близькі до

середніх по ЄС, навіть за дещо нижчих витрат на одного жителя, якщо порівнювати з “старими” країнами Євросоюзу. Натомість моделі, у яких зберігається високий рівень прямих витрат населення (Болгарія, Угорщина, частково Румунія), призводять до суттєвих проблем із доступом до медичної допомоги для вразливих груп, посилення нерівності між містом і селом, багатими й бідними, а також до вторинних негативних наслідків для економіки через втрату працездатності, зниження продуктивності праці, зростання витрат на соціальну підтримку. Навіть швидке зростання витрат на одного мешканця, як у випадку Румунії, не гарантує автоматичного покращення здоров’я населення, якщо кошти не спрямовуються системно на первинну ланку, профілактику, контроль за факторами ризику та модернізацію управління.

Для України цей досвід є важливою основою для побудови власної стратегії повоєнного відновлення системи медичного забезпечення населення. По-перше, необхідно політично закріпити й послідовно реалізувати ціль щодо збільшення публічних витрат на охорону здоров’я – не як ситуативну реакцію на кризу, а як довгострокову інвестицію в людський капітал і відновлення країни.

При цьому доречно орієнтуватися на динаміку Польщі, Словаччини та Румунії, які, стартувавши з рівня 5–6 % ВВП, поступово наближаються до середньоєвропейських показників, але роблять це в рамках середньострокових фінансових планів, а не лише річних бюджетів. По-друге, Україна має всі підстави скористатися страховими моделями Центральної Європи, але при цьому уникнути їхніх помилок: не допускати неконтрольованого зростання приватних співоплат, не перетворювати страховку лише на формальність, а забезпечувати реальне покриття основних медичних потреб населення без додаткових фінансових бар’єрів.

По-третє, ключовим уроком є те, що справжня “європейськість” системи охорони здоров’я визначається не стільки рівнем технологічного оснащення великих лікарень, скільки якістю та доступністю первинної, профілактичної та

реабілітаційної допомоги в громадах. Польща, Чехія, Словаччина доводять, що саме сімейний лікар, медсестра, психолог і соціальний працівник, з'єднані цифровими інструментами та інтегровані з місцевим самоврядуванням, здатні зробити систему гнучкою, орієнтованою на потреби людини, а не лише на лікування гострих станів у лікарні. Для України, де війна спричинила хвилю травм, інвалідності, посттравматичних стресових розладів, а також погіршення перебігу хронічних захворювань, саме така первинна й реабілітаційна ланка має стати ядром повоєнної моделі медичного забезпечення.

І, нарешті, по-четверте, досвід країн Центральної та Південно-Східної Європи показує, що успішна модернізація системи охорони здоров'я неможлива без поєднання внутрішньої політичної волі, професійного управління та зовнішньої підтримки – передусім фінансової й експертної з боку ЄС та міжнародних організацій. Саме завдяки доступу до структурних фондів і фондів відновлення Польща, Румунія, Болгарія, Угорщина та Словаччина змогли реалізувати масштабні проєкти з реконструкції лікарень, створення сучасних центрів екстреної допомоги, онкологічних та кардіологічних клінік, запровадження національних цифрових платформ. Для України, яка вже сьогодні інтегрується в європейський простір, важливо паралельно із внутрішніми реформами готувати портфель таких проєктів, спроможний швидко “вбирати” донорські та європейські кошти, не розпорошуючи їх, а спрямовуючи на структурні зміни.

Таким чином, досвід країн Європейського Союзу – насамперед Польщі, Чехії, Словаччини, Румунії, Болгарії та Угорщини – підтверджує, що навіть за обмежених ресурсів можливо побудувати більш справедливую, стійку й результативну систему медичного забезпечення населення, якщо політика охорони здоров'я розглядається як пріоритет державного розвитку, а не як другорядний напрям.

Для українських управлінців медичної сфери, державних службовців і громадських діячів завдання полягає вже не в тому, щоб копіювати окремі “моделі”, а в тому, щоб інтегрувати найкращі елементи – солідарне фінансування, потужну первинну ланку, цифрову інфраструктуру, ефективне використання міжнародної допомоги – у власну траєкторію реформ, враховуючи уроки й помилки сусідів. Це дозволить не лише наблизити Україну до стандартів ЄС, а й створити систему охорони здоров’я, здатну стати інструментом повоєнного відновлення, соціальної згуртованості й довгострокового економічного зростання.

РОЗДІЛ 3

ЗАСОБИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

3.1 Рекомендації щодо вдосконалення медичного забезпечення України у воєнний і післявоєнний період

На основі проведеного аналізу можна сформулювати низку рекомендацій, які б дозволили підвищити ефективність публічного управління медичним забезпеченням як в умовах триваючої війни, так і з огляду на післявоєнне відновлення та можливі майбутні кризи:

Розвиток стійкості інфраструктури. Необхідно продовжувати курс на відбудову зруйнованих медичних об'єктів за сучасними стандартами. Нові лікарні мають проєктуватися з урахуванням безпекових вимог (бомбосховища, резервне енергоживлення, модульність для швидкого розгортання). Інвестиції у телемедицину та розосереджену мережу невеликих амбулаторій також підвищать стійкість: якщо велика лікарня може бути знищена одним ударом, то мережа з десятків амбулаторій – ні. Створення резервних запасів обладнання і ліків в регіональних центрах (за типом *резервів civil protection* в ЄС) допоможе швидко заповнювати втрати.

Посилення кадрового потенціалу. Потрібна державна програма мотивації медпрацівників залишатися в країні та повертатися з-за кордону. Це включає як фінансові стимули (конкурентна зарплата, підвищені виплати за роботу в небезпечних регіонах, програми забезпечення житлом медиків), так і професійний розвиток (стажування за кордоном, навчання новітнім методикам). Варто розглянути можливість залучення медиків-емігрантів до дистанційної роботи з українськими пацієнтами (через телемедицину) – таким чином їхній досвід і знання працюватимуть на Україну. Також необхідно продовжити інтеграцію

парамедиків і добровольців у формальну систему – через систему сертифікації і короткострокових навчальних програм зробити з них кваліфікованих помічників лікарів на випадок масових надходжень постраждалих.

Інституційна координація та управління. Формалізувати у законодавстві механізми, які показали свою ефективність: наприклад, єдиний медичний простір цивільної і військової медицини. Доцільно створити при МОЗ постійно діючий Центр реагування на надзвичайні ситуації в охороні здоров'я, який би у мирний час займався тренуваннями і плануванням, а у військовий – автоматично перебрав функції штабу. Такий центр має працювати у тісній взаємодії з військовими медиками, ДСНС та міжнародними партнерами (ВООЗ, Центром контролю хвороб ЄС тощо). Потрібно удосконалити законодавство щодо статусу медиків під час війни – зокрема, захистити медпрацівників юридично як осіб, що виконують критично важливу гуманітарну місію, полегшити процедури їх мобілізації/демобілізації за потреби системи охорони здоров'я.

Фінансування і матеріальне забезпечення. Програма медичних гарантій має підлаштовуватися під мінливу ситуацію. Рекомендується впроваджувати *гнучкі фінансові моделі*: наприклад, глобальні бюджети для лікарень у зоні бойових дій (щоб вони отримували кошти, навіть якщо офіційно не виконують план послуг), та коефіцієнти підвищення тарифів за лікування поранених і реабілітацію ветеранів (щоб стимулювати заклади розвивати ці напрямки). Також варто створити резервний державний фонд охорони здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій, кошти якого можна швидко перекинути туди, де виникла криза (спалах інфекції, масовий теракт і т.д.). Це аналог фондів, які існують у деяких країнах для стихійних лих, але орієнтований на медицину.

Ментальне здоров'я та реабілітація. Визнати ці напрями пріоритетними у найближчі роки. Необхідно прискорити розбудову мережі центрів психічного здоров'я та центрів медико-психологічної реабілітації по всій країні. Кожен ветеран, кожна цивільна особа, що пережила травматичні події війни, повинні

мати доступ до фахової допомоги. Доцільно залучити грантові кошти і технічну допомогу ЄС для навчання тисяч психологів, соціальних працівників, психіатрів сучасним методикам терапії травми. Європейський досвід (наприклад, роботи з ветеранами в країнах НАТО) тут дуже знадобиться. Інвестиції в ментальне здоров'я зараз – це запорука зниження навантаження на систему охорони здоров'я в майбутньому (адже невилікуваний ПТСР може призвести до зловживання алкоголем, зростання злочинності, сімейного насильства, що також є соціально-медичними проблемами).

Міжнародна інтеграція і обмін досвідом. Україні слід продовжити активно переймати кращі практики у партнерів. Йдеться не тільки про отримання допомоги, а й про участь у спільних навчаннях, симуляційних вправах на випадок хімічних чи біологічних загроз, війни тощо. Варто налагодити програми обміну між українськими та європейськими лікарнями: наприклад, “побратимство” лікарень, коли клініка у Франції чи Німеччині бере шефство над закладом в Україні, допомагаючи обладнанням і навчанням. Приємним прецедентом стала допомога, коли окремі європейські міста (Відень, Флоренція та інші) передавали в Україну комунальні карети швидкої допомоги зі своїх парків. Подібні ініціативи слід розширювати й координувати – можливо, через створення міжнародного фонду підтримки української медицини, куди б донори передавали не лише гроші, а й списане обладнання, яке ще придатне до використання (апарати УЗД, рентгени, швидкі тощо).

Боротьба з корупцією та прозорість. Європейський вибір України вимагає продовження реформ, зокрема – максимального оцифрування процесів в охороні здоров'я і прозорості закупівель. В умовах війни деякі антикорупційні запобіжники було послаблено (через необхідність швидких дій), однак у довгостроковій перспективі треба повернутися до конкуренції і підзвітності. Виклики воєнного часу – це і можливості для оновлення: система повинна очищатися від неефективностей. Наприклад, досвід показав, що без паперової

тяганини робота йде швидше – отже, багато довоєнних бюрократичних вимог можна взагалі скасувати або спростити назавжди. Водночас необхідно посилити громадський контроль за якістю медичних послуг, особливо тих, що фінансуються з бюджету, щоб відновити довіру населення і знизити рівень неформальних платежів. Це може включати регулярні опитування пацієнтів, залучення волонтерів до наглядових рад лікарень тощо.

Коли настане мир, перед українською системою охорони здоров'я постане грандіозне завдання відновлення. Тут є шанс “перезавантажити” систему на нових принципах, використовуючи не лише внутрішній потенціал, а й підтримку ЄС в рамках інтеграції. Україна як кандидат до ЄС вже зараз має враховувати європейські вимоги до системи охорони здоров'я: справедливість, універсальний доступ, якість і стійкість. Після війни можна очікувати демографічних та епідеміологічних змін – наприклад, значного збільшення числа людей з інвалідністю (через воєнні травми). Тому потрібно закладати підґрунтя для інклюзивної системи охорони здоров'я: розвиток реабілітаційної медицини, доступність інфраструктури для людей на візках, спеціальні програми медичного догляду за літніми людьми, які втратили дітей-годувальників на війні тощо.

Європейський Союз, зі свого боку, планує включити Україну до ініціатив на зразок EU4Health – програми, що фінансує зміцнення систем охорони здоров'я країн-членів. Україна може стати бенефіціаром великих інвестицій у охорону здоров'я, але важливо мати чітку стратегію розвитку галузі. Така стратегія має базуватися на уроках війни: побудувати медицину, здатну вистояти перед будь-якими викликами. В цьому і полягає головний сенс реформ у повоєнний час – зробити систему гнучкою, мобільною і людиноцентричною.

Медичне забезпечення населення України у повоєнний період стане одним із ключових чинників відновлення людського потенціалу, економічного зростання та соціальної стабільності. Уже зараз зрозуміло, що система охорони здоров'я виходитиме з війни значно трансформованою: із величезними втратами

інфраструктури й персоналу, але й з накопиченим досвідом кризового управління, цифровізації, співпраці з міжнародними партнерами. Завдання управлінців медичної сфери – перетворити ці уроки війни на довгострокові переваги й закласти основу стійкої системи медичного забезпечення, здатної працювати в умовах демографічної кризи, обмежених ресурсів та триваючих безпекових ризиків.

За даними ВООЗ, населення України у 2023 р. оцінювалося приблизно у 37,7 млн осіб, що суттєво менше довоєнного рівня. Водночас дослідження міжнародних організацій вказують, що на початок 2024 р. від 9,6 до 10,8 млн українців залишалися в стані вимушеного переміщення – як всередині країни, так і за кордоном. Це формує абсолютно нову структуру потреб: мільйони внутрішньо переміщених осіб (ВПО), ветеранів, людей з інвалідністю внаслідок поранень і травм, осіб з тяжкими психологічними наслідками війни, мешканців деокупованих і прифронтових територій.

Паралельно війна завдала системні збитки медичній інфраструктурі. ВООЗ станом на січень 2025 р. зафіксувала понад 2 200 атак на заклади охорони здоров'я, що призвели до сотень загиблих і поранених. За даними Міністерства охорони здоров'я України, до кінця 2024 р. росія пошкодила 1 938 медичних об'єктів та повністю зруйнувала близько 297 закладів, найбільше – у Донецькій, Харківській, Миколаївській, Київській, Чернігівській, Дніпропетровській, Херсонській і Запорізькій областях. Оцінки Київської школи економіки свідчать, що щонайменше понад 1 000 лікарень та амбулаторій зазнали руйнувань чи пошкоджень, причому близько половини вартості збитків припадає на три області – Донецьку, Миколаївську та Харківську.

Фінансовий вимір також критичний. Через пріоритет оборонних видатків витрати державного бюджету на охорону здоров'я у 2023 р. скоротилися приблизно на 14 %, до близько 4,9 млрд дол. США, попри загальне зростання військових видатків та потреб у медичній допомозі. До повномасштабної війни

частка видатків на здоров'я коливалася на рівні 6-8 % ВВП (8,2 % у 2021 р.), що приблизно відповідало середньосвітовим показникам, але все ще було недостатньо для повного покриття потреб системи. У цих умовах повоєнне відновлення має спиратися не лише на відбудову “як було”, а на створення сучасної, більш ефективної, людиноцентричної й фінансово стійкої системи медичного забезпечення.

По-перше, Україна входить у повоєнний період із глибокою демографічною кризою. За оцінками міжнародних агентств та аналітичних центрів, населення країни вже зменшилося з приблизно 42 млн осіб до менш ніж 36-38 млн, а прогнози до 2100 року вказують на можливе скорочення до 9-25 млн у разі несприятливих сценаріїв. Рівень народжуваності різко впав: у 2024 р. на кожні три смерті припадає лише одне народження, що посилює старіння населення та збільшує навантаження на систему охорони здоров'я. Особливо драматично виглядає ситуація із чоловічою смертністю: середня очікувана тривалість життя чоловіків скоротилася до приблизно 57 років.

По-друге, мільйони людей залишаються вимушено переміщеними. Станом на початок 2024 р. всередині країни перебувало понад 3,5-4,9 млн внутрішньо переміщених осіб, а за кордоном – більше 5 млн біженців, переважно жінок і дітей. Це означає глибоке розшарування доступу до медичних послуг, нерівномірне навантаження на регіональні системи охорони здоров'я (зокрема на відносно безпечні західні області) та додатковий тиск на первинну ланку, психіатричні та реабілітаційні служби.

По-третє, війна не лише зруйнувала будівлі, але й підірвала кадровий потенціал системи. Значна частина медиків була змушена евакуюватися, виїхати за кордон або змінити місце роботи; у прифронтових та деокупованих територіях спостерігається серйозний дефіцит лікарів загальної практики, анестезіологів, хірургів, медсестер. Дослідження ВООЗ у громадах, що пережили окупацію, фіксують не лише пошкодження інфраструктури та мародерство обладнання, але

й масовий виїзд медичного персоналу, що критично впливає на функціонування місцевих систем охорони здоров'я.

По-четверте, система одночасно зберігає і значні досягнення реформ останніх років. Сформована модель гарантованого пакета медичних послуг, функціонує Національна служба здоров'я України, триває реформа фінансування “гроші йдуть за пацієнтом”. Цифровізація охорони здоров'я – розвиток системи eHealth, електронних направлень, електронних рецептів, медичних е-сертифікатів – продовжується навіть у воєнний час і стала однією з умов збереження керованості системи. Отже, повоєнне відновлення медичного забезпечення стартує в умовах: демографічного спаду й старіння населення; масштабного руйнування інфраструктури; кадрового дефіциту, особливо в прифронтових регіонах; високої залежності від зовнішньої фінансової та технічної допомоги; водночас – наявності функціональної системи закупівель послуг, розвиненої цифрової платформи й досвіду кризового управління.

Відбудова інфраструктури з пріоритетом первинної ланки та прифронтових регіонів. Перший стратегічний напрям – відбудова мережі медичних закладів не за довоєнними схемами, а з орієнтацією на нову географію населення, логістику та безпекові ризики. З огляду на те, що понад 1 900 медичних об'єктів зазнали пошкоджень і майже 300 зруйновано, відбудова має включати:

- розробку нової карти мережі лікарень та амбулаторій з урахуванням переміщення населення та потенційного повернення біженців;
- пріоритизацію модульних, швидкокомонтованих і енергоефективних закладів, здатних працювати при перебоях з електроенергією та водопостачанням;
- створення резервних (backup) потужностей для екстреної допомоги – стабілізаційних пунктів, мобільних госпіталів, телемедичних центрів;
- інтеграцію сховищ та безпечних просторів у проекти реконструкції закладів, особливо у прифронтових і прицільно обстрілюваних областях.

Особливий акцент має бути зроблений на первинну медичну допомогу (ПМД), яка, за оцінками міжнародних партнерів, постраждала майже в половині випадків атак на систему охорони здоров'я. Саме ПМД є “першою лінією” виявлення хронічних захворювань, психосоціальних проблем, наслідків травм і воєнного стресу. Відновлення спроможної мережі сімейних лікарів та амбулаторій має включати:

- створення мультидисциплінарних амбулаторій (сімейний лікар, психолог, фізичний терапевт, соціальний працівник);
- розвиток мобільних бригад для віддалених відділків територіальних громад;
- розширення програм скринінгу (онкологія, серцево-судинні захворювання, діабет) з урахуванням високого рівня пропущених профілактичних оглядів за роки війни та COVID-19.

Другий ключовий напрям – масштабна розбудова системи медичної реабілітації та довготривалої опіки. Війна призвела до безпрецедентної кількості осіб з ампутаціями, тяжкими травмами, опіками, черепно-мозковими ушкодженнями, посттравматичними стресовими розладами. Уже зараз формується покоління ветеранів та цивільних із комплексними медичними й психосоціальними потребами, які збережуться на десятиліття.

Перспективні кроки включають: створення національної мережі реабілітаційних центрів різних рівнів (від спеціалізованих лікарень до реабілітаційних підрозділів у кожному регіональному центрі, амбулаторної реабілітації в громадах); інтеграцію медичної, психологічної, соціальної та професійної реабілітації в єдиний індивідуальний план для кожного пацієнта, особливо ветеранів; розвиток українського виробництва протезів, ортезів, засобів допоміжної мобільності у партнерстві з міжнародними донорами й приватним сектором; створення системи довготривалої опіки (long-term care) для людей

похилого віку, осіб із тяжкими хронічними захворюваннями, деменцією, дітей з інвалідністю – із поєднанням інституційних та домашніх форм догляду.

Управлінцям необхідно закласти реабілітаційні послуги в гарантований пакет медичного обслуговування, забезпечити реальний тариф, розробити стандарти мультидисциплінарної реабілітації та чіткі маршрути пацієнта від гострої фази лікування до повернення до активного життя.

Психічне здоров'я – один із найбільш недооцінених, але критичних напрямів повоєнного медичного забезпечення. Вплив тривалої війни – втрата близьких, руйнування домівок, життя у постійному стресі, переміщення, досвід насильства – зумовлює різке зростання депресій, тривожних розладів, ПТСР, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами. Перспективні кроки в цій сфері:

- інтеграція послуг з психічного здоров'я в первинну ланку: навчання сімейних лікарів та медсестер базовим навичкам скринінгу, коротких інтервенцій, маршрутизації;
- розширення мережі центрів психічного здоров'я в громадах, які працюватимуть у тісній співпраці з соціальними службами, службами у справах дітей, центрами зайнятості;
- впровадження програм групової підтримки та громадських ініціатив (peer-support) для ветеранів, їхніх родин, ВПО, сімей загиблих;
- навчання управлінців на рівні громад принципам “психологічно чутливого відновлення” (trauma-informed recovery), врахування психічного здоров'я при плануванні шкільної, молодіжної, культурної політики.

Цифрова трансформація охорони здоров'я – один із найуспішніших напрямів, що продовжив розвиватися навіть під час війни. На eHealth Summit 2024 та у публікаціях МОЗ було презентовано нові цифрові сервіси: розширення

електронних направлень, електронних рецептів, запуск електронних медичних сертифікатів про народження, непрацездатність, розвиток телемедицини тощо.

У повоєнний період цифровізація має стати “клеєм” системи, яка працює в умовах демографічних змін, територіальної мобільності населення й кадрового дефіциту. Перспективні напрямки: повномасштабна інтеграція е-здоров’я з іншими державними реєстрами (Дія, реєстри соціальних виплат, реєстр ветеранів), що дозволить формувати комплексні кейси підтримки; розвиток телемедичних сервісів для віддалених громад, де повна відбудова стаціонарної інфраструктури може бути економічно недоцільною; використання даних eHealth для аналітики – прогнозування попиту на послуги, планування мережі закладів, оцінки ефективності програм та закупівель; цифрові рішення для громадського здоров’я: реєстри щеплень, моніторинг неінфекційних захворювань, раннє виявлення спалахів інфекцій.

Для управлінців медичної сфери це означає необхідність інвестувати не тільки в ІТ-рішення, а й у підготовку кадрів, стандарти даних, кібербезпеку, а також у культуру прийняття рішень на основі доказів та аналітики.

Воєнний досвід продемонстрував уразливість системи до інфекційних загроз, порушення вакцинального календаря, зростання неінфекційних захворювань через стрес, зміну способу життя, обмежений доступ до планового лікування. Паралельно Україна продовжує інтеграцію в європейський простір громадського здоров’я, реформуючи систему епіднагляду та профілактичних програм.

Після війни перспективними є: системна програма “наздоганяючої” вакцинації дітей та дорослих; інтегровані програми боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІД, вірусними гепатитами у поєднанні з психічним здоров’ям і соціальним супроводом; масштабні програми профілактики серцево-судинних захворювань, діабету, онкології – з фокусом на зміні поведінкових факторів (паління, алкоголь,

харчування, фізична активність); розвиток системи моніторингу якості повітря, води, продовольчої безпеки у зв'язку з воєнними екологічними ризиками.

Жодне відновлення інфраструктури не буде ефективним без людей. Мільйони українців, у тому числі медики, виїхали за кордон; тисячі загинули, стали пораненими або змінили сферу діяльності. Щоби забезпечити якісне медичне забезпечення, потрібна комплексна кадрова політика:

- створення пакетів стимулів для повернення лікарів і медсестер із-за кордону (конкурентна зарплата, житло, можливості професійного зростання, участь у міжнародних проєктах);
- розвиток інституту медсестринства, розширення ролі середнього медперсоналу у веденні хронічних пацієнтів, профілактиці, телемедичних послугах;
- перепідготовка та підвищення кваліфікації в напрямках реабілітації, психічного здоров'я, медичного менеджменту, цифрових навичок;
- підтримка медиків у прифронтових і деокупованих територіях (доплати за ризик, ротація, психологічна підтримка, гарантії безпеки).

Для управлінців на рівні МОЗ, НСЗУ, обласних департаментів та громад це означає необхідність стратегічного планування потреб у кадрах, використання даних для прогнозу, а також партнерство з університетами й міжнародними організаціями для модернізації медичної освіти. Фінансові ресурси залишатимуться обмеженими упродовж щонайменше декількох років після завершення активної фази війни. Значна частка ВВП буде й далі спрямовуватися на оборону, а бюджетний дефіцит покриватиметься за рахунок зовнішнього фінансування. (Reuters)

Перспективні кроки у сфері фінансування: подальший розвиток моделі “гроші йдуть за пацієнтом” із чіткими пріоритетами (ПМД, реабілітація, психічне здоров'я, громадське здоров'я, прифронтові регіони); диференційовані тарифи,

що враховують складність випадків, ризики та регіональні особливості; поступове залучення елементів обов'язкового чи добровільного медичного страхування для частини послуг, які виходять за межі гарантованого пакета, з чітким захистом малозабезпечених; використання міжнародної допомоги для вирішення структурних завдань (реабілітація, цифровізація, модернізація енергосистем у лікарнях), а не лише для фінансування поточних видатків.

Найбільш очевидний ризик – тривалий дефіцит ресурсів. Навіть у сценарії економічного зростання на 3-5 % на рік, значна частка державних видатків у середньостроковій перспективі буде спрямовуватися на оборону, відбудову критичної інфраструктури, соціальний захист. Це створює стале “стискання” фінансового простору для системи охорони здоров'я. Якщо не буде сформовано чітких пріоритетів та ефективної моделі закупівлі медичних послуг, система ризикує залишитися недостатньо профінансованою, із затримкою оновлення обладнання, низькими зарплатами медиків, відсутністю інвестицій у профілактику та реабілітацію.

Другий ризик – поєднання демографічної кризи й кадрового дефіциту. Стрімке старіння населення, скорочення числа молоді, висока смертність і довгострокове перебування частини українців за кордоном створюють ситуацію, коли кількість людей, які потребують інтенсивної медичної допомоги, зростає, а кількість працюючих і, зокрема, медичних працівників – зменшується. Необхідність конкурувати за кадри із закордонними системами охорони здоров'я (де зарплати вищі, а ризики нижчі) може призвести до хронічної нестачі лікарів та медсестер, особливо у сільських громадах і прифронтових регіонах.

Навіть після формального завершення активної фази війни ризики відновлення агресії, локальних обстрілів чи диверсій залишатимуться. ВООЗ уже зафіксувала майже 2 000 атак на медичні об'єкти станом на серпень 2024 р., і ця цифра продовжує зростати. Для прифронтових регіонів це означає, що частина медичних закладів повинна бути спроектована як “інфраструктура подвійного

призначення” – цивільна й водночас здатна працювати у кризових умовах. За відсутності системного підходу до безпеки медичної інфраструктури (укриття, резервні системи живлення, розосередження потужностей) існує ризик повторних руйнувань і втрати інвестицій.

Четвертий блок ризиків пов’язаний з інституційною спроможністю. Дослідження ВООЗ та інших партнерів демонструють, що в громадах, які пережили окупацію або тривалі обстріли, нерідко спостерігається слабка управлінська спроможність, недостатня участь громад у плануванні відновлення та фрагментація зусиль донорів. Без прозорих процедур планування та закупівель, без конкурентного відбору підрядників і без ефективної координації допомоги з боку держави й міжнародних партнерів існує ризик: неефективного використання коштів (будівництво “порожніх” лікарень без персоналу й обладнання); нерівномірної відбудови (надмірна концентрація ресурсів у політично впливових регіонах при дефіциті у прифронтових громадах); корупційних практик при закупівлях обладнання, фармацевтичних препаратів, будівельних робіт.

Медичне забезпечення населення України в контексті повоєнного відновлення є не лише галузевим завданням, а й фундаментальною умовою демографічного й економічного виживання держави. Вихід із війни відбуватиметься в умовах глибокої демографічної кризи, руйнування інфраструктури, тривалих психосоціальних наслідків і жорсткого обмеження фінансових ресурсів. Водночас Україна має серйозні передумови для того, щоб використати повоєнне відновлення як вікно можливостей: розвинуту цифрову платформу eHealth, реформовану модель закупівлі медичних послуг, активну підтримку міжнародних партнерів і сильне громадянське суспільство.

Для управлінців медичної сфери це означає необхідність мислити стратегічно й системно. Відбудова медичних закладів має здійснюватися не за інерцією довоєнної мережі, а на основі детального аналізу потреб населення, нової демографії й логістики, з пріоритетом первинної медичної допомоги, реабілітації

та психічного здоров'я. Потрібна політика “розумної концентрації” ресурсів – коли ключові високоспеціалізовані послуги зосереджені у потужних центрах, а базова допомога максимально наближена до громади через амбулаторії, мобільні бригади й телемедицину.

Фінансова стійкість вимагатиме чітких пріоритетів: у найближчі роки в центрі мають бути ПМД, реабілітація, психічне здоров'я, громадське здоров'я та підтримка прифронтових регіонів. Міжнародну допомогу варто спрямовувати не лише на “латання дірок”, а на структурні реформи – цифровізацію, модернізацію інфраструктури, розвиток реабілітації та кадрового потенціалу. Важливо паралельно розвивати механізми додаткового страхового покриття для послуг, які виходять за межі гарантованого пакета, із чіткими запобіжниками щодо фінансової доступності для вразливих груп.

Окрема роль належить управлінській культурі. Успішне повоєнне відновлення неможливе без прозорості, публічної звітності, участі громад у плануванні, міжсекторальної взаємодії (охорона здоров'я – соціальний захист – освіта – місцеве самоврядування), а також без рішень, що ґрунтуються на даних. Цифрові інструменти й аналітика мають стати не технічним додатком, а базовим інструментом управління на всіх рівнях – від лікарні й громади до національної політики.

У підсумку, медичне забезпечення в повоєнній Україні – це поле, де помилки матимуть ціну в людських життях і втрачених можливостях поколінь. Водночас, якщо вже зараз закладати стратегічні пріоритети – відбудову з фокусом на первинну ланку, реабілітацію, психічне здоров'я, цифровізацію, кадрову політику й фінансову стійкість – Україна має шанс вийти з війни не з “латаною” системою, а з модернізованою, більш справедливою й стійкою моделлю медичного забезпечення, здатною підтримати як відновлення економіки, так і гідну якість життя громадян у довгостроковій перспективі.

3.2 Роль громадських організацій та благодійних фондів в медичному забезпеченні населення в період повномасштабної війни

З початком повномасштабної агресії проти України система медичного забезпечення опинилася під безпрецедентним тиском: руйнування лікарень і амбулаторій, масове переміщення населення, зростання потреб у невідкладній допомозі, реабілітації, психічному здоров'ї, лікуванні хронічних захворювань. У цих умовах громадські організації та благодійні фонди стали ключовими партнерами держави й органів місцевого самоврядування, які оперативно закривають дефіцити ресурсів, персоналу й управлінських рішень.

За даними гуманітарних координаційних структур ООН, лише у 2024 році гуманітарні партнери надали допомогу близько 8,4 млн людей в Україні, причому майже 60 % допомоги у важкодоступних прифронтових та деокупованих громадах забезпечували саме місцеві неурядові організації, що працювали в координації з органами влади та медичними закладами.

Водночас комплексні соціологічні дослідження стану громадянського суспільства демонструють, що близько половини респондентів у 2024-2025 роках відзначають покращення діяльності громадських та благодійних організацій у період війни порівняно з 2022-2023 роками, попри загальне виснаження ресурсів і посилення безпекових загроз. Це свідчить, що роль громадських структур у медичному забезпеченні не є ситуативною – вона переростає у сталі елементи архітектури публічної політики в сфері охорони здоров'я.

На національному рівні чітко проглядається багатовимірна функція громадських організацій та благодійних фондів у сферах медикаментозного забезпечення, обладнання, логістики, організації послуг та адвокації. Яскравий приклад – Благодійний фонд «Пацієнти України», який лише за перший рік повномасштабної війни закупив і передав до українських медичних закладів ліків та медичного обладнання на суму близько 113,8 млн грн; у вигляді гуманітарної

допомоги було, зокрема, поставлено понад 198 тис. упаковок ліків, 1 533 одиниці медичного обладнання та майже 2 тис. одиниць витратних матеріалів.

Масштабною є підтримка через міжнародні благодійні ініціативи: платформа UNITED24 та партнери за понад три роки придбали для системи охорони здоров'я 247 карет швидкої допомоги на загальну суму 667 млн грн – ці автомобілі щоденно рятують життя і в тилкових, і в прифронтових регіонах. Паралельно міжнародні медичні неурядові організації – «Лікарі без кордонів» (MSF), Project HOPE, International Medical Corps та інші – забезпечують постачання ліків, обладнання, розгортання мобільних медичних команд, навчання персоналу, послуги з психосоціальної підтримки та реабілітації в тісній взаємодії з органами влади й українськими закладами охорони здоров'я.

Важливим елементом є те, що громадські організації не просто «додатково» забезпечують населення медичними товарами та послугами, а й фактично підстраховують державу на ділянках, де публічна система об'єктивно не встигає адаптуватися. Частина українських фондів, таких як «Пацієнти України» чи профільні пацієнтські об'єднання, взяли на себе функцію управління складною міжнародною допомогою – від перемовин із донорами та фармацевтичними компаніями до логістики, митного оформлення та розподілу у розрізі конкретних лікарень і відділень.

Інша група організацій – міжнародні й національні фонди реабілітації, центри протезування, благодійні ініціативи, що підтримують людей з інвалідністю, онкохворих, ВІЛ-позитивних, пацієнтів з рідкісними захворюваннями – фактично забезпечують безперервність лікування для вразливих груп, зокрема там, де інфраструктура зруйнована, а державні програми тимчасово не покривають повний обсяг потреб. За оцінками низки міжнародних досліджень про підтримку пацієнтів в Україні у 2022–початку 2023 років, сотні українських пацієнтських та благодійних організацій стали основними каналами доставки медикаментів і гуманітарних вантажів до кінцевого отримувача,

комбінуючи грантову підтримку фармкомпаній, міжнародних донорів та місцевих благодійників.

На регіональному й місцевому рівнях громадські організації та благодійні фонди проявили себе як гнучкі, швидкі й добре вбудовані в соціальну тканину громади виконавці й співтворці публічної політики. Дослідження, що узагальнюють історії українських громадських організацій у період війни, відзначають їхню здатність першими реагувати на руйнування лікарень, масове переміщення людей та локальні гуманітарні кризи: місцеві НУО організовували тимчасові пункти первинної медичної допомоги, допомагали розгортати мобільні бригади, забезпечували медиків генераторами, засобами зв'язку, пальним, а також виступали посередниками між громадами та великими міжнародними донорами, перекладаючи запити на «мову проєктів» і грантів. Така «локалізація» допомоги стає особливо важливою для прифронтових та деокупованих громад, де класична вертикаль управління охороною здоров'я постійно працює в режимі кризового реагування, а органи місцевого самоврядування часто мають обмежені кадрові й фінансові ресурси для антикризового планування.

Одним із найперспективніших напрямків взаємодії між органами публічної влади, громадськими організаціями та медичними закладами є формування спільних систем планування потреб і координації гуманітарного медичного забезпечення. На практиці це означає, що департаменти охорони здоров'я, військові адміністрації та керівники лікарень не просто інформують НУО про «гострі» дефіцити, а разом із ними формують річні й квартальні плани потреб у ліках, обладнанні, витратних матеріалах, послугах реабілітації, психологічної підтримки, мобільних бригад.

На основі таких планів громадські організації можуть вибудовувати свою грантову стратегію, узгоджувати заявки до донорів, уникати дублювання допомоги й забезпечувати прозорі пріоритети розподілу. Деякі регіони вже практикують регулярні координаційні наради за участю представників органів

влади, головних лікарів, громадських та благодійних організацій, де в режимі «єдиного вікна» узгоджуються ключові потреби лікарень, маршрути логістики, розміщення складів та резервів. Цей досвід є перспективним для масштабування й інституалізації в усіх областях, зокрема в прифронтових регіонах та громадах високого ризику.

Другий важливий напрям – інтеграція громадських організацій у систему надання медичних послуг, особливо в тих сферах, де потрібні міжсекторальні, мультидисциплінарні та високогуманітарні підходи: психічне здоров'я, реабілітація, робота з ВПО, ветеранами, сім'ями загиблих, людьми з хронічними захворюваннями чи залежностями. Міжнародні організації на кшталт MSF, Project HOPE, International Medical Corps від початку вторгнення розгорнули сотні мобільних медичних груп, які надають допомогу у віддалених та прифронтових громадах, часто у співпраці з центрами первинної медико-санітарної допомоги та місцевими органами влади.

Українські НУО паралельно створюють й утримують центри реабілітації поранених, програми протезування, психосоціальної підтримки для цивільного населення, проєкти «виходу до громади», де психологи, соціальні працівники й медики працюють у «польових» умовах за участі місцевих активістів. Громадські організації також відіграють роль «посередників довіри»: люди, що не готові звертатися до офіційних структур, охочіше йдуть до волонтерських чи благодійних центрів, звідки їх уже за необхідності перенаправляють до лікарень, спеціалізованих медичних установ, державних служб.

Третій перспективний вектор – використання громадських організацій як партнерів держави у підвищенні стійкості медичної інфраструктури та розвитку спроможностей персоналу. Частина міжнародних і національних благодійних фондів інвестують не лише в «гуманітарні пакунки», а й у відновлення й модернізацію медичних закладів: ремонт пошкоджених корпусів, закупівлю

генераторів, систем автономного живлення, обладнання для операційних і реанімацій, створення укриттів і безпечних приймальних відділень.

Паралельно реалізуються програми тренінгів для лікарів, медсестер, парамедиків, психологів – як у сфері тактичної медицини й роботи в умовах масових надходжень постраждалих, так і щодо менеджменту медичних закладів у кризових обставинах, комунікації з громадою, запобігання професійному вигоранню. Подібні проєкти часто реалізуються через партнерство: органи влади визначають пріоритети та забезпечують нормативну підтримку, медзаклади надають базу й персонал, а громадські організації – навчальні програми, експертизу, грантове фінансування, міжнародних тренерів.

Четвертий перспективний напрямок взаємодії полягає в цифровізації, прозорості та підзвітності в сфері медичного гуманітарного забезпечення. В умовах величезних обсягів допомоги та десятків тисяч різних відправлень критично важливо мати прозору, верифіковану та узгоджену інформацію про те, які потреби є в конкретних лікарнях, які вантажі вже надійшли, які запити залишаються невиконаними. Частина громадських організацій уже створює власні цифрові платформи, реєстри запитів медичних закладів, публічні звіти про використання грантів, інтерактивні карти проєктів.

У випадку системної взаємодії з органами публічної влади ці ініціативи можуть бути інтегровані з державними інформаційними системами, зокрема з компонентами eHealth, реєстрами медичної інфраструктури, державними платформами збору пожертв. Така інтеграція дозволила б одночасно підвищити довіру донорів та громадян до сектору, покращити планування, зменшити дублювання допомоги й ризики нецільового використання ресурсів.

Нарешті, важливою площиною взаємодії є участь громадських організацій і благодійних фондів у формуванні й моніторингу публічної політики у сфері медичного забезпечення під час війни та в період відновлення. Пацієнтські організації, об'єднання медиків, правозахисні НУО здійснюють адвокацію змін у

законодавстві, стандартів надання медичних послуг, прозорості закупівель, розширення програм реімбурсації й доступу до життєво необхідних препаратів. Їхня експертиза, ґрунтована на безпосередньому досвіді роботи з пацієнтами, дозволяє органам влади уникати помилок при розробці нормативних актів, а також об'єктивно оцінювати, як ті чи інші рішення впливають на доступність медичної допомоги для конкретних груп населення в різних регіонах країни.

Виходячи з аналізу фактичної ролі НУО та фондів у медичному забезпеченні й сучасних тенденцій розвитку сектору, можна запропонувати щонайменше три–чотири найбільш перспективні напрямки поглиблення взаємодії між органами публічної влади, громадськими організаціями та медичними закладами.

По-перше, доцільним є запровадження формалізованих механізмів стратегічного партнерства на національному та регіональному рівнях – у вигляді постійно діючих координаційних рад чи платформ при Міністерстві охорони здоров'я, обласних військових адміністраціях, міських радах, де НУО виступали б рівноправними учасниками при плануванні потреб, розподілі гуманітарної медичної допомоги, розробці регіональних програм охорони здоров'я. Такі платформи мають отримати чітко виписані повноваження та процедурні правила, щоб уникнути перетворення на «декоративні» консультативні органи.

По-друге, варто розвивати систему довгострокових договірних відносин між державою, місцевим самоврядуванням та громадськими організаціями – зокрема шляхом механізмів соціального замовлення й контрактування послуг у сфері реабілітації, психічного здоров'я, роботи з ВПО та іншими вразливими групами, коли НСЗУ та органи місцевої влади могли б закуповувати певні послуги у НУО за прозорими процедурами, а не покладатися виключно на грантові ресурси.

По-третє, перспективним є створення єдиного цифрового реєстру гуманітарних медичних програм і проєктів, який об'єднував би дані про потреби

закладів, заявки й поточні поставки – з можливістю доступу для органів влади, лікарень, донорів і самих громадських організацій.

Нарешті, пріоритетом має стати системна інвестиція в інституційний розвиток українських НУО, що працюють у сфері охорони здоров'я: держава й міжнародні донори можуть спільно забезпечувати багаторічні гранти на зміцнення команд, внутрішніх систем управління, комплаєнсу, інформаційної безпеки, що дозволить цим організаціям надійно інтегруватися в систему медичного забезпечення на роки після завершення війни.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що без активної участі громадських організацій та благодійних фондів система медичного забезпечення населення України у часи повномасштабної війни не змогла б утримати нинішній рівень доступності й різноманіття послуг, особливо для найбільш вразливих груп. Саме НУО й фонди забезпечили критично важливі «мости» між міжнародними ресурсами і конкретними лікарнями, громадами та пацієнтами, взяли на себе значну частину ризиків і логістичних навантажень, забезпечили гнучкість реагування там, де державна система була об'єктивно обмежена формальними процедурами й дефіцитом кадрів.

Емпіричні дані про масштаби допомоги – від десятків мільйонів гривень на медикаменти й обладнання до сотень мобільних бригад та тисяч курсів навчання для медиків – демонструють, що громадський сектор став не додатковою опцією, а невід'ємним компонентом національної системи охорони здоров'я в умовах війни. Водночас зростання довіри до громадських і благодійних організацій, зафіксоване соціологічними дослідженнями за період 2022–2025 років, свідчить про готовність суспільства сприймати їх як легітимних партнерів держави, а не як тимчасових «пожежників», яких можна відсунути після завершення гострої фази кризи.

Саме тому найбільш далекоглядна стратегія для органів публічної влади, управлінців медичної сфери та громадських діячів полягає не лише в підтримці

поточних волонтерських і благодійних ініціатив, а в послідовному переведенні співпраці з громадськими організаціями та фондами у формат довгострокового партнерства – з чіткими правилами гри, механізмами фінансування, включенням НУО до процесів планування й моніторингу політики.

У післявоєнний період це дозволить не тільки повніше відновити зруйновану медичну інфраструктуру, але й побудувати більш стійку, людиноцентричну систему охорони здоров'я, в якій держава, громади й громадянське суспільство діятимуть як єдина команда, орієнтована на захист здоров'я кожної людини незалежно від місця проживання, соціального статусу чи життєвих обставин.

3.3 Перспективи удосконалення медичного забезпечення населення Сумської області в процесі повоєнного відновлення

Сумська область – прикордонний регіон із Російською Федерацією, який із перших днів повномасштабної війни перебуває під постійною загрозою артобстрілів, авіаударів та атак безпілотників. За офіційними оцінками, на 1 січня 2022 року в області проживало близько 1,03 млн осіб, що становило близько 2,5 % населення України; область має переважно сільський характер, що ускладнює доступ до спеціалізованої медичної допомоги, особливо в умовах воєнних дій.

Повномасштабна війна призвела до одночасного накладання кількох кризових факторів: пряме руйнування медичної інфраструктури, зростання потреб через поранення та стрес, міграцію населення й медичних працівників, розрив логістичних ланцюгів постачання ліків та медичних виробів, а також хронічну невизначеність безпекової ситуації. У цих умовах медичне забезпечення в Сумській області перетворилося не лише на елемент соціальної політики, а й на ключовий компонент стійкості прикордонного регіону та довіри населення до держави.

Ще з весни 2022 року Сумщина фіксувала системні обстріли та авіабомбардування, що призвели до значних пошкоджень цивільної інфраструктури, включно з лікарнями та амбулаторіями. Український та міжнародний моніторинг станом на березень 2024 року зазначає, що в Сумській області було частково пошкоджено щонайменше 32 заклади охорони здоров'я, а три медичні заклади зруйновані повністю. Ці дані співвідносяться із загальноукраїнською картиною: станом на травень 2024 року по всій країні було повністю зруйновано 211 медичних об'єктів і понад 1600 пошкоджено різного ступеня. Сумська область у цьому переліку належить до регіонів, які від самого початку війни зазнавали безперервних атак, що підтверджують і повідомлення урядових видань: наголошується, що багато об'єктів, у тому числі й медичних, були або суттєво пошкоджені, або знищені вщент.

Внаслідок обстрілів постраждала, зокрема, Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, де було вибито вікна, двері та пошкоджено приміщення, що потребували ремонту; відновлення закладу проводилося вже в ході війни. У вересні 2024 року зафіксовано подвійний удар безпілотниками по медичному закладу в місті Суми, унаслідок чого загинули та були поранені цивільні, із необхідністю термінової евакуації пацієнтів, а у 2025 році продовжуються атаки дронами по громадах Сумщини, що спричиняють нові поранення цивільних і навантаження на систему екстреної та стаціонарної допомоги. Таким чином, стан медичного забезпечення в області розвивається в умовах постійної загрози нових ударів, що вимагає особливих підходів до безпеки об'єктів, резервних потужностей та гнучких форматів надання допомоги.

До війни регіон загалом характеризувався як відносно забезпечений базовими ресурсами охорони здоров'я. Профіль громадського здоров'я Сумської області за 2023 рік свідчить, що чисельність населення займала близько 2,5 % від загальноукраїнської, тоді як більшість кадрових і матеріальних показників (кількість лікарів, середнього медичного персоналу, стаціонарних ліжок на 10 тис.

населення) відповідали або перевищували цю частку. Це означає, що стартові позиції системи медичного забезпечення були порівняно непоганими, але сам факт війни радикально змінив баланс потреб і можливостей.

Значна частина медичних кадрів була мобілізована до лав Збройних Сил або виїхала в більш безпечні регіони чи за кордон; прифронтовий статус області спричинив зростання кількості пацієнтів з бойовими травмами, посттравматичними стресовими розладами, загостреннями хронічних хвороб на тлі стресу й перебоїв у лікуванні. Нерівномірна доступність меддопомоги між містами обласного значення й віддаленими сільськими громадами посилилася, адже руйнування доріг та мостів, обмеження транспортного сполучення і ризики обстрілів ускладнили маршрути пацієнтів до опорних лікарень.

Окремим викликом стало забезпечення ліками та медичними виробами, насамперед для пацієнтів із хронічними захворюваннями – серцево-судинними, цукровим діабетом, онкологією, туберкульозом. Моніторинг критичних ланцюгів постачання ліків, проведений у 2024 році в Сумській області, констатує, що пошкодження інфраструктури, ускладнений доступ до деяких громад та періодичні перебої з логістикою зумовлювали ризики дефіциту окремих груп препаратів; частково потреби покривалися завдяки міжнародним гуманітарним програмам і централізованим каналам постачання через Міністерство охорони здоров'я. Ситуація ускладнювалася тим, що в області одночасно проживають як місцеві мешканці, так і значна кількість внутрішньо переміщених осіб, зокрема з більш зруйнованих або окупованих територій, що створює додатковий тиск на первинну ланку й стаціонари. За даними гуманітарних організацій, Сумщина є одним із регіонів, де реалізуються спеціальні програми підтримки ВПО, забезпечення базових медичних та соціальних послуг і надання психосоціальної допомоги.

На цьому тлі важливим елементом стабілізації системи стали мобільні медичні бригади та посилення первинної ланки. У 2024 році в Сумській області

почала працювати мережа з шести мобільних медичних підрозділів Українського Червоного Хреста, які надають безоплатні консультації сімейного лікаря, проводять базову діагностику (вимірювання артеріального тиску, рівня цукру та кисню в крові), виписують рецепти та направлення до вузьких спеціалістів, а в разі потреби організовують транспортування до медичних закладів. Такі команди працюють у сільських громадах та місцях компактного проживання ВПО, доповнюючи роботу амбулаторій загальної практики – сімейної медицини.

Паралельно в області триває відновлення стаціонарних потужностей: за рахунок коштів, зібраних через платформу United24, у Сумській області побудовано нову амбулаторію на заміну знищеної російськими обстрілами, проводяться роботи з відновлення медзакладів, пошкоджених на початку війни, включно з обласними лікарнями. Урядовими рішеннями на 2024-2025 роки для Сумської області передбачено реалізацію низки пріоритетних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я, зокрема створення Центру відновлення здоров'я в селі Таранське та заходів з відбудови й модернізації окремих лікарень, що фінансуються в межах загальноукраїнського пакету на суму понад 2,6 млрд грн. Одночасно міжнародні партнери допомагають оновлювати автопарк екстреної медичної допомоги: одним із отримувачів нових автомобілів швидкої став Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, що посилює спроможність реагувати на масові ураження.

Важливим аспектом, який часто залишається «за кадром», є психічне здоров'я медичних працівників та населення в цілому. Системне навантаження, робота в умовах постійної небезпеки, регулярні масові надходження постраждалих і смерть пацієнтів спричиняють підвищений ризик професійного вигорання, тривожних та депресивних розладів у медперсоналу. У Сумській області впроваджуються спеціальні програми підтримки, зокрема проєкт “Doctor & War”, який реалізується за участі міжнародної організації Malteser International і фокусується на психологічній стійкості медиків, їх навчанні методам

самодопомоги та взаємодопомоги, а також удосконаленні менеджменту закладів охорони здоров'я. Такі ініціативи дозволяють не лише утримувати кадровий потенціал, а й зменшувати кількість випадків вимушеного звільнення через емоційне виснаження, що особливо важливо в регіоні з обмеженим ресурсом заміни кваліфікованих фахівців. Разом із тим, потреба в розширенні програм психічного здоров'я, як для медиків, так і для пацієнтів, залишається значною, адже війна триває вже третій рік, а інтенсивність обстрілів північних областей не зменшується.

Попри відчутні позитивні зрушення – відбудову частини закладів, запуск мобільних бригад, оновлення автопарку швидких, залучення міжнародної допомоги – система медичного забезпечення Сумської області стикається з низкою системних проблем. По-перше, це нерівномірність доступу до якісної допомоги між обласним центром та периферійними громадами, що посилюється через безпекові ризики та пошкодження транспортної інфраструктури. По-друге, дефіцит медичних кадрів у низці спеціальностей (анестезіологія, реанімація, психіатрія, сімейна медицина в сільській місцевості) та складнощі із залученням молодих фахівців у прифронтовий регіон. По-третє, недостатня стійкість матеріально-технічної бази багатьох закладів до тривалих відключень електроенергії та теплопостачання, що актуально в умовах атак на енергетичну інфраструктуру.

Нарешті, все ще залишається потреба у більш системній координації між органами державної влади, обласною військовою адміністрацією, органами місцевого самоврядування, НСЗУ та міжнародними/громадськими партнерами: значна частина рішень приймається в режимі реагування на кризу, тоді як регіону потрібна цілісна, скоординована стратегія відновлення та розвитку медичної мережі з урахуванням довгострокової прикордонної загрози.

З огляду на наведений аналіз, доцільно виокремити кілька стратегічних рекомендацій, реалізація яких може суттєво підвищити стійкість системи

медичного забезпечення населення Сумської області в умовах повномасштабної війни та в середньостроковій перспективі повоєнного відновлення.

По-перше, необхідно сформувати та профінансувати комплексну регіональну програму відновлення й модернізації медичної інфраструктури на засадах ризик-орієнтованого підходу. Йдеться про розробку мережевого плану опорних лікарень і амбулаторій з урахуванням загроз, віддаленості громад і потоків пацієнтів, облаштування захищених укриттів у медичних закладах, встановлення резервних джерел енергоживлення, створення “подвійних” потужностей для критично важливих служб (реанімація, операційні, лабораторії). Така програма має бути інтегрована з уже ухваленими урядовими рішеннями щодо пріоритетних інвестицій у сферу охорони здоров’я в області та включати чіткі індикатори ефективності для донорів і держави.

По-друге, слід стратегічно посилити первинну ланку та мобільні формати допомоги: розширити мережу мобільних медичних бригад (у тому числі спільних з громадськими організаціями), забезпечити їх сучасним діагностичним обладнанням і транспортом, інтегрувати результати їхньої роботи в електронну систему охорони здоров’я. Особливу увагу варто приділити управлінню хронічними захворюваннями та ментальному здоров’ю на рівні сімейних лікарів, розширивши їхні можливості щодо скринінгу, консультування та скеровування пацієнтів до спеціалістів в онлайн-форматі.

По-третє, потрібно реалізувати комплексну кадрову політику для медичної сфери області: запровадити регіональні програми житлових і фінансових стимулів для медиків, які працюють у прикордонних громадах; системно підтримувати психічне здоров’я персоналу; розширити цільову підготовку фахівців для Сумщини (освітні гранти, цільові місця в інтернатурі) з умовою відпрацювання в регіональних закладах.

По-четверте, варто інституціалізувати партнерство з громадськими організаціями та міжнародними структурами: створити або посилити регіональну

координаційну платформу при Сумській ОВА за участі представників МОЗ, НСЗУ, органів місцевого самоврядування, провідних лікарень та ключових донорів. Така платформа має не лише погоджувати гуманітарні проекти, а й формувати спільні середньо- та довгострокові плани щодо відновлення інфраструктури, забезпечення ліками, програм психічного здоров'я, підтримки ВПО і вразливих груп.

Висновки. Медичне забезпечення населення Сумської області в умовах повномасштабної війни є водночас дзеркалом загальноукраїнських проблем системи охорони здоров'я і специфічним кейсом прикордонного регіону, що перебуває під постійною загрозою ворожих обстрілів. Попри суттєві пошкодження медичної інфраструктури – десятки частково зруйнованих та три повністю знищені медичні заклади – система продовжує функціонувати завдяки поєднанню державних рішень, міжнародної допомоги, мобілізації місцевих громад і професійності медичних працівників.

Сумщина демонструє приклади успішних практик: швидке відновлення частини закладів, створення нових амбулаторій на заміну зруйнованим, розгортання мережі мобільних медичних бригад, впровадження психологічних програм підтримки медиків, оновлення автопарку екстреної допомоги. Водночас ці досягнення поки що не перекривають глибинних структурних викликів – кадрового дефіциту, нерівності доступу до послуг між містом та селом, вразливості інфраструктури до повторних ударів, загрози перебоїв у постачанні медикаментів і медичних виробів, а також високого рівня психосоціального навантаження на населення й персонал.

Для управлінців медичної сфери, державних службовців та громадських діячів Сумської області ключовим завданням на найближчі роки має стати перехід від реактивного управління до стратегічного планування стійкої медичної системи. Це передбачає, по-перше, розбудову безпечної й функціональної мережі медичних закладів, здатної працювати навіть в умовах обмежень енергосистеми

та високих безпекових ризиків; по-друге, посилення первинної медичної допомоги й мобільних сервісів як “першої лінії” контакту з населенням; по-третє, формування повноцінної кадрової політики, що утримуватиме й залучатиме фахівців до регіону; по-четверте, формування інституційних механізмів партнерства з громадським сектором та міжнародними донорами.

Реалізація цих напрямів дозволить не лише мінімізувати поточні втрати здоров’я населення, а й створити фундамент для повоєнного відновлення й розвитку системи охорони здоров’я Сумщини як частини загальноукраїнської стратегії відбудови. У підсумку відзначу, що медичне забезпечення в Сумській області має розглядатися як критично важливий елемент національної безпеки і стійкості держави, інвестиції в який прямо впливають на здатність громади витримувати тривалу війну, зберігати людський потенціал та забезпечувати гідну якість життя для цивільного населення навіть у прикордонних умовах.

ВИСНОВКИ

Війна стала найсуворішим іспитом для публічного управління медичним забезпеченням України. Проведене дослідження показало, що попри колосальні труднощі, українська система охорони здоров'я не лише зберегла працездатність, а й адаптувалася до екстремальних умов. Законодавчі та нормативні заходи 2022–2025 рр. заклали основу для гнучкого реагування: були зняті зайві бюрократичні бар'єри, запроваджено спеціальні правила, що дозволили надавати допомогу населенню й військовим ефективніше і швидше. Інституційна перебудова – від центрального до місцевого рівня – забезпечила координацію між цивільною та військовою медициною, інтеграцію волонтерських ініціатив, підтримку переміщених осіб і постраждалих регіонів.

Аналіз сучасного стану проблеми виявив як значні успіхи (безперервність фінансування, оперативне відновлення пошкоджених лікарень, висока стійкість медиків), так і наявні виклики (інфраструктурні руйнування, дефіцит кадрів, психологічні наслідки для населення, збереження неформальних практик). Досвід європейських партнерів – як у наданні допомоги Україні, так і у власних практиках охорони здоров'я – продемонстрував, наскільки важливою є міжнародна солідарність і обмін знаннями. Європейський вимір дозволив Україні буквально вписати свою систему охорони здоров'я в ширший контекст безпеки і гуманітарної співпраці на континенті.

Науковим результатом цього дослідження стало формулювання низки конкретних рекомендацій з удосконалення публічного управління медичним забезпеченням. Йдеться про кроки щодо зміцнення інфраструктури, розвитку кадрового потенціалу, інституційної пам'яті та координації, стабільного фінансування й запасів, пріоритетності психічного здоров'я та реабілітації, боротьби з корупцією і прозорості, а також про глибшу інтеграцію з європейською системою цивільного захисту. Виконання цих рекомендацій сприятиме не лише

успішному проходженню нинішньої війни, а й побудові модернізованої системи охорони здоров'я в повоєнній Україні, здатної забезпечити кожному громадянину доступну і якісну медичну допомогу за будь-яких умов.

Війна створила екстремальні умови, у яких традиційні механізми виявилися недостатніми, а тому держава була змушена застосувати інноваційні підходи до організації системи. Розвиток первинної допомоги, розширення екстреної медичної служби, цифровізація, мобільні медичні бригади, тимчасові медичні модулі, міжвідомча взаємодія – усе це стало свідченням адаптивності системи охорони здоров'я, здатності держави забезпечувати населення навіть у прифронтових умовах.

Разом з тим війна оголила низку проблем, що потребують стратегічних рішень у повоєнний період. Першочерговим завданням є комплексне відновлення медичної інфраструктури, причому не лише у вигляді реконструкції зруйнованих об'єктів, а й шляхом модернізації їх відповідно до сучасних стандартів. Досвід тимчасових модулів у деокупованих громадах показав, що мобільні рішення є ефективними, але не можуть замінити повноцінних медичних установ. Тому одним із ключових напрямів державної політики має стати створення мережі сучасних лікарень округового рівня, оснащених діагностичним обладнанням та стабільно забезпечених кадрами.

Вищенаведений аспект потребує серйозної інформаційної роботи з місцевим населенням. Керівники регіонів та громад повинні пояснювати громадянам, що повноцінне відновлення закладів охорони здоров'я у прифронтових регіонах є наскільки бажаним, настільки і не доцільним, адже капітальні споруди можуть стати ціллю для ворожих ударів. Так, наприклад, станом на 1 вересня 2025р. повністю відновлено 667 об'єктів, ще 320 – частково. Водночас 50 закладів, які вже були відновлені, знову зазнали пошкоджень.

Не менш важливим є питання кадрового дефіциту. Станом на 31 грудня 2024р. в Україні працювало 127 675 лікарів (без стоматологів) та 215 470 осіб

середнього медичного персоналу. Важливо дбати про належне грошове забезпечення медичного персоналу. Не дивлячись на збільшення заробітної платні, наприклад сімейного лікаря, в гривневому еквіваленті з близько 20 тис. у 2021р. до 26-27 тис. у 2025р. у доларовому еквіваленті вона знизилася з близько 750 дол у 2021р. до 630 дол у 2025р.

Для подальшої стабільності системи потрібно запровадити збалансовану кадрову політику, що включає підвищення престижу професії, стимулювання молодих фахівців працювати у прифронтових громадах, створення державних програм безоплатного навчання за умов подальшої роботи у державному секторі, а також підтримку безперервного професійного розвитку. Усі ці заходи мають бути інтегровані в регіональні плани відновлення.

Повоєнний період вимагатиме також зміцнення фінансової моделі медичного забезпечення. Система медичних гарантій довела свою ефективність навіть у кризових умовах, однак потребує розширення пакетів, що стосуються реабілітації, профілактики хронічних захворювань і психічного здоров'я. Важливо забезпечити прогнозоване державне фінансування, а також збільшити залучення коштів міжнародних партнерів для інфраструктурних проектів.

Особливої ваги набуває роль громад та регіонального самоврядування. Саме вони першими відчули на собі наслідки руйнації медичної мережі, нестачі лікарів та збільшення кількості пацієнтів. Практика Харківської, Дніпропетровської та Миколаївської областей підтвердила, що активні громади здатні ефективно організовувати доставку медикаментів, формувати мережі мобільних амбулаторій, підтримувати роботу амбулаторій у надзвичайних умовах. Держава має посилити нормативне забезпечення для розширення їх можливостей.

Підсумовуючи зазначу, що публічне управління медичним забезпеченням у воєнний час – це мистецтво балансувати між негайними потребами і стратегічними цілями. Україна вимушено опанувала це мистецтво: від мобілізації ресурсів і людей на порятунок життів сьогодні – до планування відновлення і

розвитку системи на завтра. Отримані уроки ціною великих жертв стануть фундаментом для зміцнення національної системи охорони здоров'я і внеском у міжнародну практику медицини катастроф. Український досвід, на жаль, став сумним але показовим прикладом для світу, як війна підриває основи медичного забезпечення. Водночас він продемонстрував і приклад героїзму та ефективності – як спільними зусиллями держави, медичної спільноти, суспільства та міжнародних партнерів можна протистояти гуманітарній катастрофі та зберегти життя і здоров'я людей навіть у найтемніші часи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: Посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Губський Ю.І. та ін.; За ред. Ю.В. Вороненка, О.Г. Шекери, Ю.І. Губського. К.: Видавець Заславський О.Ю., 2015. 203 с.
2. Аналіз основних макроекономічних показників, які впливають на організацію ефективного медичного та фармацевтичного забезпечення населення України / Г. Л. Панфілова [та ін.]. *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики* : матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 13-14 берез. 2024 р. Харків : Вид-во НФаУ, 2024. С. 350-360.
3. Аналітичний звіт за результатами опитування українських підлітків у 2022/2023 роках «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» в межах міжнародного проєкту ВООЗ “Health behaviour schoolage children” (HBSC). Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка. Київ, 2024. 94с.
4. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. №10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>
5. 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.
6. 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

7. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2020. Т. 19. Вип. 1.

8. Волосовець О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Організація охорони здоров'я*. 2020. № 1. С. 20-26.

9. 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.

10. Дослідження щодо поширеності надлишкової маси тіла у дітей (COSI), 04 лютого 2025р. Інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка. URL.: <https://www.uisr.org.ua/doslidzhennya-shhodo-poshyrenosti-nadlyshkovoyi-masy-tila-u-ditej-cosi/>

11. Дубич К.В. Механізми антикризового публічного управління галуззю охорони здоров'я в умовах військової агресії. Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та післякризового відновлення: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю / за заг. ред. Л. М. Мельничук, М. В. Кравченко; ІПО НУОЗ України імені П.Л. Шупика (м. Київ, 21 лист. 2024 р.). Київ, 2024. С.11-13.

12. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*. 2017. №11. С.1155-1158.

13. Калашник Н. С., Березовський П. П. Державно-приватне партнерство як стратегія виконання Україною порядку денного сталого розвитку на період до 2030 року (на прикладі галузі охорони здоров'я). *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. №5. С. 30-35.

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

15. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 104 с.
16. Кравченко С. Громадське здоров'я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. №1. С. 70-74.
17. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. Т. 33. № 72. С. 113-119.
18. Логвиненко Б.О. Здоров'я як правова категорія: до постановки питання. *Форум права*. 2017. №5. С. 230-235.
19. Логвиненко Б. Медична допомога населенню як чинник реінтеграції тимчасово окупованих територій України. *Науковий вісник УжНУ*. 2024. Т.3. №84. С.139-143.
20. Медицина в Україні. Національне дослідження, 13-21 квітня 2020р. / Асоціація міст України, Всеукраїнське лікарське товариство. К., 2020. 150с.
21. 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>
22. Міністерство охорони здоров'я України. URL.: <https://moz.gov.ua/>
23. 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.
24. 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.
25. Оленковська Л.П., Григор'єва Л.М. Повноваження органів місцевого самоврядування в сфері надання медичних послуг в умовах децентралізації: післямак реформування. *Наукові перспективи*. 2022. №2. С. 152-161.

26. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». / ЦГЗ. К., 2020. 62с.
27. Остробрамська С.Г. Сфера охорони здоров'я в період пандемії: управлінський аспект. Л.: «Львівська брама», 2020. 235 с.
28. 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.
29. Посібник з розбудови міжмуніципального співробітництва на користь сталого розвитку локальної лікарняної мережі в умовах реформування охорони здоров'я та децентралізації. К., 2021. 145с.
30. 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/>
31. Приватна медицина – перспектива розвитку в Україні. Результати соціологічного опитування. Київ, 2023. / Разумков центр. URL.: <https://razumkov.org.ua/images/2023/06/2023-MEDICINA.pdf>
32. 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>
33. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 19.03.2018. №503. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>
34. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#n840>
35. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL.: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017- %D0%BF#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text)

36. Рибчич 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.
37. Ткаченко В.І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 3. С. 12-17.
38. Трансформація системи охорони здоров'я: можливості для громад. / Міжнародний республіканський інститут. 2021. 47с.
39. Убогов С., Нагірняк А., Дмитрієв С., Брацюнь О. Законодавчі аспекти запровадження душпастирської опіки в сфері охорони здоров'я України. *Інтегративна антропологія*. 2016. №2. С.33-40.
40. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 6. С. 315-320.
41. 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.
42. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL.: <https://phc.org.ua/regionalni-sistemi-gromadskogo-zdorovya/gromadske-zdorovya-ukraini-profil-regioniv>
43. Чеховська І. В. Аналіз тенденцій та детермінанти медичної бідності в Україні. *Ірпінський юридичний часопис: науковий журнал*. 2025. Вип. 1. С.149-164.
44. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2022. № 4. С. 80-86.
45. Шелєміна Н.І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. №5. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2691/2605>

46. Шимечко О.С. Значення територіальних громад в удосконаленні діяльності медико-лікарняних установ в умовах правового режиму воєнного стану в Україні. *Таврійський науковий вісник «Публічне управління та адміністрування»*. 2025. №1. С.102-107.

47. Що варто знати про передачу районних лікарень громадам: підсумки відкритого діалогу / Децентралізація. URL.: <https://decentralization.gov.ua/news/13116>

48. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377>

49. Юнгер В. І. Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я (загальні положення). *Економіка, управління та адміністрування*. 2024. № 1. С. 199-206.

50. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. № 2. С. 127-138.

51. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток : електрон. вид. 30.11.2018. № 11. URL.: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>

52. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. URL: <http://www.commonwealthfund.org>

53. Protecting Health Care. Key recommendations. International Committee of the Red Cross, April 2016. URL: <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook/protecting-health-care-key-recommendations.html>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Через уживання:		Взято під нагляд з уперше встановленим діагнозом	% серед вперше виявлених в етіологічній структурі	Перебуває під наглядом на кінець звітного року	% в етіологічній структурі серед осіб, що перебувають під наглядом	Охоплені лікуванням, усього	% охоплених лікуванням серед осіб під наглядом
алкоголю всього	Україна	38 312	76,08	441 862	82,66	170 073	38,49
	Область	1 763	83,12	20 972	84,67	11 131	53,08
опіоїдів всього	Україна	4 791	9,51	46 306	8,66	22 854	49,35
	Область	115	5,42	1 459	5,89	849	58,19
канабіоїдів всього	Україна	1 409	2,80	14 333	2,68	4 217	29,42
	Область	76	3,58	1 187	4,79	524	44,14
інших психоактивних речовин – всього	Україна	5 845	11,61	32 022	5,99	12 031	37,57
	Область	167	7,87	1 151	4,65	453	39,36
разом	Україна	50 357	100	534 523	100	209 175	39,13
	Область	2 121	100	24 769	100	12 957	52,31

Рис. А-1. Етіологічна структура розладів психіки та поведінки від вживання психоактивних речовин населення Сумської області у 2023р.

Через уживання:		Взято під нагляд з уперше встановленим діагнозом	% серед вперше виявлених в етіологічній структурі	Перебуває під наглядом на кінець звітного року	% в етіологічній структурі серед осіб, що перебувають під наглядом	Охоплені лікуванням, усього	% охоплених лікуванням серед осіб під наглядом
алкоголю всього	Україна	38 312	76,08	441 862	82,66	170 073	38,49
	Область	259	41,37	6 330	76,99	4 355	68,80
опіоїдів всього	Україна	4 791	9,51	46 306	8,66	22 854	49,35
	Область	277	44,25	1 309	15,92	737	56,30
канабіоїдів всього	Україна	1 409	2,80	14 333	2,68	4 217	29,42
	Область	10	1,60	14 2	1,73	77	54,23
інших психоактивних речовин – всього	Україна	5 845	11,61	32 022	5,99	12 031	37,57
	Область	80	12,78	4 41	5,36	441	100
разом	Україна	50 357	100	534 523	100	209 175	39,13
	Область	626	100	8222	100	5 610	68,23

Рис. А-2. Етіологічна структура розладів психіки та поведінки від вживання психоактивних речовин населення Харківської області у 2023р.

ДОДАТОК Б

	Вік							Стать		Тип населеного пункту		Всього
	11 років	12 років	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років	Дівчата	Хлопці	Місто	Село	
Фрукти	60	57	52	51	46	43	42	51	52	51	51	51
Овочі	53	52	49	49	44	44	41	49	48	48	49	48
Солодощі (цукерки, шоколад, тістечка)	50	44	42	40	36	36	33	43	39	42	39	41
Газовані напої, які містять цукор	7	8	10	11	12	13	13	9	11	10	11	10
Газовані напої, які не містять цукру	4	5	5	6	7	7	8	5	6	5	7	6
Енергетичні напої	1	1	2	3	4	5	6	2	4	3	3	3
Знежирене молоко	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4
Цільне молоко	16	13	12	12	10	10	9	10	15	12	14	13
Твердий сир	22	19	18	18	16	14	13	17	18	19	15	17
Кисломолочний сир (творог)	8	6	7	7	7	7	6	6	8	7	8	7
Кефір, ряжанка, йогурт (без додавання цукру)	11	9	8	8	7	7	6	7	9	8	8	8
Яйця	21	20	20	17	17	16	17	16	21	18	18	18
Солодкі молочні десерти, зокрема сиркові маси	10	8	9	9	9	8	9	8	9	9	9	9
М'ясо, страви з м'яса	44	39	39	37	34	35	35	34	42	39	34	38
Сосиски, ковбаси тощо	28	25	23	24	24	23	23	22	27	25	24	25
Риба	6	6	6	7	6	6	7	5	7	6	7	6
Хліб	74	69	67	63	61	61	58	59	72	63	71	66
Горіхи, насіння без додавання солі або цукру	13	12	12	12	10	10	10	11	13	11	13	12
Снеки: чіпси, сухарикки, солоні горішки та насіння	4	5	4	5	6	5	6	4	6	4	6	5

Рис. Б-1. Частка респондентів, які щоденно споживають цей продукт харчування (у%) [3].