МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ПІДПРИЄМНИЦТВА
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему

«Пріоритети відновлення медичної галузі України в умовах військового стану»

на здобуття освітнього ступеня магістра
зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування»

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

_____ Ірина УРУЗБАЄВА
(підпис)

Виконала: здобувачка вищої освіти
гр. ПУДМ-61
Ірина УРУЗБАЄВА

Керівник: доктор наук з державного управління, доцент
Олександр ІГНАТЕНКО

Рецензент: кандидат наук з державного управління, доцент
Володимир МОРОЗ

Київ, 2025

ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
Навчально-науковий інститут менеджменту та підприємництва

Кафедра Публічного управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____ Ірина АНТИПЕНКО
«____» _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Урузбаєвої Ірини Григорівни

1. Тема кваліфікаційної роботи: Пріоритети відновлення медичної галузі України в умовах військового стану

керівник кваліфікаційної роботи Олександр ІГНАТЕНКО, доктор наук з державного управління, к.е.н., доцент, професор кафедри публічного управління та адміністрування

затверджені наказом Державного університету інформаційно-комунікаційних технологій від «___» _____ 2025р. № ___

2. Строк подання кваліфікаційної роботи «___» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи:
   3.1. Магістерська робота виконується на матеріалах офіційних документів та статистики (стратегічні документи України, звіти та аналітика державних органів, документи міжнародних організацій), наукових досліджень (монографії та статті українських дослідників, міжнародні дослідження), нормативно-правових баз, емпіричних даних.
   3.2. Об'єкт дослідження – система публічного управління охороною здоров’я України в умовах воєнного стану.
   3.3. Предмет дослідження – механізми, інструменти та пріоритетні напрями відновлення медичної галузі України в умовах війни.
   3.4 Мета магістерської роботи – розробити та обґрунтувати стратегічні пріоритети відновлення медичної галузі України в умовах військового стану

з акцентом на цифровізації як ключовому інструменті модернізації, враховуючи сучасні виклики, внутрішні ресурси та міжнародну підтримку.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

1. у розділі 1. «Теоретико-методологічні засади відновлення медичної галузі в умовах воєнного стану»:
   - визначити сутність та особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах;
   - встановити історичні аспекти публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах;
   - дослідити методологічні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах;
2. у розділі 2. «Аналіз сучасного стану та проблем відновлення медичної галузі України»:
   - охарактеризувати наслідки воєнних дій на інфраструктуру, кадровий потенціал і фінансування медичної сфери;
   - висвітлити нормативно-правові та інституційні основи функціонування медичної галузі в умовах війни;
   - дослідити зарубіжний досвід управління медичною системою у кризових і воєнних умовах;
3. у розділі 3. «Пріоритети та інноваційні напрями відновлення медичної галузі України»:
   - визначити стратегічні напрями державної політики з відновлення медичної системи України;
   - проаналізувати залучення міжнародної допомоги та інвестицій для відновлення медичної галузі України;
   - визначити роль цифровізації медичної галузі України та інноваційних технологій у процесі її відновлення.

5. Перелік ілюстративного матеріалу: *презентація*

6. Дата видачі завдання «___» _____ 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Аналіз проблеми, що досліджується, обґрунтування концепції та методів дослідження	30.06.2025 - 29.08.2025	Виконано
2.	Виконання науково-дослідних завдань, їх апробація, опис результатів дослідження (основний зміст магістерської роботи – розділи 1, 2, 3)	29.09.2025 – 26.10.2025	Виконано
3.	Формулювання висновків до розділів та загальних висновків магістерської роботи	27.10.2025 – 23.11.2025	Виконано
4.	Оформлення кваліфікаційної роботи, підготовка доповіді/презентації на захист	24.11.2025 – 01.12.2025	Виконано

Здобувачка вищої освіти _____ Ірина УРУЗБАЄВА

Керівник
кваліфікаційної роботи _____ Олександр ІГНАТЕНКО

РЕФЕРАТ

Текстова частина кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня магістра: 132 стор., 7 рис., 10 табл., 78 джерел.

Мета роботи – розробити теоретичні та практичні рекомендації щодо визначення та реалізації пріоритетів відновлення медичної галузі України, враховуючи сучасні виклики військового часу, внутрішні ресурси та міжнародну підтримку.

Об'єкт дослідження – процеси публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах військового стану та постконфліктного відновлення.

Предмет дослідження – пріоритетні напрями, інструменти та механізми державної політики з відновлення медичної галузі України, спрямовані на забезпечення стійкості, якості та доступності медичних послуг.

Короткий зміст роботи:

Магістерська робота присвячена дослідженню стратегічних пріоритетів відновлення медичної галузі України в умовах військового стану. Для досягнення поставленої мети розв'язано низку завдань, що послідовно висвітлені у трьох розділах:

Досліджено теоретико-методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах, включаючи історичні аспекти та методологічні основи кризового управління у галузі (Розділ 1).

Проведено аналіз сучасного стану та проблем відновлення медичної галузі (Розділ 2), зокрема:

Оцінено вплив воєнних дій на інфраструктуру, кадровий потенціал та фінансування.

Систематизовано нормативно-правові та інституційні основи функціонування медичної галузі в умовах воєнного стану.

Проаналізовано зарубіжний досвід управління медичною системою у кризових і воєнних умовах та визначено можливості його адаптації в Україні.

Окреслено стратегічні пріоритети та інноваційні напрями відновлення медичної галузі (Розділ 3):

Сформульовано стратегічні напрями державної політики з відновлення медичної системи, що відповідають принципу «Build Back Better».

Обґрунтовано необхідність запровадження міжнародного партнерства у процесі відновлення медичної галузі України.

Доведено, що інноваційні технології та цифровізація системи охорони здоров’я є ключовим інструментом для її сталого відновлення.

Висновки:

Результати дослідження дозволяють сформувати комплексний, науково обґрунтований підхід до визначення пріоритетів відновлення медичної галузі України, акцентуючи на залученні міжнародного партнерства та цифровій трансформації. Робота має вагоме теоретичне та практичне значення і може бути використана органами публічного управління для розробки стратегій відновлення та підвищення стійкості системи охорони здоров’я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ’Я, ВІДНОВЛЕННЯ, МІЖНАРОДНЕ ПАРТНЕРСТВО, ЦИФРОВІЗАЦІЯ, ВІЙСЬКОВИЙ СТАН.

ABSTRACT

Text part of the master's qualification work: 132 pages, 7 pictures, 10 tables, 78 sources.

The purpose of the work is to develop theoretical and practical recommendations regarding the definition and implementation of priorities for the recovery of the healthcare sector of Ukraine, taking into account the modern challenges of wartime, internal resources, and international support.

Object of research – processes of public administration in the healthcare sector under conditions of martial law and post-conflict recovery.

Subject of research – priority directions, instruments, and mechanisms of state policy for the recovery of the healthcare sector of Ukraine, aimed at ensuring the resilience, quality, and accessibility of medical services.

Summary of the work:

The master's thesis is devoted to the research of strategic priorities for the recovery of the healthcare sector of Ukraine under martial law conditions. To achieve the set goal, a number of tasks were solved, consecutively highlighted in three sections:

Theoretical and methodological principles of public administration in the healthcare sector in crisis conditions were investigated, including historical aspects and methodological foundations of crisis management in the industry (Section 1).

An analysis of the current state and problems of recovery of the medical industry was conducted (Section 2), in particular:

the impact of hostilities on infrastructure, human potential, and financing was assessed;

regulatory and institutional foundations for the functioning of the medical industry under martial law were systematized;

foreign experience in managing the medical system in crisis and war conditions was analyzed, and possibilities for its adaptation in Ukraine were determined.

Strategic priorities and innovative directions for the recovery of the medical industry were outlined (Section 3):

strategic directions of state policy for the recovery of the medical system corresponding to the 'Build Back Better' principle were formulated;

the necessity of introducing international partnership in the process of recovery of the healthcare sector of Ukraine was substantiated;

it was proven that innovative technologies and digitalization of the healthcare system are key instruments for its sustainable recovery.

Conclusions:

The results of the study allow forming a comprehensive, scientifically grounded approach to determining the priorities for the recovery of the healthcare sector of Ukraine, emphasizing the involvement of international partnership and digital transformation.

KEYWORDS: PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTHCARE, RECOVERY, INTERNATIONAL PARTNERSHIP, DIGITALIZATION, MARTIAL LAW.

ЗМІСТ

ВСТУП……....11

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади відновлення медичної галузі в умовах воєнного стану ……..…...15

1.1 Сутність та особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах ……..….15

1.2 Історичні аспекти публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах …….…..26

1.3 Методологічні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах ……..……..…31

Висновки до розділу 1. …….……..…...41

РОЗДІЛ 2. Аналіз сучасного стану та проблем відновлення медичної галузі України ……..……43

2.1 Вплив воєнних дій на інфраструктуру, кадровий потенціал і фінансування медичної сфери ….……..…..…....43

2.2 Нормативно-правові та інституційні основи функціонування медичної галузі в умовах воєнного стану ….……..……65

2.3 Зарубіжний досвід управління медичною системою у кризових і воєнних умовах та можливості його адаптації в Україні ……....77

Висновки до розділу 2. ….……...…….…...85

РОЗДІЛ 3. Пріоритети та інноваційні напрями відновлення медичної галузі України ……..…86

3.1 Стратегічні напрями державної політики з відновлення медичної системи України …....……86

3.2 Запровадження міжнародного партнерства у процесі відновлення медичної галузі України …..……..…….…….97

3.3 Інноваційні технології та цифровізація системи охорони здоров'я як інструмент відновлення медичної галузі України ……..101

Висновки до розділу 3. …..…..……...…128

ВИСНОВКИ ……..……..……130

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……...…133

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна, розпочата російською федерацією проти України у 2022 році, завдала нищівного удару по всіх ланках медичної інфраструктури, спричинила масштабні руйнування, кадрові втрати та кризу управління. Знищення лікарень, евакуація медичного персоналу, нестача обладнання, перебої у постачанні медикаментів і зростання кількості поранених - усе це створило безпрецедентне навантаження на медичну систему. Водночас війна стала каталізатором переосмислення ролі держави у сфері охорони здоров'я, необхідності стратегічного управління та впровадження нових підходів до відновлення галузі. Саме тому проблема відновлення медичної системи України в умовах воєнного стану є однією з найактуальніших у сучасній науковій і практичній площині.

Актуальність теми полягає у тому, що від стану медичної галузі безпосередньо залежить збереження життя населення, рівень національної безпеки та соціальна стабільність держави. В умовах війни охорона здоров'я виконує не лише гуманітарну функцію, а й стратегічну - забезпечення життєздатності суспільства, медичної підтримки Збройних Сил України, швидкого реагування на надзвичайні ситуації та наслідки бойових дій. Водночас руйнування інфраструктури, кадрова міграція, дефіцит фінансів і обмеженість ресурсів ставлять перед системою безпрецедентні виклики. Вирішення цих проблем вимагає ефективного публічного управління, комплексної державної політики, впровадження цифрових технологій, міжнародного партнерства та інноваційних підходів до відновлення медичних закладів.

Крім того, актуальність дослідження зумовлена необхідністю узгодження національної системи охорони здоров'я з європейськими стандартами. Україна, прагнучи інтегруватися у спільний медичний простір ЄС, має адаптувати моделі управління, підходи до фінансування, систему захисту критичної медичної інфраструктури та цифрові інструменти моніторингу. У цьому контексті аналіз світового досвіду управління медичними системами у кризових умовах набуває

особливого значення, оскільки дозволяє використати найкращі практики для побудови стійкої, гнучкої та інноваційної моделі відновлення української медицини.

Розробкою даної проблеми займалося багато науковців, представники різних галузей науки. Наукові праці таких дослідників, як Дейл Е., Дмитрієв Д., Дуліба Ю., Кройтор В., Мельник О.Г., Новак Я., Півень Д., Теремецький В. та Ус Я., містять ґрунтовні теоретичні та практичні напрацювання, спрямовані на дослідження різних аспектів цієї тематики.

Але, незважаючи на це, сьогодні існує потреба у дослідженні, яке б узагальнило, систематизувало існуючі відомості з даної проблеми.

Враховуючи все вищесказане, нами і була обрана тема магістерської роботи: «Пріоритети відновлення медичної галузі України в умовах військового стану».

Об'єкт дослідження – система публічного управління охороною здоров'я України в умовах воєнного стану.

Предмет – механізми, інструменти та пріоритетні напрями відновлення медичної галузі України в умовах війни, зокрема управлінські, організаційні, фінансові, інституційні та технологічні аспекти.

Мета роботи - теоретичне обґрунтування та практичний аналіз пріоритетів відновлення медичної галузі України в умовах воєнного стану, визначення основних напрямів державної політики, інноваційних підходів і механізмів підвищення стійкості системи охорони здоров'я.

Відповідно до мети були визначені наступні **завдання**:

розкрити сутність і специфіку публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах;

1) проаналізувати нормативно-правові та інституційні засади функціонування медичної галузі в умовах воєнного стану;
2) дослідити зарубіжний досвід управління медичними системами у кризових і воєнних умовах та можливості його адаптації в Україні;

3) оцінити вплив воєнних дій на інфраструктуру, кадровий потенціал і фінансування медичної сфери;
4) визначити стан і проблеми відновлення зруйнованих та пошкоджених медичних закладів;
5) проаналізувати труднощі ідентифікації та реєстрації об’єктів критичної медичної інфраструктури;
6) обґрунтувати стратегічні напрями державної політики щодо відновлення медичної системи України;
7) визначити роль цифровізації, міжнародного партнерства та інноваційних технологій у процесі відбудови медичної галузі;
8) розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності управління системою охорони здоров’я у післявоєнний період.

Для розв’язання поставлених завдань нами були використані такі **методи дослідження**: У дослідженні використано загальнонаукові методи: аналіз і синтез - для визначення структури проблеми та систематизації інформації; індукцію і дедукцію - для формулювання закономірностей розвитку галузі; порівняльний метод - для аналізу зарубіжного досвіду; історико-логічний метод - для вивчення еволюції системи управління охороною здоров’я; методи статистичного аналізу - для оцінки наслідків воєнних дій; а також аналітичне моделювання - для прогнозування сценаріїв відновлення медичної системи.

Наукова новизна. Наукова новизна роботи полягає у комплексному підході до визначення пріоритетів відновлення медичної галузі в умовах воєнного стану. Уперше обґрунтовано концепцію «інтегрованого відновлення» медичної системи, що поєднує три ключові складові: публічно-управлінську, інституційно-правову та технологічно-інноваційну. Запропоновано удосконалену модель державного управління у сфері охорони здоров’я, яка базується на принципах стійкості, гнучкості та цифрової інтеграції. Науково обґрунтовано необхідність створення єдиного національного реєстру об’єктів критичної медичної інфраструктури та формування електронної системи стратегічного планування відновлення галузі. Визначено пріоритети державної

політики у післявоєнний період: відновлення кадрового потенціалу, цифровізація процесів управління, міжнародна інтеграція, впровадження інноваційних технологій і побудова системи медичної безпеки.

Практичне значення. Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для формування державних і регіональних програм з відновлення медичної інфраструктури, розробки політичних стратегій у сфері охорони здоров'я, удосконалення механізмів управління у кризових умовах та підвищення ефективності публічного адміністрування. Запропоновані рекомендації можуть бути використані Міністерством охорони здоров'я України, місцевими органами влади, закладами охорони здоров'я, а також міжнародними організаціями, які беруть участь у відновленні української медичної системи.

Робота може бути використана студентами ВНЗ для підготовки до семінарських занять, також може бути використана викладачами для проведення лекції, практик тощо.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що містить 78 найменуваннь. Повний обсяг роботи: 142 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВІДНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1 Сутність та особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах

Питання ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану нині посідає провідне місце у фокусі наукових дискусій як в Україні, так і за її межами. Актуальність цієї проблематики зумовлюється тим, що сучасні глобальні кризи та збройні конфлікти суттєво впливають на функціонування національних систем охорони здоров'я, змушуючи держави шукати нові управлінські підходи для забезпечення стійкості медичної інфраструктури, збереження життя людей і підтримки належного рівня медичних послуг. Публічне управління у воєнний період має реагувати на складні та динамічні виклики, серед яких руйнування лікарень, дефіцит кадрів, порушення логістичних ланцюгів постачання ліків, а також масове переміщення населення, що ускладнює планування та розподіл ресурсів [24, с. 54].

За спостереженнями І. А. Голованова та А. С. Шевченко, однією з ключових передумов ефективного управління в охороні здоров'я під час воєнних дій є трансформація нормативно-правового забезпечення системи, яка повинна гнучко адаптуватися до умов надзвичайних ситуацій. Науковці наголошують, що чинна законодавча база часто не враховує непередбачуваність і швидкоплинність воєнних подій, тому державні управлінські рішення мають бути максимально оперативними, відповідати актуальним загрозам і сприяти стабільному функціонуванню галузі. Під час війни держава стикається не лише з необхідністю відновлення зруйнованих закладів охорони здоров'я, а й із завданням забезпечення їх мінімально необхідними ресурсами, створенням умов для роботи медичного персоналу та налагодженням координації між цивільними й військовими структурами охорони здоров'я.

Особливої уваги заслуговують питання організації медичної допомоги у прифронтових районах та на тимчасово окупованих територіях. Вчені Л. О. Гостін та Л. С. Рубінштейн у своїх дослідженнях зазначають, що у сучасних умовах однією з найважливіших форм реформування системи охорони здоров'я є створення мобільних госпіталів і спеціалізованих медичних підрозділів, здатних швидко переміщуватися та забезпечувати надання допомоги у зонах бойових дій. Такі структури дозволяють не лише рятувати життя, але й компенсувати недоступність стаціонарних лікарень у районах активних обстрілів. Мобільні бригади екстреної допомоги стають інструментом оперативного реагування, їхнє функціонування сприяє мінімізації людських втрат та підвищує рівень довіри населення до державних інститутів.

Подібної думки дотримується й український дослідник О. Красівський, який підкреслює, що створення розгалуженої системи мобільних медичних підрозділів є не лише короткостроковим заходом реагування, але й стратегічним напрямом розвитку національної системи охорони здоров'я. Він акцентує увагу на тому, що мобільні госпіталі мають бути забезпечені сучасним обладнанням, автономними джерелами енергії та засобами зв'язку, що дозволить їм ефективно функціонувати навіть у разі відсутності центральної інфраструктури. Водночас формування таких структур потребує належної підготовки медичного персоналу, чіткого регламенту взаємодії між різними підрозділами системи охорони здоров'я та гнучкого управлінського контролю [11, с. 30].

Не менш важливою проблемою є питання збереження та відновлення критичної медичної інфраструктури. Руйнування лікарень, лабораторій, аптечних складів і центрів донорства ставить під загрозу забезпечення населення життєво необхідними медичними послугами. Тому на рівні державної політики пріоритетним напрямом визначається створення механізмів резервування, дублювання та захисту таких об'єктів. Публічне управління має передбачати реалізацію комплексних заходів із моніторингу стану медичних закладів, розроблення систем раннього попередження про загрози, а також формування стратегічних запасів ліків і медичного обладнання.

Окрему роль у стабілізації системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану відіграє фінансування. Як зазначають В. Шандрик та І. Жебелєв, бюджетна політика у сфері охорони здоров'я під час війни має зосереджуватися не лише на покритті поточних витрат, але й на формуванні спеціальних фондів для швидкого реагування на надзвичайні обставини. Найвагомішим напрямом державного фінансування є програма медичних гарантій, яка забезпечує доступ громадян до базових медичних послуг навіть у регіонах, де традиційна система охорони здоров'я тимчасово не функціонує. Її реалізація дозволяє утримувати базовий рівень медичного захисту та забезпечує стабільність фінансових потоків у системі [42, с. 48].

Питання мобілізації ресурсів та модернізації управлінських механізмів в умовах війни ґрунтовно досліджують Ю. Дорош і Ш. Ібатуллін. Вони наголошують на необхідності гнучкого реформування управлінських структур, здатних швидко реагувати на зміни ситуації та приймати рішучі дії без надмірної бюрократії. За їхніми висновками, важливо не лише адаптувати нормативну базу, а й змінювати саму філософію публічного управління у сфері охорони здоров'я - від централізованого до адаптивного, зосередженого на швидкому ухваленні рішень, взаємодії між різними рівнями влади та використанні сучасних цифрових інструментів.

В умовах воєнних дій ключового значення набуває створення ефективної системи медичної евакуації. Вона покликана забезпечити своєчасне транспортування поранених і хворих із зон бойових дій до безпечних регіонів, де вони можуть отримати кваліфіковану допомогу. Така система включає не лише транспортні засоби, але й координаційні центри, інформаційно-комунікаційні технології, логістичні маршрути та систему оповіщення. Забезпечення медичних бригад необхідними ресурсами, паливом, медикаментами та засобами зв'язку визначається одним із ключових показників ефективності державного управління в галузі охорони здоров'я у кризовий період.

Згідно з аналітичними спостереженнями С. Власенка, сучасна модель управління системою охорони здоров'я у кризових ситуаціях має спиратися на

комплексний і багаторівневий підхід, що поєднує відновлення зруйнованих медичних об’єктів, оптимізацію існуючої мережі лікувальних установ і створення мобільних, компактних медичних центрів, здатних забезпечувати невідкладну допомогу навіть у зонах підвищеної небезпеки. Такі об’єкти, на думку дослідника, стають ядром нової архітектури стійкої медичної системи, оскільки дозволяють ефективно реагувати на загрози, зменшувати втрати серед населення та підтримувати безперервність надання медичних послуг.

Модернізація інфраструктури розглядається не лише як реакція на руйнування, спричинені бойовими діями, а й як превентивний захід, що створює основу для довгострокової стійкості системи. Вона передбачає інтеграцію сучасних технологій, розвиток телемедицини, децентралізацію медичних потужностей і створення гнучкої логістичної мережі постачання ресурсів. Таким чином, оновлення медичної інфраструктури сприяє не лише відновленню після війни, але й підвищенню готовності до майбутніх кризових викликів, зокрема природних катастроф або епідемій [39, с. 64].

Особлива увага приділяється логістиці постачання медикаментів і медичних товарів, адже навіть найсучасніша лікарня не здатна функціонувати без стабільних поставок необхідних матеріалів. У період активних бойових дій або блокування транспортних артерій саме налагодження сталих логістичних маршрутів і створення запасів медикаментів у регіональних хабах стає питанням національної безпеки. Науковці зазначають, що система постачання медичних засобів має бути не централізованою, а гнучкою та багатоканальною, з можливістю швидкого переорієнтування маршрутів у разі загрози. Формування «зелених коридорів» для транспортування ліків і медичного обладнання є важливим напрямом державної політики, що забезпечує безперервність роботи системи охорони здоров’я навіть за умов воєнного стану.

Таблиця 1.1.

Особливості публічного управління у сфері охорони здоров’я в умовах кризових ситуацій

Ключовий аспект	Зміст особливості	Практичні наслідки для системи охорони здоров’я
Оперативність управлінських рішень	Необхідність швидкого прийняття рішень та адаптації до змінних умов	Скорочення бюрократичних процедур, пришвидшення реагування на загрози
Гнучкість системи управління	Перехід до адаптивних моделей управління, що дозволяють змінювати стратегії	Підвищення стійкості системи, можливість швидкої перебудови ресурсів
Централізація та координація	Посилення ролі центральних органів влади у координації медичних закладів	Узгодженість дій, мінімізація дублювання функцій
Розширення міжвідомчої взаємодії	Тісна співпраця між МОЗ, Міноборони, МВС, ДСНС та місцевою владою	Підвищення ефективності реагування на надзвичайні ситуації
Управління ресурсами в умовах дефіциту	Перерозподіл медичних кадрів, обладнання, медикаментів між регіонами	Оптимізація використання обмежених ресурсів, забезпечення пріоритетних напрямів
Розвиток цифрових інструментів	Активізація телемедицини, електронного	Забезпечення безперервності медичних

	документообігу та дистанційного контролю	послуг навіть в умовах ризику
Підсилення кризових комунікацій	Забезпечення прозорості інформації, інформування населення про ризики і дії	Зниження паніки, підвищення довіри до органів влади
Стратегічне планування відновлення	Формування довгострокових стратегій відновлення системи охорони здоров’я після кризи	Забезпечення стабільного функціонування галузі та підготовки до майбутніх загроз

Водночас надзвичайно складним завданням для держави є управління фінансовими потоками у сфері охорони здоров’я під час війни. Система фінансування медичних закладів потребує не лише стабільності, але й здатності швидко адаптуватися до змінних обставин. У періоди кризи пріоритети витрат державного бюджету змінюються, і це потребує чіткої стратегії розподілу ресурсів між оборонною сферою, гуманітарною допомогою та охороною здоров’я.

Як зазначає О. Ковалишин, одним із ключових напрямів бюджетного фінансування у 2023 році залишалася програма медичних гарантій, яка забезпечує безоплатний доступ громадян до основних медичних послуг навіть у регіонах, де інфраструктура зазнала значних пошкоджень. Значне збільшення обсягів фінансування цієї програми стало вимушеним кроком держави для підтримки функціонування лікарень, виплат медичним працівникам і покриття вартості лікування поранених військовослужбовців та цивільних. Водночас акцент робиться не лише на лікуванні, але й на профілактичних заходах,

спрямованих на недопущення поширення інфекцій, що є особливо актуальним у місцях масового розміщення внутрішньо переміщених осіб [40, с. 53].

Науковці М. Шевлін і П. Хайленд підкреслюють, що система фінансового забезпечення галузі має враховувати реальні потреби постраждалих регіонів, а не спиратися лише на централізовані показники розподілу бюджету. Вони зазначають, що пріоритети мають визначатися на основі моніторингу епідеміологічної ситуації, демографічних змін і кількості поранених або хворих осіб. Тільки в такий спосіб можна досягти справедливого й ефективного використання фінансових ресурсів. Окрім того, вчені звертають увагу на необхідність залучення міжнародної фінансової допомоги, грантів та благодійних фондів, що можуть компенсувати нестачу бюджетних коштів і забезпечити сталий розвиток системи охорони здоров’я навіть у період воєнних дій.

Питання прозорості використання фінансів також стоїть на порядку денному. В умовах підвищеної соціальної напруги громадськість очікує чіткого звітування щодо того, як саме розподіляються державні кошти. Тому вчені пропонують запровадження цифрових платформ моніторингу бюджетних витрат, які дозволять відстежувати ефективність використання коштів у реальному часі та знизити рівень корупційних ризиків.

Після оголошення Указу Президента України № 64 від 24 лютого 2022 року «Про введення воєнного стану в Україні» система охорони здоров’я країни була оперативно переведена в режим надзвичайного функціонування. Уже того ж дня Міністерство охорони здоров’я України (МОЗ) ухвалило наказ № 374, який визначив комплекс тимчасових організаційно-медичних заходів, спрямованих на підготовку медичних закладів до роботи в умовах військових дій. Основною метою документа стало забезпечення готовності лікувальних установ до прийому великої кількості постраждалих від бойових дій, координації екстреної допомоги та раціонального використання наявних ресурсів [28, с. 75].

У наказі зазначалося про необхідність тимчасового призупинення планових госпіталізацій і процедур, які не є життєво необхідними, аби звільнити

медичний персонал та ліжковий фонд для надання допомоги пораненим. Крім того, передбачалося формування додаткових хірургічних бригад, здатних працювати в умовах підвищеного навантаження, а також забезпечення лікарень необхідними медикаментами, засобами гемостазу та евакуаційним транспортом. МОЗ також повідомило про введення стандартних операційних протоколів реагування, створення резервів медичного персоналу та визначення лікарень, які мали забезпечувати надання невідкладної допомоги у найгарячіших регіонах.

Особлива увага приділялася продовженню надання медичних послуг у критично важливих напрямках - акушерстві, онкології, паліативній допомозі та догляді за хронічно хворими пацієнтами. Міністерство охорони здоров'я наголосило, що навіть у воєнних умовах не може бути зупинено функціонування медичних відділень, які забезпечують збереження життя у складних або невиліковних випадках. Такий підхід дозволив уникнути повного колапсу медичної системи та зберегти базові стандарти лікування в умовах збройної агресії.

Паралельно вивчення оновленої нормативно-правової бази дало можливість уточнити поняття «кластерний заклад охорони здоров'я» і «надкластерний заклад охорони здоров'я», які стали ключовими елементами нової системи управління медичними послугами під час воєнного стану. Кластерні медичні установи визначено як мережу багатопрофільних закладів, що покривають потреби населення певного госпітального району, забезпечуючи надання первинної, невідкладної та планової допомоги. Їх діяльність координується за напрямами, встановленими Кабінетом Міністрів України, а головним завданням є оперативне реагування на локальні медичні виклики [31, с. 79].

Надкластерні заклади охорони здоров'я, у свою чергу, виконують функцію регіональних або міжрегіональних центрів, що спеціалізуються на лікуванні складних, рідкісних чи критичних випадків, які потребують високотехнологічного обладнання або вузькоспеціалізованих знань. Вони мають розширені матеріальні, кадрові та технологічні можливості, здатні приймати

пацієнтів з усього госпітального округу, а також забезпечують науково-методичну підтримку для інших лікарень свого кластера. Такий підхід дозволяє зменшити навантаження на місцеві заклади та оптимізувати використання медичних ресурсів, що особливо важливо в умовах нестачі персоналу та медикаментів.

Прийняття зазначених рішень було обумовлено реаліями воєнного часу, коли різко зросла кількість поранених і травмованих громадян, збільшилася потреба у проведенні реконструктивних операцій, пересадженні шкірних покривів, лікуванні опіків і полікоморбідних станів. Через складнощі логістики та обмежені можливості транспортування пацієнтів МОЗ рекомендувало активніше впроваджувати телемедичні технології. Вони дозволили забезпечити дистанційні консультації, діагностику, моніторинг стану хворих та проведення медико-соціальної експертизи навіть без фізичної присутності пацієнтів у лікарні. Такий підхід став одним із ключових рішень, що сприяли підтриманню безперервності медичного обслуговування в умовах бойових дій.

Важливою складовою державного управління залишалося чітке розмежування повноважень між центральними і місцевими органами влади. Відповідно до положень Закону України «Про місцеві державні адміністрації» (статті 13, 18, 22), саме місцеві адміністрації відповідають за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я на відповідних територіях, забезпечують виконання рішень уряду, а також здійснюють контроль за дотриманням законодавства медичними установами. У їхній структурі функціонують спеціалізовані управління або відділи охорони здоров’я, які координують роботу лікарень, контролюють розподіл фінансів і ресурсів, організовують евакуацію пацієнтів та взаємодіють із військовими адміністраціями [34, с. 68].

Адміністративна структура центральних органів виконавчої влади в Україні може функціонувати за двома основними моделями організації. Перша модель передбачає ієрархічну побудову через відповідні структурні підрозділи місцевих державних адміністрацій, які діють під безпосереднім контролем та

звітністю перед профільними міністерствами або іншими центральними виконавчими органами. Такий підхід дозволяє забезпечити єдність управлінських рішень і водночас враховувати регіональні особливості у процесі реалізації державної політики. Друга модель полягає у створенні територіальних представництв - спеціалізованих підрозділів центральних органів виконавчої влади, що діють безпосередньо в регіонах та адміністративно-територіальних одиницях як продовження державної вертикалі на місцях.

У системі охорони здоров'я до таких територіальних утворень належать, зокрема, обласні управління державного контролю за обігом лікарських засобів, медичних виробів та прекурсорів, а також міжрегіональні департаменти Національної служби здоров'я України (НСЗУ), які мають повноваження одночасно на території кількох областей. Їхня діяльність забезпечує реалізацію державних програм, здійснення контролю за дотриманням фармацевтичного законодавства, а також координацію фінансування медичних послуг у межах державних гарантій.

Законодавство України визначає, що взаємодія між місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування має будуватися на принципах співпраці та розподілу повноважень. Місцеві державні адміністрації виступають своєрідним «з'єднувальним ланцюгом» між центральною владою та органами самоврядування, забезпечуючи реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та контроль за її виконанням на місцях. Це дозволяє підтримувати стабільність управлінських процесів і гарантує дотримання єдиних стандартів медичної допомоги на всій території держави [27, с. 67].

Відповідно до положень Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», компетенція органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я реалізується через рішення місцевих рад, їхні виконавчі комітети, а також через діяльність голів сіл, селищ і міст. Водночас безпосереднє управління комунальними медичними установами належить саме виконавчим органам рад. Згідно зі статтею 32 зазначеного закону, до їхніх завдань входить управління закладами охорони здоров'я, координація надання медичних послуг населенню,

а також подання пропозицій щодо видачі ліцензій на здійснення індивідуальної медичної практики.

На рівні районів і областей ситуація дещо інша, оскільки там відсутні власні виконавчі органи місцевого самоврядування. У таких випадках їхні функції виконують місцеві державні адміністрації, які діють від імені держави, забезпечують координацію діяльності лікарень, контролюють розподіл бюджетних коштів, реалізують рішення місцевих рад і здійснюють контроль за ефективністю використання ресурсів. Керівники закладів охорони здоров'я, які призначаються відповідними органами влади, виконують представницькі та адміністративні функції, але не мають статусу органів публічного управління - вони діють як уповноважені посадові особи, відповідальні за організацію роботи медичного закладу.

Попри реформування та певні успіхи у децентралізації управління, система охорони здоров'я України й надалі стикається з низкою серйозних проблем. Серед основних викликів - хронічна нестача фінансування, що ускладнює оновлення матеріально-технічної бази лікарень, дефіцит кваліфікованого медичного персоналу, особливо у віддалених регіонах, а також недостатня інтеграція інноваційних технологій у практику лікування та адміністрування медичних процесів. Усе це вимагає комплексного перегляду підходів до управління та ефективнішої взаємодії між усіма рівнями влади.

Для подолання зазначених бар'єрів та підвищення результативності медичної галузі Україна повинна продовжувати системну реформу публічного управління у сфері охорони здоров'я. Ключовими напрямами вдосконалення є підвищення рівня фінансування галузі, запровадження цифрових технологій у медичну практику, розширення можливостей електронного документообігу, розвиток телемедицини, забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг у містах і селах, а також постійне професійне зростання медичних працівників [42, с. 58].

Таким чином, публічне управління охороною здоров'я в Україні перебуває у процесі глибокої трансформації, яка поєднує інституційне оновлення,

модернізацію управлінських механізмів та цифрову трансформацію галузі. Попри наявні труднощі, проведені реформи вже продемонстрували позитивний вплив - зокрема, покращення координації між різними рівнями влади, підвищення прозорості фінансування та часткову оптимізацію мережі медичних закладів. Однак для досягнення сталого розвитку необхідне подальше вдосконалення управлінських процесів, розширення кадрового потенціалу та створення гнучкої системи реагування на виклики. Від того, наскільки ефективно буде вибудувана система публічного управління, залежить якість, стабільність і доступність медичної допомоги для кожного громадянина України.

1.2 Історичні аспекти публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах

Історичні аспекти публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах в Україні охоплюють тривалий і складний процес трансформації державних інституцій, управлінських моделей та організаційних механізмів реагування на загрози різного походження. Цей процес формувався під впливом воєн, епідемій, соціально-економічних трансформацій та політичних змін, що відбувалися на українських землях упродовж століть. Розуміння історичної еволюції системи управління охороною здоров'я дозволяє не лише простежити витоки сучасних управлінських практик, а й визначити модельні слабкі місця, які проявляються в кризові періоди, зокрема в умовах воєнного стану.

Перші підвалини публічного управління у сфері охорони здоров'я закладалися ще в козацьку добу, коли питання турботи про поранених та хворих воїнів набували вагомого військово-стратегічного значення. У Запорозькій Січі сформувалися прообрази організованої медичної служби: існували «шпиталі», де козаки отримували лікування та догляд, а їх утримання забезпечувалося за

рахунок кошів і громад. Хоча ці інституції не були державно-адміністративними у сучасному розумінні, вони заклали важливу традицію - відповідальність громади й військово-політичного керівництва за здоров'я захисників. Уже на цьому етапі простежується закономірність: система медичного забезпечення в кризових умовах ґрунтувалася на поєднанні самоврядування, колективної відповідальності та функціональної автономії окремих підрозділів [34, с. 56].

Період перебування українських земель у складі Російської та Австро-Угорської імперій характеризувався централізацією управління й запровадженням перших державних механізмів регламентації медичної допомоги. В Австро-Угорщині діяла розгалужена мережа шпиталів, обов'язкових для військових та цивільних структур, а система підготовки лікарів і санітарів здійснювалася на університетському рівні. У Російській імперії контроль над охороною здоров'я був жорстко централізований, а в умовах воєн XIX століття (зокрема Кримської війни) формувалися санітарні комісії та військово-польові служби. Попри імперські обмеження, на українських землях поступово формувалися основи державного підходу до боротьби з епідеміями, організації військової медицини та створення санітарно-гігієнічних нормативів.

З проголошенням незалежності Української Народної Республіки у 1917 році з'явилася можливість створити власну систему державного управління охороною здоров'я. УНР уперше інституціоналізувала Міністерство народного здоров'я, яке мало забезпечувати санітарні заходи, організацію шпиталів, підготовку медичного персоналу й боротьбу з епідеміями, що поширилися внаслідок Першої світової війни. Втім, через тривалу війну, нестачу ресурсів і політичну нестабільність реформа так і не була завершена. Проте цей період важливий тим, що заклав ідеологічні основи сучасної української системи охорони здоров'я як ключової сфери державної відповідальності.

Радянський етап розвитку характеризувався жорсткою централізацією системи охорони здоров'я на основі моделі Семашка, побудованої на принципах повної державної відповідальності, планового фінансування, безоплатності медичної допомоги та ієрархічності управління. Ця модель мала значні переваги

в кризових умовах, оскільки передбачала розгалужену мережу лікарень і поліклінік, централізовані резерви лікарських засобів і спеціалізовані служби цивільної оборони та військової медицини. У період Другої світової війни саме високий рівень організації медичної служби Червоної армії дозволив забезпечити масовий евакуаційний, шпитальний та реабілітаційний потенціал. Однак надмірна централізація, відсутність гнучкості та недопущення приватного сектору спричинили довготривале збереження структурних диспропорцій, які стали помітними після розпаду СРСР [9, с. 49].

Здобуття незалежності у 1991 році ознаменувало початок трансформації управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я. Україна успадкувала розгалужену, але неефективну централізовану систему, яка мала забезпечувати надання допомоги в умовах економічної кризи початку 1990-х років. Публічне управління в цей період характеризувалося фрагментарними змінами, низьким фінансуванням, браком чіткої стратегії розвитку та слабкою координацією між державними інституціями. Водночас саме в цей період закладалися основи сучасного законодавства у сфері охорони здоров'я, зокрема нормативи, які регламентували санітарно-епідеміологічну службу, службу медицини катастроф та систему цивільного захисту.

Кризові події 2000-х років, зокрема епідемія грипу H1N1, висвітлили необхідність модернізації системи оперативного реагування й показали слабкі місця у сфері управління епідеміологічними ризиками. На цьому етапі почали впроваджуватися міжнародні підходи, включаючи рекомендації ВООЗ, щодо моніторингу захворювань, інфекційного контролю та механізмів міжсекторальної координації. Поступово розвивалася система екстреної медицини, яка стала особливо важливою в наступні роки.

З початком збройного конфлікту на сході України у 2014 році сфера публічного управління охороною здоров'я знову опинилася в умовах масштабної кризи. Перед системою постали нові виклики: забезпечення медичного супроводу бойових дій, організація евакуації поранених, створення військово-цивільних адміністрацій, інтеграція волонтерського руху у державні механізми,

підготовка медиків тактичного рівня та налагодження логістики постачання засобів порятунку. З'явилася потреба у глибокій переорієнтації системи управління, яка мала перейти від бюрократичної ієрархії до кризово-орієнтованої моделі, що базується на адаптивності, швидкості ухвалення рішень та взаємодії багатьох акторів [23, с. 78].

Одним із ключових здобутків цього періоду стало впровадження реформ первинної медичної допомоги та створення Національної служби здоров'я України, що забезпечила новий механізм фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Хоча реформа мала мирний характер, її інституційна логіка - децентралізація, автономізація медичних закладів, орієнтація на ефективність - заклала фундамент для більш гнучкого управління системою охорони здоров'я в кризових умовах.

Пандемія COVID-19 стала найбільшим викликом для української медичної системи за роки незалежності до початку повномасштабного вторгнення. Вона продемонструвала важливість цифровізації управлінських процесів, розвитку епідеміологічного моніторингу, готовності до масштабних мобілізацій медичного персоналу й переоснащення інфраструктури. У цей період було налагоджено низку інструментів державного управління, які мають безпосереднє значення в умовах воєнного стану: електронний реєстр пацієнтів, централізовані логістичні механізми, систему закупівель ліків, цифрові сервіси для громадян та інструменти антикризової комунікації.

Повномасштабна збройна агресія Росії у 2022 році загострила всі наявні проблеми й водночас продемонструвала важливість історично напрацьованих підходів до управління охороною здоров'я в кризових умовах. Система медичного забезпечення в перші місяці війни була змушена працювати в умовах постійних ракетних атак, руйнування інфраструктури, масових евакуацій та гострого дефіциту ресурсів. Держава застосувала механізми, які мають коріння в попередніх історичних етапах: централізоване управління евакуацією та розподілом ресурсів (традиція радянської системи), активне залучення волонтерських організацій (досвід постмайданного періоду), швидка адаптація

нормативно-правової бази (інституційний досвід реформ 2017–2020 рр.). Водночас були запроваджені нові практики, які раніше не використовувалися: швидкі протоколи маршрутизації поранених, широке застосування телемедицини, масштабна міжнародна координація медичних евакуацій, трансфер пацієнтів у заклади ЄС, а також оперативні заходи з відновлення роботи лікарень у прифронтових регіонах [6, с. 54].

Важливо зазначити, що історична еволюція публічного управління охороною здоров'я в Україні демонструє циклічність: кожна масштабна криза - війна, епідемія, соціально-економічна нестабільність - змушувала державу переглядати управлінські підходи, підсилювати інституції та розвивати систему реагування. Водночас між кризами спостерігалися періоди інерції, коли накопичені проблеми не отримували належного вирішення. Це призводило до того, що під час нових загроз система вступала у кризу в ослабленому стані.

Сучасний етап розвитку України під час воєнного стану актуалізує питання використання всього історичного досвіду для побудови ефективної моделі управління охороною здоров'я. В умовах тривалого збройного конфлікту державні інституції мають спиратися на кілька ключових історичних уроків: важливість поєднання централізації та децентралізації; необхідність автономності медичних закладів у прийнятті оперативних рішень; роль військово-медичних структур у забезпеченні обороноздатності; значення системної підготовки кадрів; інтеграція волонтерського сектору; розвиток мобільних медичних підрозділів; цифровізація кризового менеджменту; постійне оновлення нормативно-правових актів відповідно до умов війни.

Загалом історичні аспекти розвитку публічного управління охороною здоров'я в кризових умовах свідчать про складний шлях становлення цієї сфери як ключового елементу державного суверенітету. Українська медична система формувалася в умовах постійних викликів, що вимагали гнучкості, інституційної витривалості та здатності до адаптації. У сучасних умовах воєнного стану історичний досвід стає не лише джерелом знань, але й основою для прийняття стратегічних рішень щодо відновлення та розвитку медичної галузі України.

1.3 Методологічні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах

Методологічна основа публічного управління охороною здоров'я формується під впливом двох ключових груп чинників. Перша група - це загальні управлінські теорії та концепції, які забезпечують фундаментальні елементи державного управління: планування, організацію, контроль, оцінювання ефективності та відповідальність. Друга група - це спеціальні концепції, адаптовані до кризових умов, які дозволяють здійснювати управлінську діяльність в умовах високої невизначеності, швидких змін ситуації та обмежених ресурсів. До таких концепцій належать теорія кризового менеджменту, ризик-орієнтований підхід, теорія стійкості (resilience), модель безперервності діяльності, логістична теорія, принципи військово-медичного управління та концепція багаторівневого врядування.

У межах традиційної управлінської методології важливим є системний підхід, який розглядає сферу охорони здоров'я як складну відкриту систему, що взаємодіє з економічним, політичним, соціальним та безпековим середовищем. Системний підхід дозволяє аналізувати структуру галузі, взаємозв'язки між її компонентами, потоки ресурсів, механізми прийняття рішень та вплив зовнішніх факторів. У кризових умовах системний підхід допомагає забезпечити комплексність реагування, уникнути фрагментарності рішень та передбачити можливі наслідки управлінських дій [32, с. 55].

Одним із ключових елементів сучасної методології є процесний підхід, який орієнтує публічне управління на чітку регламентацію процесів: від організації медичної допомоги та логістики до комунікацій і координації між суб'єктами. У кризових умовах процесний підхід особливо важливий для визначення алгоритмів надання екстреної медичної допомоги, маршрутизації

поранених, організації евакуації, забезпечення лікарень ресурсами та підтримання стабільного функціонування критичної інфраструктури.

У науковому дискурсі методологічні засади публічного управління в умовах кризи нерозривно пов'язані з теорією кризового менеджменту. Ця теорія охоплює комплекс методів прогнозування криз, управління ризиками, планування дій на випадок надзвичайних ситуацій, мобілізації ресурсів, координації діяльності, антикризових комунікацій та оперативного прийняття рішень. Кризовий менеджмент передбачає чітку фазовість: попередження, підготовку, реагування та відновлення. Для медичної галузі особливо вагомою є фаза реагування, яка вимагає максимальної мобільності, швидкості та ефективності дій, а також фаза відновлення, що передбачає стратегічне планування розвитку галузі після завершення активної фази кризи.

Сучасна методологія управління у сфері охорони здоров'я включає ризик-орієнтований підхід, який став основою багатьох державних стратегій і програм у країнах ЄС та НАТО. Його сутність полягає в ідентифікації, оцінюванні та управлінні ризиками, які можуть спричинити негативний вплив на систему охорони здоров'я. У період військових дій ризики набувають багатовимірного характеру: це ракетні атаки на медичні установи, втрата персоналу, порушення логістики, інфекційні загрози, гуманітарні кризи, масові евакуації, відсутність комунікацій та інші фактори. Ризик-орієнтована методологія дає змогу створювати сценарії реагування, визначати зони найбільшої небезпеки, впроваджувати превентивні заходи та оптимізувати розподіл ресурсів.

Особливе місце у методологічних основах займає концепція стійкості (resilience), яка передбачає здатність системи охорони здоров'я зберігати функціональність і виконувати ключові завдання навіть в умовах суттєвих зовнішніх потрясінь. Стійкість включає кілька вимірів: інфраструктурну стійкість (здатність витримувати пошкодження), кадрову (вмотивованість та підготовленість персоналу), інформаційну (захист даних та забезпечення комунікації), організаційну (здатність швидко адаптуватися до нових умов) та ресурсну (наявність необхідних запасів та логістичних можливостей). У воєнних

умовах resilience є базовим принципом управління, оскільки забезпечує життєздатність галузі при постійних загрозах [41, с. 70].

Методологія забезпечення стійкості тісно пов'язана з моделлю безперервності діяльності, яка передбачає розроблення планів дій на випадок руйнування або зупинки роботи медичних закладів. Такі плани визначають резервні маршрути постачання, альтернативні локації для надання медичної допомоги, механізми оперативного перекидання персоналу, використання мобільних шпиталів та інші заходи. Модель безперервності діяльності дозволяє мінімізувати втрати часу та ресурсів і забезпечити стабільність надання критичних послуг населенню.

Суттєвий внесок у методологію публічного управління охороною здоров'я в кризових умовах робить логістична теорія. Логістичний підхід передбачає оптимізацію потоків ресурсів - обладнання, медикаментів, персоналу, транспорту - для забезпечення максимально швидкого та ефективного реагування. У період воєнного стану логістика стає критичною, оскільки від швидкості переміщення ресурсів залежить життя людей. Це передбачає використання методів моделювання, оптимізації маршрутів, складання прогнозів щодо ресурсних потреб та впровадження сучасних логістичних технологій.

У військових умовах методологія управління охороною здоров'я неможлива без урахування принципів військово-медичного менеджменту. Вони включають організацію системи медичної евакуації, поступове сортування поранених, розгортання польових госпіталів, інтеграцію цивільної та військової медицини, стандартизацію протоколів надання першої допомоги, тактичну медицину та підготовку персоналу до роботи в екстремальних умовах. Військово-медичні методи управління доповнюють цивільні моделі, створюючи єдину адаптивну систему реагування [22, с. 60].

Міжвідомча координація є ще одним ключовим компонентом методологічних основ. У кризових умовах система охорони здоров'я не може діяти ізольовано, адже її ефективність залежить від роботи структур оборони, внутрішніх справ, місцевого самоврядування, ДСНС, гуманітарних організацій,

міжнародних партнерів та волонтерських об’єднань. Методологія міжвідомчої взаємодії передбачає узгоджене планування дій, обмін даними, спільне використання ресурсів, координаційні центри та оперативні штаби. Такий підхід дозволяє забезпечити цілісність і злагодженість рішень в умовах швидкої зміни обстановки.

Суттєвою складовою сучасної методології є цифровізація публічного управління. Вона охоплює впровадження електронних реєстрів, інформаційних систем моніторингу, телемедицини, захищених комунікацій, систем прогнозування, цифрових платформ управління логістикою та інфраструктурою. У воєнний час цифрові технології відіграють важливу роль у забезпеченні оперативного обміну інформацією, координації між службами, моніторингу ситуації в реальному часі та швидкому ухваленні рішень. Методологія цифровізації передбачає використання аналітичних інструментів, алгоритмів оцінювання ризиків, моделей прогнозування медичних потреб та інтеграцію даних із різних джерел.

Соціально-гуманітарний вимір методологічних засад охоплює питання психологічної підтримки населення, інформування громадськості, управління соціальними очікуваннями та формування довіри до державних інституцій. У кризових умовах особливо важливо забезпечити ефективну комунікацію, яка має бути оперативною, прозорою та достовірною. Антикризова комунікація є одним із найважливіших методологічних інструментів, оскільки дозволяє запобігти панічним настроям, дезінформації та соціальній нестабільності. Управлінські рішення мають враховувати етичні аспекти, потреби вразливих груп населення та принципи справедливості у розподілі ресурсів.

Методологія стратегічного планування відіграє ключову роль у забезпеченні довгострокової стійкості галузі охорони здоров’я. У кризових умовах вона передбачає формування сценаріїв розвитку, визначення пріоритетів, прогнозування ресурсних потреб, розроблення стратегій відновлення та модернізації інфраструктури. Стратегічне планування спирається на аналіз уроків попередніх криз, оцінку ефективності прийнятих рішень та застосування

науково обґрунтованих методів моделювання. Особливе значення має інтеграція міжнародного досвіду - моделей НАТО, стандартів ЄС, рекомендацій ВООЗ та підходів до побудови стійких систем охорони здоров'я [34, с. 67].

Методологічні засади публічного управління включають також інструменти оцінювання ефективності. У кризових умовах традиційні показники ефективності (кількість лікарів, обсяг фінансування, кількість ліжок) не дають повної картини щодо стану галузі. Натомість застосовуються такі підходи, як аналіз досяжності медичної допомоги, швидкість реагування, якість евакуації, ефективність міжвідомчої координації, рівень задоволеності населення, ступінь захищеності критичної інфраструктури та стійкість системи до повторних потрясінь. Сучасна методологія оцінювання передбачає використання індикаторів готовності (preparedness indicators), що застосовуються міжнародними організаціями для оцінки спроможності держав витримувати кризові ситуації.

Можливості методологічного забезпечення значною мірою залежать від нормативно-правової бази. Правові механізми є фундаментом, на якому будується система публічного управління, а їхню ефективність визначає відповідність законодавства сучасним викликам. У воєнний період особливого значення набувають нормативи, що регулюють мобілізацію медичного персоналу, евакуацію та лікування поранених, функціонування медичних закладів у зоні бойових дій, захист медичної інфраструктури, гуманітарні поставки, протиепідемічні заходи та цифрову безпеку. Методологічний аспект полягає в тому, що нормативно-правові акти мають бути гнучкими, адаптивними та здатними до оперативного оновлення залежно від зміни ситуації [23, с. 57].

Компонентом методологічної основи є розвиток кадрової політики. У кризових умовах особливого значення набуває підготовка фахівців до роботи в екстремальних ситуаціях, формування навичок кризового управління, підвищення компетенцій у сфері тактичної медицини, психологічної підтримки, логістики та цифрових технологій. Методологія управління персоналом має включати механізми забезпечення професійної мотивації, психологічної

стійкості, ротації кадрів, запобігання професійному вигоранню та створення умов для безпеки праці.

Методологічні засади охоплюють організаційно-структурні моделі публічного управління. В умовах кризи важливими стають гібридні та мережеві структури управління, які характеризуються високою мобільністю, гнучкістю та здатністю до швидкого прийняття рішень. Мережеве управління передбачає горизонтальні зв'язки між інституціями, можливість створення тимчасових команд, оперативних штабів, координаційних центрів та партнерських платформ. Гібридні моделі, що поєднують елементи державного, приватного та громадського управління, дозволяють максимально ефективно використовувати наявні ресурси та забезпечують адаптацію до складних умов.

У контексті методологічних основ важливо розглянути концепцію багаторівневого врядування, що передбачає координацію рішень на національному, регіональному та місцевому рівнях. У кризових умовах саме місцеві органи влади часто мають найкраще розуміння реальної ситуації та потреб населення. Тому методологія має враховувати принцип субсидіарності: рішення приймаються на тому рівні, де їх можна реалізувати найбільш ефективно. Багаторівневе врядування забезпечує більш точний розподіл ресурсів, швидшу реакцію на локальні загрози та підвищення ефективності комунікації між управлінськими ланками [5, с. 78].

Методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах також включають механізми партнерства з міжнародними організаціями. У період воєнного стану особливо важливими стають співпраця з ВООЗ, Європейським центром профілактики та контролю захворювань, структурами НАТО, Червоним Хрестом та міжнародними гуманітарними фондами. Така співпраця забезпечує доступ до ресурсів, обміну досвідом, експертної допомоги та координації з міжнародними партнерами, що дозволяє здійснювати відновлення галузі на основі найкращих світових практик.

Таблиця 1.2.

Основні методологічні підходи публічного управління у сфері охорони здоров’я в кризових умовах

Методологічний підхід	Ключова характеристика	Основна мета	Інструменти реалізації	Значення для кризових умов
Системний підхід	Розгляд охорони здоров’я як цілісної взаємопов’язаної системи	Забезпечення комплексного бачення проблем та рішень	Аналіз зв’язків, моделювання, системна діагностика	Дозволяє прогнозувати наслідки криз та координувати всі ланки галузі
Процесний підхід	Фокус на управлінських процесах та їхній послідовності	Підвищення керованості та стандартизація дій	Регламентування процедур, алгоритмізація, оптимізація процесів	Забезпечує чіткі алгоритми реагування в умовах надзвичайних ситуацій
Кризовий менеджмент	Управління у режимі надзвичайних ситуацій та високої невизначеності	Мінімізація втрат і забезпечення стабільності	Антикризові плани, мобілізація ресурсів, оперативні штаби	Є основою реагування у воєнний час та під час епідемій
Ризик-орієнтований підхід	Ідентифікація, оцінка і	Уникнення або зниження	Матриці ризиків, сценарне	Дозволяє виявити вразливі точки

	мінімізація ризиків	наслідків загроз	планування, превентивні заходи	системи та підготуватися до ризиків
Концепція resilience (стійкість)	Здатність системи продовжувати роботу в умовах потрясінь	Підтримання безперервності функціонування	Резервні ресурси, дублювання процесів, психологічна стійкість персоналу	Дає змогу зберігати функціональність системи під час бойових дій
Модель безперервності діяльності	Планування роботи при пошкодженні чи зупинці інфраструктури	Забезпечення безперебійної медичної допомоги	Резервні маршрути, альтернативні локації, мобільні шпиталі	Мінімізує ризики переривання медичних послуг
Логістичний підхід	Управління потоками ресурсів	Швидке та ефективне забезпечення закладів	Оптимізація транспортування, складування, прогнозування потреб	Критично важливий для евакуації та забезпечення лікарень у війні
Військово-медичний менеджмент	Організація медичної допомоги в умовах бойових дій	Збереження життя та здоров’я військових	Тактична медицина, медична евакуація, польові госпіталі	Забезпечує ефективне лікування поранених та взаємодію цивільної й

				військової медицини
Міжвідомча координація	Взаємодія державних інституцій та партнерів	Узгодженість управлінських рішень	Координаційні центри, спільні бази даних, оперативні штаби	Забезпечує єдине управлінське поле у кризових умовах
Цифровізація управління	Використання інформаційних технологій	Оперативність та точність управлінських рішень	Електронні реєстри, аналітичні системи, телемедицина	Дозволяє швидко реагувати, аналізувати загрози та координувати дії
Стратегічне планування	Формування довгострокових пріоритетів розвитку	Забезпечення сталості галузі	Сценарне моделювання, прогнозування ресурсів, стратегічні програми	Дозволяє планувати відновлення галузі після завершення кризи
Соціально-гуманітарний підхід	Урахування потреб населення, етичних і психологічних чинників	Підтримання довіри та соціальної стабільності	Антикризові комунікації, психологічна підтримка, соціальні програми	Забезпечує суспільну стійкість та зменшує соціальне напруження

Представлені методологічні підходи демонструють багатовимірність та комплексний характер публічного управління у сфері охорони здоров'я під час кризових ситуацій. Кожен із них виконує власну функцію, але лише їх поєднання забезпечує повну готовність галузі до надзвичайних умов. Таблиця відображає, що у кризових ситуаціях системний та процесний підходи дозволяють підтримувати структурну цілісність і чіткість дій, ризик-орієнтований і кризовий менеджмент формують здатність передбачати загрози й мобілізувати ресурси, а концепція resilience та модель безперервності діяльності забезпечують стійкість системи. Логістичний і військово-медичний підходи є незамінними у воєнний час, а міжвідомча координація та цифровізація - ключовими для оперативності й узгодженості рішень. Стратегічне планування та соціально-гуманітарний підхід формують довгострокову основу розвитку галузі та підтримують стабільність суспільства [43, с. 67].

Таким чином, методологічні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах становлять комплексний науково-організаційний фундамент, який включає різноманітні підходи - від системного та процесного до ризик-орієнтованого, стратегічного, логістичного, цифрового та військово-медичного. Їхнє поєднання дозволяє створити адаптивну, стійку та ефективну модель управління, здатну забезпечити належний рівень медичного обслуговування навіть у найбільш складних та небезпечних умовах. В умовах воєнного стану методологічна комплексність і міжсекторальність набувають особливого значення, оскільки саме вони визначають здатність системи охорони здоров'я протистояти кризам, відновлюватися після них та забезпечувати стратегічний розвиток галузі у майбутньому.

Висновки до розділу 1.

Таким чином, публічне управління охороною здоров'я в кризових умовах має специфічні особливості, що вирізняють його від управління в стабільні

періоди. Насамперед це потреба у мобільності, багаторівневій координації, оперативності рішень та здатності інтегрувати ресурси державних, громадських і міжнародних інституцій.

Розгляд сутності та особливостей публічного управління в охороні здоров'я в кризових умовах дозволив визначити, що ключовими принципами ефективного управління є адаптивність, превентивність, стратегічне бачення та готовність до міжсекторальної взаємодії.

Історичний аналіз публічного управління у сфері охорони здоров'я показав, що розвиток галузі завжди був тісно пов'язаний із кризовими подіями - війнами, епідеміями, соціально-економічними потрясіннями.

Методологічні основи публічного управління в умовах кризи формують системну рамку, яка охоплює різні підходи: системний, процесний, ризик-орієнтований, стратегічний, логістичний, цифровий, військово-медичний та соціально-гуманітарний. Їх комплексне застосування дозволяє забезпечити стійкість медичної галузі, підтримувати її функціональність в умовах загроз і формувати підґрунтя для подальшого відновлення. Застосування таких методологій сприяє створенню гнучких та адаптивних управлінських структур, які здатні реагувати на потреби як військових, так і цивільного населення.

Таким чином, теоретико-методологічні засади відновлення медичної галузі в умовах воєнного стану свідчать про необхідність комплексного підходу, який поєднує аналіз сутності управління в кризі, історичний досвід і сучасні методологічні інструменти. Ефективне відновлення системи охорони здоров'я можливе лише за умови гармонійного поєднання цих елементів, що забезпечує не лише подолання наслідків кризи, а й підвищення стійкості галузі до майбутніх викликів.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ ВІДНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

2.1 Вплив воєнних дій на інфраструктуру, кадровий потенціал і фінансування медичної сфери

Повномасштабне вторгнення російської федерації стало безпрецедентним викликом для системи охорони здоров'я України. Медична галузь, яка й до війни перебувала у процесі реформування, зазнала масштабних руйнувань, кадрових втрат і фінансових дисбалансів. Вплив бойових дій проявився у трьох ключових вимірах - фізичному (знищення інфраструктури), людському (втрата кадрів, перевантаження персоналу, евакуація спеціалістів) та економічному (дефіцит фінансування, зміна пріоритетів бюджету). Розгляд цих аспектів дозволяє комплексно оцінити реальний стан медичної галузі та визначити напрями її подальшого відновлення.

Першим і найочевиднішим наслідком війни стало руйнування медичної інфраструктури. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на кінець 2024 року понад 1400 об'єктів медичних закладів зазнали пошкоджень, з них близько 200 зруйновано повністю. Найбільше постраждали медичні установи у Донецькій, Харківській, Херсонській, Луганській та Запорізькій областях, де бойові дії тривали безперервно протягом двох років. Наприклад, у Маріуполі було повністю знищено міську лікарню №3, пологовий будинок і онкодиспансер. У Харкові, попри системні обстріли, лікарі продовжували працювати у підвалах та укріплених приміщеннях, проте понад 30 медичних об'єктів міста отримали значні ушкодження, зокрема обласна дитяча клінічна лікарня [44, с. 61].

Важливо зазначити, що руйнування інфраструктури не обмежувалося лише фізичними будівлями. Знищувалися також системи енергозабезпечення, медичне обладнання, санітарний транспорт. Наприклад, у Херсонській області після підриву Каховської ГЕС у червні 2023 року понад 20 лікарень залишилися

без стабільного доступу до води та електроенергії. Деякі заклади змушені були працювати на дизельних генераторах, що значно обмежувало їх можливості надання допомоги.

Разом із руйнуванням будівель відбулося масштабне переміщення медичної інфраструктури. Частина лікарень була евакуйована до безпечніших регіонів. Наприклад, Лисичанський пологовий будинок було тимчасово переміщено до Дніпра, а персонал Херсонського онкодиспансеру - до Миколаєва. Ці процеси супроводжувалися втратами обладнання, розривом логістичних ланцюгів постачання ліків і необхідністю швидкого пристосування до нових умов.

Не менш критичною стала ситуація з кадровим потенціалом медичної сфери. За даними Національної служби здоров'я України, станом на 2024 рік близько 30% медичного персоналу змушені були змінити місце роботи через евакуацію, окупацію або руйнування медичних закладів. Значна частина лікарів виїхала за кордон, шукаючи можливості продовжити практику. Зокрема, за даними Польської лікарської палати, станом на 2024 рік понад 4500 українських лікарів та медсестер отримали дозвіл на тимчасову роботу у польських медичних закладах [18, с. 34].

Крім еміграції, частина кадрів була мобілізована або задіяна у військово-медичних формуваннях. Наприклад, у складі Збройних Сил України діє розгалужена система військових шпиталів, у яких служать тисячі цивільних лікарів, хірургів, анестезіологів та медичних сестер. Це врятувало багато життів, однак водночас призвело до кадрового дефіциту у мирних регіонах. Особливо гостро проблема відчувається у галузях високоспеціалізованої допомоги - нейрохірургії, онкології, педіатрії.

На тлі загального кадрового дефіциту зросло навантаження на тих працівників, які залишилися у системі. У деяких лікарнях середній медичний працівник виконує функції одразу кількох спеціалістів. Це призводить до професійного вигорання, психологічного виснаження та зниження якості медичної допомоги. Водночас слід відзначити високий рівень професійної

самовідданості українських медиків: у багатьох прифронтових громадах лікарі працюють у надскладних умовах, ризикуючи життям, щоб рятувати пацієнтів.

У відповідь на ці виклики держава розпочала низку ініціатив щодо підтримки та збереження кадрового потенціалу. Міністерство охорони здоров'я спільно з міжнародними партнерами запровадило програми психологічної підтримки медиків, а також стипендії для студентів медичних університетів, які погоджуються працювати у сільській місцевості чи прифронтових регіонах. Наприклад, у межах програми USAID «Розбудова стійкої системи охорони здоров'я» у 2023 році понад 1200 українських медичних працівників пройшли тренінги з кризового менеджменту та надання допомоги у бойових умовах [23, с. 55].

Особливу увагу слід звернути на вплив війни на систему медичної освіти. Значна кількість навчальних закладів, зокрема Луганський та Харківський національні медичні університети, були змушені евакуюватися та перейти на дистанційну форму навчання. Це створило труднощі для практичної підготовки студентів. Проте у 2023–2024 навчальному році багато клінічних баз було перенесено до безпечних регіонів, що дозволило відновити практичні заняття на базі лікарень у Львові, Тернополі, Івано-Франківську та Ужгороді.

Третій важливий вимір - фінансування. Війна призвела до суттєвого скорочення державних витрат на цивільний сектор, у тому числі на охорону здоров'я. Якщо у 2021 році витрати на медицину становили близько 5,2% ВВП, то у 2023 році цей показник знизився до 3,8%, оскільки значна частина бюджету була переорієнтована на оборону. При цьому потреби медичної системи лише зростали - необхідність лікування поранених військовослужбовців, переселенців, осіб із хронічними захворюваннями та посттравматичними розладами вимагала додаткових ресурсів.

Попри фінансову скруту, Україні вдалося зберегти ключові механізми фінансування через Національну службу здоров'я (НСЗУ). Зокрема, лікарні продовжували отримувати оплату за договорами з НСЗУ, що забезпечило мінімальний рівень стабільності. У 2023 році держава профінансувала понад

5000 закладів охорони здоров’я на суму понад 150 млрд грн. Однак ці кошти часто не покривали реальних потреб, особливо у прифронтових областях, де витрати на безпеку та евакуацію пацієнтів значно зросли.

Важливу роль у підтримці системи охорони здоров’я відіграли міжнародні донори та гуманітарні організації. За даними МОЗ, лише у 2023 році гуманітарна допомога від партнерів перевищила 1,4 млрд доларів США. Вона включала медикаменти, медичне обладнання, автомобілі швидкої допомоги та мобільні шпиталі. Вагомий внесок зробили ВООЗ, ЮНІСЕФ, Міжнародний Комітет Червоного Хреста, USAID, Європейський Союз та уряди країн G7. Наприклад, уряд Японії у 2024 році передав Україні 20 мобільних операційних комплексів, які використовуються для хірургічної допомоги на сході країни [39, с. 78].

Крім того, в Україні активно розвиваються програми публічно-приватного партнерства у сфері медицини. Приватні клініки долучаються до лікування поранених військовослужбовців і внутрішньо переміщених осіб. У 2023 році уряд ухвалив рішення про компенсацію частини витрат приватним медичним установам, які надають безоплатні послуги для постраждалих від війни. Це стало стимулом для залучення додаткових ресурсів і зменшення навантаження на державні лікарні.

Окремим аспектом впливу війни є трансформація фінансових потоків у напрямі відновлення медичної інфраструктури. Від початку 2023 року активно реалізуються проєкти відбудови лікарень у звільнених регіонах. Наприклад, у Чернігові та Київській області за підтримки уряду Данії було відновлено понад 15 медичних об’єктів, зокрема дитячі лікарні та амбулаторії. У Харкові триває реконструкція обласного клінічного центру невідкладної допомоги, фінансована коштом Світового банку.

Політика публічного управління в Україні ґрунтується на фундаментальних принципах ефективності, відкритості, підзвітності та орієнтації на потреби суспільства. Її основною метою є забезпечення соціальної справедливості, рівного доступу громадян до базових послуг та підвищення

рівня довіри до державних інституцій. Однак після початку широкомасштабного вторгнення російської федерації у лютому 2022 року ці принципи потребували термінового перегляду, адже країна опинилася перед безпрецедентними викликами, що вимагали оперативної адаптації механізмів державного управління до умов воєнного часу.

Таблиця 2.1.

Аналіз впливу повномасштабної війни на кадровий потенціал медичної сфери в Україні

Фактор впливу	Суть змін	Наслідки для кадрового потенціалу	Ключові потреби системи
Масова зовнішня міграція медиків	Виїзд лікарів і медсестер до країн ЄС	Зменшення кількості фахових кадрів	Стимули для повернення та утримання спеціалістів
Внутрішнє переміщення фахівців	Переїзд медиків із прифронтових регіонів	Кадровий дисбаланс між областями	Перерозподіл кадрів і підтримка медзакладів у приймаючих регіонах
Загибель та поранення медичних працівників	Прямі втрати серед персоналу	Поглиблення дефіциту медичних кадрів	Посилення заходів безпеки та захисту медиків
Психоемоційне виснаження	Високий рівень стресу та емоційного вигорання	Падіння професійної ефективності	Психологічна підтримка та

			профілактика вигорання
Надмірне навантаження	Зростання кількості військових і цивільних пацієнтів	Підвищення рівня помилок, погіршення умов праці	Оптимізація трудового навантаження та залучення додаткового персоналу
Руйнування інфраструктури	Знищення лікарень і амбулаторій у зоні бойових дій	Втрата робочих місць і вимушена зміна місця роботи	Відновлення закладів та розгортання тимчасових медичних пунктів
Дефіцит вузьких спеціалістів	Виїзд або загибель висококваліфікованих лікарів	Ускладнення надання спеціалізованої допомоги	Підготовка та перепідготовка високодефіцитних спеціальностей
Падіння привабливості медичної професії	Зростання ризиків і зниження стабільності	Зменшення охочих працювати в медицині	Підвищення престижності професії та фінансових стимулів
Обмеження в освіті медиків	Проблеми із практикою та підготовкою студентів	Зменшення обсягів випуску нових кадрів	Відновлення навчальних баз і впровадження симуляційного навчання

Служба медиків у ЗСУ та ТрО	Перехід частини лікарів до військової медицини	Тимчасовий відтік кадрів із цивільної галузі	Баланс між військовою та цивільною медичною підтримкою
Нерівний доступ до підвищення кваліфікації	Неможливість проходження тренінгів через небезпеку	Уповільнення професійного розвитку	Перехід до онлайн-навчання та міжнародних освітніх програм
Необхідність нових компетенцій	Потреба навичок тактичної медицини та роботи з травмами війни	Підвищена вимога до швидкого професійного зростання	Масові програми пришвидшеного навчання та перепідготовки

Серед найбільш серйозних проблем, які постали перед системою публічного управління, - масові руйнування інфраструктури, знищення медичних закладів та порушення логістичних ланцюгів. Це змусило уряд працювати в режимі надзвичайної мобілізації, ухвалюючи стратегічні рішення в умовах обмежених ресурсів і гострого дефіциту часу. За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, лише протягом 2023 року було пошкоджено або повністю зруйновано понад 700 медичних установ, значна частина яких розташована у прифронтових регіонах. Наслідком таких втрат стала необхідність негайного пошуку нових підходів до організації медичної допомоги, включаючи відновлення інфраструктури та створення мобільних форм надання послуг [50, с. 81].

Зазначена ситуація змусила державу шукати баланс між безпековими потребами та соціальними зобов'язаннями перед населенням. З одного боку, значна частина бюджетних ресурсів спрямовується на оборону, а з іншого - зберігається нагальна потреба у підтримці системи охорони здоров'я, яка є невід'ємним елементом національної стійкості. Тому у сфері публічного управління почала формуватися нова парадигма - поєднання безпекових стратегій із соціальною відповідальністю, що передбачає не лише реагування на поточні виклики, а й створення умов для післявоєнного відновлення.

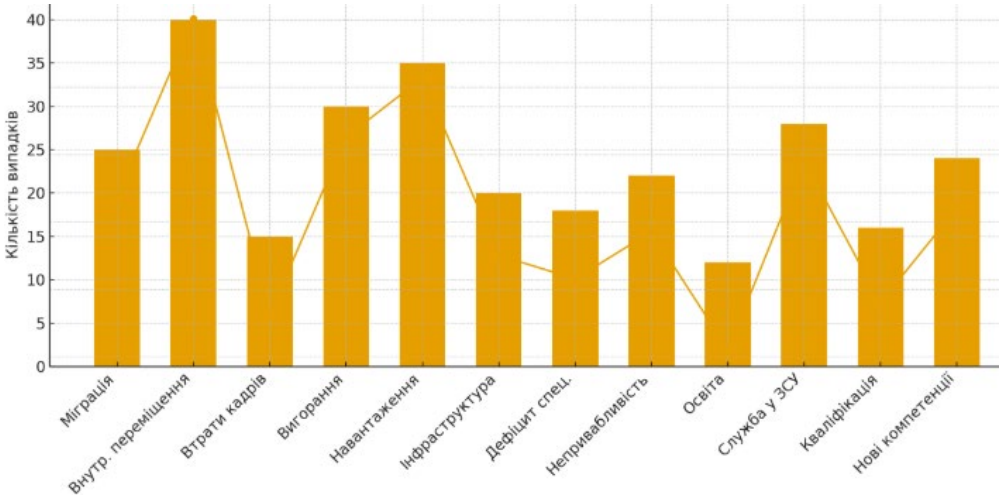


Рис. 2.1. Фактори впливу на кадровий потенціал медичної сфери України

Одним із центральних напрямів оновленої політики стала модернізація медичної галузі як ключового елементу національної системи життєзабезпечення. Під час війни охорона здоров'я фактично перетворилася на частину критичної інфраструктури поряд із енергетикою, транспортом і системами водопостачання. Головним завданням держави стало забезпечення безперервності функціонування лікарень, пунктів екстреної медичної допомоги, аптечних мереж і логістичних центрів із постачання медикаментів.

У 2023 році урядом України спільно з міжнародними партнерами було започатковано масштабну ініціативу зі створення мобільних медичних підрозділів, покликаних забезпечити доступ населення до медичних послуг у найнебезпечніших зонах. Ці мобільні госпіталі мають повноцінне обладнання для проведення хірургічних втручань, реанімаційних заходів, а також для проведення базової терапії та реабілітації поранених. Їхня перевага полягає у

високій мобільності - вони можуть швидко розгортатися у прифронтових районах, де традиційна інфраструктура медичної допомоги зазнала значних руйнувань [33, с. 56].

Згідно з оцінками Міністерства охорони здоров'я, лише за перше півріччя 2023 року на території України було організовано понад 30 мобільних медичних госпіталів, частина з яких функціонує у співпраці з міжнародними гуманітарними місіями. Їхня діяльність не лише полегшила навантаження на стаціонарні лікарні, а й дозволила суттєво скоротити час між пораненням і отриманням допомоги, що критично впливає на рівень виживання постраждалих.

Паралельно уряд розробив низку спеціальних нормативно-правових актів, спрямованих на удосконалення системи контролю якості медичних послуг і забезпечення безперебійного постачання ліків та обладнання. Ці документи регулюють процедури державного моніторингу, передбачають залучення міжнародних організацій до контролю за виконанням гуманітарних і медичних програм, а також визначають порядок швидкого ввезення медичних препаратів у межах спрощеного митного режиму.

Таким чином, можна констатувати, що під впливом війни політика публічного управління в Україні набула нового стратегічного виміру - від реактивного управління до гнучкої, адаптивної моделі, здатної реагувати на кризові обставини та одночасно формувати основу для майбутнього відновлення. Сучасна модель управління у сфері охорони здоров'я поєднує інституційну стійкість, міжнародну підтримку та соціальну орієнтованість, що дозволяє державі зберігати життєздатність навіть у найскладніших історичних умовах.

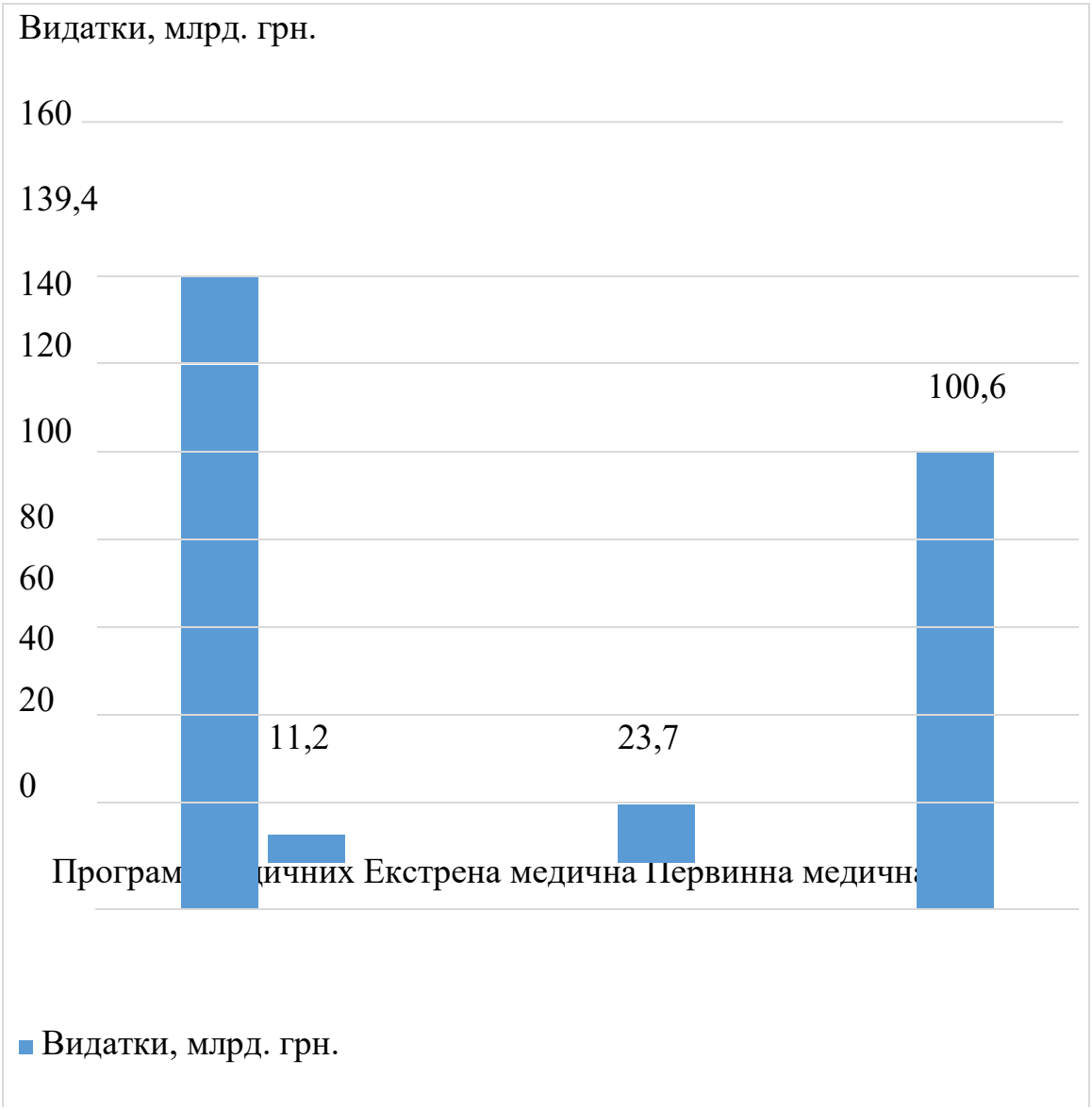


Рис. 2.2. Основні видатки бюджету на охорону здоров'я в умовах війни, 2025 рік

Фінансове забезпечення системи охорони здоров'я в умовах активної фази воєнних дій виступає одним із головних напрямів державної бюджетної політики. У період збройної агресії держава зосередила значні ресурси на підтримці медичної інфраструктури, спрямовуючи основну частину коштів на реалізацію Програми медичних гарантій, обсяг якої у поточному бюджетному періоді досяг 139,4 млрд грн. Це свідчить про пріоритетність збереження доступу населення до медичної допомоги навіть у надзвичайних обставинах.

Найбільша частка видатків спрямована на фінансування спеціалізованої медичної допомоги - 100,6 млрд грн. Ці кошти використовуються для підтримки

діяльності госпіталів і спеціалізованих лікарень, які приймають важкопоранених військовослужбовців, осіб, постраждалих від ракетних та артилерійських обстрілів, а також пацієнтів із тяжкими травмами, що виникають унаслідок воєнних дій. Таким чином, фінансування цього напряму забезпечує сталість функціонування критично важливих медичних закладів, які нині працюють у надзвичайно напруженому режимі [41, с. 68].

Окремою статтею видатків державного бюджету є фінансування служби екстреної медичної допомоги, на яку передбачено 11,2 млрд грн. Цей ресурс спрямовано на посилення матеріально-технічної бази бригад швидкого реагування, забезпечення санітарного транспорту, а також модернізацію систем зв'язку та навігації, що дає змогу скоротити час прибуття медичних команд до місць подій. Завдяки такому підходу вдалося значно підвищити ефективність екстреного реагування у прифронтових та небезпечних регіонах, де щодня рятуються життя сотень людей.

Не менш важливим напрямом є фінансування первинної ланки медичної допомоги, на яку у 2025 році було передбачено 23,7 млрд грн. Ці кошти гарантують функціонування сімейної медицини, амбулаторій і центрів первинної допомоги, що забезпечують громадян базовими медичними послугами, включно з вакцинацією, діагностикою хронічних захворювань та профілактикою інфекційних ризиків. Особлива увага приділяється територіям, які найбільше постраждали від бойових дій або перебувають у безпосередній близькості до лінії фронту.

Державна стратегія фінансування охорони здоров'я орієнтована передусім на соціально вразливі групи населення - людей із інвалідністю, літніх громадян, внутрішньо переміщених осіб, а також родини військовослужбовців. Забезпечення їхнього безперервного доступу до медичних послуг є ключовим завданням уряду в умовах війни. Поряд із цим держава спрямовує значні ресурси на підтримку медичних закладів, що продовжують працювати під постійною загрозою обстрілів, пошкодження або евакуації.

Отже, структура бюджетних витрат у сфері охорони здоров'я демонструє чітко виражену орієнтацію на збереження життя, зміцнення медичних інституцій та підтримку їхньої стійкості у воєнних умовах. Вона відображає прагнення держави гарантувати громадянам базові медичні послуги навіть у періоди найвищої напруги, забезпечуючи при цьому стратегічну стабільність системи охорони здоров'я як однієї з опор національної безпеки.

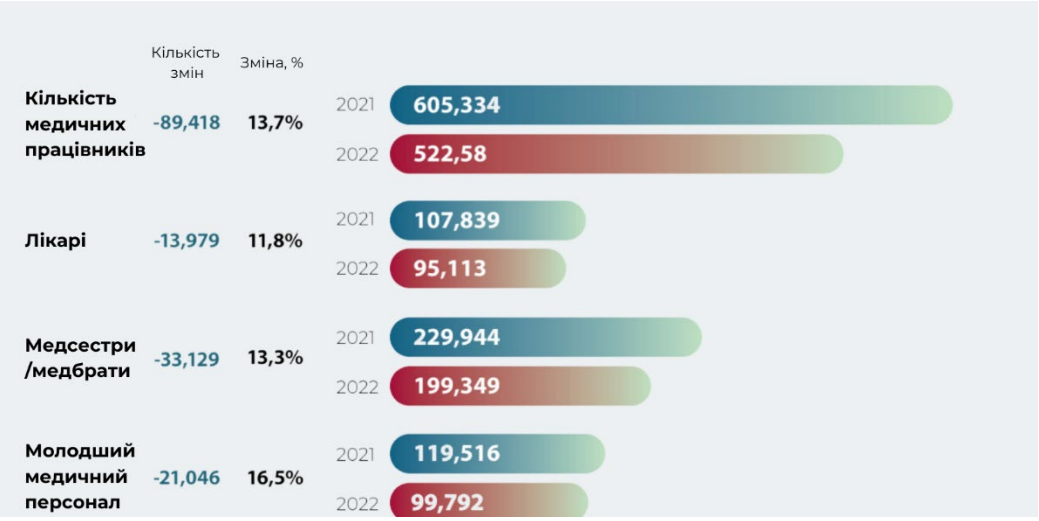


Рис. 2.3. Статистичний аналіз медичної галузі

Варто зазначити, що війна прискорила процес діджиталізації медичної сфери. У межах державного проєкту eHealth розробляються модулі для обліку поранених військовослужбовців, управління запасами ліків і телемедичних консультацій. Це дозволяє оптимізувати фінансові потоки та забезпечити прозорість у використанні коштів. Зокрема, у 2024 році було впроваджено пілотний проєкт цифрового обліку медичних витрат у Львівській та Дніпропетровській областях, що дало змогу скоротити нецільове використання бюджетних ресурсів на 12% [24, с. 79].

Крім того, відбувається поступова інтеграція системи охорони здоров'я у загальнодержавну систему національної безпеки. Міністерство охорони здоров'я разом із Міністерством оборони розробило концепцію медичної стійкості, яка передбачає формування регіональних резервів медичного обладнання, палива, донорської крові та персоналу. Це стало одним із напрямів фінансування у межах Державного фонду відновлення України.

Вплив воєнних дій позначився і на доступності медичних послуг для населення. У прифронтових районах багато лікарень або закриті, або працюють частково. За даними МОЗ, у Донецькій області станом на середину 2024 року функціонувало лише 40% медичних закладів. Пацієнти часто змушені долати десятки кілометрів для отримання базової допомоги. У відповідь на це у низці регіонів створено мобільні медичні бригади, які виїжджають до населених пунктів з обмеженим доступом до медичної інфраструктури. У 2023 році такі бригади надали допомогу понад 500 тисячам українців.

	СЕРЕДНІЙ МЕД ПЕРСОНАЛ		ЛІКАРІ СПЕЦІАЛІСТИ		ЛІКАРІ ПМД	
ОБЛАСТЬ	РІЗНИЦЯ МІЖ СІЧНЕМ ТА ЛИСТОПАДОМ	ЗМІНИ У % (ЛИСТОПАД ДО СІЧНЯ)	РІЗНИЦЯ МІЖ СІЧНЕМ ТА ЛИСТОПАДОМ	ЗМІНИ У % (ЛИСТОПАД ДО СІЧНЯ)	РІЗНИЦЯ МІЖ СІЧНЕМ ТА ЛИСТОПАДОМ	ЗМІНИ У % (ЛИСТОПАД ДО СІЧНЯ)
ВІННИЦЬКА	655	11,6%	127	2,9%	72	7,3%
ВОЛИНСЬКА	233	4,9%	199	7,3%	41	5,9%
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	700	6,1%	340	4,1%	101	5,2%
ДОНЕЦЬКА	-26	-0,4%	-38	-0,9%	-18	-1,9%
ЖИТОМИРСЬКА	254	4,5%	192	6,2%	16	1,9%
ЗАКАРПАТСЬКА	261	5,7%	87	3,0%	21	2,4%
ЗАПОРІЗЬКА	152	2,1%	92	1,8%	28	2,4%
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА	384	5,4%	116	2,4%	26	2,2%
КИЇВСЬКА	593	11,5%	256	7,2%	97	7,9%
КІРОВОГРАДСЬКА	227	5,7%	133	5,8%	47	8,7%
ЛУГАНСЬКА	-7	-0,3%	16	1,1%	-19	-5,5%
ЛЬВІВСЬКА	247	1,8%	499	5,9%	69	3,5%
М.КИЇВ	862	7,7%	1 010	6,8%	286	11,7%
МИКОЛАЇВСЬКА	259	6,5%	38	1,6%	15	2,4%
ОДЕСЬКА	271	3,4%	206	3,3%	64	4,3%
ПОЛТАВСЬКА	717	12,1%	181	4,4%	46	4,8%
РІВНЕНСЬКА	646	11,7%	206	6,6%	32	3,9%
СУМСЬКА	474	9,5%	169	5,9%	15	2,0%
ТЕРНОПІЛЬСЬКА	582	10,7%	102	2,9%	27	3,7%
ХАРКІВСЬКА	362	4,0%	12	0,2%	11	0,7%
ХЕРСОНСЬКА	42	1,1%	22	1,0%	-1	-0,2%
ХМЕЛЬНИЦЬКА	469	7,8%	159	4,6%	39	4,2%
ЧЕРКАСЬКА	543	10,0%	173	6,1%	49	6,6%
ЧЕРНІВЕЦЬКА	134	2,8%	177	5,4%	9	1,4%
ЧЕРНІГІВСЬКА	-73	-1,5%	-7	-0,3%	7	1,2%
Загальний підсумок	8 961	5,7%	4 467	4,0%	1 080	4,2%

Рис. 2.4. Відновлення медичної галузі

Водночас у західних областях спостерігається зворотна проблема - перенасичення медичних закладів через наплив внутрішньо переміщених осіб. Наприклад, у Львівській області кількість звернень до лікарень зросла на 40% у порівнянні з довоєнним періодом, що створює додаткове навантаження на персонал і ресурси [32, с. 56].

Підсумовуючи, вплив воєнних дій на медичну сферу України має багатовимірний характер. Руйнування інфраструктури, відтік кадрів, дефіцит фінансування та зростання навантаження на систему створили глибоку кризу,

яку неможливо подолати без комплексного підходу. Водночас, навіть у таких умовах, система охорони здоров'я України демонструє високу адаптивність, мобільність і здатність до відновлення. Реальні приклади відбудови лікарень, залучення міжнародної допомоги, створення цифрових рішень та підтримки медиків свідчать про потенціал галузі до стійкого розвитку. Надалі пріоритетом державної політики має стати відновлення інфраструктури, повернення кадрів, підвищення рівня фінансування та посилення інтеграції медичної системи у механізми національної безпеки, що забезпечить не лише її стабільність, а й довгострокову ефективність у післявоєнний період.

Станом на 2025 рік, за даними Міністерства охорони здоров'я України, пошкоджено або зруйновано понад 1500 медичних об'єктів, з яких близько 250 не підлягають відновленню. Найбільших втрат зазнали Донецька, Луганська, Херсонська, Харківська, Запорізька та Чернігівська області. Близько третини закладів охорони здоров'я у прифронтових районах залишаються нефункціональними через небезпеку обстрілів або мінування територій. Водночас у звільнених регіонах активно реалізуються проєкти реконструкції лікарень за підтримки міжнародних партнерів, державних фондів і місцевих бюджетів.

Процес відбудови має комплексний характер. Умовно він складається з трьох етапів: першочергове відновлення (ремонт критичних об'єктів, встановлення тимчасових модульних споруд), середньострокова реконструкція (капітальні ремонти, модернізація інженерних систем) і довгострокова відбудова (створення сучасних медичних центрів з енергоефективними технологіями). Проте кожен із цих етапів стикається з низкою проблем - нестача фінансування, бюрократичні процедури, дефіцит будівельних матеріалів, руйнування інженерних мереж і нестабільна безпекова ситуація [46, с. 71].

Важливим інструментом для реалізації відновлення є Державний фонд ліквідації наслідків збройної агресії, створений у 2023 році. Його бюджет у 2024 році становив понад 18 млрд грн, частина з яких була спрямована на відбудову медичних закладів. Додаткові ресурси надходять від міжнародних донорів,

зокрема Світового банку, уряду Японії, Німеччини, Данії та Європейського інвестиційного банку.

Один із найуспішніших прикладів відновлення - Ірпінська міська лікарня Київської області. Після руйнувань у 2022 році вона була повністю реконструйована за підтримки уряду Японії, який профінансував будівництво нового корпусу та постачання сучасного діагностичного обладнання. У 2024 році лікарня відновила повноцінну роботу, а також відкрила реабілітаційне відділення для військовослужбовців.

У Чернігові після масованих атак у 2022 році обласна лікарня зазнала значних пошкоджень, але вже у 2023 році її капітально відремонтовано за участю уряду Данії. Було замінено покрівлю, проведено термомодернізацію будівлі та закуплено нове обладнання для хірургічного відділення. Проте в області досі зберігаються проблеми з енергопостачанням та відновленням комунікацій, особливо у сільських громадах.

У Харківській області процес відновлення має вибірковий характер через постійну небезпеку обстрілів. Частина медичних закладів функціонує у підвальних приміщеннях або у форматі мобільних госпіталів. Зокрема, у 2023 році було відкрито тимчасовий шпиталь у Люботині, обладнаний на базі модульних конструкцій, переданих Польщею. Водночас багато лікарень міста Харкова потребують капітальної реконструкції, адже за даними місцевої влади, близько 40% медичних об’єктів міста зазнали пошкоджень різного ступеня.

У Херсонській області, де бойові дії тривали найдовше, відбудова залишається найскладнішою. Після підриву Каховської ГЕС значна частина лікарень залишилася без водопостачання. МОЗ спільно з UNICEF встановили автономні системи очищення води у 12 лікарнях регіону. Проте через мінування територій і часті обстріли ремонтні роботи просуваються повільно.

Донецька область залишається найбільш проблемною з точки зору відновлення. Багато медичних об’єктів повністю зруйновано або перебувають на тимчасово окупованих територіях. Там, де можливо, проводяться ремонти - у Краматорську, Слов’янську та Покровську. Важливу роль відіграє співпраця з

міжнародними організаціями. Так, Міжнародний Комітет Червоного Хреста у 2024 році передав обладнання для операційних залів лікарень Донеччини, що дозволило частково відновити надання допомоги пораненим [33, с. 50].

Водночас у західних областях (Львівська, Івано-Франківська, Чернівецька) відновлення набуло іншого характеру - тут не руйнувалися заклади, але відбулося масштабне розширення інфраструктури для прийому внутрішньо переміщених осіб. Наприклад, у Львові у 2023 році відкрито сучасний центр реабілітації військових, який фінансувався через міжнародну ініціативу «United24». Центр став одним із ключових у системі медико-психологічної допомоги ветеранам.

Однією з найсерйозніших проблем залишається бюрократична процедура виділення коштів. Часто між ухваленням рішення про відбудову та фактичним початком робіт минають місяці через погодження технічної документації, тендери та перевірки. Крім того, у багатьох громадах відсутні спеціалісти, здатні підготувати проєкти реконструкції відповідно до сучасних вимог енергоефективності та безпеки.

Варто зазначити, що відбудова медичних закладів поступово набуває нового змісту - це не лише фізичне відновлення будівель, а й модернізація всієї системи надання медичної допомоги. Нові об’єкти будуються з урахуванням принципів інклюзивності, стійкості до атак і автономності. У Миколаєві, наприклад, нова амбулаторія у Баштанці обладнана сонячними панелями, системою енергозбереження та автономним водопостачанням, що дозволяє їй функціонувати навіть за відсутності електромереж.

Таблиця 2.2.

Статистика знищених і пошкоджених медичних закладів України внаслідок повномасштабної війни

№	Категорія пошкоджень	Кількість об’єктів (шт.)	Частка від загальної	Рівень відновлення (шт.)	Примітки

			кількості (%)		
1	Загальна кількість пошкоджених та зруйнованих медичних об’єктів	2354	100 %	-	Зафіксовано станом на 2025 рік
2	Повністю зруйновані заклади	311	13,2 %	0	Потребують нового будівництва
3	Сильно пошкоджені	246	10,5 %	32	Потребують капітальної реконструкції
4	Помірно пошкоджені	512	21,7 %	114	Можливе поетапне відновлення
5	Легко пошкоджені	1285	54,6 %	520	Потребують ремонтних робіт
6	Кількість медичних закладів (установ), що постраждали	769	32,7 %	-	Лікарні, амбулаторії, поліклініки

7	Лікарень серед пошкоджених	184	7,8 %	-	Високі витрати на відновлення
8	Амбулаторій та ПМСД	412	17,5 %	-	Найчастіше пошкоджувані об’єкти
9	Пологових будинків	23	1,0 %	-	Критично важливі для регіонів
10	Дитячих лікарень	27	1,1 %	-	Потребують термінового ремонту
11	Частково відновлено	317	13,5 %	317	Часткове функціонування
12	Повністю відновлено	666	28,3 %	666	Повернуто до роботи
13	Не відновлено	1371	58,2 %	0	Основний обсяг майбутніх робіт

Позитивним аспектом є розширення міжнародної технічної допомоги. У 2024 році Європейський інвестиційний банк запустив програму «Rebuild Health UA» на суму 300 млн євро, що передбачає реконструкцію 120 медичних об’єктів. Першими учасниками програми стали лікарні у Чернігові, Сумах, Дніпрі та Запоріжжі.

Незважаючи на позитивні тенденції, залишається низка проблем, які гальмують процес відновлення. По-перше, це нестача фінансування на рівні громад: багато місцевих бюджетів не мають достатніх ресурсів для співфінансування проєктів. По-друге, значна кількість лікарень потребує повної заміни обладнання, що коштує дорожче, ніж реконструкція будівлі. По-третє, нестача кваліфікованих робітників і інженерів з досвідом роботи у воєнних зонах суттєво ускладнює реалізацію проєктів.

Крім того, війна актуалізувала питання безпеки медичних закладів. У більшості нових проєктів передбачаються укриття, укріплені сховища, автономні енергосистеми та системи фільтрації повітря. Наприклад, у Дніпрі під час будівництва нового військово-медичного центру запроектовано три рівні захисту, включно з операційною зоною, розташованою під землею.

Застосування системного підходу у процесі державного управління передбачає розгляд його як цілісного утворення, що включає чотири основні елементи: об’єкт, суб’єкт, методологічну дію та зворотний зв’язок. Такий підхід дає змогу визначити ключові напрями трансформації системи управління у повоєнний період, а також виявити нові властивості, що відповідатимуть потребам суспільства у післявоєнній відбудові. Кожен з елементів системи доцільно розглядати крізь призму оновлення його змісту, функціонального навантаження та розвитку в контексті формування стратегії відновлення медичної галузі України [27, с. 84].



Рис. 2.5. Відновлення зруйнованих медичних закладів

Розгляд державного управління відбудовою системи охорони здоров'я з позицій системного підходу дозволяє послідовно вирішити низку важливих завдань:

– по-перше, визначити загальні риси системи охорони здоров'я, властивості процесу її відновлення та специфіку функціонування оновленої системи;

– по-друге, окреслити основні характеристики системи, здатної відповідати викликам і потребам повоєнного періоду;

– по-третє, встановити напрями оптимізації діяльності суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я;

– по-четверте, конкретизувати управлінські завдання, що стосуються як відновлення зруйнованої системи, так і забезпечення ефективності нової;

– по-п'яте, визначити напрями вдосконалення методології державного управління шляхом упровадження інноваційних механізмів і сучасних управлінських технологій.

Кожен елемент системи державного управління у сфері охорони здоров'я має свої унікальні особливості, які потребують переосмислення в умовах воєнних втрат і повоєнної трансформації.

Складність об’єкта державного управління у межах досліджуваної проблематики полягає у його багаторівневості та динамічності. Система охорони здоров’я поєднує у собі властивості довоєнної структури, наслідки російсько-української війни та нові риси, що формуються в процесі повоєнного відновлення. Вона є багаторівневою системою, у якій нижчі рівні виступають одночасно об’єктом управління для вищих ланок і суб’єктом управлінського впливу щодо нижчих структур. Виходячи з цього, об’єкт державного управління повоєнною відбудовою системи охорони здоров’я має складну ієрархічну будову.

У процесі формування стратегії відновлення системи охорони здоров’я визначення властивостей, структури та змісту об’єкта управління набуває особливого значення. Система характеризується міжгалузевим характером, соціальною спрямованістю та багатопрофільністю, що обумовлює її тісну взаємодію з більшістю сфер суспільного життя. Сфера охорони здоров’я знаходиться на перетині державних, громадських та приватних інтересів, що зумовлює потребу в балансі між публічними та індивідуальними цілями.

Процес повоєнного відновлення медичної галузі включає три взаємопов’язані складові [34, с. 67]:

1. подолання наслідків війни для системи охорони здоров’я;
2. формування оновленої системи охорони здоров’я;
3. функціонування нової, стійкої системи, адаптованої до сучасних викликів.

Кожна з цих складових визначає відповідні управлінські об’єкти, завдання та пріоритети.

1. Подолання наслідків війни для системи охорони здоров’я:

– відновлення зруйнованої інфраструктури медичних закладів різних рівнів;

– реінтеграція системи охорони здоров’я на деокупованих територіях;

– забезпечення фінансування та матеріальної бази для початкового етапу відбудови;

– перепідготовка медичного персоналу, що втратив місце роботи чи був змушений виїхати;

– відновлення роботи закладів медичної освіти;

– надання базових медичних послуг цивільному населенню, особливо у районах бойових дій.

2. Формування нової системи охорони здоров’я:

– модернізація медичної інфраструктури відповідно до сучасних стандартів безпеки, стійкості та адаптивності;

– оновлення медичного обладнання, технологій та управлінських процесів;

– формування фінансово-економічних механізмів сталого функціонування галузі;

– створення сучасної системи підготовки медичного персоналу з урахуванням повоєнних потреб;

– удосконалення системи надання медичних послуг ветеранам війни, членам їхніх родин і цивільним постраждалим;

– впровадження психологічної допомоги та реабілітаційних програм для потерпілих від воєнних дій.

3. Формування нової системи охорони здоров’я, наділеної властивостями адаптивності та стійкості:

– здатність оперативно реагувати на надзвичайні ситуації та забезпечувати безперервність медичних послуг;

– можливість гнучкого перепрофілювання медичних закладів для обслуговування військових і цивільних;

– забезпечення мобільності та евакуації закладів охорони здоров’я з небезпечних регіонів;

– здатність системи швидко відновлювати функціональність після руйнувань або кризових подій;

– формування стійкої інфраструктури, здатної до тривалої роботи в умовах обмежених ресурсів.

Таким чином, процес відновлення медичних закладів в Україні демонструє поступовий прогрес, але водночас стикається з великими викликами. Реальні успіхи у Київській, Чернігівській, Львівській та Полтавській областях свідчать, що за умови стабільного фінансування, міжнародної підтримки та ефективного управління можливо досягти швидких результатів. Натомість регіони, де бойові дії тривають або є ризик повторних атак, потребують окремої державної програми підтримки - із залученням інженерних військ, централізованого управління будівельними ресурсами та гнучких процедур закупівель.

2.2 Нормативно-правові та інституційні основи функціонування медичної галузі в умовах воєнного стану

Із моменту запровадження воєнного стану в Україні система правового регулювання у сфері охорони здоров’я зазнала істотних змін і трансформацій. Перед державою постала необхідність не лише зберегти функціонування медичної галузі в екстремальних умовах, але й адаптувати чинне законодавство до реалій війни, коли звичні механізми управління втратили ефективність. Виникла потреба у створенні нової нормативно-правової архітектури, здатної забезпечити швидке реагування, гнучкість управлінських рішень і мінімізацію бюрократичних бар’єрів. Саме тому в основі оновленої системи державного регулювання було закладено принцип спрощення адміністративних процедур - насамперед у сфері закупівлі лікарських засобів, медичних матеріалів, устаткування та організації екстреної допомоги.

Одним із ключових нормативних документів, що визначив нову логіку функціонування медичних закладів, стала постанова Кабінету Міністрів України №302 від квітня 2022 року. Вона запровадила спеціальний порядок ліцензування для медичних установ, які через бойові дії були змушені змінити місце дислокації або працювали на територіях, де тривали активні бойові дії. Цей документ суттєво скоротив перелік формальних вимог, спростив процедуру

отримання дозволів і дав змогу лікарням швидше відновлювати свою діяльність у безпечніших регіонах. Крім того, постанова врегулювала питання організації роботи мобільних госпіталів і виїзних медичних бригад, які стали одним із головних елементів польової системи охорони здоров'я у воєнний період [31, с. 80].

В умовах постійної небезпеки уряд зосередив увагу на питаннях безпеки пацієнтів і медичного персоналу. Зокрема, було ухвалено низку підзаконних актів, що встановлюють обов'язкові норми евакуації постраждалих і лікарів із небезпечних територій, а також передбачають створення резервних баз і тимчасових медичних пунктів у прилеглих до зони бойових дій регіонах. Удосконалено правові механізми захисту прав пацієнтів - навіть за умов військової агресії держава гарантує збереження прав на медичну допомогу, конфіденційність медичної інформації та право на безпечні умови лікування.

Варто зазначити, що правова система у сфері охорони здоров'я під час війни стала динамічнішою та більш орієнтованою на практичні потреби. Якщо раніше акцент робився переважно на формальному дотриманні процедур, то нині головним критерієм ефективності є оперативність прийняття рішень і здатність медичних закладів адаптуватися до непередбачуваних ситуацій. У цьому контексті важливу роль відіграє координація дій між Міністерством охорони здоров'я, місцевими адміністраціями, військовими командуваннями та міжнародними партнерами [50, с. 76].

Аналізуючи результати функціонування медичної системи у період воєнного стану, можна виокремити як позитивні, так і проблемні аспекти. До безперечних досягнень належить швидка мобілізація ресурсів, налагодження системи координації з міжнародними організаціями та благодійними фондами, що дозволило частково компенсувати дефіцит медикаментів і обладнання. Завдяки спрощенню процедур вдалося суттєво скоротити час реагування на запити лікарень, організувати системну евакуацію поранених і створити гнучку мережу медичних пунктів, які забезпечують невідкладну допомогу на місцях.

Водночас не можна не відзначити і численні труднощі. Найбільш відчутною залишається проблема недостатнього фінансування медичних установ, що позначається на забезпеченні персоналу, ремонті приміщень і закупівлі обладнання. Суттєво зросло навантаження на лікарів, особливо в прифронтових регіонах, де медики нерідко працюють у цілодобовому режимі без належної матеріальної компенсації та під постійною загрозою для життя. Значна частина медичних закладів зазнала руйнувань або втратила можливість функціонувати, через що населення окремих територій опинилося без доступу до базових медичних послуг [31, с. 58].

Складною залишається й логістика транспортування поранених, медикаментів та гуманітарних вантажів у зони активних бойових дій. Незважаючи на зусилля держави, багато лікарень продовжують відчувати нестачу транспорту, пального та комунікаційного обладнання, необхідного для координації дій медичних служб. Саме тому уряд акцентує увагу на розвитку телемедицини, цифрових систем обміну даними та інтегрованих платформ для дистанційного консультування і моніторингу пацієнтів.

Таблиця 2.4.

Правове регулювання сфери охорони здоров’я під час воєнного стану в Україні

Нормативний акт	Дата прийняття	Основні зміни та положення
Постанова Кабінету Міністрів України № 302	12 квітня 2022	Тимчасові зміни в системі державних закупівель ліків і медичних засобів під час воєнного стану
Закон України № 7137-IX «Про захист прав пацієнтів під час воєнного стану»	19 травня 2022	Захист прав пацієнтів на отримання медичної допомоги навіть у зоні бойових дій

Постанова Кабінету Міністрів України № 683	25 червня 2022	Тимчасові зміни в ліцензуванні діяльності закладів охорони здоров’я
Постанова Кабінету Міністрів України № 1078	15 серпня 2022	Впровадження системи надання екстреної медичної допомоги в умовах надзвичайної ситуації
Постанова Кабінету Міністрів України № 1322	5 жовтня 2022	Запровадження тимчасових норм щодо організації медичної евакуації поранених та хворих
Постанова Кабінету Міністрів України № 246	15 березня 2023	Впровадження електронної системи медичних записів для евакуйованих осіб
Постанова Кабінету Міністрів України № 457	18 червня 2023	Створення спеціалізованих мобільних медичних бригад для роботи в прифронтових та деокупованих зонах
Постанова Кабінету Міністрів України № 781	22 серпня 2023	Зміни до порядку фінансування закладів охорони здоров’я в умовах воєнного стану
Постанова Кабінету Міністрів України № 943	10 жовтня 2023	Впровадження централізованої системи постачання медичних товарів для військових та цивільних у прифронтових регіонах

Нормативно-правова основа публічного управління у сфері охорони здоров’я в Україні охоплює широкий комплекс законодавчих і підзаконних актів,

які визначають принципи, механізми та стандарти організації медичної діяльності. Ця правова система покликана забезпечувати стабільне функціонування медичної галузі, створювати умови для рівного доступу громадян до якісних медичних послуг, а також гарантувати захист прав пацієнтів незалежно від соціального статусу чи місця проживання. Норми законодавства визначають ключові засади управління, регламентують відповідальність медичних установ, механізми фінансування та контролю, а також встановлюють стандарти реагування на надзвичайні ситуації, зокрема воєнного характеру [39, с. 67].

Система правового регулювання у галузі охорони здоров'я ґрунтується на ієрархічній взаємодії нормативних документів різного рівня - від Конституції України, яка закріплює право громадян на охорону здоров'я, до галузевих законів, постанов Кабінету Міністрів, наказів Міністерства охорони здоров'я та міжнародних угод, ратифікованих державою. Додаткове значення мають і судові рішення, що уточнюють практичне застосування правових норм у сфері медичного права, особливо в умовах надзвичайного чи воєнного стану.

Починаючи з лютого 2022 року, через військову агресію російської федерації, Україна була змушена кардинально адаптувати правове поле охорони здоров'я до умов воєнних дій. Влада оперативно ухвалила низку рішень, спрямованих на збереження ефективності публічного управління в цій галузі. Одним із ключових нормативних орієнтирів став Закон України «Про правовий режим воєнного стану», стаття 15 якого передбачає, що бюджетні повноваження продовжують реалізовувати органи місцевого самоврядування, а у разі утворення військових адміністрацій ці функції переходять до них. Такий підхід забезпечує безперервність управління, зокрема у фінансовій сфері, навіть за умов руйнування частини адміністративної інфраструктури.

Державна казначейська служба України отримала розширені повноваження щодо організації розрахунково-касового обслуговування в особливому режимі, що визначено постановою Кабінету Міністрів України від 9 червня 2021 року № 590 «Про затвердження Порядку виконання повноважень

Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану». Цей документ установлює специфічний порядок звітності за виконанням місцевих бюджетів, передбачає використання електронного документообігу для підвищення оперативності обміну інформацією між органами влади, а також запроваджує систему пріоритетності фінансування. Казначейство отримало повноваження формувати черговість видатків, виходячи з нагальних потреб держави, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

Серед ключових змін, внесених до бюджетних видатків у рамках дії загального фонду під час воєнного стану, передбачено фінансування таких напрямів:

– покриття витрат, пов'язаних із доступом до баз даних та державних реєстрів інших країн, необхідних для організації медичних перевірок і контролю;

– оплату медичних оглядів водіїв та страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів, що забезпечують евакуацію та перевезення гуманітарних вантажів;

– закупівлю поліетиленових виробів, санітарно-гігієнічних матеріалів і засобів для безпечної утилізації медичних відходів;

– придбання матеріалів для нагородження медиків та інших працівників, які беруть участь у забезпеченні життєдіяльності країни;

– фінансування спеціальних повітряних рейсів для евакуації або перевезення стратегічних медичних вантажів;

– придбання хімічних реагентів, зокрема гіпохлориту натрію, для знезараження питної води в системах централізованого водопостачання;

– оплату інформаційних послуг, включно з публікацією офіційних повідомлень у засобах масової інформації, виготовленням та розповсюдженням інформаційної продукції [25, с. 78];

– компенсацію витрат адвокатів, які надають безоплатну правову допомогу, а також оплату супутніх юридичних послуг.

До напрямів фінансування спеціального фонду у період воєнного стану також віднесено оплату інформаційних послуг, забезпечення страхування

цивільно-правової відповідальності водіїв і власників транспортних засобів, а також покриття витрат на проведення медичних оглядів водіїв, задіяних у виконанні оборонних або гуманітарних завдань.

Додаткові зміни до порядку роботи Казначейства були внесені постановою Кабінету Міністрів України від 9 квітня 2022 року № 420 «Про внесення змін до Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану». Документ уточнив механізм обслуговування місцевого боргу, порядок погашення бюджетних позик і регулювання касових розривів у місцевих бюджетах. Зокрема, встановлено, що на територіях, де діє воєнний стан, лише 80 % доходів загального фонду місцевих бюджетів можуть бути спрямовані на погашення заборгованості за такими позиками, що дозволяє зберегти частину коштів для забезпечення невідкладних потреб медичних установ, гуманітарних центрів і служб екстреної допомоги [43, с. 67].

Серед ключових напрямів стабілізації національної економіки в умовах збройного конфлікту визначається необхідність посилення фінансової самостійності регіонів шляхом розширення можливостей органів місцевого самоврядування у сфері фінансових запозичень. Йдеться насамперед про створення механізмів, які дозволять територіальним громадам безпосередньо залучати додаткові кошти від міжнародних фінансових інституцій, донорських організацій і кредитних установ. Таке розширення повноважень надає громадам змогу швидше реагувати на локальні економічні виклики, оперативно відновлювати соціальну інфраструктуру та сприяти формуванню стабільної фінансової бази на місцевому рівні. У перспективі це зміцнює загальнодержавний фінансовий потенціал, сприяє рівномірному розвитку регіонів та підвищує ефективність реалізації заходів, спрямованих на ліквідацію наслідків воєнних дій.

Законодавче врегулювання цих процесів потребувало адаптації низки нормативних актів, зокрема у сфері охорони здоров’я. З метою підтримки стабільності функціонування медичних закладів у травні 2022 року Кабінет

Міністрів України ухвалив постанову № 592, якою було внесено зміни до чинної постанови від 15 липня 1997 року № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я». Внесені зміни спрямовані на спрощення регуляторних процедур у період воєнного стану та збереження юридичної дії документів, необхідних для безперервної діяльності медичних установ.

У постанові визначено два основні положення. По-перше, акредитаційні сертифікати, термін дії яких сплив упродовж воєнного стану або протягом трьох місяців до його введення, залишаються чинними ще протягом дванадцяти місяців після припинення чи скасування воєнного стану. По-друге, проведення нової акредитації закладів охорони здоров'я тимчасово призупинено на весь період дії воєнного стану. Це рішення дозволило уникнути додаткового навантаження на медичні установи, які нині зосереджені на лікуванні поранених, наданні екстреної допомоги та підтримці роботи в екстремальних умовах [35, с. 79].

Подібний підхід було закріплено й у наказі Міністерства охорони здоров'я України від 4 серпня 2022 року № 1415 «Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію в період дії воєнного стану». У цьому документі встановлено, що проведення всіх видів атестаційних процедур для медичних і фармацевтичних працівників тимчасово призупиняється до завершення воєнного стану.

Згідно з наказом, до переліку зупинених процедур входить атестація на підтвердження та присвоєння кваліфікаційних категорій лікарям, провізорам, фармацевтам, молодшим медичним спеціалістам, а також спеціалістам із вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я. Аналогічно припиняється атестація на підтвердження звання лікаря- або провізора-спеціаліста. Такий крок став вимушеним у зв'язку з обмеженими можливостями проведення кваліфікаційних процедур у період активних бойових дій і переміщення значної кількості медичних працівників.

Після завершення воєнного стану проведення атестації планується поновити через 60 днів, що забезпечить поступове відновлення повноцінного функціонування системи професійної сертифікації. Крім того, документ передбачає автоматичне продовження дії чинних сертифікатів і посвідчень: усі сертифікати спеціаліста, посвідчення про кваліфікаційну категорію та документи лікарів і провізорів, термін дії яких спливає під час воєнного стану, продовжуються на один рік наказом керівника закладу охорони здоров'я за місцем роботи. Це ж стосується фахівців, які мали проходити атестацію протягом року після завершення п'ятирічного строку з попередньої сертифікації.

Варто зауважити, що зазначений наказ № 1415 фактично повторює норми раніше ухваленого наказу МОЗ № 426 від 7 березня 2022 року, який також регламентував особливості атестації медичних працівників у воєнний період. Обидва документи не суперечать один одному, а лише взаємно підтверджують актуальність цих положень, закріплюючи тимчасовий механізм підтримання кваліфікаційного статусу працівників медичної галузі в умовах надзвичайних обставин [46, с. 71].

Загалом зазначені рішення відображають системну державну політику, спрямовану на збереження кадрового потенціалу охорони здоров'я, мінімізацію адміністративного навантаження на медичні заклади та забезпечення стабільності функціонування галузі під час воєнного конфлікту. Паралельно із фінансовими заходами щодо підтримки місцевих бюджетів і розширення доступу до зовнішніх кредитних ресурсів, уряд забезпечує правове підґрунтя для безперервності медичних послуг і підтримки фахівців, які несуть професійну відповідальність за життя і здоров'я громадян навіть у найважчих умовах.

Таблиця 2.5

Норми наказів МОЗ про особливості атестації працівників медичної сфери в період дії воєнного стану

Наказ № 426	Наказ № 1415

1. Установити, що термін дії сертифікатів лікаря (провізора)-спеціаліста, сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію, який спливає у період дії воєнного стану, та посвідчень лікарів про кваліфікаційну категорію, які планували пройти атестацію протягом року після закінчення п’ятирічного строку з дати попередньої атестації, продовжується на 1 рік наказом керівника закладу охорони здоров’я за місцем роботи.	1. Установити, що термін дії сертифікатів лікаря (провізора)спеціаліста, сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію, який спливає у період дії воєнного стану, та посвідчень лікарів про кваліфікаційну категорію, які планували пройти атестацію протягом року після закінчення п’ятирічного строку з дати попередньої атестації, продовжується на 1 рік наказом керівника закладу охорони здоров’я за місцем роботи.
2. Поновити проведення атестації працівників сфери охорони здоров’я у строк 60 днів після припинення чи скасування воєнного стану в Україні.	2. Проведення атестації працівників сфери охорони здоров’я поновити через 60 днів після припинення чи скасування воєнного стану в Україні.
3. Зупинити проведення атестації на підтвердження звання лікаря (провізора)-спеціаліста, атестації на	3. Зупинити проведення атестації на підтвердження звання лікаря (провізора)-спеціаліста, атестації на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій

присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій лікарям (провізорам), атестації на підтвердження звання спеціаліста та атестації на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій професіоналам з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я, атестації на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій молодшим спеціалістам з медичною освітою та фармацевтам.	лікарям (провізорам), атестації на підтвердження звання спеціаліста та атестації на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій професіоналам з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я, атестації на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій молодшим спеціалістам з медичною освітою та фармацевтам.

Отже, у період дії воєнного стану в Україні правове регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі двох окремих нормативно-правових документів, що встановлюють особливий порядок атестації фахівців медичної галузі. Така ситуація, коли положення різних актів фактично дублюють одне одного, створює певні колізії у правозастосуванні та ускладнює ефективне управління кадровими процесами. Наявність двох взаємоперехресних регуляторних актів свідчить про відсутність належної координації між окремими ланками системи державного управління, що у свою чергу знижує гнучкість реагування на актуальні потреби медичної сфери в умовах війни [45, с. 66].

Крім цього, слід підкреслити, що у зв'язку з надзвичайною ситуацією, спричиненою війною, Міністерство охорони здоров'я ухвалило рішення про тимчасове пом'якшення вимог до безперервного професійного розвитку медичних працівників. Протягом поточного року лікарям та іншим фахівцям не обов'язково накопичувати бали безперервного навчання, що зазвичай є обов'язковою умовою для підтвердження кваліфікації. Такий крок дав змогу уникнути додаткового адміністративного тиску на медиків, які нині виконують свої професійні обов'язки у надзвичайно складних умовах, часто без можливості відвідувати навчальні заходи.

Водночас наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 березня 2022 року № 520 «Про внесення змін до наказу Міністерства від 22 лютого 2019 року № 446» було знято обмеження на кількість годин дистанційного навчання, які можуть зараховуватися як частина системи безперервного професійного розвитку. Це дозволило максимально розширити можливості для здобуття освіти онлайн, що є особливо важливим у період, коли більшість медичних закладів працюють в умовах обмеженого доступу до навчальних баз або перебувають під загрозою обстрілів.

Загалом слід відзначити, що державні органи управління у сфері охорони здоров'я проявили високий рівень адаптивності та оперативності, реагуючи на кризові виклики, пов'язані з російською агресією. Завдяки швидкому ухваленню низки нормативно-правових рішень було створено гнучку систему, яка дозволяє медичним установам продовжувати роботу навіть у надзвичайних обставинах. Це стало запорукою збереження стабільності медичного обслуговування населення та забезпечення безперервності надання допомоги пораненим, хворим і внутрішньо переміщеним особам.

Висновки. З огляду на те, що 24 лютого 2022 року Верховна Рада України офіційно затвердила запровадження воєнного стану у зв'язку з повномасштабною збройною агресією російської федерації, функціонування системи охорони здоров'я України відбувається у винятково напружених і кризових умовах. Попри це, державі вдалося забезпечити стабільність медичного

сектору, підтримати його нормативно-правову базу та гарантувати безперервність роботи закладів усіх рівнів - від польових госпіталів до спеціалізованих клінік [24, с. 68].

Запроваджений правовий режим воєнного стану надав можливість органам влади швидко ухвалювати рішення, спрямовані на підтримку лікарень, оптимізацію кадрової політики та розподіл ресурсів відповідно до нагальних потреб. Завдяки координації дій між центральними та місцевими органами влади вдалося забезпечити належний рівень управління системою охорони здоров'я, що підтверджує здатність галузі ефективно функціонувати навіть у надзвичайних обставинах.

Таким чином, можна стверджувати, що держава належно відреагувала на виклики воєнного часу, оперативно адаптувавши управлінські, правові та організаційні механізми. Системна робота всіх рівнів публічного управління - від Міністерства охорони здоров'я до місцевих адміністрацій - дозволила зберегти життєздатність медичної галузі, гарантувати надання необхідних медичних послуг та підтримати фахівців, які, ризикуючи життям, продовжують виконувати свій професійний обов'язок перед суспільством.

2.3 Зарубіжний досвід управління медичною системою у кризових і воєнних умовах та можливості його адаптації в Україні

Вивчення зарубіжного досвіду дозволяє не лише визначити дієві моделі реагування на надзвичайні ситуації, але й сформувати комплекс заходів, які можуть бути адаптовані для підвищення стійкості та ефективності української системи охорони здоров'я під час воєнного стану.

Одним із найбільш показових прикладів є досвід Ізраїлю, який протягом десятиліть функціонує в умовах постійної військової загрози. Медична система цієї країни базується на високому рівні інтеграції цивільної та військової медицини. Ізраїль має чітко налагоджену систему координації між

Міністерством охорони здоров'я, Міністерством оборони, службами швидкої допомоги «Маген Давид Адом» та волонтерськими організаціями. У кризових ситуаціях усі лікарні автоматично переходять на режим підвищеної готовності: розгортаються мобільні госпіталі, створюються резерви медикаментів, забезпечується безперервна комунікація через централізовану систему управління надзвичайними подіями. Особливу увагу приділено підготовці персоналу - кожен медик проходить курси військово-медичної підготовки, а лікарні мають розроблені інструкції щодо дій у разі масових уражень населення [9, с. 75].

Досвід Ізраїлю може бути адаптований в Україні через створення єдиної інтегрованої системи медичного реагування, яка об'єднує ресурси Міністерства охорони здоров'я, Міністерства оборони, ДСНС і Національної поліції. Українські медичні заклади мають отримати можливість швидкого переходу на воєнний режим роботи, у тому числі шляхом розгортання тимчасових медичних пунктів, застосування телемедицини для дистанційних консультацій, а також налагодження логістики постачання ліків у прифронтові райони.

Цінним є також досвід Сполучених Штатів Америки, де система охорони здоров'я передбачає багаторівневу готовність до надзвичайних ситуацій. У США діє Агентство з надзвичайних ситуацій (FEMA), яке координує дії медичних служб на федеральному, штатному та муніципальному рівнях. Важливим елементом є Національна система медичного реагування (National Disaster Medical System - NDMS), що забезпечує мобілізацію медичного персоналу, обладнання та транспортування постраждалих під час катастроф. У межах цієї системи розгортаються мобільні медичні групи, здатні працювати автономно у важкодоступних районах.

Україна могла б запозичити цей досвід шляхом створення власної Національної системи медичного реагування на кризові ситуації. Така система повинна передбачати резервний кадровий склад медиків, добровольчі формування, мобільні госпіталі, а також централізовану базу даних про ресурси медичних установ. Особливу роль варто надати регіональним медичним

центрам, які зможуть автономно реагувати на надзвичайні події, не очікуючи централізованих розпоряджень [41, с. 68].

Досвід Великої Британії також є корисним у контексті управління медичною системою під час криз. Під час Другої світової війни у країні було створено ефективну модель державної координації медичних ресурсів, яка згодом трансформувалася у Національну службу охорони здоров'я (NHS). Одним із ключових елементів британської системи є стратегічне планування ризиків та формування сценаріїв реагування. Сьогодні NHS має спеціальний підрозділ - Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR), який розробляє та впроваджує протоколи дій у випадках терористичних атак, епідемій, воєнних загроз чи техногенних катастроф.

Для України доцільно впровадити подібну структуру при Міністерстві охорони здоров'я - наприклад, Департамент кризового планування та стійкості системи охорони здоров'я. Його завданням може стати не лише розроблення алгоритмів дій для медичних закладів, а й моніторинг ризиків, навчання персоналу, координація з військовими та гуманітарними структурами.

Під час воєнних дій на Балканах у 1990-х роках країни колишньої Югославії виробили практику створення «мережевих» медичних центрів. Це означало, що лікарні різних рівнів утворювали спільні логістичні ланцюги, обмінювалися ресурсами та персоналом. Така система дозволила забезпечити безперервність медичної допомоги навіть при знищенні окремих закладів або розриві транспортних сполучень. Важливу роль відігравали міжнародні гуманітарні організації - «Лікарі без кордонів», Міжнародний комітет Червоного Хреста, Всесвітня організація охорони здоров'я [35, с. 70].

Україна, маючи подібні виклики, може розвинути концепцію регіональних «кластерів стійкості охорони здоров'я». Кожен кластер може об'єднувати кілька медичних установ, які координують дії під час надзвичайних ситуацій, спільно використовують ресурси, розподіляють спеціалістів і забезпечують евакуацію поранених. Така модель дасть змогу створити резервну систему підтримки навіть у випадках часткового руйнування інфраструктури.

Цікавою є також практика Швейцарії, де функціонує принцип «тотальної оборони». Медична система інтегрована у загальнодержавну систему цивільного захисту, а лікарні мають укріплені підземні відділення, здатні функціонувати автономно у разі обстрілів або хімічних атак. Кожен громадянин проходить базову підготовку з надання першої допомоги, а держава системно інвестує у створення запасів медикаментів, перев'язувальних матеріалів і крові.

В українських реаліях адаптація швейцарської моделі можлива через розбудову мережі укріплених медичних пунктів на базі лікарень обласного рівня, а також розвиток системи цивільно-медичної підготовки населення. Такі заходи підвищать загальну стійкість медичної галузі до руйнівних наслідків бойових дій.

Під час пандемії COVID-19 цінний досвід отримали країни Європейського Союзу. Наприклад, у Німеччині ефективно працює система цифрового моніторингу ресурсів - так званий DIVI-Intensivregister, що дозволяє у режимі реального часу відстежувати кількість вільних ліжок, апаратів ШВЛ і медичного персоналу. Така інформаційна прозорість дозволила оперативно перерозподіляти пацієнтів між лікарнями, уникати колапсу системи й забезпечувати ефективне управління медичними потоками.

Україна вже має базові цифрові інструменти, зокрема систему eHealth, однак вона потребує модернізації з урахуванням потреб воєнного часу. Доцільно створити окремий модуль кризового моніторингу, який би інтегрував дані про стан медичних закладів, запаси ліків, рівень укомплектованості персоналом і можливості евакуації поранених. Це дозволить створити «операційну карту здоров'я країни» для прийняття стратегічних управлінських рішень [51, с. 32].

Не менш важливим є досвід скандинавських країн, зокрема Норвегії та Швеції, де управління медичною системою у кризових ситуаціях базується на принципах децентралізації та соціальної відповідальності. Місцеві органи влади мають повноваження щодо організації медичної допомоги, формування резервів і залучення громадськості. Значну роль відіграє волонтерський сектор, який інтегрований у систему цивільного захисту.

Таблиця 2.6

Аналіз зарубіжного досвіду управління медичною системою у кризових і воєнних умовах

Країна	Тип кризи / конфлікту	Ключові управлінські заходи	Особливості організації медичної допомоги	Уроки для України
Ізраїль	Тривалий військовий конфлікт, терористичні загрози	Чітка централізація управління, інтеграція військової та цивільної медицини	Розгалужена система мобільних шпиталів, високий рівень підготовки персоналу	Впровадження єдиної координаційної платформи для військових і цивільних медзакладів
США	Теракти, локальні військові операції, надзвичайні ситуації	Робота за протоколами FEMA, швидке залучення Нацгвардії та резервів	Потужна система авіамедичної евакуації, телемедицина	Удосконалення системи медичної евакуації та логістики в небезпечних зонах
Велика Британія	Терористичні атаки, техногенні та природні кризи	Єдина система кризового управління NHS, стандарти оперативного реагування	Розподіл потоків пацієнтів між лікарнями, швидке перепрофілювання стаціонарів	Стандартизація протоколів реагування та оптимізація потоку пацієнтів

Німеччина	Міграційна криза, пандемічні виклики	Створення кризових штабів на рівні земель, гнучкий перерозподіл ресурсів	Масове розгортання тимчасових медичних пунктів	Розвиток регіональних кризових штабів та системи мобільних медпунктів
Південна Корея	Пандемії, загрози з боку КНДР	Максимальна цифровізація, система сповіщень, мобільні діагностичні станції	Drive-through лабораторії, дистанційний моніторинг хворих	Масштабна цифровізація медичних послуг та кризових комунікацій
Японія	Природні катастрофи: землетруси, цунамі	Високий рівень готовності медичних служб, регулярні тренування	Система швидкого розгортання тимчасових шпиталів та сортувальних команд	Розширення системи тренувань і симуляцій кризових ситуацій
Канада	Природні катаклізми, пожежі, локальні кризи	Децентралізована модель із сильною координацією між провінціями	Підтримка первинної ланки, мобільні медичні групи	Удосконалення міжрегіональної взаємодії під час кризи

Для України доцільно посилити роль місцевих громад у забезпеченні функціонування медичних закладів. Це передбачає фінансову автономію регіональних медичних центрів, створення добровольчих формувань медичної допомоги, а також запровадження механізмів громадського контролю за використанням ресурсів.

Досвід Японії також заслуговує уваги, адже країна має багаторівневу систему реагування на надзвичайні ситуації, особливо після катастрофи у Фукусімі. Ключовим елементом є тісна взаємодія між урядом, місцевими органами влади, лікарнями та науковими установами. Японська модель акцентує увагу на профілактиці, психологічній підтримці постраждалих та підготовці населення до кризових ситуацій через регулярні навчання та симуляції.

Для України важливим є впровадження системної психологічної підтримки медичних працівників і пацієнтів, які перебувають у зоні бойових дій. Це може бути реалізовано через створення мобільних груп психологічної допомоги, гарячих ліній і дистанційних консультацій за допомогою цифрових платформ [44, с. 80].

Особливо цінним для України є досвід Польщі, яка після початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну активно розвивала гуманітарну медичну інфраструктуру. Польські медичні заклади інтегрувалися з системою цивільного захисту, створювалися логістичні центри прийому поранених українців, а волонтерські організації забезпечували транспорт, медикаменти та переклад. Польща запровадила також програму швидкої сертифікації іноземних медиків, що дозволило залучати українських лікарів до роботи у польських лікарнях.

Україна може використати цей досвід, розробивши механізми залучення іноземних спеціалістів у межах гуманітарних місій, а також спростивши процедуру сертифікації медиків, які працюють у прифронтових регіонах.

Важливою тенденцією сучасного світу є впровадження телемедичних технологій у системи охорони здоров’я під час воєн і криз. Наприклад, у Канаді діє система Telehealth, яка дозволяє громадянам отримувати дистанційні

консультації у випадках, коли фізичний доступ до лікаря обмежений. Під час стихійних лих або епідемій ця система дозволяє зменшити навантаження на лікарні й забезпечити медичний супровід пацієнтів у віддалених районах.

В Україні вже функціонують окремі телемедичні сервіси, однак вони потребують централізованого розвитку. Запровадження національної програми TeleHealth Ukraine дозволило б забезпечити безперервний доступ населення до медичних послуг навіть у зоні активних бойових дій.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що зарубіжний досвід управління медичними системами у кризових і воєнних умовах демонструє низку універсальних принципів: інтеграцію цивільної та військової медицини, децентралізацію управління, цифровізацію процесів, підготовку кадрів, розвиток мобільної медицини та міжвідомчу координацію. Для України актуальним є створення національної системи кризового медичного реагування, підкріпленої сучасними інформаційними технологіями, логістикою, підготовкою персоналу та міжнародним партнерством [38, с. 13].

Адаптація кращих світових практик дасть змогу побудувати стійку медичну інфраструктуру, здатну забезпечити населення необхідною допомогою навіть у найскладніших умовах воєнного стану. Це стане не лише кроком до підвищення національної безпеки, а й важливою складовою відновлення та модернізації української медичної галузі в післявоєнний період**.**

Висновки до розділу 2.

Отже, аналіз впливу воєнних дій на медичну сферу засвідчив, що найбільш критичними наслідками стали руйнування інфраструктури, значні втрати матеріально-технічної бази та масштабне переміщення населення, яке суттєво змінило навантаження на заклади охорони здоров’я. Не менш значущим викликом є кадровий дефіцит, спричинений еміграцією спеціалістів, мобілізацією медиків до лав Збройних Сил України та загальним психологічним виснаженням персоналу.

Дослідження нормативно-правових та інституційних основ показало, що медична система України в умовах війни діє в режимі посиленої регламентації та правової адаптації. Ухвалення спеціальних нормативних актів, спрямованих на мобілізацію медичного персоналу, забезпечення евакуації та лікування поранених, захист роботи критично важливих закладів та організацію гуманітарних поставок, свідчить про гнучкість законодавчої системи.

Вивчення зарубіжного досвіду управління медичними системами у кризових та воєнних умовах продемонструвало, що багато країн проходили через подібні виклики та сформували ефективні моделі реагування. Приклади Ізраїлю, Хорватії, Великої Британії, США та Балканських держав свідчать про важливість таких елементів, як інтеграція військової та цивільної медицини, широке використання мобільних шпиталів, створення багаторівневої системи медичної евакуації, цифровізація медичних процесів, гнучкі алгоритми реагування та розвинена система громадської підтримки.

Загалом аналіз показує, що відновлення медичної галузі України потребує поєднання внутрішніх ресурсів, реформаторських змін і запозичення успішних міжнародних практик. Ефективність відновлення залежить від здатності держави інтегрувати міжнародний досвід, зміцнити інституційні механізми, забезпечити стабільне фінансування та підтримати кадровий потенціал.

РОЗДІЛ 3. ПРІОРИТЕТИ ТА ІННОВАЦІЙНІ НАПРЯМИ ВІДНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

3.1 Стратегічні напрями державної політики з відновлення медичної системи України

Руйнування інфраструктури, відтік кадрів, нестача фінансових ресурсів і гуманітарні виклики, спричинені війною, вимагають формування нової державної політики, яка б поєднувала елементи кризового реагування, стратегічного планування та післявоєнної відбудови. У цих умовах держава має визначити пріоритетні напрями розвитку медичної системи, орієнтовані не лише на ліквідацію наслідків війни, а й на побудову стійкої, ефективної, інноваційної та безпечної галузі охорони здоров'я.

Одним із ключових стратегічних напрямів державної політики є створення єдиної системи управління процесами відновлення медичної інфраструктури. Після початку повномасштабної агресії стало очевидним, що відсутність централізованої координації між міністерствами, військовими структурами, місцевими органами влади та міжнародними партнерами призводить до дублювання проєктів, затримок фінансування та нераціонального використання ресурсів. Для усунення цих проблем у 2023 році при Міністерстві охорони здоров'я створено Координаційний центр з відновлення медичної інфраструктури, який працює у взаємодії з Міністерством відновлення та Державним фондом ліквідації наслідків збройної агресії. Основне завдання центру - узгодження проєктів реконструкції, розробка єдиних стандартів для лікарень та контроль за ефективністю використання коштів. Ця ініціатива є першим кроком до формування системи стратегічного управління у сфері медичного відновлення.

Другим важливим напрямом є інтеграція принципів безпеки та стійкості у процеси планування медичної політики. Досвід перших років війни показав, що традиційні лікарні виявилися вразливими до ракетних ударів, перебоїв

енергопостачання і логістичних обмежень. Тому нова стратегія відновлення передбачає створення мережі медичних закладів, здатних автономно функціонувати в умовах надзвичайних ситуацій. Це включає проєктування будівель із укріпленими підземними відділеннями, встановлення автономних джерел енергії (сонячні панелі, генератори), систем очищення води, а також створення запасів медикаментів і палива. У 2024 році такі рішення були реалізовані у новій хірургічній лікарні міста Дніпра, де автономність енергозабезпечення становить 72 години. Подібні підходи мають стати обов'язковими у проєктах усіх нових медичних об'єктів [29, с. 56].

Наступним стратегічним напрямом є реформування фінансової моделі охорони здоров'я з урахуванням воєнних реалій. Наявна система фінансування через Національну службу здоров'я України забезпечує певний рівень стабільності, однак вона потребує доповнення інструментами цільового відновлення. Йдеться про створення спеціального «Фонду медичної реконструкції України», який акумулював би державні, місцеві та міжнародні ресурси для відновлення медичних об'єктів, закупівлі обладнання та підтримки персоналу. Аналогічні моделі використовувалися в країнах, що пережили воєнні конфлікти, зокрема в Хорватії та Боснії і Герцеговині, де кошти спрямовувалися через спеціальні цільові фонди під контролем уряду та міжнародних організацій. У рамках майбутнього бюджету України на 2026 рік передбачається запровадження окремої бюджетної програми для медичного відновлення, що дозволить системно фінансувати реконструкцію лікарень і розвиток реабілітаційних центрів.

Суттєвим елементом державної політики є кадрове відновлення медичної системи. Після 2022 року з України виїхали тисячі лікарів, серед яких чимало вузькопрофільних спеціалістів. Водночас сотні медиків загинули або отримали поранення під час виконання професійних обов'язків. Це створило критичний дефіцит персоналу, особливо у східних і південних регіонах. У відповідь держава запровадила програму «Медик відбудови», яка передбачає цільову підготовку лікарів і середнього медперсоналу для роботи у громадах, що постраждали від

війни. Програма включає фінансові стимули, забезпечення житлом, соціальні гарантії та можливість кар'єрного росту. Пілотні проєкти вже реалізуються у Чернігівській та Миколаївській областях, де сформовано медичні команди для роботи у сільських громадах. Додатково, у співпраці з Польщею, розробляється програма перепідготовки українських лікарів за міжнародними стандартами [41, с. 39].

Окремим стратегічним завданням є розбудова системи реабілітаційної медицини. Війна призвела до безпрецедентної кількості поранених військовослужбовців і цивільних, багато з яких потребують довготривалої медичної, психологічної та соціальної реабілітації. У 2023–2024 роках в Україні було створено понад 20 центрів медичної реабілітації за підтримки ініціативи «United24» та урядів країн ЄС. Проте цього недостатньо - державна стратегія передбачає створення Національної мережі центрів реабілітації, що працюватимуть за єдиними клінічними стандартами. У межах цієї ініціативи планується будівництво спеціалізованого центру у Львові, який стане головним координаційним осередком для навчання персоналу, обміну досвідом і впровадження новітніх методів лікування.

Важливою складовою державної політики є цифровізація медичної системи. Війна продемонструвала необхідність швидкого доступу до медичних даних, оперативного обміну інформацією та дистанційного управління. Україна має вже існуючу платформу eHealth, однак вона потребує суттєвої модернізації. Планується створення нових модулів - «eRecoveryMed» для моніторингу стану відновлення лікарень та «eResilience» для обліку критичних об'єктів медичної інфраструктури. Важливо також розвивати телемедицину як інструмент забезпечення доступу до медичної допомоги у віддалених регіонах. У 2024 році Міністерство охорони здоров'я спільно з USAID запустило пілотний проєкт «TeleHealth Ukraine», який дозволяє пацієнтам отримувати консультації лікарів зі Львова або Києва навіть у прифронтових районах Донеччини. Цифрові технології поступово стають основою стійкості медичної системи, забезпечуючи координацію, прозорість і безперервність надання допомоги [50, с. 88].

Одним із важливих стратегічних напрямів є модернізація системи громадського здоров'я. Пандемія COVID-19 і війна виявили слабкі сторони української санітарно-епідеміологічної служби, зокрема недостатній рівень лабораторних потужностей, кадровий дефіцит і застарілу інфраструктуру. Державна політика має бути спрямована на відновлення потенціалу лабораторних центрів, розбудову системи біобезпеки, моніторинг інфекційних захворювань у місцях масового переміщення населення та поліпшення взаємодії між цивільною і військовою медициною. З цією метою у 2025 році МОЗ розпочало впровадження проєкту «HealthShield», спрямованого на створення регіональних лабораторних кластерів, які зможуть швидко реагувати на біологічні загрози.

Не менш важливим напрямом є забезпечення фінансової стійкості медичної галузі через багатоканальне фінансування. Окрім державного бюджету, активно залучаються ресурси міжнародних донорів, приватного сектору та благодійних організацій. У 2024 році понад 30% коштів, спрямованих на відновлення лікарень, надійшло від міжнародних партнерів - Японії, Канади, Німеччини, Польщі та Швейцарії. Держава має створити механізми довгострокового залучення таких ресурсів, зокрема через систему грантів і податкових стимулів для приватних компаній, які інвестують у медичну інфраструктуру.

Окремим стратегічним напрямом є розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Приватні клініки можуть суттєво прискорити процес відновлення, забезпечуючи якісні медичні послуги там, де державні заклади тимчасово не функціонують. Прикладом є спільна програма МОЗ і мережі приватних медичних центрів «Добробут», у межах якої у 2024 році понад 10 тисяч військовослужбовців отримали безоплатне лікування у цивільних клініках. Подібні механізми співпраці мають бути поширені на всю країну, особливо у сфері реабілітації та невідкладної допомоги.

Державна політика також має приділити увагу психологічному аспекту відновлення медичної системи. Психоемоційне навантаження на медичних

працівників у воєнний час є колосальним: постійний стрес, дефіцит ресурсів, ризик для життя та моральна втома призводять до вигорання. Тому створення системи психологічної підтримки медиків - стратегічна необхідність. У 2023 році стартував проєкт «Ментальне здоров'я медиків», який передбачає проведення тренінгів, консультацій та створення кризових центрів у регіонах. Держава має включити ці програми до системи післядипломної освіти медпрацівників [28, с. 51].

Ще один ключовий напрям - зміцнення міжнародного співробітництва. Відновлення української медицини вже стало предметом уваги світової спільноти. Участь у програмах ВООЗ, ЄС, Світового банку, НАТО та інших структур сприяє залученню фінансових і технологічних ресурсів. Наприклад, у межах проєкту «Ukraine Health Recovery» Європейський Союз виділив понад 300 млн євро на реконструкцію лікарень і постачання обладнання. У перспективі післявоєнного розвитку Україна може стати моделлю побудови стійкої медичної системи для країн, що переживають конфлікти.

Серед довгострокових стратегічних цілей державної політики варто виділити гармонізацію української медичної системи зі стандартами Європейського Союзу. Це передбачає оновлення законодавства у сфері медичних технологій, безпеки пацієнтів, контролю якості ліків та організації медичного страхування. Відповідно до Угоди про асоціацію, Україна вже розпочала адаптацію законодавства до директив ЄС, що має стати фундаментом для інтеграції у європейський простір охорони здоров'я.

У сфері публічного управління важливим завданням є створення нової системи стратегічного планування у медицині. Вона повинна поєднувати наукові дослідження, прогнозування демографічних і епідеміологічних тенденцій, а також аналітику ефективності політик. Для цього при МОЗ створюється Директорат стратегічного планування, який координуватиме взаємодію між державними інституціями, університетами та міжнародними партнерами. Це дозволить перейти від реактивного управління до системного планування на основі доказів і статистичних прогнозів.

Одними з найсерйозніших викликів, що постають перед державою у процесі забезпечення населення медичною допомогою в умовах війни та активної цифрової трансформації, є дефіцит фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів, низький рівень розвитку інфраструктури та недостатня координація між різними ланками управління. В умовах воєнного стану ці проблеми набувають системного характеру, особливо в регіонах, що зазнали окупації або розташовані поблизу лінії фронту.

У таких територіях більшість медичних закладів функціонують у критичних умовах - без належного технічного оснащення, із браком фахівців та порушеним ланцюгом постачання медикаментів. За наявними оцінками, рівень забезпеченості лікарями та обладнанням у деяких громадах становить лише 20–60% від необхідного мінімуму. За інформацією Міністерства охорони здоров’я України, лише протягом першого півріччя 2023 року було зафіксовано понад дві сотні п’ятдесят випадків атак на медичну інфраструктуру, унаслідок чого значна частина закладів була зруйнована або зазнала серйозних пошкоджень [23, с. 44].

Водночас мобільні медичні бригади, які створювалися як оперативний інструмент для надання допомоги у важкодоступних населених пунктах, не здатні повною мірою задовольнити потреби населення. Через обмежене фінансування, нестачу транспорту, пального та спеціального обладнання їхня діяльність часто обмежується базовими видами медичної допомоги. У результаті понад півтора мільйона громадян, які залишаються на небезпечних або частково зруйнованих територіях, мають обмежений доступ до лікування та профілактичних послуг.

Додатковою проблемою є ускладнення логістики доставки медичних товарів та обладнання у зони активних бойових дій. Централізоване постачання лікарських засобів і медичних матеріалів часто зривається через блокування транспортних маршрутів, пошкодження доріг і ризики для персоналу, що здійснює перевезення. Це призводить до затримок у забезпеченні лікарень і пунктів медичної допомоги, а подекуди - до повної ізоляції цілих громад від медичних ресурсів.

У сукупності ці фактори свідчать про те, що система охорони здоров’я потребує перегляду підходів до публічного управління в умовах надзвичайних ситуацій. Підвищення ефективності реагування на виклики війни та посилення доступу громадян до медичних послуг має ґрунтуватися на гнучких управлінських рішеннях, інтеграції цифрових технологій, розвитку логістичних механізмів і посиленні партнерства між державними структурами, приватним сектором та міжнародними організаціями [6, с. 71].

Міжнародна підтримка відіграє ключову роль у забезпеченні функціонування медичної системи України під час воєнних дій, адже саме завдяки зовнішнім ресурсам вдається підтримувати життєво важливі напрями охорони здоров’я. Із початком повномасштабного вторгнення обсяг гуманітарної допомоги суттєво зріс: міжнародні партнери передали Україні значні обсяги медикаментів, обладнання та засобів медичного призначення. Зокрема, у 2023 році Всесвітня організація охорони здоров’я надала медичні ресурси на суму, що перевищила 100 мільйонів доларів США.

Таблиця 3.1.

Стратегічні напрями державної політики з відновлення медичної системи України в умовах воєнного стану

№	Стратегічний напрям	Зміст напряму	Очікувані результати	Основні інструменти реалізації
1	Відновлення медичної інфраструктури	Реконструкція зруйнованих і капітальний ремонт пошкоджених закладів	Відновлення спроможності системи надавати базові та спеціалізовані послуги	Державні інвестпрограми, міжнародна допомога, будівельні проєкти

2	Забезпечення кадрової стійкості	Повернення та утримання медичних кадрів, стимулювання молодих спеціалістів	Зменшення дефіциту персоналу, покращення якості медичних послуг	Підвищення зарплат, стипендійні програми, житлові пакети
3	Цифрова трансформація медицини	Розвиток eHealth, телемедицини, цифрових реєстрів	Підвищення оперативності, прозорості та доступності медичних послуг	Модернізація eHealth, створення захищених платформ
4	Удосконалення екстреної медичної допомоги	Посилення служби ЕМД, оновлення автопарку, підвищення готовності до бойових травм	Покращення швидкості реагування та зниження смертності	Спецпідготовка, технічне забезпечення, протоколи реагування
5	Посилення системи медичної безпеки	Захист медичних закладів від обстрілів, посилення кібербезпеки	Зменшення ризиків для персоналу та пацієнтів	Інженерний захист, резервні системи живлення та зв’язку

6	Розвиток військової медицини	Удосконалення системи евакуації, лікування поранених, реабілітації військових	Підвищення виживаності та ефективності лікування у бойових умовах	Підготовка тактичних медиків, створення реабілітаційних центрів
7	Реформування фінансової моделі охорони здоров’я	Оптимізація фінансування НСЗУ, нові моделі стимулювання лікарень	Раціональний розподіл коштів і підвищення ефективності витрат	Програмно-цільове фінансування, страхові моделі
8	Забезпечення доступності медичних послуг	Розвиток первинної ланки, мобільних команд і віддаленого консультування	Покращення доступу в сільських і прифронтових районах	Мобільні амбулаторії, телемедицина, громадське партнерство
9	Модернізація системи громадського здоров’я	Підвищення готовності до епідемій та біологічних загроз	Формування стійкої системи раннього реагування	Епідемічний моніторинг, лабораторні мережі
10	Інтеграція міжнародного	Співпраця з ВООЗ, ЄС,	Узгодження української	Міжнародні проєкти,

	досвіду та партнерств	НАТО у сфері безпеки й медицини	системи зі світовими стандартами	технічна допомога, навчальні програми

Попри значні обсяги підтримки, головною проблемою залишається ефективний розподіл і доставка гуманітарних ресурсів у зони, які найбільше постраждали від бойових дій. Потреба в оперативному пріоритезуванні напрямів допомоги та визначенні першочергових потреб ускладнює координацію між різними ланками управління. Основні зусилля міжнародних донорів спрямовуються на забезпечення критичних потреб системи - постачання медикаментів для невідкладної допомоги, вакцин, обладнання для реанімаційних заходів і польових шпиталів.

Разом із тим, неузгодженість дій між міжнародними організаціями, місцевими адміністраціями та керівництвом медичних установ призводить до затримок у доставці ресурсів або ж до їхнього надходження не за цільовим призначенням. Через зміну лінії фронту та воєнну нестабільність у 2022–2023 роках частину гуманітарних вантажів доводилося перенаправляти до інших регіонів, що зменшувало швидкість реагування на нагальні потреби прифронтових територій [6, с. 11].

Особливо критичним є становище медичної інфраструктури у східних і південних регіонах. У багатьох громадах лікарні зазнали часткових або повних руйнувань. Станом на кінець 2023 року втрати галузі сягнули понад 700 закладів охорони здоров’я, серед яких близько двохсот були повністю знищені [17]. Це створює суттєві бар’єри для надання навіть базових послуг населенню прифронтових областей. Так, у Харківській області лише близько третини медичних установ продовжують функціонувати в повному обсязі, тоді як решта працюють у скороченому режимі або тимчасово закриті. На територіях, які перебували під інтенсивними обстрілами, медична мережа фактично зруйнована,

тому пацієнтів змушені евакуйовувати до центральних та західних регіонів країни.

Цифрова трансформація у сфері охорони здоров'я, розпочата ще до війни, набула особливого значення у період збройного конфлікту, коли необхідність швидкого обміну інформацією стала життєво важливою. У 2022–2024 роках активно функціонує національна електронна система eHealth, яка забезпечує збереження та облік медичних записів, видачу електронних рецептів, а також моніторинг надання послуг у режимі реального часу. Однак система поки що не охоплює всі заклади охорони здоров'я, особливо у сільській місцевості та в зонах, де інфраструктура зазнала руйнувань.

Подальший розвиток цифрової інфраструктури передбачає поширення eHealth на всю територію України та її інтеграцію з іншими державними платформами, зокрема системами соціального захисту й медичного страхування. Це дозволить створити єдиний інформаційний простір, у якому можна буде оперативно координувати дії, оптимізувати використання ресурсів і мінімізувати корупційні ризики.

Крім того, перспективним напрямом удосконалення публічного управління є впровадження автоматизованих систем контролю за постачанням ліків і медичного обладнання. Такі інструменти дадуть змогу забезпечити прозорість обліку, скоротити логістичні затримки та запобігти нецільовому використанню гуманітарної допомоги.

Україна може ефективно використовувати досвід країн Європейського Союзу, розвиваючи телемедичні сервіси. Завдяки цьому стане можливим надання віддалених консультацій у зонах із обмеженим доступом до лікарів, що особливо актуально для мешканців прифронтових і звільнених територій.

Підсумовуючи, можна зазначити, що стратегічні напрями державної політики з відновлення медичної системи України включають низку взаємопов'язаних завдань: централізацію управління процесами відбудови, зміцнення безпеки медичних закладів, реформування фінансової моделі, відновлення кадрового потенціалу, розвиток реабілітаційної медицини,

цифровізацію, зміцнення системи громадського здоров'я, розвиток державно-приватного партнерства, психологічну підтримку медиків і міжнародну інтеграцію [22, с. 81].

Ці напрями формують основу нової моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я - моделі, орієнтованої на ефективність, прозорість і стійкість. Головна мета держави полягає не лише у відновленні довоєнних можливостей, а у створенні сучасної системи охорони здоров'я, здатної витримувати будь-які виклики - воєнні, економічні чи соціальні. Така система стане гарантією того, що здоров'я громадян залишатиметься стратегічною цінністю, а медицина - ключовим елементом національної безпеки України.

3.2 Запровадження міжнародного партнерства у процесі відновлення медичної галузі України

Велике значення для відновлення галузі має міжнародне партнерство. Україна отримує не лише фінансову, а й технічну допомогу, обмін досвідом і технологіями. У 2023 році між Міністерством охорони здоров'я України та Європейською комісією було підписано Меморандум про співпрацю у сфері відновлення медичної системи. У межах цієї угоди створено платформу EU4Health Ukraine, яка координує проєкти ЄС, спрямовані на модернізацію лікарень, постачання медичного обладнання та навчання персоналу. Протягом 2024 року у рамках цієї програми понад 70 лікарень отримали нові томографи, апарати ШВЛ і лабораторне обладнання [31, с. 69].

Суттєвий внесок у розвиток медичної системи робить Світовий банк, який фінансує проєкт «Підтримка системи охорони здоров'я України під час кризи та відновлення» із загальним бюджетом понад 500 млн доларів США. Ці кошти спрямовуються на реконструкцію медичних об'єктів, зміцнення лабораторної інфраструктури, а також створення системи управління запасами медикаментів.

Міжнародні донори, такі як уряд Німеччини, Данії, Польщі, США та Канади, активно підтримують відбудову лікарень. У 2023 році уряд Японії передав Україні 25 карет швидкої допомоги, обладнаних телемедичними станціями, які дозволяють проводити дистанційну діагностику під час транспортування пацієнтів. Аналогічно уряд Франції фінансує програму «Hospital for Ukraine», у межах якої французькі медичні інженери працюють над проєктами енергоефективної модернізації українських лікарень.

Важливим напрямом міжнародного співробітництва є партнерство з ВООЗ. У 2024 році організація запустила ініціативу WHO Health Recovery Support, спрямовану на відновлення системи первинної медичної допомоги в Україні. У рамках цієї програми створено понад 30 тимчасових медичних пунктів у зонах, постраждалих від бойових дій, зокрема у Запорізькій, Чернігівській та Харківській областях.

Окремої уваги заслуговує участь України у міжнародних проєктах з розвитку реабілітаційної медицини. Завдяки співпраці з урядом Норвегії у 2024 році відкрито перший національний центр протезування у Вінниці, який використовує скандинавські технології біоінтеграції імплантів. Цей центр став зразком ефективної інтеграції іноземних технологій у національну систему відновлення.

Міжнародні партнерства не лише забезпечують матеріальну допомогу, а й формують нову управлінську культуру. У межах співпраці з Програмою розвитку ООН (UNDP) запроваджено систему електронного моніторингу відновлення лікарень, яка дозволяє відстежувати стан проєктів у реальному часі. Це підвищує прозорість і підзвітність, що є важливим фактором довіри донорів.

Цифрові інструменти відіграють центральну роль у модернізації медичної системи. На основі платформи eHealth створюються нові модулі для управління процесами реконструкції, обліку обладнання, фінансування та реєстрації пацієнтів. Наприклад, у 2024 році запроваджено систему eRecoveryMed, яка відстежує стан відновлення лікарень у розрізі областей. Ця система дозволяє Міністерству охорони здоров’я бачити реальні показники - від відсотка

виконання ремонтних робіт до рівня забезпечення медичним персоналом [7, с. 45].

Воєнні дії призвели до значних руйнувань медичної інфраструктури, загострення кадрового дефіциту, зростання потреб у реабілітаційних, невідкладних та психічних медичних послугах. За таких умов внутрішні ресурси держави виявляються недостатніми, тому співпраця з міжнародними партнерами стає не просто бажаною, а необхідною умовою забезпечення стійкості й модернізації галузі. Міжнародне партнерство створює можливість отримати фінансову, технічну, експертну та гуманітарну підтримку, а також дозволяє інтегрувати європейські та світові стандарти в національну медичну систему.

Одним із провідних напрямів такого партнерства є співпраця України з міжнародними організаціями, зокрема Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНІСЕФ, ПРООН, Міжнародним Комітетом Червоного Хреста, а також структурами Європейського Союзу та НАТО. ВООЗ відіграє ключову роль у координації міжнародної медичної допомоги, проведенні оцінок потреб, забезпеченні постачання обладнання, а також у впровадженні стратегій зміцнення системи громадського здоров'я. Організація надає технічну підтримку при формуванні протоколів медичної допомоги wounded management, сприяє підвищенню кваліфікації українських медиків, а також бере участь у створенні механізмів моніторингу епідеміологічної ситуації в умовах війни.

Європейський Союз підтримує Україну за кількома напрямами: фінансовими грантами, гуманітарною допомогою, постачанням медичного обладнання, організацією лікування українських громадян у країнах Європи та розвитком системи медичних евакуацій (MEDEVAC). Важливим напрямом є програма EU4Health, яка передбачає підтримку цифрової трансформації охорони здоров'я, розвиток телемедицини, покращення системи контролю якості ліків і створення стійких ланцюгів постачання. Участь України у цих програмах дозволяє адаптувати європейські підходи до управління галуззю, посилити медичну безпеку та інтегрувати українську систему охорони здоров'я у загальноєвропейський простір.

Суттєву роль відіграють також країни-партнери, які надають двосторонню підтримку. Особливо активною є співпраця з США, Канадою, Великою Британією, Німеччиною, Польщею, Францією та країнами Балтії. Окремі держави запровадили програми з постачання польових шпиталів, броньованих медичних автомобілів, реанімаційного обладнання, апаратів штучної вентиляції легень, генераторів та медичних модулів. Крім того, здійснюється спільна підготовка українських медиків тактичної медицини, реабілітологів, психологів та фахівців з медичного менеджменту. Участь України у таких програмах сприяє гармонізації національних стандартів із моделями, що показали високу ефективність у кризових ситуаціях.

Важливою складовою міжнародного партнерства є розвиток професійних та освітніх програм. Університети й навчально-медичні центри Німеччини, США, Ізраїлю, Польщі та Великої Британії відкрили низку можливостей для підвищення кваліфікації українських медиків. Такі програми охоплюють симуляційні тренінги, стажування у школах бойової хірургії, опрацювання протоколів NATO emergency care, вивчення сучасних протоколів роботи травматології, невідкладної медицини та реабілітації. Для України це є можливістю сформувати критичну масу фахівців, здатних впроваджувати інновації та забезпечувати високий рівень медичних послуг під час війни та після її завершення.

Важливим напрямом є співпраця у сфері реабілітації. Країни, які мають значний досвід роботи з пораненими (США, Ізраїль, Канада, Литва), допомагають Україні розробляти сучасні реабілітаційні центри, впроваджувати мультидисциплінарний підхід та стандартизовані протоколи. Українські лікарі проходять навчання за напрямами протезування, роботизованої реабілітації, військово-психологічної підтримки та лікування посттравматичних уражень. Спільні реабілітаційні проєкти дозволяють суттєво підвищити якість відновлювальних послуг та прискорити повернення військовослужбовців до повсякденного життя.

Окрему роль відіграють міжнародні гуманітарні фонди та неурядові організації: Direct Relief, Médecins Sans Frontières, Global Surgical and Medical Support Group, Project HOPE, Humanity & Inclusion та інші. Вони забезпечують поставки медикаментів, організовують мобільні клініки, підтримують психологічну допомогу та програми соціальної реінтеграції. Особливо значущою є їхня присутність у прифронтових регіонах, де державні служби часто працюють у надскладних умовах.

Міжнародне партнерство також сприяє модернізації управлінських процесів. Україна отримує доступ до передових аналітичних інструментів, цифрових платформ для управління ресурсами, систем епідеміологічного моніторингу та інструментів прогнозування потреб.

Загалом міжнародне партнерство стає ключовим фактором стійкості медичної галузі України. Воно дозволяє компенсувати втрати ресурсів, забезпечувати лікування поранених, підвищувати кваліфікацію персоналу, модернізувати інфраструктуру та впроваджувати інноваційні моделі управління. Співпраця України з міжнародними організаціями і державами-партнерами створює умови для формування сучасної, ефективної та стійкої системи охорони здоров’я, здатної відповідати на виклики війни та забезпечити високий рівень медичних послуг у післявоєнний період.

3.3 Інноваційні технології та цифровізація системи охорони здоров’я як інструмент відновлення медичної галузі України

Державна політика у сфері цифровізації медицини зосереджена на трьох ключових напрямах: розвиток національної електронної системи охорони здоров’я eHealth, впровадження телемедичних технологій та створення аналітичної інфраструктури для управлінських рішень на основі даних. В умовах війни ці напрями набули стратегічного значення, адже забезпечують

оперативний облік медичних послуг, управління ресурсами, координацію між закладами та формування інформаційної бази для відновлення галузі.

Першим і базовим елементом цифрової трансформації є система eHealth - електронна медична екосистема, створена ще у 2018 році для впровадження медичної реформи. Вона об’єднує лікарів, медичні заклади, пацієнтів та державні інституції, забезпечуючи облік медичних записів, виписку електронних рецептів, направлень і звітності. У 2022–2025 роках eHealth стала основним інструментом для координації медичних послуг у часи війни. Завдяки їй вдалося зберегти інформаційний контур медичної системи навіть у регіонах, які зазнали руйнувань [33, с. 61].

Після початку широкомасштабного вторгнення Міністерство охорони здоров’я України разом із ДП «Електронне здоров’я» оперативно оновили функціонал системи. Було створено спеціальний модуль для обліку внутрішньо переміщених осіб, які потребують медичної допомоги. Цей інструмент дозволив лікарям отримувати доступ до електронних медичних записів пацієнтів, незалежно від їхнього місця перебування. Наприклад, якщо мешканець Сєвєродонецька, який перебував на обліку у сімейного лікаря, евакуювався до Полтави, його медична інформація залишалася доступною через електронну систему. Це суттєво зменшило ризики для пацієнтів із хронічними хворобами, адже лікарі в інших регіонах могли продовжувати лікування без необхідності повторної діагностики.

Одним із найуспішніших рішень стало впровадження електронного рецепта на антибіотики та наркотичні препарати. Цей крок дозволив забезпечити контроль за обігом ліків, уникнути зловживань і спростити процес виписки у віддалених громадах. З 2023 року в eHealth також з’явився модуль «Військовий пацієнт», який дає змогу вести облік поранених, координацію між шпиталями та відстеження процесу реабілітації.



Рис. 3.1. Напрямки фмфровізації медичної сфери

Цифровізація медицини в умовах війни сприяла також підвищенню прозорості фінансування. Через систему eHealth Національна служба здоров'я України отримує точні дані про кількість наданих послуг, що дозволяє більш обґрунтовано здійснювати виплати лікарням. Це важливо, оскільки у період війни державні кошти мають використовуватися максимально ефективно.

Іншим потужним напрямом цифровізації є телемедицина - технологія дистанційного консультування лікарів і пацієнтів за допомогою відеозв'язку, чатів або спеціалізованих платформ. У мирний час вона розвивалася повільно, однак війна стала каталізатором її стрімкого впровадження. Починаючи з 2022 року, у регіонах, де медичні заклади були зруйновані або недоступні, телемедицина стала єдиним способом надання допомоги [24, с. 82].

Прикладом ефективного застосування є пілотний проєкт «TeleHealth Ukraine», реалізований МОЗ спільно з USAID та ВООЗ у 2023 році. Його мета - забезпечити консультації для внутрішньо переміщених осіб і мешканців прифронтових територій. Завдяки системі понад 200 лікарів різних спеціальностей з безпечних регіонів України та інших країн змогли надавати онлайн-консультації. Протягом першого року роботи через платформу було здійснено понад 150 тисяч дистанційних прийомів. Найбільший попит спостерігався на консультації сімейних лікарів, педіатрів, психологів та кардіологів.

Завдяки телемедичним технологіям вдалося запровадити систему «віртуального чергування» для військових шпиталів, коли лікарі з Києва, Львова чи Дніпра можуть консультувати медичні підрозділи на передовій у режимі реального часу. Це не лише підвищує якість допомоги, а й зменшує ризик для медиків, які працюють у бойових зонах.

У перспективі телемедицина може стати основою для створення «гібридної моделі» системи охорони здоров'я - поєднання очних і дистанційних послуг. Це особливо актуально для відновлення сільської медицини, де не вистачає кадрів і фінансових ресурсів для утримання повноцінних амбулаторій. Згідно з прогнозом, у найближчі п'ять років кількість телемедичних консультацій в Україні зросте щонайменше у чотири рази, а до 2030 року понад 40% базових консультацій первинного рівня здійснюватимуться онлайн.

Окремий напрям цифровізації - використання аналітичних систем для управління охороною здоров'я. Війна показала, що оперативний доступ до достовірних даних - це питання не лише ефективності, а й безпеки. У 2023 році МОЗ запустило Національну платформу медичної аналітики, яка об'єднує інформацію про кількість лікарень, їх стан, кадрове забезпечення, запаси ліків та обладнання. Ця платформа дозволяє урядовцям приймати рішення на основі реальних показників. Наприклад, коли у Херсонській області після підриву Каховської ГЕС виникла гуманітарна катастрофа, завдяки системі аналітики вдалося швидко спрямувати ресурси - медикаменти, пересувні госпіталі та персонал - у постраждалі громади [40, с. 75].

Для підвищення ефективності управління у 2024 році було створено пілотний проєкт «MedMap», який відображає на інтерактивній карті стан усіх медичних об'єктів країни. Користувачі з Міністерства охорони здоров'я, військових структур і місцевих адміністрацій мають доступ до актуальної інформації про пошкодження, відновлення та доступність медичних послуг. Такі рішення перетворюють цифрову інфраструктуру на стратегічний інструмент публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Важливим компонентом цифровізації є кібербезпека. В умовах війни медичні бази даних стають об’єктом постійних атак. Згідно з даними Держспецзв’язку, у 2023 році кількість спроб несанкціонованого доступу до систем охорони здоров’я зросла у 2,5 рази. Зокрема, у березні 2024 року зафіксовано спробу зламу серверів одного з великих медичних центрів у Києві. Це змусило уряд запровадити додаткові заходи - обов’язкове шифрування медичних записів, багатофакторну автентифікацію та створення резервних копій баз даних на захищених державних серверах.

Для підвищення рівня безпеки цифрових систем у 2024 році було створено Центр кіберзахисту медичної інформаційної інфраструктури при МОЗ. Його функції включають аудит інформаційних систем лікарень, моніторинг мережевого трафіку, підготовку кадрів з кібергігієни. За перший рік роботи фахівці центру провели понад 300 перевірок і допомогли лікарням запровадити сучасні протоколи безпеки.

Цифровізація також відкриває можливості для реформування медичної освіти. Університети активно впроваджують системи дистанційного навчання, віртуальні симулятори операцій та інтерактивні тренажери. Це особливо важливо для підготовки нових кадрів в умовах евакуації та браку ресурсів. Наприклад, у 2024 році Український католицький університет запустив платформу «MedLearn», де студенти можуть проходити онлайн-курси з терапії, хірургії та медичної логістики. Військові медики також проходять навчання з використанням віртуальної реальності для відпрацювання дій у польових умовах [32, с. 61].

Цифрові технології активно застосовуються і в сфері громадського здоров’я. Електронний моніторинг вакцинації, система відстеження спалахів інфекційних хвороб та електронний реєстр донорів крові дозволяють забезпечити оперативне реагування на загрози. У 2023 році Україна стала однією з перших країн, де було впроваджено цифровий паспорт вакцинації, інтегрований у додаток «Дія». Це полегшило облік щеплень для внутрішньо переміщених осіб, які змінили місце проживання.

Важливе місце у цифровій трансформації займають штучний інтелект і аналітика великих даних. У 2024 році Міністерство охорони здоров'я почало впровадження системи «AI-Health», яка аналізує електронні медичні записи та прогнозує потреби у медикаментах, вакцинах і медперсоналі. На основі цих прогнозів формуються логістичні маршрути для постачання ліків у регіони, що особливо актуально у зонах бойових дій. Система також дозволяє прогнозувати епідеміологічні ризики, аналізуючи динаміку звернень пацієнтів і погодні фактори.

Цифрові технології створюють також нові можливості для взаємодії між державою, громадянами та медичними закладами. Завдяки інтеграції eHealth із додатком «Дія» пацієнти можуть записатися до лікаря, отримати електронний рецепт чи направлення, переглянути власні медичні дані. Це підвищує прозорість і зменшує бюрократію. У 2025 році планується впровадження модуля «Мій лікар у Дії», який дозволить громадянам отримувати повідомлення про графік прийому, результати аналізів та доступність послуг у реальному часі.

Водночас цифровізація медицини стикається з низкою викликів. Серед них - недостатня технічна оснащеність лікарень, нерівний доступ до інтернету, особливо у сільських районах, низький рівень цифрової грамотності персоналу. За оцінками МОЗ, станом на 2025 рік лише близько 60% медичних закладів мають стабільне підключення до eHealth. Для подолання цього дисбалансу держава запроваджує програму «Цифрова лікарня», яка передбачає фінансування закупівлі комп'ютерної техніки, серверів та навчання персоналу. Протягом 2024 року близько 500 лікарень отримали гранти на оновлення технічного парку [24, с. 72].

Серед практичних прикладів успішного впровадження цифрових технологій можна навести досвід Львівської області, де запущено регіональну систему «MedRescue». Вона дозволяє в режимі реального часу координувати маршрути швидких допомог, відстежувати стан ліжко-місць у лікарнях та автоматично розподіляти пацієнтів залежно від тяжкості випадку. Цей проєкт

дозволив скоротити час госпіталізації у критичних ситуаціях майже на 30%. Подібна система наразі впроваджується у Дніпропетровській області.

У процесі цифровізації важливо забезпечити інтеграцію різних платформ. В Україні існує низка розрізнених інформаційних систем - лабораторні, фармацевтичні, реєстри донорів, медичних працівників. Їхня взаємодія часто обмежена. Тому пріоритетом на найближчі роки має стати створення єдиного цифрового медичного простору, де всі дані будуть взаємопов'язані та доступні через захищені канали.

З точки зору прогнозів, упродовж наступних п'яти років цифровізація медицини стане одним із головних драйверів відновлення галузі. Очікується, що кількість користувачів електронної системи eHealth перевищить 40 мільйонів, а 95% медичних записів будуть вестися в електронній формі. Використання телемедицини дасть змогу покрити до 70% сільських громад, а автоматизовані системи управління ресурсами скоротять витрати на 15–20%. Водночас головним викликом залишиться питання кібербезпеки та захисту персональних даних.

Таблиця 3.2.

Методи цифровізації системи охорони здоров'я як інструмент відновлення медичної галузі України

№	Метод цифровізації	Суть методу	Очікуваний ефект	Приклади інструментів / технологій	Проблеми впровадження
1	Розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth)	Уніфікація медичних даних та процесів у цифровому форматі	Прозорість, швидкість та безпомилковість медичних операцій	EHR, e-prescription, e-referral	Нерівномірне технічне забезпечення закладів

2	Телемедицина	Дистанційне консультування та моніторинг пацієнтів	Доступність допомоги у віддалених і прифронтових районах	Відеоконсультації, мобільний моніторинг	Нестабільне інтернет-покриття, кіберризики
3	Мобільні медичні застосунки	Самоконтроль пацієнтів і моніторинг лікарем у режимі реального часу	Розвантаження лікарень, покращення профілактики	Додатки для пацієнтів, трекінг життєвих показників	Низька цифрова грамотність частини населення
4	Інформаційні системи для медичних закладів	Автоматизація адміністрування, обліку та логістики	Підвищення ефективності управління ресурсами	HIS, MIS, PACS	Висока вартість впровадження
5	Цифрова медична аналітика	Використання Big Data для прогнозів і планування	Оптимальне планування ресурсів та раннє виявлення загроз	Аналітичні панелі НСЗУ, AI-системи	Низька інтеграція даних між регіонами
6	Кібербезпека медичних систем	Захист цифрових реєстрів та	Збереження безпеки пацієнтів і	Захищені сервери, резервні копії, шифрування	Часті кібератаки під час війни

		інфраструктури	безперервності роботи		
7	Електронні реєстри та бази даних	Оцифрування реєстрів лікарів, ліків, закладів	Підвищення точності обліку та усунення дублювання	Реєстр медпрацівників, реєстр обладнання	Відсутність єдиного стандарту введення даних
8	Інтелектуальні системи підтримки медичних рішень	Використання алгоритмів для допомоги лікарям	Скорочення часу на діагностику та зниження помилок	AI-triage, автоматизовані клінічні підказки	Недостатня підготовка персоналу до роботи з AI

Серед рекомендацій для вдосконалення цифровізації системи охорони здоров’я можна виділити кілька ключових напрямів. По-перше, необхідно ухвалити нову Державну стратегію цифрової трансформації медицини до 2030 року, яка передбачатиме стандарти даних, кіберзахист і міжвідомчу інтеграцію. По-друге, слід забезпечити стабільне фінансування цифрових проєктів, у тому числі через міжнародні гранти та програми технічної допомоги. По-третє, потрібно створити систему безперервної освіти для медичних працівників у сфері цифрових компетенцій. Це дозволить лікарям ефективно користуватися електронними системами і підвищить довіру до цифрових інструментів [34, с. 69].

Важливо також передбачити створення регіональних центрів цифрової медицини, які займалися б впровадженням інновацій, тестуванням нових рішень і підтримкою медичних закладів на місцях. Такі центри можуть діяти у співпраці з ІТ-компаніями, університетами та міжнародними партнерами.

У довгостроковій перспективі цифровізація має стати основою для побудови нової моделі управління охороною здоров'я - системи, де рішення ухвалюються на основі даних, а доступ до медичних послуг є рівним для всіх громадян незалежно від їхнього місця проживання. Відновлення медичної галузі неможливе без технологічного стрибка, і саме цифровізація є тим інструментом, який може зробити українську медицину більш гнучкою, прозорою та ефективною.

Один із ключових напрямів цифрової трансформації у сфері охорони здоров'я пов'язаний із розширенням використання інформаційних технологій для підвищення ефективності медичних послуг. Сучасні технологічні рішення включають безперервний моніторинг стану пацієнтів, застосування систем на основі штучного інтелекту для діагностики та лікування, перехід до електронного документообігу й активний розвиток телемедицини. Телемедичні сервіси вже сьогодні стали важливим засобом взаємодії між лікарями, дозволяючи оперативно обмінюватися інформацією, консультувати складні випадки та залучати пацієнтів до процесу лікування [42, с. 81].

Під час війни такі технології набули особливого значення, адже забезпечують можливість надання медичної допомоги дистанційно, навіть у регіонах, де медична інфраструктура частково зруйнована. Це дозволяє проводити консультації для пацієнтів, які перебувають у зонах бойових дій або були вимушено переміщені. У перспективі телемедицина має перерости у комплексну систему, яка забезпечуватиме не лише обмін інформацією між лікарем і пацієнтом, а й дистанційне проведення лікувальних і діагностичних процедур на високому професійному рівні. Це стане основою для швидкої медичної реабілітації та психологічної підтримки постраждалих у післявоєнний період.

З огляду на нинішні виклики, пов'язані з війною, подальше впровадження таких технологій має стати механізмом зменшення навантаження на медичну систему та інструментом розширення доступу до медичних послуг для

мешканців віддалених або постраждалих регіонів. Це також є важливим кроком у напрямку модернізації державного управління системою охорони здоров'я.

Робототехнічні технології в медицині представлені високоточними кібернетичними системами, здатними виконувати надскладні завдання: доставку лікарських засобів безпосередньо до уражених органів, проведення мікрохірургічних операцій, спостереження за фізіологічними показниками пацієнтів у режимі реального часу. Окрім клінічної практики, дедалі більше уваги приділяється використанню роботизованих рішень у внутрішніх процесах медичних закладів - управлінні якістю, оптимізації документообігу, автоматизації обліку та аналітики.

Для України інтеграція таких технологій у систему управління охороною здоров'я може стати вирішальним кроком у підвищенні ефективності роботи лікарень і клінік. Вона сприятиме реалізації медичної реформи, забезпечить прозорість процесів і підвищить рівень доступності медичних послуг для населення. Важливу роль у цьому процесі відіграватиме впровадження новітніх технологічних стандартів - зокрема, мережі 5G, що забезпечить надшвидку та стабільну передачу великих обсягів медичних даних (наприклад, зображень КТ чи МРТ). Це відкриє можливості для оперативного консультування лікарів, віддаленого моніторингу хірургічних втручань, швидкої передачі результатів досліджень і збереження життя пацієнтів у критичних ситуаціях [15, с. 66].

Використання 5G-технологій також створює підґрунтя для розвитку телемедицини нового рівня - телехірургії, теледіагностики, телереабілітації. Такі рішення сприятимуть формуванню гнучкої, ефективної та високотехнологічної системи охорони здоров'я, здатної функціонувати навіть у кризових умовах. Водночас роль держави у цьому процесі є визначальною: необхідно забезпечити правове регулювання, створити єдині стандарти цифрової безпеки, а також підтримати інновації у медичних закладах через державні програми розвитку.

Серед перспективних напрямів також виділяється використання 3D-друку в медицині. Адитивні технології відкривають нові можливості у виготовленні імплантатів, протезів, хірургічних інструментів і навіть біологічних структур для

трансплантації. Завдяки 3D-друку можна створювати медичні вироби з високою точністю, індивідуально адаптовані до анатомічних особливостей конкретного пацієнта, що підвищує ефективність лікування і комфорт пацієнта. До того ж цей метод суттєво скорочує час виготовлення деталей і знижує вартість медичних послуг, що є надзвичайно важливим у нинішніх економічних умовах.

Попри очевидні досягнення, процес цифровізації української медицини стикається з низкою об'єктивних перешкод. До основних можна віднести: високий середній вік медичного персоналу, що ускладнює адаптацію до нових технологій; недостатню технічну підготовку працівників; часте дублювання паперової та електронної звітності, яке збільшує бюрократичне навантаження; обмежений доступ пацієнтів до онлайн-запису на прийом; а також загальну інерційність управлінської системи, яка гальмує впровадження інновацій. Крім того, поширеними є помилки при формуванні електронних медичних документів, що знижує точність звітності та ефективність аналітики.

Подальше вдосконалення системи організації медичної допомоги вимагає створення інтегрованої архітектури надання електронних послуг. Йдеться про необхідність запровадження єдиної системи відстеження маршруту пацієнта - від запису на прийом до оцінки якості отриманої допомоги. Така система дозволить оптимізувати роботу закладів, зменшити адміністративні витрати, прискорити обробку запитів і зробити процес лікування більш прозорим і контрольованим [9, с. 80].

У контексті триваючої війни потреба в подібних цифрових рішеннях набуває стратегічного значення. Вони здатні забезпечити стійкість національної медичної системи, зробити її більш гнучкою, адаптивною та орієнтованою на потреби громадян навіть у найскладніших умовах.

В умовах надзвичайних ситуацій та підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я впровадження інновацій у сфері цифрової медицини стає вирішальним чинником забезпечення стабільного функціонування галузі. Саме технологічні рішення дозволяють гарантувати оперативність, доступність і високу якість медичних послуг навіть у регіонах, де інфраструктура зруйнована

або обмежено працює. Під час війни, коли кожна хвилина може мати вирішальне значення, ефективність використання цифрових інструментів у медицині безпосередньо впливає на збереження життя людей.

Інформаційні технології перетворилися на невід'ємну складову державного управління охороною здоров'я. Вони забезпечують не лише можливість дистанційного обслуговування пацієнтів, а й формують нову модель організації медичних процесів. У нинішніх умовах, коли частина лікарень зруйнована, а велика кількість громадян потребує постійного лікування чи реабілітації, саме цифрові рішення стають базовим інструментом для підтримання функціональності системи [38, с. 51].

Електронні сервіси, такі як онлайн-запис до лікаря, дистанційний моніторинг стану здоров'я, телемедичні консультації, дають змогу пацієнтам отримувати медичну допомогу без фізичного відвідування лікувальних закладів. Це, у свою чергу, значно зменшує навантаження на медичний персонал і ресурси лікарень, що є особливо актуальним у період воєнних дій. Однак важливим є не лише технологічний аспект, а й ефективна інтеграція цих інновацій у систему державного управління. Координація між органами влади, лікарнями та IT-секторами потребує чіткої нормативно-правової основи, стратегічного планування й державної підтримки цифрових рішень.

Розвиток інформаційно-керованого управління дозволяє не лише покращити якість та швидкість медичного обслуговування, а й оптимізувати адміністративні процеси. Цифрові інструменти сприяють прозорому обліку, точному розподілу ресурсів і оперативному реагуванню на кризові ситуації, що особливо важливо в умовах війни. Використання електронних медичних карт, цифрових рецептів і автоматизованих систем контролю допомагає мінімізувати ризики помилок, запроваджує точне відстеження руху медикаментів і підвищує ефективність управління галуззю [7].

Інноваційні підходи до публічного управління в охороні здоров'я створюють підґрунтя для побудови стійкої післявоєнної системи медицини. Поєднання цифрових інструментів із державними механізмами контролю та

координації сприятиме не лише підвищенню ефективності роботи медичних закладів, але й розширенню доступу громадян до якісних послуг у будь-якому регіоні.

Автоматизація адміністративних процесів і впровадження електронних платформ значно скорочують час на обробку медичної інформації, зменшують бюрократичне навантаження на персонал і дозволяють зосередитися на лікувальному процесі. Державні органи при цьому отримують можливість оперативно контролювати фінансові потоки, аналізувати ефективність витрат та коригувати розподіл ресурсів у кризових умовах. Це сприяє створенню більш гнучкої, прозорої та збалансованої системи управління охороною здоров'я [26, с. 44].

Таким чином, цифровізація медицини виконує стратегічну функцію не лише як технологічне оновлення, але й як фундаментальний елемент нової моделі державного управління. Вона охоплює як клінічні, так і організаційні процеси, сприяючи інтеграції медичних, аналітичних і управлінських даних в єдину інформаційну екосистему. Особливої актуальності цей напрям набуває в умовах війни, коли гнучкість і швидкість рішень визначають ефективність функціонування всієї системи.

Одним із пріоритетних завдань є розвиток Єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я, що забезпечує централізоване зберігання, обмін та аналітику медичних даних. Така інтеграція дозволяє медичним працівникам і пацієнтам отримувати доступ до достовірної інформації, підвищуючи прозорість і оперативність прийняття рішень.

Розвиток цифрової медицини трансформує взаємовідносини між медичними працівниками та пацієнтами. Електронні картки, телемедичні консультації, дистанційна діагностика й реабілітація забезпечують безперервність медичного процесу навіть у тих випадках, коли фізичний контакт неможливий. Це особливо важливо для мешканців прифронтових та деокупованих територій, де лікарі часто не можуть працювати безпосередньо.

Отже, цифрові технології у сфері охорони здоров’я сьогодні виступають не лише як інструмент модернізації медичної допомоги, але й як основа стійкості державного управління в кризових умовах. Їх подальший розвиток є критично важливим для забезпечення безперервності, якості та доступності медичних послуг у сучасній Україні [12, с. 80].

Отже, цифрова трансформація системи охорони здоров’я України є не просто технічним процесом, а фундаментальним чинником відбудови всієї галузі. Вона поєднує інноваційні технології з принципами стійкості, відкриває нові можливості для пацієнтів і медиків, знижує ризики в умовах війни та створює підґрунтя для інтеграції України до європейського медичного простору. Успішна реалізація цифрових рішень стане запорукою того, що українська медична система не лише відновиться, а й вийде на якісно новий рівень розвитку, здатний забезпечити високий стандарт життя та здоров’я громадян навіть у найскладніших обставинах.

Впровадження інноваційних технологій у медичну галузь України розпочалося ще до війни, однак з 2022 року цей процес набув нового стратегічного значення. Зруйновані лікарні, евакуація пацієнтів, перевантаження системи екстреної допомоги та потреба у реабілітації військових створили попит на швидкі, гнучкі та високотехнологічні рішення. Одним із перших напрямів стала поява мобільних госпіталів нового покоління. У 2023 році за підтримки урядів Німеччини та Канади в Україні було встановлено понад 20 таких госпіталів, обладнаних телемедичними станціями, автономними енергосистемами та цифровими реєстрами пацієнтів. Вони стали важливими елементами стабілізаційних пунктів на прифронтових територіях, зокрема у Донецькій, Харківській та Херсонській областях.

Інноваційні технології активно впроваджуються і у сфері реабілітації. Українські медичні заклади почали використовувати роботизовані комплекси для відновлення рухових функцій у пацієнтів після поранень. Так, у Національному реабілітаційному центрі «Незламні» у Львові, створеному за підтримки ініціативи United24, працюють роботизовані тренажери Lokomat та

Armeo Spring, що дозволяють відновлювати координацію та силу кінцівок. За 2024 рік у центрі пройшли реабілітацію понад 12 тисяч пацієнтів, серед яких - військові, діти та цивільні особи. Це свідчить, що інновації не є лише символом модернізації, а реальною умовою для повернення людей до повноцінного життя [20, с. 44].

Важливим аспектом є використання 3D-друку у реконструктивній хірургії. У клініках Києва та Дніпра з'явилися лабораторії, де виготовляються індивідуальні протези кінцівок, імпланти та ортези за допомогою тривимірного друку. Наприклад, стартап 3Dhelp.ua у співпраці з Міністерством охорони здоров'я та канадським фондом Prosthetics for Ukraine виготовляє біонічні протези, які не лише замінюють втрачений орган, а й підключаються до систем управління за допомогою електронних сенсорів. Це дозволяє пацієнтам виконувати точні рухи, а також підвищує якість реабілітації.

У напрямі хірургії активно впроваджуються технології доповненої реальності (AR) і роботизованої навігації. У 2024 році у Київському інституті серцево-судинної хірургії запроваджено систему Da Vinci Surgical System - роботизований комплекс, що дозволяє проводити мінімально інвазивні операції з високою точністю. Такі системи вже активно використовуються у країнах ЄС і стали символом технологічного прориву української медицини, навіть попри воєнні умови.

Інноваційні рішення активно використовуються також у сфері діагностики. За підтримки Японського агентства міжнародного співробітництва (JICA) у 2024 році Україна отримала мобільні лабораторії для експрес-аналізу крові, діагностики інфекційних захворювань і моніторингу якості води. Це особливо важливо для регіонів, що постраждали від руйнувань інфраструктури, таких як Херсонська область після підриву Каховської ГЕС.

Цифровізація також стосується управління медичними кадрами. Завдяки створенню електронного реєстру медичних працівників можна оперативно визначати, де саме існує кадровий дефіцит, і спрямовувати ресурси на його усунення. У 2024 році запрацювала платформа ePersonnelHealth, яка інтегрує

дані з регіонів про кількість лікарів, їх спеціалізацію, стаж і місце роботи. Це дозволяє планувати підготовку кадрів і контролювати міграцію фахівців у межах країни.

Цифрові інструменти також активно використовуються для моніторингу гуманітарних вантажів і медичних постачань. У співпраці з ПРООН створено систему «MediTrack», яка відслідковує рух ліків та обладнання від моменту надходження в Україну до конкретного медичного закладу. Це дозволяє запобігти дублюванню поставок і втратам гуманітарних ресурсів.

Інноваційні рішення знаходять застосування і в системі громадського здоров'я. Зокрема, у 2023 році Міністерство охорони здоров'я спільно з Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC) розробило електронну платформу для епідеміологічного моніторингу. Вона автоматично збирає інформацію з лабораторій і лікарень про виявлені інфекційні хвороби, що дозволяє швидше реагувати на можливі спалахи.

Інновації також сприяють підвищенню ефективності роботи швидкої допомоги. У 2024 році запущено проєкт SmartEMS, який використовує GPS-навігацію та алгоритми штучного інтелекту для оптимізації маршрутів бригад швидкої допомоги. Система автоматично розподіляє виклики між найближчими екіпажами, враховуючи стан доріг, трафік і наявність ресурсів. У результаті час прибуття бригади скоротився в середньому на 18%.

Важливою частиною цифрової трансформації є впровадження аналітичних панелей для публічного управління. У 2025 році МОЗ спільно з Міністерством цифрової трансформації запустило проєкт HealthDashboard, який об'єднує ключові показники ефективності медичної системи - від рівня забезпечення лікарями до доступності медичних послуг у кожному регіоні. Ця система допомагає приймати управлінські рішення на основі достовірних даних [12, с. 80].

У прогнозному вимірі можна очікувати, що протягом наступних п'яти років впровадження інноваційних технологій та міжнародного партнерства радикально змінить українську медицину. За оцінками аналітиків, до 2030 року

Україна зможе відновити понад 80% пошкоджених медичних закладів, при цьому більшість із них буде збудовано за принципами енергоефективності та цифрової інтегрованості. Використання роботизованих технологій дозволить зменшити навантаження на медперсонал, а штучний інтелект стане основою для планування ресурсів і прогнозування медичних потреб.

Для підвищення ефективності роботи оперативно-диспетчерських центрів екстреної медичної допомоги (ЕМД) та медицини катастроф в Україні у 2018 році була запроваджена сучасна інформаційно-аналітична система «Централь 103» (ІАС «Централь 103») [6]. Її створення стало важливим кроком у напрямі цифровізації процесів координації викликів швидкої допомоги. Основна функція цієї системи полягає в оперативному зборі, обробці та централізованому зберіганні інформації про всі звернення, що надходять до диспетчерських служб регіональних центрів. Вона забезпечує аналітичну підтримку для ДП «Агенція екстреної медицини» та Національної служби здоров'я України (НСЗУ), а також надає необхідні дані державним і приватним рятувальним структурам. Крім того, ІАС виконує інформаційно-просвітницьку функцію, поширюючи серед громадян рекомендації щодо дій у надзвичайних ситуаціях [7, с. 32].

Втім, станом на 2025 рік можливості системи залишаються обмеженими. Її функціонал охоплює лише загальні аналітичні дані щодо викликів і результатів виїздів бригад, не враховуючи детальну медичну інформацію про огляд пацієнта, проведені обстеження чи обсяг наданої допомоги. Така неповнота даних унеможливлює ефективну інтеграцію між рівнями медичної допомоги - від екстреної служби до первинної чи спеціалізованої ланки. У результаті відсутній електронний зв'язок між подією надання екстреної допомоги та електронною медичною історією пацієнта. Це призводить до збереження застарілої практики оформлення паперових документів - зокрема, медичної форми №114/о «Супровідний лист. Талон до супровідного листа», яку бригади заповнюють під час передачі пацієнта до стаціонару [1]. Через це збільшується час перебування

медиків у приймальних відділеннях, що знижує оперативність реагування на наступні виклики.

Недосконаліть цифрової взаємодії в системі також створює труднощі в моніторингу руху пацієнтів між закладами охорони здоров'я. Відсутність цілісної інформації про маршрут хворого та розрив у комунікації між ланками медичної системи призводять до неефективного використання ресурсів екстреної допомоги, особливо у випадках, коли пацієнти з хронічними захворюваннями звертаються до ЕМД без об'єктивної необхідності.

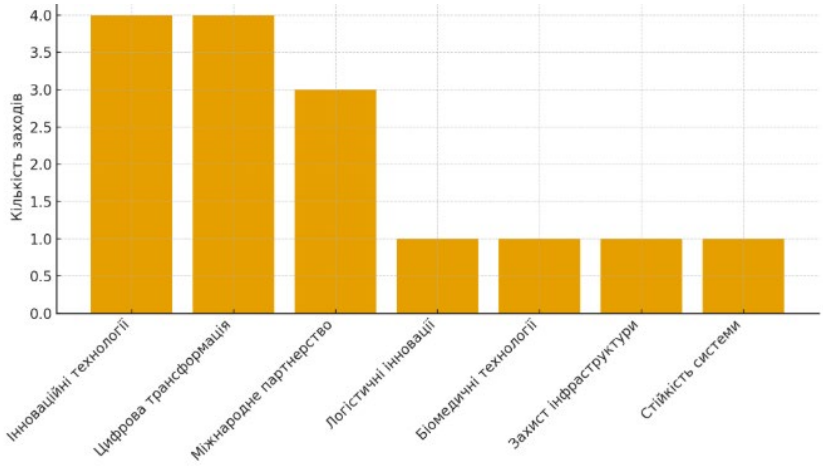


Рис. 3.1. Розподіл стратегічних напрямків у впроваджені інновацій

Додатковим бар'єром на шляху цифрової трансформації є відсутність єдиного програмного забезпечення для всіх регіональних центрів ЕМД [8]. Запровадження уніфікованої програми з однаковими технічними можливостями для всіх регіонів виглядає логічним кроком з позиції стандартизації та ефективності управління. Проте такий підхід може створити ризики монополізації ринку програмних рішень, обмежити конкуренцію й загальмувати інноваційний розвиток [19, с. 76].

Щоб уникнути цих загроз і водночас забезпечити уніфікацію систем, доцільним є впровадження спільних технічних стандартів і протоколів обміну даними (API), які дозволяють різним програмним продуктам взаємодіяти між собою. Іншим варіантом є розроблення модульної архітектури програмного забезпечення, коли окремі компоненти створюються різними компаніями через відкриті тендери. Перспективним рішенням також може стати використання

програм з відкритим кодом (Open Source), що дасть можливість державі вільно адаптувати їх до власних потреб, забезпечуючи прозорість і гнучкість у розвитку системи.

Окрему проблему цифровізації сфери екстреної медицини становить питання отримання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання. Цей принцип є фундаментальним як з етичної, так і з правової точки зору, закріплений у міжнародних медичних стандартах і національних нормативно-правових актах.

Таблиця 3.3.

Запровадження інноваційних технологій, міжнародного партнерства та цифрових інструментів у процесі відновлення медичної галузі України

Напрям розвитку	Тип інструменту / технології	Суть застосування	Очікуваний ефект для медичної системи	Міжнародні партнери / ініціативи	Проблеми та обмеження впровадження
Інноваційні медичні технології	Телемедицина	Дистанційні консультації, моніторинг стану пацієнтів	Розширення доступу до медицини в прифронтових і сільських районах	ВООЗ, USAID	Низька якість інтернету, кіберризики

Інноваційні медичні технології	Мобільні діагностичні модулі	Розгортання лабораторій і рентген-станцій у польових умовах	Підвищення оперативності діагностики	НАТО, ЄС	Логістичні труднощі, висока вартість
Інноваційні медичні технології	Роботизована хірургія	Використання високоточних роботизованих систем	Зменшення травматичності операцій, точність	США, Німеччина	Потреба високої кваліфікації персоналу
Інновації в реабілітації	Екзоскелети та роботизовані тренажери	Відновлення мобільності поранених військових	Прискорення реабілітації, зниження навантаження на персонал	Канада, Ізраїль	Висока вартість обладнання
Цифрова трансформація	Електронна система охорони здоров'я (eHealth)	Уніфікація електронних даних, рецепти, направлення	Прозорість, зменшення помилок, швидкість обробки	ЄС, ПРООН	Фрагментованість даних між регіонами

Цифрова трансформація	Big Data та аналітичні панелі	Аналіз потоків пацієнтів, прогноз навантаження	Планування ресурсів та оптимізація послуг	ВООЗ, UNICEF	Нерівномірність цифрової інфраструктури
Цифрові медичні сервіси	Мобільні застосунки для пацієнтів	Самоконтроль, запис до лікаря, віддалений моніторинг	Зменшення навантаження на лікарні	Apple, Google (HealthTech), ЄС	Низька цифрова грамотність окремих груп
Кібербезпека медичних даних	Захищені системи зберігання	Шифрування медичних записів та резервне копіювання	Збереження роботи системи під час атак	CyberTrust, EU Cybersecurity	Кількість кібератак зростає під час війни
Міжнародне партнерство	Гуманітарні проєкти медичного відновлення	Постачання обладнання та відбудова закладів	Зменшення дефіциту ресурсів	USAID, JICA, «Hospitallers»	Залежність від зовнішнього фінансування
Міжнародне партнерство	Навчання та обмін досвідом	Стажування українських лікарів за кордоном	Підвищення кваліфікації,	ВООЗ, ЄС, НАТО	Недостатня кількість програм

			модернізація підходів		
Логістичні інновації	Системи управління постачаннями	Електронний контроль медичних товарів і ліків	Скорочення дефіцитів та оптимізація логістики	ПРООН, Світовий банк	Нестача кваліфікованих логістів
Біомедичні технології	3D-друк протезів і медичних компонентів	Індивідуалізоване протезування та ремонт обладнання	Швидше та дешевше забезпечення реабілітації	Канада, Нідерланди	Потреба сертифікації та стандартизації
Захист медичної інфраструктури	Інженерні укриття, системи автономії	Посилення безпеки лікарень у районах обстрілів	Безперервність роботи медзакладів	UNDP, EU Civil Protection	Висока собівартість систем
Підтримка стійкості системи	Створення резервних медичних потужностей	Тимчасові шпиталі, мобільні пункти допомоги	Гарантований доступ до допомоги під час загроз	Червоний Хрест, НАТО	Логістичні та кадрові обмеження

В Україні обов’язок отримання добровільної згоди пацієнта на лікування ґрунтується на положеннях Конституції України, зокрема статтях 28 і 29 [9], які

гарантують право людини на повагу до її гідності, свободу та особисту недоторканність. Хоча в них прямо не йдеться про медичні процедури, ці норми визначають базові засади добровільності будь-якого втручання в організм людини.

Юридичне закріплення цього принципу міститься у Цивільному кодексі України [10], де стаття 284 прямо визначає, що будь-яке медичне втручання можливе лише за згодою фізичної особи. Це положення охоплює всі види медичних дій - діагностику, профілактику та лікування. Закон також деталізує порядок отримання згоди: для осіб від 14 до 18 років вона надається самою особою спільно з батьками або законними представниками; для дітей до 14 років і недієздатних осіб - виключно представниками.

Стаття 284 Цивільного кодексу України закріплює не лише право громадянина на отримання медичної допомоги, а й можливість свідомої відмови від неї. Згідно з цією нормою, повнолітня особа має законне право самостійно прийняти рішення про припинення лікування або небажання проходити медичне втручання. Якщо така відмова може становити загрозу життю чи здоров'ю пацієнта, медичний працівник зобов'язаний у доступній формі пояснити можливі наслідки. У випадку, коли пацієнт або його законний представник (якщо йдеться про неповнолітнього чи недієздатного) наполягає на відмові, і вона може мати тяжкі наслідки, лікар має повідомити відповідні органи опіки та піклування [40, с. 67].

Ці положення Цивільного кодексу демонструють один із базових принципів сучасної медицини - автономію пацієнта. Людина має право самостійно вирішувати питання, що стосуються її здоров'я, а медична система повинна забезпечити механізми реалізації цього права. Це положення є особливо актуальним у процесі розроблення електронних рішень для отримання інформованої згоди під час надання екстреної медичної допомоги, де час і чіткість дій мають вирішальне значення. Важливо, щоб цифрові інструменти, що використовуються у цій сфері, були юридично узгоджені з положеннями Цивільного кодексу України та відповідали його духу.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 43 [11] конкретизує вимогу отримання поінформованої згоди пацієнта перед проведенням діагностики, профілактики чи лікування. Для осіб, які не досягли 14-річного віку або визнані недієздатними, таку згоду надають їх законні представники. Разом із тим, закон передбачає виняток - коли існує безпосередня загроза життю пацієнта і отримання згоди об'єктивно неможливе, лікар може діяти без неї, щоб урятувати життя людини. Якщо ж пацієнт відмовляється від лікування, медик має право вимагати письмове підтвердження цієї відмови, а за неможливості - скласти акт у присутності свідків.

Право пацієнта самостійно відмовитися від медичного втручання визнається лише за умови, що особа має повну цивільну дієздатність і усвідомлює значення своїх дій. Якщо відмова надходить від законного представника і може становити загрозу для життя чи здоров'я пацієнта, лікар зобов'язаний поінформувати органи опіки та піклування.

Окрему увагу закон приділяє збереженню медичної таємниці. Згідно зі статтею 39^1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [11], пацієнт має право на конфіденційність усіх даних, що стосуються його діагнозу, лікування чи факту звернення по медичну допомогу. Розголошення цих даних допускається лише у випадках, передбачених законодавством. Ця норма має ключове значення у процесі цифровізації медицини, адже електронні системи обліку та передачі інформації повинні забезпечувати найвищий рівень захисту персональних даних і медичної конфіденційності [12, с. 67].

Деталізоване регулювання процесу отримання інформованої згоди передбачене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, яким затверджено форму первинної документації №003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування, операції та знеболення» [12]. Водночас, дана форма не передбачена для використання на етапі екстреної медичної допомоги, що створює правовий та організаційний вакуум у діяльності бригад ЕМД.

У статті 43 згаданого закону також підкреслюється, що відсутність згоди пацієнта не вважається порушенням лише тоді, коли існує очевидна загроза його життю, а отримання згоди з об'єктивних причин неможливе. Це повністю відповідає сутності поняття «екстрена медична допомога». Таким чином, надання невідкладної допомоги без підпису пацієнта є законним лише у випадках реальної небезпеки для життя.

Однак на практиці бригади ЕМД часто стикаються з ситуаціями, які не підпадають під категорію «екстрених». Наприклад, при скаргах на біль у грудях, коли після обстеження не виявляється серйозних патологій, медичне втручання здійснюється за згодою пацієнта. У таких випадках пацієнт має підтвердити згоду або відмову власним підписом у карті виїзду [1].

Перехід на електронний документообіг у системі ЕМД створює нові виклики. У цифровому форматі фізичний підпис пацієнта на паперовій формі буде неможливим, що потребує запровадження нових рішень для фіксації інформованої згоди або відмови. Проте цьому перешкоджає низка факторів:

– невеликий відсоток громадян має кваліфікований електронний підпис (КЕП);

– відео- чи аудіофіксація процесу згоди може потребувати додаткового фінансування та викликати у пацієнтів занепокоєння щодо збереження конфіденційності;

– використання таких засобів вимагає окремої письмової згоди пацієнта на запис, що передбачено статтею 39[1] Закону України [11, с. 70];

– не всі пацієнти користуються смартфонами, що унеможливлює дистанційну ідентифікацію.

Як варіант вирішення цих проблем пропонується оснастити програмне забезпечення мобільних пристроїв бригад ЕМД функцією інтерактивного отримання інформованої згоди. Пацієнту або його представнику на екрані пристрою відображається перелік запропонованих медичних втручань (огляд, лікування, транспортування), після чого він ставить власний електронний підпис стилусом. Внесення змін до документа неможливе - у разі зміни рішення

створюється новий запис. Якщо пацієнт категорично відмовляється від допомоги, а виклик здійснено сторонніми особами, відмова фіксується медиками в електронній карті виїзду із зазначенням обставин, свідків і, за можливості, представників правоохоронних органів.

Оскільки паперова форма карти виїзду також містить підпис відповідального лікаря, програмне забезпечення для бригад ЕМД має обов'язково включати можливість накладення кваліфікованого електронного підпису медичного працівника, що забезпечить юридичну чинність усіх електронних документів і відповідність чинним правовим вимогам.

За умови впровадження єдиного програмного забезпечення для системи ЕМД питання оформлення інформованої згоди або відмови пацієнта буде вирішено централізовано по всім регіонам України. Це забезпечить не лише уніфікацію процесу, а й стане важливим кроком до реалізації повноцінного електронного обміну медичними даними. Таке рішення дозволить інтегрувати інформацію про надану екстрену медичну допомогу в загальну електронну систему охорони здоров'я, сприяючи дотриманню єдиних стандартів та протоколів обміну інформацією між різними рівнями медичної допомоги. Це відповідає принципам, визначеним у сучасних нормативно-правових актах, що регулюють обмін даними в медичній галузі, забезпечуючи послідовність та цілісність медичної історії пацієнта [8, с. 13].

Аналіз проблематики цифровізації системи ЕМД на догоспітальному етапі виявив низку взаємопов'язаних викликів, які вимагають системного вирішення.

По-перше, попри створення ІАС «Централь 103», її функціонал залишається обмеженим знеособленою аналітичною інформацією. Це унеможливлює повноцінний електронний обмін даними між ЕМД та іншими рівнями медичної допомоги, перешкоджає інтеграції епізодів лікування в загальну медичну інформацію пацієнта, призводить до збереження паперового документообігу та затримок бригад ЕМД. Більше того, відсутність комплексної інформації та нерозуміння пацієнтами маршруту медичної допомоги ускладнює контроль за нецільовим використанням ресурсів ЕМД.

По-друге, відсутність єдиного програмного забезпечення у регіональних центрах ЕМД є значною перешкодою для уніфікації та ефективності. Хоча ідея єдиного програмного продукту є привабливою, її реалізація потребує врахування антимонопольних ризиків та пошуку рішень, що сприяють конкуренції. Запропоновані підходи, такі як використання єдиних стандартів та протоколів обміну даними (API), модульна розробка програмного забезпечення та застосування відкритого програмного забезпечення (Open Source), є життєздатними альтернативами для створення інтегрованої та інноваційної цифрової екосистеми ЕМД.

По-третє, цифровізація процесу отримання інформованої добровільної згоди пацієнта на медичне втручання залишається невирішеним питанням. Незважаючи на законодавчі вимоги та етичні стандарти, існуючі перешкоди – низький відсоток населення з КЕП, проблеми з аудіо/відеофіксацією та відсутність смартфонів у всіх пацієнтів – вимагають нових рішень. Пропозиції щодо інтерактивного вікна підпису на екрані мобільних пристроїв бригад ЕМД та детальної цифрової фіксації відмови від допомоги є перспективними кроками для забезпечення як прав пацієнта, так і юридичного захисту медичних працівників [25, с. 80].

Таким чином, повноцінна цифрова трансформація системи ЕМД на догоспітальному етапі потребує комплексного підходу, що включає вдосконалення функціоналу ІАС «Централь 103», впровадження єдиних стандартів взаємодії між регіональними системами та інноваційні рішення для цифровізації інформованої згоди пацієнтів. Лише за умови вирішення цих питань можливе створення ефективної, прозорої та сучасної системи екстреної медичної допомоги в Україні. Подальші дослідження можуть бути направлені на обґрунтуванні удосконалення обміну даними між зацікавленими суб’єктами інформування цифрової екосистеми ЕМД.

Висновки до розділу 3.

Отже, система охорони здоров’я стоїть на порозі глибокої трансформації, яка поєднує державну політику, цифрові технології, інноваційні рішення та міжнародну співпрацю. Умови воєнного стану стали каталізатором цих змін, примусивши державу переглянути традиційні підходи до управління медичною сферою, фінансування, кадрової політики та взаємодії з міжнародними партнерами. Відновлення галузі має відбуватися не як відтворення старої системи, а як побудова нової моделі медицини - стійкої, безпечної, цифрово інтегрованої та орієнтованої на потреби громадян.

Державна політика у сфері відновлення медицини на сучасному етапі спрямована на створення ефективної системи управління, посилення інституційної спроможності та формування довгострокової стратегії розвитку. Серед ключових напрямів державної політики визначено централізовану координацію процесів відновлення, реформування фінансової моделі, відновлення кадрового потенціалу, розбудову системи реабілітаційної медицини та підвищення рівня безпеки медичних закладів.

Цифровізація охорони здоров’я стала одним із найважливіших інструментів відновлення медичної системи. Електронна медична система eHealth, телемедичні технології, аналітичні платформи управління ресурсами та модулі для обліку пошкоджених лікарень створюють нову архітектуру державного управління у сфері охорони здоров’я.

У результаті проведеного дослідження можна дійти висновку, що ефективне відновлення медичної галузі України можливе лише за умови поєднання трьох стратегічних елементів: державної політики, інноваційних технологій і цифрової трансформації. Ці напрями утворюють єдину платформу для побудови сучасної, гнучкої та стійкої медичної системи, здатної функціонувати в кризових умовах і забезпечувати громадянам якісну допомогу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, в умовах повномасштабної війни медична сфера стала не лише гуманітарним, але й стратегічним чинником забезпечення національної безпеки, соціальної стабільності та стійкості держави. Відновлення галузі потребує системного підходу, який об’єднує державну політику, інституційні реформи, цифрову трансформацію, інноваційні технології та міжнародне партнерство.

Ефективне управління медичною галуззю у період загрози національній безпеці потребує гнучкої моделі координації, яка забезпечує баланс між централізованим контролем і локальною адаптивністю. В умовах війни публічне управління в медицині трансформується - воно набуває ознак кризового менеджменту, де пріоритетними стають оперативність рішень, мобільність ресурсів і швидке реагування на потреби громадян.

Система публічного управління у сфері охорони здоров’я має багаторівневу структуру, яка включає центральні органи виконавчої влади, місцеві адміністрації, самоврядування та недержавні організації. Її ефективність у кризових умовах визначається рівнем координації між цими ланками. Війна оголила слабкі місця у вертикалі управління, зокрема недостатню комунікацію між центральними та регіональними структурами, низький рівень готовності до надзвичайних ситуацій і нестачу цифрових інструментів моніторингу. Водночас виявлено тенденцію до зміцнення управлінської автономії регіонів, що сприяє оперативному реагуванню на виклики та ефективнішому розподілу ресурсів.

Україна володіє необхідною законодавчою базою для забезпечення діяльності медичних закладів у надзвичайних умовах, однак вона потребує вдосконалення. Зокрема, існує потреба у створенні спеціального закону про медичну безпеку держави, який регламентував би функціонування медичних установ як об’єктів критичної інфраструктури, порядок їхнього захисту, фінансування та відновлення. Наявні механізми публічного управління показали обмежену ефективність у питаннях швидкого реагування, що підтверджує

необхідність оновлення системи стратегічного планування, кризового управління та міжвідомчої взаємодії.

Особлива увага приділялася вивченню зарубіжного досвіду управління медичними системами у кризових і воєнних умовах. Було встановлено, що досвід Ізраїлю, Хорватії, Польщі, Південної Кореї та країн НАТО може бути корисним для України. Основні елементи, які потребують адаптації, - це інтеграція військової та цивільної медицини, створення резервних систем медичного постачання, розбудова цифрових баз даних, розширення можливостей телемедицини та формування національних протоколів кризового реагування.

У результаті дослідження з'ясовано, що війна призвела до руйнування понад півтори тисячі медичних об'єктів, частина з яких повністю знищена. Значна кількість лікарень у прифронтових регіонах втратила функціональність через обстріли, дефіцит обладнання, відсутність енергопостачання та евакуацію персоналу. Водночас було зафіксовано значне зростання навантаження на медичну систему у відносно безпечних регіонах, що спричинило дисбаланс у наданні допомоги.

Система фінансування охорони здоров'я в умовах війни зазнала серйозного тиску. Хоча держава зберегла фінансування через Національну службу здоров'я України, цього недостатньо для масштабної відбудови. Ключову роль відіграють міжнародні донори, благодійні фонди та партнерські програми. Однак для стійкого розвитку необхідно запровадити довгострокові механізми фінансування через спеціальні фонди відновлення, державно-приватне партнерство та систему страхових гарантій.

Розгляд проблем ідентифікації та реєстрації об'єктів критичної медичної інфраструктури показав, що відсутність єдиного реєстру та цифрового моніторингу ускладнює планування відновлення. У різних відомствах існують різні дані про кількість і стан медичних об'єктів, що призводить до дублювання рішень та неефективного розподілу ресурсів. Створення єдиної електронної системи «eCriticalMed» стане необхідною умовою для стратегічного управління

медичною інфраструктурою та запобігання надзвичайним ситуаціям у майбутньому.

Цифрова трансформація виступає ключовим інструментом відновлення медичної системи. Впровадження електронних реєстрів, аналітичних платформ, телемедицини та штучного інтелекту забезпечує гнучкість управління, підвищує прозорість фінансування та зменшує адміністративні витрати. Цифровізація охорони здоров'я створює передумови для формування нової культури управління, де рішення приймаються на основі достовірних даних, а не інтуїтивних оцінок. Приклади реалізації цифрових проектів, таких як eHealth, eRecoveryMed, TeleHealth Ukraine та MedMap, демонструють реальні результати - підвищення ефективності управління, покращення доступу до медичних послуг і створення аналітичної бази для планування політики.

Окрім цифровізації, ключовим чинником розвитку є інноваційні технології. Використання роботизованої хірургії, 3D-друку, біонічних протезів, мобільних госпіталів і дистанційного моніторингу пацієнтів суттєво підвищує якість медичних послуг і сприяє реабілітації поранених. Важливу роль відіграє також міжнародне партнерство, яке забезпечує Україну фінансовими, технологічними та освітніми ресурсами. Програми Європейського Союзу, Світового банку, ВООЗ, урядів країн-партнерів сприяють не лише відбудові лікарень, а й інтеграції української медицини у європейський простір охорони здоров'я.

Підсумовуючи результати дослідження, можна зазначити, що ефективне відновлення медичної галузі України можливе лише за умови комплексного підходу, який включає реформу управління, модернізацію інфраструктури, кадрове відновлення, цифрову трансформацію, інновації та міжнародну співпрацю. Післявоєнне відродження медицини має спиратися на принципи стійкості, безпеки, інноваційності та людиноцентризму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабченко В.Л., Андрушко О.Г. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області. Економіка, управління та адміністрування. 2019. № 3 (89). С. 158–164.
2. Борщевський В.В., Василиця О.В., Матвєєв Є.Е. Публічне управління в умовах воєнного стану: інституційні трансформації, стратегічне планування та механізми розвитку. Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2022. № 2 (76). С. 30–35.
3. Гавриченко Д.Г. Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. № 9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2020/62.pdf (дата звернення: 04.10.2025).
4. Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.09.2020р. № 2136. База даних: «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0952-20#Text.
5. Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 28.02.2020 р. № 587. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE34519.html.
6. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text.
7. Деякі питання об'єктів критичної інфраструктури: Постанова Кабінету Міністрів України від 9.10.2020 р. № 1109-2020-п. Офіційний вісник України. 2020. 27 листоп. (№ 93). С. 9.
8. Деякі питання організації електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів : Постанова Кабінету Міністрів України від

10.05.2018 р. № 357. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/357- 2018-%D0%BF#Text.

9. Деякі питання подання інформації у сфері захисту критичної інфраструктури: Постанова Кабінету Міністрів України від 14.10.2022 р. № 1175-2022-п. Офіційний вісник України. 2022. 01 листоп. (№ 84). Том 4. С. 2307.

ДОДАТКИ

10. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Документ 2801-XII, поточна редакція – Прийняття від 27.03.2025. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text.
11. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис. … к.держ.упр.: 25.00.02, Харків, 2020. 255 с.
12. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України : дис. … кандидата наук з державного управління : 25.00.02 – механізми державного управління / Національний університет цивільного захисту України, Харків, 2020. С. 102.
13. Карчевич М. Цифровізація медицини: топ-10 проєктів 2023-го року Вебсайт Українського національного інформаційного агентства «Укрінформ». 2023. URL:https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3806089-cifrovizacia-medicinitop10-proektiv-2023go-roku.html#.
14. Ковтонюк П., Корчак Т. Крізь війну: що відбулося з охороною здоров'я у 2022 році. Українська правда. URL: https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/ (дата звернення: 04.10.2025).
15. Концепція інформатизації охорони здоров'я України / О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, Л. Ю. Бабінцева [та ін.] // Мед. інформатика та інженерія. – 2012. – № 3. – С. 5–29.
16. Концепція інформатизації охорони здоров'я. – Режим доступу : https://vikisoft.kiev.ua.

17. Криничко Л.Р., Ляхович Г.І. Системний підхід до методології державного управління системою охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. № 2. С. 23-27
18. Медицина в умовах війни: які виклики треба подолати системі охорони здоров'я. ANTS: веб-сайт. URL: https://ants.org.ua/medyczyna-v-umovahvijny-yaki-vyklyky-treba-podolaty-systemi-ohorony-zdorovya/ (дата звернення: 04.10.2025);
19. Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень. Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. № 3. С. 79–86.
20. Надюк З. О. E-Health як механізм електронного врядування в процесі державного управління системою охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Аналітика і влада. – 2012. – № 6. – С. 203–206.
21. Немчінов О.М. Роль публічного управління у формуванні антикризових заходів закладами охорони здоров'я. Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф., 20 жовтня 2022 р. Київ: МОРІОН, 2022. С. 7–10.
22. Ніколюк, О., Бондар, В., Цвєткова, Н. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. Food Industry Economics. 2021. № 13 (3). URL: https:// doi.org/10.15673/fie.v13i3.2137
23. Нова директива ЄС щодо стійкості критичної інфраструктури (CER DIRECTIVE). Вебсайт Національного інституту стратегічних досліджень.2023. URL: https://niss.gov.ua/doslidzhennya/natsionalna-bezpeka/nova-dyrektyva-yes-shchodo-stiykosti-krytychnoyi-infrastruktury.
24. Орел І. В Україні запрацював реєстр критичної інфраструктури. Що зміниться для бізнесу? Електронний журнал Forbes Ukraine. 2023. URL: https://forbes.ua/war-in-ukraine/v-ukraini-zapratsyuvav-reestr-kritichnoi-

infrastrukturi-shcho-zminitsya-dlya-biznesu-blitsintervyu-z-kerivnikom-derzhspetszvyazku-shchigolem-30042023-13372.

25. Про внесення змін до Методичних рекомендацій щодо категоризації об'єктів критичної інфраструктури: Наказ Адміністрації Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України від 26.09.2023 р. № 857. Вебсайт Адміністрації Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України URL: https://cip.gov.ua/ua/news/nakaz-administraciyi-derzhspeczv-yazku-vid-26-09-2023-857-pro-vnesennya-zmin-do-metodichnikh-rekomendacii-shodo-kategorizaciyi-ob-yektiv-kritichnoyi-infrastrukturi.
26. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 9 жовтня 2020 р. № 1109: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.01.2024 р. № 48-2024-п. Офіційний вісник України. 2024. 16 лют. (№ 15). С. 43.
27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168- VIII. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text.
28. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров’я : наказ МОЗ України від 19.10.2015 р. № 681. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#top.
29. Про затвердження Порядку ведення Реєстру об’єктів критичної інфраструктури, включення таких об’єктів до Реєстру, доступу та надання інформації з нього: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.04.2023 р. № 415-2023-п. Офіційний вісник України. 2023. 16 трав. (№ 47). С. 104.
30. Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров’я : Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 30.11.2020р. № 2755. База даних: «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0044-21#Text.

31. Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.11.2010 р. № 999. База даних: «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z014711#Text.
32. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110. База даних: «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z066112#Text.
33. Про критичну інфраструктуру: Закон України від 16.11.2021 р. № 1882- IX. Голос України. 2021. 14 груд. (№ 236). С. 20–23.
34. Про Національну програму інформатизації : Закон України від 04.02.1998 р. № 74/98-ВР. – Режим доступу : https://ips.ligazakon.net/document/Z980074?an=1.
35. Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні : Закон України від 08.09.2011 р. № 3715-VI. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3715-17#Text.
36. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#n8.
37. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020р. № 1671. База даних: »Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1 671-2020-%D1%80#Text.
38. Про технічне випробування і впровадження у тестовому режимі програмного продукту електронної медичної інформаційної системи з оптимізації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної

медичної допомоги та медицини катастроф : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.08.2018р. № 87-Адм. Електронний ресурс Міністерства охорони здоров'я України. Київ. 2018. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83% D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/tz_Central%20103.pdf.

39. Про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : Указ Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text. ISSN 1681-2786. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023. № 2 (96)
40. Редькін Р. Електронний рецепт: досвід Чехії / Р. Редькін // Фармацевт Практик. – 2018. – № 3. – С. 14–15.
41. Томашук Я. Об'єкти критичної інфраструктури: детальний аналіз та відповіді на поширені питання. Блог Думка експерта. 2022. URL: https://smarttender.biz/blog/view/ob-yekti-kritichnoyi-infrastrukturi-detalniy-analiz-ta-vidpovidi-na-poshireni-pitannya/.
42. Цифрова трансформація охорони здоров'я: методичні рекомендації для практичних занять здобувачів вищої медичної освіти 2-го року навчання з дисципліни «Медична інформатика» Електронний ресурс / укладачі О. В. Мартиненко, Л. В. Малярова. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2024. URL: https://ekhnuir.karazin.ua/server/api/core/bitstreams/d961507b-f54a-4ac7a9ac-6f526af3b52c/content.
43. Чурпій І.К., Мельник І.В., Чурпій Н.В. Теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я. Art of Medicine. 1 (13) січень – березень, 2020. С. 179–174.
44. Шевченко С.О., Бутковська Н.М. Особливості реформування системи охорони здоров'я України в умовах децентралізації. Проблеми формування громадянського суспільства в Україні: виклики та колізії : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (ДДУВС, 15.05.2020). С. 284–288.

45. Шелєміна Н. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. Економіка та суспільство, 2023, № 53. https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80\
46. A human, organization, and technology perspective on patients' experiences of a chat-based and automated medical history-taking service in primary health care: Interview study among primary care patients / E. Nilsson, A. Sverker, P. Bendtsen, A. C. Eldh // J. Med. Internet Res. – 2021. – Vol. 23 (10).
47. Aas I. H. A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine / I. H. Aas // J. Telemed. Telecare. – 2001. – Vol. 7 (1). – P. 18–26.
48. Babenko M. M. Development of public administration of the health care system and pharmacy in Ukraine. Farmatsevtychnyi Zhurnal. 2022;(4):3–11. DOI: https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.22.01
49. Baker M. S., Baker J., Burkle F. M. Russia's hybrid warfare in Ukraine threatens both healthcare & health protections provided by international law. Annals of Global Health. 2023;89(1). Ubiquity Press. DOI: https://doi.org/10.5334/aogh.4022
50. Barriers to cross--institutional health information exchange: a literature review / A. Edwards, I. Hollin, J. Barry, S. Kachnowski // J. Healthc. Inf. Manag. – 2010. – Vol. 24 (3). – P. 22–34.
51. Benefits, challenges, and contributors to success for national eHealth systems implementation: a scoping review / J. Scheibner, J. Sleigh, M. Ienca, E. Vayena // J. Am. Med. Inform. Assoc. – 2021. – Vol. 28 (9). – P. 2039–2049.
52. Cabinet of Ministers of Ukraine. Ministry of Finance: Healthcare expenditures amounted to UAH 217.4 billion in 2023. Government Portal. 2024. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/minfin-u-2023-rotsi-vydatky-na-okhoronu-zdorovia-stanovyly-2174-mlrd-hryven
53. Calvillo J. How technology is empowering patients? A literature review / J. Calvillo, I. Román, L. M. Roa // Health Expect. – 2015. – Vol. 18 (5). – P. 643–652.

54. Collatuzzo G. Application of P4 (Predictive, Preventive, Personalized, Participatory) Approach to Occupational Medicine / G. Collatuzzo, P. Boffetta // Med. Lav. – 2022. – Vol. 113 (1). DOI 10.23749/mdl.v113i1.12622.
55. Danyliuk M. Informatization in Ukraine: Realities, Problems, Prospects / M. Danyliuk, M. Dmytryshyn, T. Goran // EJSD. – 2021. – Vol. 10 (4). – P. 190–202.
56. Determinants for use of direct-to-consumer telemedicine consultations in primary healthcare-a registry based total population study from Stockholm, Sweden / C. Dahlgren, M. Dackehag, P. Wändell, C. Rehnberg // BMC Fam. Pract. – 2021. – Vol. 22 (1). – P. 133.
57. Digital health promotion: promise and peril / A. Koh, W. Swanepoel, A. Ling [et al.] // Health Promot. Int. – 2021. – Vol. 36 (Suppl. 1).
58. Digital health: meeting the ethical and policy challenges / E. Vayena, T. Haeusermann, A. Adjekum, A. Blasimme // Swiss Med. Wkly. – 2018. – Vol. 148.
59. Dorosh Y., Ibatullin Sh., Tarnopolskyi A., Sakal O., Kharytonenko R. The role of land management in the process of economic modernization in Ukraine. Zemleustrìj, Kadastr ì Monìtorìng Zemel′. 2023;(2):25–36. DOI: https://doi.org/10.31548/zemleustriy2023.02.02
60. Dzhus M., Golovach I. Impact of Ukrainian-Russian war on health care and humanitarian crisis. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2023;17:1–9. DOI: https://doi.org/10.1017/dmp.2022.265
61. Edgoose J. Y. C. Exploring the face-to-face: revisiting patient-doctor relationships in a time of expanding telemedicine / J. Y. C. Edgoose // J. Am. Board Fam. Med. – 2021. – Vol. 34. DOI 10.3122/jabfm.2021.S1.200398.
62. Gostin L. O., Rubenstein L. S. Attacks on health care in the war in Ukraine. JAMA. 2022;327(16):1541. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2022.6045
63. Greenaway C., Fabreau G., Pottie K. The war in Ukraine and refugee health care: Considerations for health care providers in Canada. CMAJ: Canadian Medical

Association Journal. 2022;194(26):E911–E915. DOI: https://doi.org/10.1503/CMAJ.220675

64. Halai V. O. The strategy of reforming the health care system in Ukraine. Analytical and Comparative Jurisprudence. 2023;(6):189–194. DOI: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34

65. Heisler M., Kovtonyuk P., De Vos C. Attacks on health care used as a weapon of war in Ukraine and globally: The demand for accountability. JAMA. 2023 Mar 28. American Medical Association. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2023.2787

66. Holovanova I. A., Shevchenko A. S. Determination of the main needs of palliative patients and ways of their provision in the health care system of Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2023;90(3):88–94. DOI: https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.hos

67. Kliuchnyk A., Prohoniuk L., Galunets N., Husenko A., Oliinyk T. Public management and administration in territorial communities of Ukraine during the war and in the post-war period. Economic Affairs (New Delhi). 2023 May 1;68(Special Issue):923–929. DOI: https://doi.org/10.46852/0424-2513.2s.2023.40

68. Kovalyshyn O. The factor of democracy and prosperity and the formation of the nation state in the example of Ukraine: Pre-war picture. Studia Europejskie – Studies in European Affairs. 2023;(4):173–193. DOI: https://doi.org/10.33067/se.4.2023.10

69. Nagoriyanskii A. O. Improvement of public administration of the medical rehabilitation system as an integral part of public health policy. Clinical and Preventive Medicine. 2021;2(16):63–69. DOI: https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(16).2021.08

70. Niven A. S., Skomro R. P., Dziuba D., Gajic O. Supporting health care workers during the armed conflict in Ukraine. Chest. 2023 Jun 1. Elsevier Inc. DOI: https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.12.021

71. Parkhomenko A. Russia's war in Ukraine and cardiovascular health care. Circulation. 2023;147(10):779–781. DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.063196
72. Piech K. Health care financing and economic performance during the coronavirus pandemic, the war in Ukraine and the energy transition attempt. Sustainability (Switzerland). 2022;14(17):Article 10601. DOI: https://doi.org/10.3390/su141710601
73. Prusaczyk A., Bogdan M., Vinker S., Gujski M., Żuk P., Kowalska-Bobko I., et al. Health care organization in Poland in light of the refugee crisis related to the military conflict in Ukraine. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(5). DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20053831
74. Shandryk V., Zhebelev I., Deliatynchuk A., Maksymov V., Shelest V. Modern concepts of public administration in the context of sustainable development. Economic Affairs (New Delhi). 2023 Dec 1;68(4):2105–2117. DOI: https://doi.org/10.46852/0424-2513.4.2023.21
75. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T., Makhashvili N., Javakhishvili J., Roberts B. The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2022;27(3):521–523. DOI: https://doi.org/10.1177/13591045221097519
76. Tkach K. Comparative analysis of the current state of regulatory and legal regulation of health care in Ukraine and Hungary. Analytical and Comparative Jurisprudence. 2022;(5):311–317. DOI: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.05.58
77. Vlasenko S. Local government bodies as subjects of public policy of national memory in Ukraine. Public Administration and Regional Development. 2023;22:915–936. DOI: https://doi.org/10.34132/pard2023.22.01
78. Yaitska D. Public participation: International standards and perspectives for Ukraine. Theory and Practice of Jurisprudence. 2023;1(23). DOI: https://doi.org/10.21564/2225-6555.2023.23.282101