ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А.Семенець-Орлова
«____»_____2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ВЕТЕРАНІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ»

Виконала: студентка групи
ТУ-4-24-М1ПУА(2.0здс)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Набойченко Яніна Вікторівна
Керівник: д.держ.упр., професор
Семенець-Орлова І.А.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Набойченко Яніна Вікторівна. «Механізми публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей в умовах воєнного стану в Україні».

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «магістр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» - Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2026

У кваліфікаційній роботі визначено теоретико-методологічні основи публічного управління у сфері медичних послуг для військовослужбовців та ветеранів. Проаналізовано сучасний стан системи медичного забезпечення військових, ветеранів та їх сімей в умовах воєнного стану. Запропоновано напрями удосконалення механізмів публічного управління в умовах воєнного та післявоєнного періоду.

Ключові слова: публічне управління, сфера охорони здоров'я, медична допомога, воєнний стан, медичне обслуговування, військовослужбовці, ветерани, цифровізація.

SUMMARY

Naboichenko Yanina. "Public Management Mechanisms in the Provision of Healthcare Services for Military Personnel, Veterans, and Their Family Members under Martial Law in Ukraine".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2026

The thesis defines the theoretical and methodological foundations of public management in the field of healthcare services for military personnel and veterans. It analyzes the current state of the medical support system for the military, veterans, and their families under martial law. Furthermore, it proposes directions for improving public management mechanisms during the war and post-war periods.

Key words: public management, healthcare sector, medical care, martial law, medical service, military personnel, veterans, digitalization.

ЗМІСТ

ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ 7
1.1. Поняття та зміст публічного управління у сфері охорони здоров'я 7
1.2. Нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей 13
1.3. Міжнародний досвід публічного управління в медичному забезпеченні військових 16
Висновки до першого розділу 20
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ, ВЕТЕРАНІВ ТА ЇХ СІМЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 23
2.1. Структура та функції органів публічної влади 23
2.2. Поточний стан та проблеми доступу до медичних послуг під час війни 29
2.3. Вплив воєнного стану на трансформацію системи медичної допомоги військовим та ветеранам 34
Висновки до другого розділу 38
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ПЕРІОДУ 40
3.1. Оцінка ефективності існуючих механізмів публічного управління 40
3.2. Напрями реформування та цифровізації сфери медичного забезпечення 43
3.3. Пропозиції щодо підвищення якості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я для військових та ветеранів 48
Висновки до третього розділу 52
ВИСНОВКИ 55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 58

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабна збройна агресія проти України радикально змінила умови функціонування системи охорони здоров'я та поставила перед державою безпрецедентні виклики щодо медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей. Від ефективності механізмів публічного управління в цій сфері безпосередньо залежать бойова спроможність сил оборони, темпи відновлення поранених, рівень соціальної захищеності захисників України та їхніх родин, а отже – національна безпека і стійкість держави. Одночасно система охорони здоров'я перебуває в процесі глибокої трансформації: впроваджується контрактна модель фінансування через Програму медичних гарантій, посилюється роль Національної служби здоров'я України, розвиваються інститути громадського здоров'я та цифрові рішення eHealth. В умовах воєнного стану ці процеси накладаються на руйнування інфраструктури, переміщення населення, кадрові втрати та зростання потреб у реабілітації й психічному здоров'ї. Це зумовлює необхідність системного дослідження механізмів публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей, оцінки їх ефективності та розроблення науково обґрунтованих пропозицій щодо їх удосконалення з урахуванням вимог безпеки, стійкості та справедливості.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є комплексне теоретико-правове та організаційно-управлінське обґрунтування механізмів публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей в умовах воєнного стану в Україні та розроблення практичних пропозицій щодо підвищення їх ефективності, безпеки та орієнтації на потреби цільових груп.

Для досягнення поставленої мети передбачається виконати такі основні завдання:

1) розкрити теоретико-правові засади права на охорону здоров'я та медичну допомогу в Україні й особливості його реалізації в умовах воєнного стану;

2) проаналізувати структуру та функції органів, що здійснюють публічне управління у сфері медичного забезпечення військових, ветеранів та членів їхніх сімей, визначити їх повноваження та взаємодію;

3) оцінити сучасний стан і проблеми доступу до медичних послуг для військовослужбовців, ветеранів та їхніх родин з урахуванням воєнних ризиків, руйнування інфраструктури, переміщення населення та кадрових обмежень;

4) з'ясувати вплив воєнного стану на трансформацію системи медичної допомоги, фінансових та організаційних механізмів, зокрема через діяльність НСЗУ, розвиток реабілітації та психічного здоров'я;

5) сформулювати науково обґрунтовані пропозиції щодо підвищення якості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я для військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей у коротко- та довгостроковій перспективі.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері публічного управління системою медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей в Україні в умовах воєнного стану.

Предметом дослідження є механізми публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей в умовах воєнного стану в Україні.

Методи дослідження. Методологічну основу роботи становить поєднання загальнонаукових і спеціально-юридичних методів дослідження. Використано діалектичний метод для аналізу розвитку системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та взаємозв'язку реформ мирного часу з викликами війни. Формально-юридичний метод застосовано для аналізу Конституції України, законів, підзаконних нормативно-правових актів і судової практики у сфері охорони здоров'я, воєнного стану, реабілітації, психічного здоров'я, громадського здоров'я. Системний і структурно-функціональний методи використано для дослідження структури органів публічної влади, їх

повноважень та механізмів взаємодії у сфері медичного забезпечення військових і ветеранів. Порівняльно-правовий метод дозволив зіставити українську модель організації медичної допомоги з підходами інших країн та рекомендаціями міжнародних організацій. Соціологічний, статистичний та аналітичний методи застосовано для інтерпретації доступних даних щодо стану здоров'я, атак на медичну інфраструктуру, переміщення населення, потреб у реабілітації. Метод узагальнення та елементи моделювання використано для формування пропозицій щодо вдосконалення механізмів публічного управління і підвищення безпеки та стійкості системи.

Практичне значення. Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що сформульовані в роботі висновки та пропозиції можуть бути використані: – центральними органами виконавчої влади при вдосконаленні нормативно-правового регулювання у сфері медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей, а також при оновленні стратегічних і програмних документів у сфері охорони здоров'я, реабілітації, психічного здоров'я та громадського здоров'я;

– закладами вищої освіти при підготовці фахівців у галузі публічного управління та адміністрування, права й охорони здоров'я, для розроблення навчальних курсів, спецкурсів і тренінгів з питань публічного управління в умовах криз і воєнного стану;

– громадськими та ветеранськими організаціями для обґрунтування пропозицій до органів влади щодо поліпшення медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх родин.

Реалізація запропонованих рекомендацій сприятиме підвищенню безпеки, стійкості, якості та справедливості медичного забезпечення осіб, які безпосередньо пов'язані з обороною держави, а також посиленню довіри до системи публічного управління в цілому.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ

1.1 Поняття та зміст публічного управління у сфері охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я доцільно розглядати не як суто галузеве адміністрування медичними закладами, а як цілісний процес формування та реалізації політики охорони здоров'я, у якому поєднуються політичний, правовий, управлінський, фінансовий та соціальний виміри [7; 11; 12; 18; 22]. На відміну від традиційного розуміння "управління охороною здоров'я" як діяльності міністерства та підпорядкованих йому закладів, сучасний підхід підкреслює поліцентричний характер системи: у ній одночасно діють центральні органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, Національна служба здоров'я України, комунальні та приватні заклади, професійні асоціації, міжнародні організації та пацієнтські спільноти [7; 18; 66–70].

У широкому розумінні публічне управління у сфері охорони здоров'я – це цілеспрямована діяльність публічної влади та інших суб'єктів публічної політики щодо забезпечення реалізації права людини на охорону здоров'я, організації доступу до медичних послуг належної якості, зменшення соціально-територіальних нерівностей у здоров'ї та зміцнення стійкості системи до шоків [1; 2; 14; 15; 87; 105]. Зміст цього управління охоплює повний цикл політики: від аналізу потреб і формулювання цілей до планування, ресурсного забезпечення, реалізації програм, моніторингу, оцінювання та коригування рішень. Важливо, що у контексті воєнної агресії особливого значення набувають завдання підтримання безперервності базових послуг, розгортання додаткових потужностей, забезпечення медичного захисту військовослужбовців і цивільного населення в умовах небезпеки [78; 79; 86].

Структурно зміст публічного управління у сфері охорони здоров’я можна описати через кілька взаємопов’язаних блоків. Перший блок – нормативно-правовий: конституційні гарантії, базові закони про охорону здоров’я, громадське здоров’я, фінансові гарантії, спеціальні акти щодо окремих видів допомоги (психіатричної, протитуберкульозної, реабілітаційної тощо) [1–4; 25–31]. Саме цей блок задає правові рамки для суб’єктів управління, визначає повноваження та відповідальність різних органів, встановлює обов’язки держави щодо забезпечення доступності медичних послуг.

Другий блок – інституційний: система органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, спеціалізованих агентств (Національна служба здоров’я України, Центр громадського здоров’я, профільні агентства), а також мережа закладів різних форм власності [7; 66–73; 86]. Публічне управління передбачає узгодження їхньої діяльності, розподіл компетенцій між рівнями (центральним, регіональним, місцевим), механізми координації та взаємодії, включно з міжсекторною співпрацею у форматі підходу “здоров’я в усіх політиках” [17; 21].

Третій блок – фінансово-економічний. Йдеться про формування та розподіл фінансових ресурсів, вибір моделі фінансування (податкова, страхова, змішана), запровадження програмно-цільових інструментів, тарифів, договорів із надавачами послуг. В Україні зміна моделі фінансування – від утримання закладів до оплати послуг за програмою медичних гарантій – кардинально змінила логіку публічного управління, посиливши роль контрактування, показників результативності та прозорості даних [3; 11; 20; 52; 56–58; 97].

Четвертий блок – організаційно-функціональний: планування мережі, маршрутизація пацієнтів, управління якістю, клінічні протоколи, стандарти, механізми контролю та акредитації, кризове управління (зокрема у надзвичайних ситуаціях і в умовах війни) [18; 22; 79; 98]. Саме тут особливо чітко проявляється потреба адаптивного управління, здатного швидко реагувати на зміну географії потреб, руйнування інфраструктури, масове переміщення населення.

П’ятий блок – інформаційно-аналітичний та цифровий. Збір, обробка й аналіз даних, робота з реєстрами, електронна система охорони здоров’я, е-інструменти взаємодії між пацієнтами, лікарями та платником, аналітичні панелі для прийняття рішень, телемедичні сервіси [45–47; 52; 106–109; 111–112]. Цифровізація перетворює публічне управління на процес, який спирається на дані в реальному часі, і дозволяє краще відстежувати доступність та якість медичних послуг, у тому числі для військовослужбовців і ветеранів.

Узагальнення основних змістових вимірів публічного управління у сфері охорони здоров’я доцільно подати у вигляді такої таблиці.

Таблиця 1.1

Структурні виміри публічного управління у сфері охорони здоров’я

Вимір	**Зміст**	**Типові інструменти**
Нормативно-правовий	гарантії права на охорону здоров’я, повноваження органів, види допомоги	конституція, закони, підзаконні акти
Інституційний	система органів, агентств і закладів, розподіл компетенцій	положення, статути, договори, механізми координації
Фінансовий	формування та розподіл ресурсів, моделі оплати послуг	програма медичних гарантій, тарифи, бюджети
Організаційний	планування мережі, стандарти, управління якістю, кризове реагування	клінічні протоколи, маршрутизація, плани готовності
Цифровий	дані, реєстри, електронні сервіси й аналітика	eHealth, реєстри, телемедицина, панелі моніторингу

Розробка авторки

Підсумована у таблиці структура вимірів публічного управління дозволяє побачити охорону здоров’я як складну багаторівневу систему, де кожен блок не існує окремо, а постійно взаємодіє з іншими. Нормативно-правовий вимір задає «правила гри» для всіх учасників, але їх реальний зміст проявляється лише через інституційні, фінансові, організаційні та цифрові механізми. Іншими словами, навіть найкращі правові норми не забезпечать ефективного та безпечного функціонування системи, якщо вони не будуть підкріплені спроможними інституціями, належним фінансуванням, продуманою організацією процесів та якісною інформаційно-аналітичною підтримкою.

З огляду на це публічне управління у сфері охорони здоров’я доцільно розглядати як постійний пошук балансу між різними вимірами. Наприклад, розширення гарантій права на охорону здоров’я в нормативному полі неминуче потребує коригування фінансових механізмів, зміни тарифів або структури пакетів послуг, а також відповідної адаптації організаційних процедур. У свою чергу, посилення цифрового виміру (впровадження нових модулів електронної системи охорони здоров’я, телемедичних сервісів, реєстрів) вимагає врегулювання питань захисту персональних даних, визначення відповідальності за достовірність інформації, підвищення цифрової грамотності персоналу та пацієнтів. Таким чином, жоден із вимірів не може розглядатися ізольовано: їх ефективність визначається ступенем узгодженості й взаємодоповнюваності.

Особливе значення така комплексність набуває в умовах війни, коли система охорони здоров’я змушена працювати в режимі постійної невизначеності, додаткових ризиків і дефіциту ресурсів. Воєнний стан не лише посилює навантаження на організаційний вимір (необхідність швидкого переорієнтування маршрутів пацієнтів, розгортання резервних ліжок, евакуації закладів), а й ставить під питання звичні фінансові та інституційні моделі. Виникає потреба у гнучкішому підході до фінансування, тимчасових спрощеннях процедур, оперативному перерозподілі повноважень між рівнями влади. При цьому база для таких рішень все одно залишається у нормативно-правовому полі, яке повинно забезпечувати законність і передбачуваність навіть у кризових умовах.

Для військовослужбовців, ветеранів і членів їхніх сімей ця багатовимірність публічного управління означає, що доступ до медичної допомоги залежить не лише від наявності «закону про пільги» або «програми для ветеранів». На практиці важливо, чи закріплені ці гарантії у фінансових механізмах (чи передбачене окреме фінансування відповідних послуг), чи існують спеціалізовані заклади та підрозділи, спроможні надати потрібну допомогу, чи відповідають їхні ресурси реальним потребам, чи інтегровані вони в єдину систему маршрутів пацієнтів, чи дозволяє цифрова інфраструктура

відслідковувати історію лікування, реабілітаційні плани, забезпечення ліками. Також має значення рівень координації між органами охорони здоров'я, оборони, ветеранської політики та соціального захисту, адже для цієї категорії осіб медичні послуги рідко є «відокремленою» послугою – вони майже завжди пов'язані з питаннями статусу, пільг, соціальної підтримки, працевлаштування, реінтеграції.

Кожен із структурних вимірів публічного управління має свої критичні точки. У нормативно-правовому вимірі такими точками є чіткість формулювань гарантій, відсутність суперечностей між різними актами, реалістичність встановлених зобов'язань держави, а також наявність механізмів судового й адміністративного захисту прав пацієнтів. Інституційний вимір потребує чіткого розмежування повноважень між органами влади, уникнення дублювання функцій, ефективних каналів координації та обміну інформацією. Фінансовий вимір пов'язаний із достатнім загальним обсягом ресурсів, справедливим та прозорим їх розподілом, наявністю стимулів для підвищення якості послуг і механізмів захисту пацієнтів від надмірних власних витрат.

Організаційний вимір, у свою чергу, концентрується на реальному устрої системи: де розташовані заклади, як працюють маршрутизація й направлення, наскільки доступні послуги для людей з обмеженою мобільністю, чи враховується територіальна специфіка (сільські райони, прифронтові території, великі міста з високою концентрацією внутрішньо переміщених осіб). Саме тут проявляється якість управлінських рішень щодо планування мережі, оптимізації ліжкового фонду, розвитку реабілітаційних служб, організації психіатричної та психологічної допомоги. Для військових і ветеранів важливими є також питання безперервності маршруту: від військово-медичних служб до цивільних закладів, від гострої допомоги до тривалої реабілітації, від стаціонарних форм до амбулаторних та домашніх послуг.

Цифровий вимір додає до цієї картини якісно нові можливості й одночасно – нові виклики. З одного боку, електронні реєстри, медичні записи, аналітичні панелі дозволяють приймати управлінські рішення на основі актуальних даних,

а не інтуїції чи фрагментарної інформації. Це відкриває шлях до більш точного планування ресурсів, виявлення «білих плям» у доступі до послуг, моніторингу якості лікування, у тому числі в розрізі окремих категорій пацієнтів. З іншого боку, цифровізація піднімає питання захисту персональних даних, кібербезпеки медичної інфраструктури, рівня цифрової грамотності медичного персоналу та пацієнтів, а також ризику цифрової нерівності між регіонами й соціальними групами.

Для розробки і впровадження ефективних механізмів публічного управління у сфері медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів і членів їхніх сімей важливо не лише описати кожен із вимірів окремо, але й усвідомити, які саме зміни потрібні в кожному з них. Наприклад, удосконалення нормативно-правового виміру може полягати не стільки в ухваленні нових законів, скільки в уточненні існуючих норм, усуненні колізій, запровадженні процедур, що гарантують реальну можливість реалізації прав (простих і зрозумілих механізмів доступу до послуг, оскарження рішень, отримання інформації). В інституційному вимірі це може бути створення або посилення спеціалізованих підрозділів, відповідальних за координацію політики щодо військових і ветеранів, формалізація форматів взаємодії між міністерствами та службами, а також залучення представників ветеранської спільноти до консультативних органів.

У фінансовому вимірі йдеться про виділення окремих бюджетних програм або пакетів послуг, які б забезпечували гарантований обсяг медичної допомоги для військових та ветеранів, а також про розробку механізмів, що стимулюють розвиток реабілітаційних та психосоціальних сервісів. Організаційний вимір може бути посилений через формування чітких маршрутів медичної допомоги для різних категорій військовослужбовців і ветеранів, створення спеціалізованих центрів, мультидисциплінарних команд, впровадження стандартів і протоколів, адаптованих до умов війни й поствоєнного відновлення. У цифровому вимірі одним з ключових завдань стає інтеграція медичних даних з інформацією про

статус учасника бойових дій, наявні пільги, реабілітаційні програми, що дозволить будувати для кожного пацієнта цілісну траєкторію підтримки.

Таким чином, навіть на теоретичному рівні підхід до публічного управління у сфері охорони здоров’я має ґрунтуватися на розумінні його багатовимірності й поліцентричності. Для України в умовах воєнного стану це означає, що будь-які рішення щодо медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей повинні оцінюватися відразу в кількох площинах: чи відповідають вони правовим гарантіям; чи мають під собою інституційну та фінансову спроможність; чи узгоджені з організаційною логікою системи; чи базуються на сучасних цифрових інструментах; чи сприяють підвищенню безпеки, стійкості й справедливості системи в цілому.

1.2 Нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей

Нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей в Україні формується на перетині загального законодавства про охорону здоров’я, спеціальних соціальних законів щодо військових і ветеранів, а також актів, що регулюють правовий режим воєнного стану та діяльність сектору безпеки й оборони [1–4; 25–31; 74; 75; 97]. На конституційному рівні закріплено право кожного на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування, а також обов’язок держави створювати умови для ефективного і доступного медичного обслуговування населення [1]. Ці норми поширюються і на військовослужбовців, однак для них і членів їхніх сімей додатково встановлюються спеціальні гарантії у профільних законах про соціальний і правовий захист військовослужбовців та про статус ветеранів війни.

Базові засади організації медичної допомоги визначені Основами законодавства про охорону здоров’я, які встановлюють державні гарантії, види

медичної допомоги, принципи управління, права та обов’язки пацієнтів і медичних працівників [2]. Закон про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення створює рамку програми медичних гарантій, за якою кошти державного бюджету спрямовуються на оплату конкретних пакетів послуг, у тому числі для військових та їхніх сімей, коли вони звертаються до закладів, що мають договори з Національною службою здоров’я України [3; 11; 97]. Водночас для особового складу певних формувань зберігаються власні системи військово-медичних закладів, які функціонують у підпорядкуванні Міністерства оборони, інших силових відомств і поєднують бюджетне фінансування з договірними відносинами з НСЗУ.

Закон про систему громадського здоров’я доповнює цю рамку, підкреслюючи значення профілактики, готовності до надзвичайних ситуацій і міжсекторальної взаємодії, що безпосередньо стосується завдань медичного забезпечення військових контингентів, формування системи епідемічного нагляду у зоні бойових дій та на деокупованих територіях [4; 14; 21]. Спеціальні закони у сферах захисту від інфекційних хвороб, боротьби з туберкульозом, психіатричної допомоги та реабілітації формують юридичні підстави для надання медичної допомоги військовослужбовцям із відповідними станами, у тому числі з посттравматичними розладами, поєднаними ураженнями та хронічними захворюваннями [26; 27; 29; 31].

Важливий вимір – правовий режим воєнного стану, який одночасно розширює повноваження військового командування й органів державної влади та зобов’язує їх забезпечити безперервність надання медичної допомоги як військовим, так і цивільному населенню [74; 75; 76]. У цих умовах актуалізуються питання евакуації поранених, розгортання тимчасових госпіталів, резервування ліжкового фонду, забезпечення доступу ветеранів до реабілітаційних та психіатричних послуг, інтеграції медичної допомоги з іншими елементами соціального захисту (грошові виплати, забезпечення житлом, працевлаштування тощо) [77–79; 86; 98].

Нормативно-правове поле доповнюють підзаконні акти – постанови Кабінету Міністрів України щодо госпітальних округів і опорних закладів, порядку фінансування, ліцензійних умов, вимог до надавачів медичних послуг, а також накази Міністерства охорони здоров’я, Міністерства оборони та інших відомств, які деталізують організацію медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам [34–36; 39; 42; 45–47; 101–103]. В окремих випадках такі акти прямо визначають пріоритетні пакети послуг (наприклад, реабілітація, психіатрична допомога, ведення поранених) та особливості їхнього надання.

Водночас аналіз чинного законодавства та практики його реалізації свідчить про низку проблем. По-перше, спостерігається фрагментація регулювання: загальні норми про охорону здоров’я, соціальний захист, статус ветеранів і військовослужбовців, а також відомчі накази інколи дублюють або по-різному трактують повноваження щодо медичного забезпечення, що ускладнює координацію між міністерствами, НСЗУ, місцевими органами влади й адміністрацією закладів [7; 12; 48; 66–70]. По-друге, не завжди чітко визначений механізм переходу військовослужбовця зі статусу “пораненого на лікуванні” до статусу “ветерана”, що впливає на його права на реабілітацію, протезування, психотерапію та супровід сім’ї [77; 79; 85]. По-третє, на рівні підзаконних актів є прогалини щодо комплексного маршруту ветерана: від гострої фази лікування до довгострокового медичного й соціального супроводу.

Для систематизації можна виділити основні групи суб’єктів і видів гарантій, передбачених у нормативно-правовому полі, що відображено в таблиці.

Таблиця 1.2

Нормативно-правові гарантії медичного забезпечення різних категорій захисників

Категорія осіб	*Ключові види медичних гарантій*	*Основні нормативні акти*	*Типові проблеми реалізації*
Діючі військовослужбовці	екстрена, первинна, спеціалізована допомога; евакуація, реабілітація,	конституція, основи законодавства, закони у сфері захисту здоров’я, відомчі накази моз і	нерівномірність доступу, перевантаження військових госпіталів, логістичні бар’єри

	психіатрична допомога	міноборони [1–4; 26; 29; 31; 74–76]	
Ветерани війни	продовження лікування, реабілітація, протезування, психічне здоров'я, супутні захворювання	загальні акти у сфері охорони здоров'я, спеціальні закони про статус ветеранів, програма медичних гарантій [2–4; 31; 85; 86; 97–98]	відсутність єдиного маршруту, різні режими фінансування, брак реабілітаційної інфраструктури
Члени сімей військовослужбовців і ветеранів	доступ до первинної та спеціалізованої допомоги, психосоціальна підтримка	конституція, основи законодавства, окремі норми соціальних законів, програма медичних гарантій [1–3; 11; 97; 100]	низька поінформованість, територіальні диспропорції, недостатня увага до психічного здоров'я

Розробка авторки

Сукупність зазначених актів створює юридичну основу для формування комплексної політики медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей. Однак для перетворення формальних гарантій на реальну практику потрібна подальша гармонізація законодавства, усунення прогалин між загальними й спеціальними нормами, посилення міжвідомчої координації та запровадження єдиних маршрутів пацієнта, що має бути предметом наступних розділів.

1.3 Міжнародний досвід публічного управління в медичному забезпеченні військових

Аналіз міжнародного досвіду медичного забезпечення військових демонструє, що навіть за різних моделей систем охорони здоров'я (податкових, страхових, змішаних) держави, які ведуть активну оборонну політику або мають досвід тривалих конфліктів, виробляють спеціальні інституційні та фінансові механізми для підтримки здоров'я військовослужбовців і ветеранів [50–52; 58; 62–65; 88–89]. Розгляд прикладів США, Ізраїлю та Польщі дозволяє окреслити різні варіанти поєднання загальної системи охорони здоров'я з військово-медичними структурами й системами для ветеранів.

У США система медичного забезпечення військових та їхніх сімей ґрунтується на кількох взаємопов’язаних компонентах. Для діючих військовослужбовців і частини членів їхніх сімей ключову роль відіграє мережа військово-медичних закладів Міністерства оборони, доповнена програмою “TRICARE” (страхова модель, що забезпечує доступ до цивільних провайдерів). Для ветеранів створена окрема система – Департамент у справах ветеранів із власною мережею медичних центрів, клінік, реабілітаційних закладів, які фінансуються з федерального бюджету і працюють за принципом інтегрованої мережі [50–52; 62; 88]. Така модель дозволяє зосередити експертизу у сфері бойових травм і психічного здоров’я (зокрема “PTSD” – посттравматичний стресовий розлад), але водночас потребує складної координації між різними відомствами і програмами.

В Ізраїлі система медичного забезпечення військових побудована на тісній інтеграції військово-медичної служби з цивільною системою медичного страхування. Військовослужбовці проходять лікування як у військових медичних підрозділах і госпіталях, так і в цивільних лікарнях, що працюють за договорами з міністерством оборони. Для поранених і ветеранів функціонують спеціалізовані центри реабілітації, де поєднано медичну, психологічну, соціальну та професійну підтримку, причому значна увага приділяється поверненню до служби або цивільного ринку праці, а також роботі з сім’ями [52; 79; 86; 105]. Важливою рисою є високий рівень цифрової інтеграції даних: військова й цивільна медична інформація пов’язана через єдині картки пацієнта, що спрощує маршрути та контроль за якістю надання допомоги.

Польща, маючи модель охорони здоров’я, близьку до класичної соціальної страхової (з ключовою роллю Національного фонду здоров’я), організовує медичне забезпечення військових через мережу військово-медичних закладів, які поєднують фінансування з боку Міністерства національної оборони та контракти з фондом [51; 58; 64]. Після початку повномасштабної війни проти України польська система зазнала додаткового навантаження, пов’язаного з допомогою українським військовим та цивільним пацієнтам, що стимулювало розвиток

транскордонної співпраці, обмін досвідом реабілітації, психічного здоров'я та організації воєнної медицини [77–79; 84].

З

Міжнародні організації та їхня підтримка українських ветеранів війни та членів їх сімей

Міжнародна організація	*Основна діяльність*	*Допомога членам сімей*	*Співпраця з Україною*
ООН	Надання правової допомоги, підтримка в отриманні пільг і соціальних програм, психологічна підтримка ветеранів війни та членів їх сімей	Психологічна підтримка для родин ветеранів війни, консультації з адаптації до нового соціального життя	Співпраця з Міністерством у справах ветеранів, сприяння впровадженню соціальних і психологічних програм для ветеранів війни
Червоний Хрест	Медична підтримка, евакуація поранених, надання медикаментів, організація довгострокових програм реабілітації та психологічної допомоги	Психологічна підтримка для членів сімей ветеранів війни, що допомагає у процесі адаптації після війни	Спільна реалізація програм медичної допомоги та реабілітації ветеранів війни, фінансова допомога ветеранам війни з інвалідністю
ЄС	Фінансова і технічна допомога, підтримка програм реабілітації та перекваліфікації ветеранів війни, створення центрів реабілітації	Створення інфраструктури для підтримки членів сім'ї ветеранів війни, допомога у перекваліфікації та соціальній адаптації	Фінансування і технічна допомога для програм реабілітації ветеранів війни, обмін досвідом з українськими фахівцями
НАТО	Організація тренінгів для українських фахівців, розвиток систем соціальної реабілітації, надання технічної допомоги	Підтримка родин у програмах соціальної реабілітації, участь у тренінгах для адаптації після війни	Технічна допомога у реалізації програм соціальної реабілітації та перекваліфікації для ветеранів війни

Таблицю складено автором на основі аналізу джерел [8; 124; 215; 227].

Узагальнюючи, можна виділити кілька типових елементів міжнародних моделей медичного забезпечення військових:

– наявність спеціалізованої військово-медичної підсистеми (госпіталі, польові медичні формування, навчальні центри воєнної медицини);

– створення окремої або інтегрованої системи медичного забезпечення ветеранів із розширеним пакетом реабілітаційних, психічно-оздоровчих та соціально-медичних послуг;

– використання змішаних схем фінансування (поєднання загального страхового або податкового фінансування з відомчими бюджетами оборонних міністерств);

– високий рівень цифровізації та обліку (єдині медичні картки, реєстри поранених та ветеранів, аналітичні системи для планування ресурсів);

– тісна співпраця між медичною, соціальною та ветеранською політикою, орієнтація на довготривалу підтримку як самого військовослужбовця, так і його сім'ї [52; 62–65; 77–79; 86; 98; 105–107].

Порівняльна характеристика моделей трьох країн може бути подана в таблиці.

Таблиця 1.4

Порівняльні риси систем медичного забезпечення військових у США, Ізраїлі та Польщі

Країна	**Інституційна модель для військових**	**Окрема система для ветеранів**	**Фінансування**	**Елементи, релевантні для України**
США	військово-медична мережа Міноборони + програма "TRICARE"	Департамент у справах ветеранів з власною мережею закладів	федеральний бюджет, страхові програми, контракти з провайдерами [50–52; 62; 88]	мпеціалізована мережа для ветеранів, фокус на PTSD та комплексній реабілітації
Ізраїль	військово-медична служба, інтегрована з цивільними лікарнями	елементи спеціальних центрів реабілітації в межах загальної системи	державний бюджет, обов'язкове медичне страхування, договори з НМО [52; 79; 86]	інтеграція військових та цивільних маршрутів, цифрова єдина картка пацієнта
Польща	військові госпіталі й клініки, пов'язані з Національним фондом здоров'я	спеціальні програми в рамках загальної системи	бюджет Міноборони + страхове фінансування через фонд [51; 58; 64]	поєднання військово-медичної мережі із загальною страховою моделлю, транскордонна співпраця

Для України, яка в умовах війни одночасно розвиває реформовану модель охорони здоров’я та стикається з безпрецедентним навантаженням на систему медичного забезпечення військових і ветеранів, зазначені приклади є не стільки “готовими шаблонами”, скільки орієнтирами. Вони демонструють значення чіткої диференціації ролей між загальною системою охорони здоров’я та спеціалізованими військово-медичними й ветеранськими структурами, потребу у довгостроковому фінансовому плануванні, розвитку реабілітаційної та психіатричної інфраструктури, цифрових реєстрів поранених і ветеранів, а також інтеграції сімейних і психосоціальних послуг у маршрути медичного забезпечення [77–79; 84; 86; 98; 105–109]. Саме на цій основі у подальших розділах можуть бути сформульовані пропозиції щодо адаптації міжнародних підходів до українського контексту .

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено теоретико-методологічний аналіз публічного управління у сфері медичних послуг, із фокусом на специфіку медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей. Уточнено, що публічне управління у сфері охорони здоров’я доцільно розглядати не як вузьке “галузеве адміністрування” мережі закладів, а як цілісний, поліцентричний процес формування та реалізації політики, у якому взаємодіють політичний, правовий, управлінський, фінансовий, соціальний та цифровий виміри. Показано, що сучасна система включає широкий спектр суб’єктів – від центральних органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування до НСЗУ, комунальних і приватних надавачів, професійних спільнот та пацієнтських організацій.

Розкрито зміст публічного управління у сфері охорони здоров’я як повного циклу політики: від аналізу потреб та постановки цілей до планування,

ресурсного забезпечення, впровадження програм, моніторингу, оцінювання та коригування рішень. Структуровано основні виміри цього управління: нормативно-правовий (конституційні гарантії, базові та спеціальні закони), інституційний (система органів і закладів, розподіл повноважень), фінансовий (моделі формування й розподілу ресурсів, перехід до оплати послуг за програмою медичних гарантій), організаційний (планування мережі, стандарти, маршрутизація, кризове реагування) та цифровий (eHealth, реєстри, телемедицина, аналітика даних). Таблиця 1.1 узагальнила ці виміри, підкресливши їх взаємозв'язок і взаємозалежність.

Проаналізовано нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей. Показано, що воно формується на стику загального законодавства про охорону здоров'я, спеціальних актів про соціальний і правовий захист військових та ветеранів, законодавства про громадське здоров'я, реабілітацію, психіатричну допомогу, а також норм, що регулюють правовий режим воєнного стану. Виокремлено ключові групи суб'єктів (діючі військові, ветерани, члени сімей) і відповідні види медичних гарантій, репрезентовані в таблиці 1.2. Водночас виявлено фрагментацію регулювання, нечіткість переходу від статусу військовослужбовця до статусу ветерана, відсутність єдиного комплексного маршруту медичного та реабілітаційного супроводу, що створює ризики для реалізації прав цих категорій осіб.

У межах аналізу міжнародного досвіду (підрозділ 1.3) розглянуто моделі медичного забезпечення військових у США, Ізраїлі та Польщі. Встановлено, що, попри різні загальні моделі систем охорони здоров'я, спільними для цих країн є: існування спеціалізованих військово-медичних структур, окремих або інтегрованих систем для ветеранів, змішаних схем фінансування, високий рівень цифровізації та тісна інтеграція медичної допомоги з соціальною й ветеранською політикою. Порівняльний аналіз, узагальнений у таблиці 1.3, демонструє елементи, які можуть бути релевантними для України: розвинена мережа реабілітаційних і психіатричних послуг, цифрові реєстри поранених і ветеранів,

інтегровані маршрути медичної й соціальної підтримки, довготривала орієнтація на сім’ї військових.

Узагальнюючи результати першого розділу, можна зробити висновок, що теоретико-методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров’я створюють основу для цілісного бачення системи медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей як багатовимірної, поліцентричної та тісно пов’язаної з безпековими викликами. Сформований теоретичний і порівняльний базис дозволяє у наступних розділах перейти до аналізу сучасного стану української системи, виявлення практичних проблем доступу до медичних послуг та розроблення конкретних пропозицій щодо вдосконалення механізмів публічного управління в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ, ВЕТЕРАНІВ ТА ЇХ СІМЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Структура та функції органів публічної влади

Система публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах воєнного стану функціонує в межах конституційних гарантій права на охорону здоров'я та медичну допомогу і водночас у режимі спеціальних управлінських повноважень, характерних для надзвичайних ситуацій. Базова правова рамка закріплюється Конституцією України (зокрема статтею 49), Основами законодавства України про охорону здоров'я та Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [13; 19; 26]. Тлумачення принципу безоплатності медичної допомоги в державних і комунальних закладах, здійснене Конституційним Судом України, підкреслює необхідність дотримання мінімальних соціальних стандартів і обмежує можливі управлінські рішення, пов'язані з розширенням платних послуг або зміною порядку фінансування [47]. Це створює специфічний контекст для публічного управління в охороні здоров'я, у якому держава повинна поєднати бюджетні обмеження, ринкові інструменти й конституційні гарантії.

На нормативно-інституційному рівні у формуванні політики в сфері охорони здоров'я беруть участь кілька груп органів. Верховна Рада України здійснює законодавче регулювання, визначаючи засади організації системи медичної допомоги, статус надавачів послуг, обсяг державних гарантій, порядок фінансування та механізми реалізації права на охорону здоров'я. Президент України виступає суб'єктом формування стратегічних орієнтирів державної політики, зокрема через затвердження загальнодержавних стратегічних документів, у яких охорона здоров'я розглядається як елемент сталого розвитку

[46]. Кабінет Міністрів України як вищий орган в системі виконавчої влади забезпечує реалізацію державної політики, затверджує підзаконні акти, визначає порядок використання бюджетних коштів, організацію мережі закладів та повноваження центральних і місцевих органів виконавчої влади [33]. Загальні засади організації та функціонування центральних органів виконавчої влади встановлено Законом України «Про центральні органи виконавчої влади», що є важливим для розуміння розподілу повноважень між Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), іншими міністерствами та урядовими органами [45].

Історична генеза державного управління охороною здоров'я в Україні, описана у науковій та монографічній літературі, демонструє перехід від моделі, спорідненої з системою Семашка, до більш децентралізованої, контрактно-орієнтованої системи, у якій посилюється роль фінансових стимулів та інститутів контролю якості [6; 14; 15; 18]. З одного боку, це означає поступове відходження від жорсткого адміністративного управління мережею закладів, з іншого — потребує більш складної координації між різними суб'єктами влади та надавачами послуг. Воєнний стан, запроваджений відповідно до спеціального закону, модифікує цю систему, дозволяючи застосовувати додаткові механізми мобілізації ресурсів, прискорені процедури ухвалення рішень та особливі режими діяльності військово-цивільних адміністрацій [2; 38].

Ключовим центральним суб'єктом формування політики у сфері охорони здоров'я залишається МОЗ, яке визначає стандарти медичної допомоги, правила організації надання послуг, підходи до кадрової політики, ліцензування та контролю якості. Водночас фінансово-контрактна модель реалізації Програми медичних гарантій передбачає визначальну роль Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу виконавчої влади зі спеціальним статусом, відповідального за закупівлю медичних послуг за кошти державного бюджету. Створення НСЗУ, її місце в інституційній архітектурі та правовий статус розкрито в урядовому рішенні про її утворення та в спеціальних дослідженнях, які підкреслюють особливості цього органу як «покупця» медичних послуг від імені держави [44; 1]. На практиці роль НСЗУ деталізується

через урядові постанови щодо договорів про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій, а також через встановлення вимог до надавачів послуг, з якими укладаються договори [8; 29]. Це важливо для медичного забезпечення військових та ветеранів, оскільки саме контрактні механізми визначають, які послуги покриваються державою, де вони можуть бути отримані, на якому рівні та за якими стандартами.

Суттєву роль у системі публічного управління відіграє розподіл повноважень між центральним і місцевим рівнями влади. Значна частина організації мережі закладів охорони здоров'я (особливо комунальної форми власності), а також забезпечення їх матеріальної бази, транспортної доступності та кадрового наповнення покладається на органи місцевого самоврядування та місцеві державні адміністрації. Їх статус і повноваження визначаються відповідно Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» та Законом України «Про місцеві державні адміністрації» [35; 36]. Додатковим фактором, що змінює конфігурацію відповідальності на місцевому рівні, є реформа децентралізації та добровільне об'єднання територіальних громад, у результаті чого змінюється територіальна структура, бюджетна спроможність та можливості утримання медичної інфраструктури [27]. У воєнний час від стійкості й управлінської спроможності громад залежить, чи зможуть вони забезпечити безперервність надання первинної та спеціалізованої допомоги як цивільному населенню, так і сім'ям військовослужбовців і ветеранів.

До структури органів, що здійснюють публічне управління у сфері охорони здоров'я, належать також профільні служби та установи, що забезпечують реалізацію окремих напрямів політики. Йдеться, зокрема, про Український центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України як ключового суб'єкта в сфері громадського здоров'я, який відповідає за епідемічний нагляд, моніторинг інфекційних хвороб, реалізацію профілактичних програм і координацію між секторами [49; 41]. У контексті воєнного стану інституції громадського здоров'я виконують додаткові функції, пов'язані з оцінкою ризиків для військових та внутрішньо переміщених осіб, організацією

вакцинації та реагування на загрози, зумовлені погіршенням умов проживання, переміщенням великих груп населення та стресовими факторами.

Окремого аналізу потребує регуляторне середовище надавачів медичних послуг. Вимоги до провадження медичної практики, форми власності закладів, їх правовий статус та умови допуску до ринку формують своєрідні «ворота» доступності допомоги. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики визначають критерії, яким повинен відповідати надавач, та процедури контролю за дотриманням цих критеріїв [30]. Наукові дослідження правового статусу суб'єктів господарювання, що здійснюють діяльність з медичної практики, звертають увагу на складність поєднання вимог до якості, безпеки та економічної ефективності [5]. Додаткові особливості має провадження медичної практики фізичними особами-підприємцями, де питання відповідальності, ліцензування та взаємодії з НСЗУ набувають специфічного змісту [12]. У воєнний час саме гнучкість і прозорість регуляторного режиму визначає, чи вдасться швидко інтегрувати приватних надавачів, мобільні команди, реабілітаційні центри та інші інноваційні формати надання допомоги для військових і ветеранів.

Не менш важливою складовою системи публічного управління стає цифрова інфраструктура. Електронна система охорони здоров'я (eHealth) забезпечує ідентифікацію пацієнтів, ведення електронних медичних записів, облік наданих послуг, функціонування електронних рецептів та електронних направлень, а також підтримує процес укладення договорів між НСЗУ та надавачами [9]. Розвиток eHealth підтримується на рівні державної політики через затвердження Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, яка визначає стратегічні цілі, етапи впровадження та очікувані результати цифрової трансформації [43]. Міжнародні дослідження та документи, підготовлені OECD, підкреслюють, що використання інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я сприяє підвищенню ефективності, прозорості та керованості системи, зменшує транзакційні витрати й полегшує доступ до послуг [65].

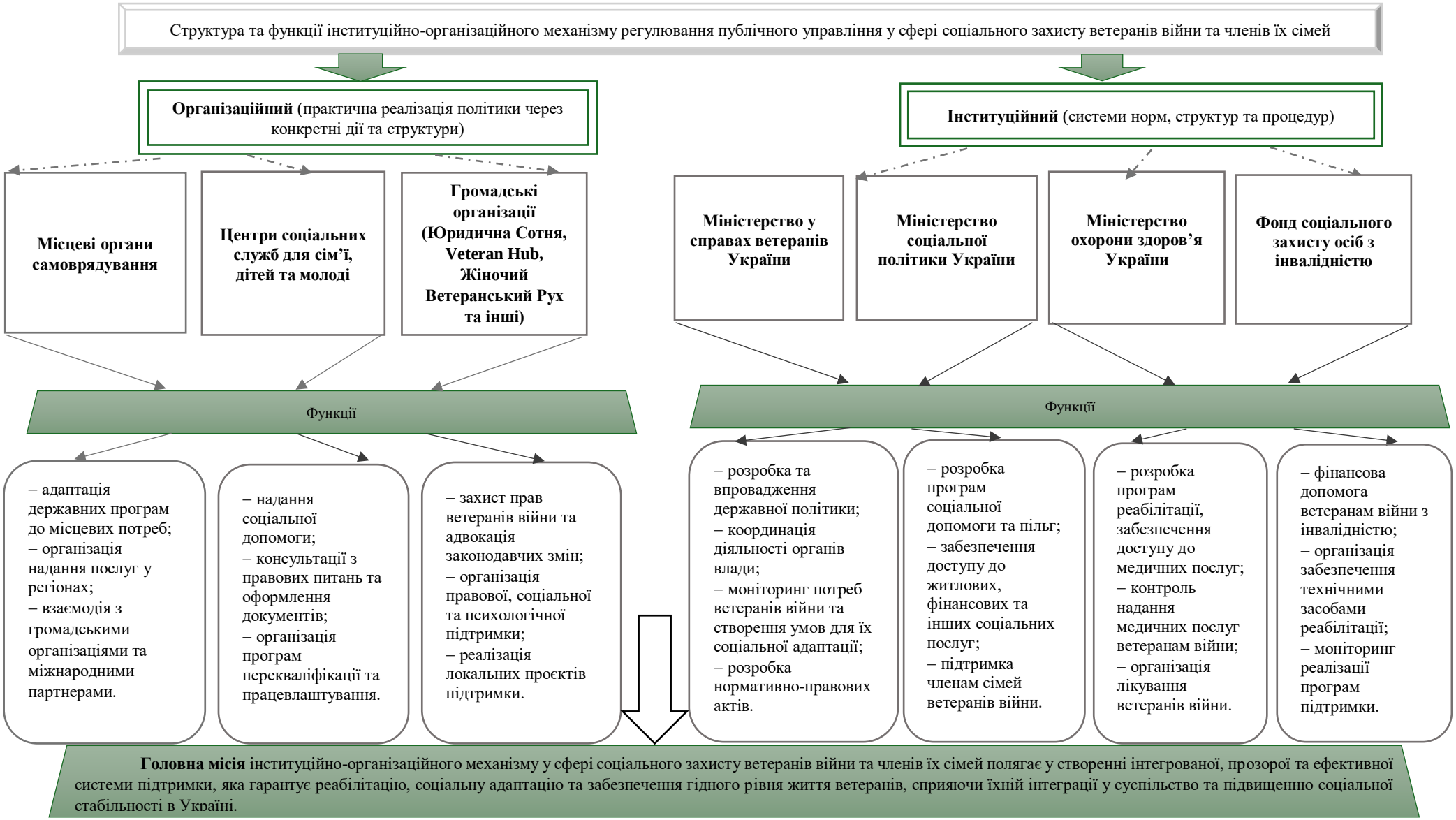


Рис. 2.1. Структура і функції інституційно-організаційного механізму регулювання публічного управління у сфері соціального захисту ветеранів війни та членів їх сімей.

Розробка авторки

У контексті воєнного стану цифрові сервіси, зокрема телемедицина, дозволяють частково компенсувати територіальні бар'єри, пов'язані з руйнуванням інфраструктури, окупацією територій та евакуацією населення. Організаційні правила надання телемедичних послуг визначені наказом МОЗ, який встановлює порядок взаємодії між лікарями, вимоги до технічного забезпечення та оформлення медичної документації [20].

У системі публічного управління важливою є також взаємодія з іншими секторами, що опосередковано впливають на медичне забезпечення військових та ветеранів. Йдеться про органи, відповідальні за соціальний захист, ветеранську політику, зайнятість, освіту, а також про міжнародних партнерів і неурядові організації. Міжсекторальні підходи до охорони здоров'я, концептуалізовані у міжнародних документах з політики Health in All Policies, показують, що ефективність медичної системи значною мірою залежить від узгодженості дій різних суб'єктів публічної влади [79; 61]. Для військових та їхніх сімей це означає потребу в інтеграції медичних, соціальних, психологічних та реабілітаційних сервісів у єдині маршрути допомоги.

У підсумку структура публічного управління у сфері медичного забезпечення, включно з потребами військових, ветеранів та їх сімей, базується на конституційно-правових гарантіях і судовому тлумаченні їх змісту [13; 19; 47], виконавчій вертикалі та урядовому нормотворенні [33; 45], контрактно-фінансовій моделі НСЗУ як інституції, що закуповує медичні послуги [26; 44; 8; 29; 1], місцевій спроможності організовувати мережу послуг [35; 36; 27], регулюванні надавачів і стандартах провадження медичної практики [30; 5; 12], розвитку цифрових та телемедичних інструментів як управлінських засобів підвищення доступності й прозорості [9; 43; 20; 65], а також міжсекторальній взаємодії, що дозволяє узгоджувати медичну політику з іншими суспільними пріоритетами [61; 79]. Сукупність цих елементів визначає, в яких умовах формується та реалізується політика доступу до медичної допомоги в період війни.

2.2 Поточний стан та проблеми доступу до медичних послуг під час війни

Війна створює для системи охорони здоров’я одночасно шоки попиту і шоки пропозиції. З боку попиту спостерігається різке зростання потреб у невідкладній медичній допомозі, травматології, інтенсивній терапії, реабілітації, психіатричній та психологічній підтримці, а також у довготривалій медико-соціальній опіці над особами з інвалідністю, набутою внаслідок поранень. З боку пропозиції мають місце втрата або пошкодження інфраструктури, дефіцит медичного персоналу, порушення логістики постачання медикаментів і медичних виробів, а також нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами. У цьому контексті концепція стійкості системи охорони здоров’я (health system resilience), яка широко використовується в європейських і глобальних документах, стає практичним критерієм оцінки спроможності держави забезпечити безперервність надання послуг в умовах тривалих криз [62; 59; 60]. Для України питання стійкості набуло особливої гостроти через масовані атаки на цивільну інфраструктуру, включаючи медичні заклади, а також через масштабні внутрішні та зовнішні переміщення населення [76; 75].

Одним із ключових факторів погіршення доступу до медичної допомоги є пошкодження та втрата медичної інфраструктури, а також постійні загрози безпеці роботи закладів і медичного персоналу. Щорічний звіт Всесвітньої організації охорони здоров’я про атаки на систему охорони здоров’я в Україні фіксує численні випадки обстрілів або пошкоджень закладів, перешкоджання роботі медичного транспорту, порушення енергопостачання та інших подій, які унеможливлюють або суттєво ускладнюють надання допомоги [53]. Усе це змушує органи публічної влади й надавачів послуг змінювати маршрути пацієнтів, тимчасово переносити або скорочувати діяльність окремих відділень, розгортати резервні потужності в більш безпечних регіонах. Комплексна оцінка збитків і потреб (Rapid Damage and Needs Assessment) демонструє масштабність впливу війни на соціальну інфраструктуру, у тому числі на медичні заклади, і наголошує на необхідності відновлення з урахуванням нових ризиків безпеки

[76]. Для сімей військовослужбовців і ветеранів це означає, що доступні раніше «поруч із домом» послуги можуть виявитися фізично недоступними, а отримання допомоги часто пов’язане з додатковими витратами часу, коштів та зростанням емоційного навантаження.

Другий блок проблем стосується масового внутрішнього переміщення населення та зміни демографічної структури регіонів. Дані Міжнародної організації з міграції свідчать про значну частку домогосподарств, які змінили місце проживання внаслідок бойових дій, окупації, руйнування житла або втрати роботи [75]. Це безпосередньо впливає на первинну медичну допомогу, оскільки внутрішньо переміщені особи змушені переукладати декларації з сімейними лікарями, часто в умовах уже перевантажених амбулаторій. На спеціалізованому рівні спостерігаються черги на консультації, діагностичні процедури та планове лікування, особливо в регіонах, куди перемістилася велика кількість населення. Безперервність лікування хронічних захворювань порушується через зміну місця проживання, втрату медичної документації, складнощі з доступом до ліків. У таких умовах зростає роль електронної системи охорони здоров’я як «єдиного інформаційного контуру», що дозволяє відновити історію лікування, виписувати електронні рецепти та забезпечувати маршрутизацію пацієнтів, незалежно від їх поточного місця перебування [9; 43].

Третя група бар’єрів пов’язана з кадровими та організаційними обмеженнями. Війна змінює географію розміщення медичних працівників: частина фахівців мобілізована або залучена до надання допомоги у військових медичних структурах, частина змушена евакуюватися з небезпечних територій, частина працює в умовах підвищеного професійного і психологічного навантаження. Організаційні нормативи, зокрема штатні нормативи закладів, формувалися переважно під «мирні» умови і не завжди відповідають структурі потреб воєнного часу [24]. Залучення приватних надавачів медичних послуг та фізичних осіб-підприємців як додаткового ресурсу розширення мережі часто упирається в жорсткість ліцензійних вимог і процедур контролю [30; 5; 12]. У результаті навіть за наявності формальних можливостей для розширення

пропозиції послуг на практиці це може відбуватися повільно, фрагментарно та нерівномірно між регіонами.

Четвертий блок стосується фінансово-економічних бар'єрів і змін у механізмах фінансування. Запровадження Програми медичних гарантій і перехід до принципу «гроші йдуть за пацієнтом» покликані підвищити прозорість, ефективність і справедливість розподілу ресурсів [26; 8; 42]. Проте в умовах війни виникає багатовимірна напруга: з одного боку, необхідно забезпечувати стабільність фінансування медичних закладів, щоб вони могли функціонувати навіть за умови зменшення планових обсягів; з іншого — зростають витрати на нові пріоритети, пов'язані з лікуванням поранених, реабілітацією, протезуванням, психічним здоров'ям, мобільними медичними бригадами. Наукові дослідження механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні підкреслюють складність поєднання вимог ефективності, доступності та фінансової стійкості, особливо в період трансформації й кризи [4; 16; 11]. У порівняльній перспективі аналіз світових моделей фінансування (Беверідж, Бісмарк та змішані системи) показує, що різні конфігурації джерел і механізмів розподілу ресурсів по-різному впливають на рівень універсальності покриття, частку власних витрат населення та мотивацію надавачів [10; 64; 51; 77]. Для України, яка стикається з різким зростанням потреб ветеранів, ці висновки мають принципове значення для планування післявоєнної модернізації системи.

П'ята група проблем стосується специфічних потреб військових, ветеранів та їхніх сімей. Йдеться про комплексну реабілітацію (медичну, фізичну, психологічну, професійну), психіатричну й психологічну допомогу, довготривале медичне спостереження, лікування супутніх хронічних захворювань, а також підтримку членів сімей, які переживають втрату, тривалий стрес або зміну соціально-економічних умов. Нормативною основою формування реабілітаційного напряму є Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», який закріплює понятійний апарат, принципи організації реабілітаційних послуг і ролі різних суб'єктів системи [40]. Питання надання психіатричної допомоги регулюються спеціальним законом, що

визначає гарантії прав осіб із психічними розладами, порядок надання допомоги та умови обмеження прав у зв'язку з лікуванням [39]. У сучасних підходах ВООЗ до соціальних детермінант здоров'я підкреслюється, що результати лікування та реабілітації значною мірою залежать від факторів середовища: доходів, житлових умов, зайнятості, освітнього рівня, соціальних зв'язків і доступу до підтримуючих сервісів [57; 71; 80]. У воєнний час багато з цих детермінант різко погіршуються, що посилює вразливість військових і їхніх сімей і вимагає від системи охорони здоров'я тісної координації з іншими секторами.

Шоста група проблем пов'язана з епідемічними та громадсько-санітарними ризиками, які впливають на доступ до медичних послуг через необхідність забезпечення профілактики, скринінгу, вакцинації та контролю інфекційних захворювань. Законодавство у сфері захисту населення від інфекційних хвороб і санітарного та епідемічного благополуччя населення визначає базові обов'язки держави та вимоги до організації профілактичних і протиепідемічних заходів [32; 28]. Особливу увагу вимагають програми боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом та іншими соціально значущими інфекціями, оскільки переривання лікування, порушення постачання ліків або зниження охоплення профілактичними заходами можуть мати довгострокові негативні наслідки [21; 23]. Важливу координаційну роль відіграє Український центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України, який забезпечує епідемічний нагляд і професійний супровід рішень органів влади [49]. В умовах війни телемедицина та цифрові сервіси можуть частково компенсувати фізичні бар'єри доступу до профілактичних та консультативних послуг, дозволяючи проводити дистанційні консультації, нагадування про вакцинацію, контроль за дотриманням лікування тощо [20; 9].

В сукупності виклики створюють невідповідність програм соціального захисту реальним потребам ветеранів війни та членам їх сімей, про що узагальнено описано на рис. 2.5.



Рис. 2.1 Невідповідність програм підтримки реальним потребам ветеранів війни та членам їх сімей, *авторська розробка.*

Розробка авторки

Таким чином, поточний стан доступу до медичних послуг під час війни характеризується множинністю взаємопов’язаних бар’єрів: інфраструктурні втрати та ризики безпеки [53; 76], внутрішнє переміщення населення і перевантаження приймаючих регіонів [75], кадрові та організаційні обмеження, ускладнені нормативними рамками [24; 30; 5; 12], фінансова напруга в реалізації державних гарантій і контрактних механізмів [26; 8; 4; 16; 42], зростання потреб у реабілітації та психічному здоров’ї для військових і їхніх сімей [40; 39; 57; 71], посилення ролі громадського здоров’я та контролю інфекцій [49; 32; 28; 21; 23]. Розуміння цих проблем є передумовою для обґрунтованої трансформації системи медичної допомоги військовим та ветеранам у середньо- і довгостроковій перспективі.

2.3 Вплив воєнного стану на трансформацію системи медичної допомоги військовим та ветеранам

Воєнний стан як особливий адміністративно-правовий режим впливає на систему охорони здоров'я не лише через обмеження ресурсів і зростання потреб, а й через зміну логіки публічного управління. У центрі цієї зміни опиняються пріоритети швидкості ухвалення рішень, безпеки пацієнтів і персоналу, мобілізації та перерозподілу ресурсів, а також міжвідомчої координації. Теоретично-правові засади режиму воєнного стану, розроблені в юридичній науці та відображені в законодавстві, показують, що в умовах збройного конфлікту держава може тимчасово обмежувати певні права, але зобов'язана забезпечити безперервність ключових соціальних функцій, серед яких особливе місце займає медична допомога [2; 38]. Це створює підґрунтя для перегляду організації медичної допомоги військовим, ветеранам та їхнім сім'ям і формування нових управлінських підходів.

Перший важливий напрям трансформації стосується переналаштування фінансування та контрактних механізмів. Українська реформа фінансування охорони здоров'я, закріплена Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», передбачила перехід від утримання мережі закладів до закупівлі конкретних медичних послуг за договорами з НСЗУ [26; 42]. У мирний час ця модель мала поступово підвищити ефективність використання бюджетних коштів, посилити конкуренцію між надавачами та забезпечити прозорість фінансування. В умовах війни та воєнного стану виникла необхідність адаптації цієї моделі до нестабільного середовища: коригування пакетів послуг, введення або розширення окремих напрямів (наприклад, реабілітаційних), запровадження тимчасових рішень для закладів, які працюють у зонах активних бойових дій або приймають велику кількість поранених. Наукові дослідження механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні наголошують, що у період трансформації держава має знаходити баланс між фінансовою стійкістю закладів, ефективністю витрачання коштів та

справедливістю доступу до послуг [4; 16]. Для потреб ветеранів це означає, що стандартні пакети медичних послуг повинні доповнюватися спеціалізованими пакетами, орієнтованими на довготривалу реабілітацію, психічне здоров'я, протезування та комплексну підтримку.

Діяльність НСЗУ в цій ситуації набуває нового виміру. Правовий статус служби як центрального органу виконавчої влади зі спеціальними повноваженнями у сфері закупівлі медичних послуг визначає її ключову роль у формуванні фактичного змісту державних гарантій [44; 1]. Через зміну умов фінансування, коригування тарифів, адаптацію вимог до надавачів, укладення додаткових угод і впровадження пілотних проектів НСЗУ стає важливим інструментом транспозиції політичних рішень у реальні медичні маршрути для військових і ветеранів [8; 29]. Саме через систему контрактування з'являються можливості для розвитку спеціалізованих реабілітаційних центрів, програм психічного здоров'я, спрощених механізмів доступу до ліків для учасників бойових дій.

Другий напрям трансформації пов'язаний з прискоренням цифровізації та розвитком дистанційних форматів надання допомоги. Електронна система охорони здоров'я eHealth, яка до війни розглядалася передусім як інструмент модернізації документообігу, ідентифікації пацієнтів і впорядкування фінансових потоків, у кризових умовах перетворилася на один із ключових елементів стійкості системи [9; 43]. Наявність електронних медичних записів, електронних рецептів, направлень та реєстрів дозволяє відновлювати інформацію навіть за втрати паперових документів, забезпечувати безперервність лікування при переміщенні пацієнтів, проводити моніторинг надання послуг і планувати ресурси на основі даних. Дослідження OECD підкреслюють, що використання ІКТ у сфері охорони здоров'я сприяє підвищенню ефективності управління, зменшенню помилок і зміцненню довіри до системи [65]. Для військових і ветеранів цифрові інструменти відкривають можливості дистанційних консультацій, контролю за виконанням лікувальних

програм, проведення телереабілітації, а також спрощеного доступу до інформації про свої права та доступні послуги.

Особливе значення в цьому контексті має телемедицина, унормована наказом МОЗ, яка дозволяє забезпечувати зв'язок між медичними працівниками різних рівнів та між лікарем і пацієнтом на відстані [20]. В умовах воєнного стану, коли частина територій є важкодоступною або небезпечною, телемедицина стає засобом забезпечення консультацій, корекції лікування, спостереження за станом здоров'я без фізичного відвідування закладу. Для ветеранів, які проходять тривалу реабілітацію або мають обмежену мобільність, це особливо важливо, оскільки зменшує витрати часу й коштів, а також знижує ризики для здоров'я.

Третій напрям трансформації пов'язаний зі зміною управлінської архітектури та підходів до міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії. У період війни зростає значення горизонтальної координації між органами охорони здоров'я, соціального захисту, ветеранської політики, місцевого самоврядування, силових структур, міжнародних організацій та неурядового сектору. Сучасні концепції collaborative governance описують моделі спільного управління, за яких складні суспільні проблеми вирішуються через залучення багатьох акторів, спільну розробку рішень та розподіл відповідальності [56]. Підходи Health in All Policies, розвинені в європейській практиці, наголошують на необхідності врахування впливу політик інших секторів на здоров'я населення [61; 79]. У випадку з військовими та ветеранами це означає, що ефективна медична допомога неможлива без узгоджених рішень щодо житла, працевлаштування, освіти, реабілітації, соціальної інтеграції, психологічної підтримки членів сімей.

Четвертий напрям трансформації стосується інституціоналізації реабілітації та психічного здоров'я як довготривалих державних пріоритетів. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» закладає нормативну основу для розвитку системи реабілітаційних послуг, визначає рівні надання допомоги, вимоги до команд та методів роботи [40]. Закон «Про

психіатричну допомогу» встановлює правові гарантії та стандарти надання допомоги особам із психічними розладами, включаючи ті, що виникли внаслідок бойових дій [39]. Воєнний досвід показує, що потреба в цих видах допомоги має масовий і тривалий характер, а тому вимагає розбудови мережі послуг на різних рівнях, підготовки кадрів, створення інфраструктури, належного фінансування і цифрової підтримки для маршрутизації та моніторингу [8; 29; 9]. Міжнародні дослідження ВООЗ щодо інвестицій у системи охорони здоров'я підкреслюють, що розвинена система реабілітації та психічного здоров'я сприяє не лише поліпшенню індивідуального благополуччя, а й підвищенню економічної активності, соціальної згуртованості та стійкості суспільства [60; 78].

П'ятий напрям пов'язаний із переосмисленням ролі громадського здоров'я та профілактики як складових національної стійкості. Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає основні принципи організації цієї сфери, її інституційну структуру та повноваження суб'єктів [41]. Інституції громадського здоров'я, зокрема Український центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України, відіграють важливу роль у виявленні та оцінці ризиків для здоров'я, у тому числі пов'язаних із наслідками війни, у розробці та реалізації профілактичних заходів, а також у координації дій різних секторів [49]. Підходи ВООЗ до соціальних детермінант здоров'я показують, що без системної роботи із факторами середовища, які впливають на здоров'я (житло, зайнятість, доступ до освіти, соціальний капітал), будь-які медичні втручання матимуть обмежений ефект, особливо щодо вразливих груп, таких як ветерани та їхні сім'ї [57; 71; 80]. Тому трансформація системи медичної допомоги у воєнний час логічно включає посилення громадського здоров'я, розвиток програм профілактики, скринінгу, вакцинації, психопросвіти та підтримки здорового способу життя у складних умовах.

Таким чином, воєнний стан прискорює і поглиблює трансформацію системи медичної допомоги військовим та ветеранам, спрямовуючи її у кількох ключових напрямках: адаптація фінансово-контрактної моделі та посилення ролі НСЗУ [26; 42; 8; 29; 1; 4; 16], розвиток цифрової інфраструктури та

телемедицини як засобів забезпечення безперервності і доступності допомоги [9; 43; 20; 65], запровадження сучасних форм міжсекторального врядування і партнерств [56; 61; 79], інституційне закріплення пріоритету реабілітації та психічного здоров'я [40; 39; 60; 78], посилення ролі громадського здоров'я та роботи із соціальними детермінантами здоров'я [41; 49; 57; 71; 80]. Усе це формує основу для побудови більш стійкої, справедливої та орієнтованої на потреби військових, ветеранів і їхніх сімей системи охорони здоров'я.

Висновки до другого розділу

У другому розділі здійснено комплексний аналіз сучасного стану системи медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей в умовах воєнного стану. Показано, що публічне управління у цій сфері формує багаторівнева система органів – від конституційних інститутів та центральних органів виконавчої влади до місцевого самоврядування, спеціалізованих служб, НСЗУ, закладів охорони здоров'я та інституцій громадського здоров'я. З'ясовано, що саме поєднання конституційних гарантій, урядового нормотворення, місцевої спроможності, регуляторного режиму для надавачів і цифрової інфраструктури визначає реальні рамки доступу до медичної допомоги для військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей.

Проаналізовано поточний стан і ключові проблеми доступу до медичних послуг під час війни. Встановлено, що система охорони здоров'я переживає одночасні шоки попиту (зростання потреб у невідкладній допомозі, реабілітації, психічному здоров'ї, довготривалому супроводі) та пропозиції (руйнування інфраструктури, загрози безпеці закладів і персоналу, кадровий дефіцит, логістичні бар'єри, перевантаження приймаючих регіонів). Виявлено багаторівневі бар'єри доступу: інфраструктурні, кадрові, організаційні, фінансові, нормативні, пов'язані зі специфічними потребами військових і ветеранів, а також із посиленими епідемічними й санітарними ризиками.

Показано, що внутрішнє переміщення населення, зміна демографічної структури регіонів і погіршення соціальних детермінант здоров’я роблять доступ до послуг ще більш нерівномірним.

Розкрито вплив воєнного стану на трансформацію системи медичної допомоги військовим та ветеранам. Показано, що війна прискорює адаптацію фінансово-контрактної моделі (через Програму медичних гарантій і діяльність НСЗУ), надає нових змістовних акцентів цифровій трансформації (eHealth, телемедицина, електронні реєстри), посилює потребу в міжвідомчій та міжсекторальній взаємодії (охорона здоров’я, соціальний захист, ветеранська політика, місцеве самоврядування, громадський сектор). Особливої ваги набуває інституціоналізація реабілітації та психічного здоров’я як довготривалих пріоритетів, а також розвиток громадського здоров’я і роботи із соціальними детермінантами здоров’я.

Узагальнюючи результати розділу, можна зробити висновок, що система медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей в умовах воєнного стану функціонує в режимі підвищеного навантаження та множинних ризиків, а головні виклики мають не лише медичний, а й управлінсько-правовий характер. Виявлені структурні, фінансові, організаційні, цифрові та міжсекторальні проблеми свідчать про потребу цілеспрямованої трансформації механізмів публічного управління.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ПЕРІОДУ

3.1 Оцінка ефективності існуючих механізмів публічного управління

Оцінка ефективності існуючих механізмів публічного управління у сфері медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей в умовах воєнного стану потребує врахування як формально-правового аспекту (наявність нормативної бази, інституційної структури, процедур), так і фактичних результатів функціонування системи (доступність, якість, стійкість, орієнтація на потреби цільових груп). Формально в Україні створено розвинену законодавчу основу реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу, що включає конституційні гарантії, базові профільні закони, спеціальні акти про державні фінансові гарантії, систему громадського здоров'я та правовий режим воєнного стану [13; 19; 26; 38; 41]. У наукових дослідженнях наголошується, що адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні охоплює широкий спектр механізмів, однак їх практична реалізація нерідко стикається з проблемами узгодженості та належного ресурсного забезпечення [48; 50].

Одним із ключових елементів сучасної системи управління в охороні здоров'я є реформа фінансування, втілена через Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», підзаконні акти Кабінету Міністрів України та діяльність Національної служби здоров'я України [26; 8; 29; 42; 44; 1]. Впровадження моделі «гроші йдуть за пацієнтом» дозволило створити більш прозору систему розподілу бюджетних коштів, прив'язану до фактично наданих послуг, а не до утримання мережі закладів. Наукові дослідження механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні відзначають позитивні зрушення, пов'язані з підвищенням фінансової дисципліни, появою стимулів до підвищення якості та ефективності, а також зменшенням

неформальних платежів [4; 16; 11]. Водночас підкреслюється, що можливості цієї моделі обмежуються загальним рівнем фінансового забезпечення сектора, нерівністю спроможностей надавачів та регіональними диспропорціями.

З позиції військових та ветеранів, ефективність існуючих фінансово-управлінських механізмів оцінюється насамперед за здатністю системи забезпечити гарантований обсяг послуг, необхідних для лікування поранень, реабілітації, психічного здоров'я та лікування супутніх патологій. У цьому контексті важливо, чи враховані у структурі Програми медичних гарантій специфічні потреби цих груп, чи достатньо доступні відповідні пакети послуг на територіях, де проживають військові та їхні сім'ї, та чи існують ефективні механізми міжвідомчої координації між МОЗ, Міністерством оборони, Міністерством у справах ветеранів та органами соціального захисту [26; 40; 39; 41; 49]. Практика показує, що, попри формальну наявність значної кількості програм і пільг, реальний доступ до них може бути ускладнений бюрократичними процедурами, недостатньою поінформованістю, територіальною віддаленістю спеціалізованих закладів і неоднорідністю управлінських рішень на місцях.

Окремий вимір оцінки стосується інституційної спроможності центральних і місцевих органів влади. Структура виконавчої влади дозволяє формально розмежувати повноваження між Кабінетом Міністрів України, центральними органами виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування [33; 35; 36; 45]. Дослідження генези державного управління охороною здоров'я демонструють, що історично система була переважно централізованою, з домінуванням вертикалі МОЗ, однак у ході реформ відбувається поступовий перехід до більш децентралізованої моделі з підвищенням ролі громад та місцевих органів влади [6; 14; 15; 18]. В умовах воєнного стану ця тенденція набуває додаткового виміру: з одного боку, органам центральної влади необхідно забезпечувати швидкі та уніфіковані рішення для всієї країни; з іншого — саме громади несуть

основний тягар забезпечення населення базовими послугами, часто в умовах руйнувань, переміщення населення і дефіциту ресурсів.

Достатньо розвиненими є нормативні механізми регулювання діяльності надавачів медичних послуг, включаючи ліцензування, встановлення вимог до матеріально-технічної бази, кадрових ресурсів, системи управління якістю та безпекою [30; 5; 12]. Однак з точки зору ефективності у воєнних умовах постає питання гнучкості цих механізмів: наскільки швидко вони можуть адаптуватися до потреб мобілізації ресурсів, розгортання тимчасових або мобільних структур, залучення приватного сектора, а також до необхідності створення нових видів послуг (наприклад, мультидисциплінарних реабілітаційних команд, служб психосоціальної підтримки) [4; 40; 39]. Аналіз адміністративно-правового забезпечення у сфері охорони здоров’я свідчить, що формально існують можливості для спрощення процедур у надзвичайних ситуаціях, але на практиці вони часто реалізуються вибірково, залежать від локальної ініціативи і не завжди супроводжуються достатньою нормативною конкретизацією [2; 48; 50].

Важливим критерієм оцінки ефективності є також ступінь інтегрованості системи охорони здоров’я з іншими секторами публічної політики. Концепція «здоров’я в усіх політиках» і досвід міжсекторального врядування в європейських країнах свідчать, що найкращі результати досягаються тоді, коли рішення в сферах соціальної політики, освіти, праці, житлово-комунального господарства, безпеки та оборони приймаються з урахуванням їх впливу на здоров’я населення [61; 79; 59]. У контексті військових та ветеранів це означає, що медичні програми мають бути логічно пов’язані з політиками реінтеграції, працевлаштування, забезпечення житлом, освіти та соціальної підтримки. Оцінка нинішньої ситуації дозволяє стверджувати, що така інтеграція ще не є повною: існують позитивні приклади співпраці, але системність і сталість міжвідомчої взаємодії потребують посилення [72; 100].

Крім того, у сучасних міжнародних підходах до оцінки систем охорони здоров’я значна увага приділяється поняттю «результативності» (performance), що поєднує показники здоров’я населення, захист від фінансових ризиків,

рівність доступу, орієнтацію на пацієнта та ефективність використання ресурсів [59; 66; 94; 106]. Для України, особливо в контексті війни, важливо не лише формально відповідати певним інституційним моделям, а й забезпечувати відчутне для військових та їхніх сімей покращення доступу до допомоги, її якості та безпечності. Дані щодо атак на систему охорони здоров'я, внутрішнього переміщення населення, масштабів руйнування інфраструктури та потреб у відновленні вказують на значні виклики для стійкості системи [53; 62; 75; 76; 104]. Це, своєю чергою, засвідчує, що потенціал існуючих механізмів управління далеко не повністю реалізований і потребує цілеспрямованого вдосконалення.

Узагальнюючи, можна зробити проміжний висновок, що нинішні механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я забезпечують певну інституційну й нормативну основу для медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей, але їх ефективність обмежується низьким рівнем ресурсного забезпечення, недостатньою стійкістю до криз, нерівністю регіональних спроможностей, фрагментарністю міжвідомчої координації та недостатньою інтеграцією підходів до фізичного і психічного здоров'я, реабілітації та соціальної підтримки [4; 16; 26; 40; 39; 41; 48; 50; 59; 60].

3.2 Напрями реформування та цифровізації сфери медичного забезпечення

У сучасних умовах напрями реформування сфери медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей формуються на перетині вже започаткованих реформ системи охорони здоров'я, нових викликів, зумовлених війною, та міжнародних рекомендацій щодо зміцнення стійкості систем. На рівні державної політики закріплені стратегічні орієнтири реформування охорони здоров'я, включаючи переорієнтацію системи на первинну медичну допомогу, розвиток госпітальних округів, впровадження доказових стандартів лікування, підвищення ролі громадського здоров'я, цифровізацію та реформу фінансування

[18; 42; 43; 41; 59; 78]. У контексті війни ці напрями доповнюються завданнями забезпечення стійкості, безпеки, реабілітації та підтримки психічного здоров'я.

Перший важливий напрям реформування стосується посилення стійкості системи охорони здоров'я до шоків і криз. Документи ВООЗ та європейських інституцій, присвячені стійкості систем охорони здоров'я та урокам пандемії COVID-19 і війни в Україні, наголошують на необхідності розбудови адаптивних, гнучких та добре скоординованих систем, здатних підтримувати базові функції навіть за умов надзвичайних ситуацій [62; 59; 60; 72; 100]. Для України це означає розвиток резервних спроможностей, удосконалення планування неперервності діяльності медичних закладів, зміцнення системи громадського здоров'я, підготовку персоналу до роботи в умовах надзвичайних ситуацій, а також створення механізмів швидкого перерозподілу ресурсів між регіонами і рівнями надання допомоги.

Другий напрям стосується розвитку системи реабілітації та психічного здоров'я як пріоритетних для військових та ветеранів. Законодавча основа вже створена, однак практика реалізації показує потребу в масштабуванні реабілітаційних послуг, формуванні мережі реабілітаційних центрів різних рівнів, підготовці мультидисциплінарних команд, інтеграції медичної, соціальної та професійної реабілітації [40; 39; 41]. Міжнародні дослідження доводять, що інвестиції в реабілітацію та психічне здоров'я є економічно доцільними, оскільки сприяють зменшенню інвалідизації, відновленню працездатності, підвищенню продуктивності та зменшенню довгострокових соціальних витрат [57; 60; 71; 78]. Для України, яка стикається з великою кількістю поранених і ветеранів з посттравматичними розладами, ця перспектива є особливо актуальною.

Третій напрям реформування пов'язаний з удосконаленням моделей фінансування та управління витратами, у тому числі з урахуванням міжнародного досвіду. Дослідження світових моделей систем охорони здоров'я показують, що різні моделі (Беверідж, Бісмарк, змішані) демонструють різний баланс між універсальним доступом, часткою приватних витрат, гнучкістю

фінансування та стійкістю до економічних шоків [52; 54; 55; 64; 69; 70; 73; 77; 101; 106]. Порівняння показників витрат на охорону здоров'я та результатів систем у країнах ОЕСР свідчить, що ключовими факторами успіху є не тільки обсяг фінансування, а й структура витрат, ефективність управління, рівень цифровізації та спроможність до інновацій [66; 93; 94; 95; 97]. Для України актуальним є подальше удосконалення Програми медичних гарантій, розвиток механізмів оплати за результат, посилення фінансових стимулів для розвитку первинної допомоги, реабілітації та психічного здоров'я, а також створення спеціальних фінансових інструментів для підтримки надавачів, які працюють із військовими та ветеранами [4; 16; 26; 42; 72; 100].

Четвертий напрям прямо пов'язаний із цифровізацією системи медичного забезпечення і розвитком eHealth. В Україні вже створено електронну систему охорони здоров'я, яка забезпечує облік пацієнтів, медичних послуг, електронних рецептів, направлень, а також підтримку контрактування НСЗУ з надавачами [9; 43]. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я визначає пріоритети подальшого розвитку: розширення функціоналу, поліпшення інтероперабельності, захист даних, розвиток аналітичних можливостей, інтеграцію з іншими державними реєстрами [43]. Міжнародні документи й дослідження ОЕСР підкреслюють, що ІКТ у сфері охорони здоров'я є ключовим чинником підвищення ефективності, якості та стійкості систем, особливо в умовах обмежених ресурсів [65; 93; 94; 95].

Цифровізація відкриває додаткові можливості саме для забезпечення потреб військових і ветеранів: це дистанційний моніторинг стану здоров'я, телереабілітація, платформи для психосоціальної підтримки, електронні кабінети пацієнтів з доступом до власної медичної інформації, інтеграція медичних даних з реєстрами пільг та соціальних послуг. У поєднанні з телемедициною цифрові рішення дозволяють забезпечити доступ до консультацій спеціалістів, навіть якщо ветерани проживають у віддалених або сільських громадах [20; 9; 62; 72; 100]. Важливо, щоб цифровізація супроводжувалася підвищенням цифрової грамотності персоналу та пацієнтів, а також удосконаленням нормативної бази

щодо захисту персональних даних та регламентів використання телемедичних технологій.

П’ятий напрям охоплює розвиток інструментів оцінки ефективності й якості управлінських рішень. Європейські та міжнародні підходи до оцінки систем охорони здоров’я, включаючи Health System Performance Assessment, пропонують комплексні рамки для аналізу результативності за різними вимірами: здоров’я населення, доступ, якість, ефективність, рівність, стійкість [59; 66; 94; 106]. Для України важливо адаптувати ці рамки до національного контексту, включивши спеціальні індикатори, пов’язані з військовими та ветеранами (наприклад, охоплення реабілітаційними послугами, доступ до психічного здоров’я, час очікування на протезування, рівень задоволеності якістю підтримки). Використання таких індикаторів у процесі прийняття управлінських рішень дозволить робити політику більш доказовою, прозорою та орієнтованою на результат.

З огляду на викладене можна синтезувати основні напрями реформування та цифровізації сфери медичного забезпечення військових і ветеранів у вигляді узагальнювальної таблиці.

Таблиця 3.1

Ключові проблеми, чинні механізми та орієнтовні напрями реформування медичного забезпечення військових і ветеранів

Напрям	**Основні виявлені проблеми**	**Чинні механізми та інструменти**	**Орієнтовні напрями реформування**
Стійкість системи	Руйнування інфраструктури, ризики безпеки, перевантаження окремих регіонів, нестача резервних потужностей	Нормативні акти про воєнний стан і надзвичайні ситуації, окремі плани безперервності роботи закладів, підтримка міжнародних організацій	Розробка та впровадження національних і регіональних планів стійкості, створення резервних потужностей, зміцнення системи громадського здоров’я та управління ризиками
Фінансування та управління витратами	Обмежені ресурси, напруга між стабільністю фінансування	Програма медичних гарантій, діяльність НСЗУ, контрактування надавачів, окремі цільові програми	Удосконалення структури пакетів послуг, введення спеціалізованих

	закладів і потребою в нових послугах для ветеранів, нерівність регіонів		пакетів для ветеранів, розвиток оплат за результат, посилення фінансової підтримки реабілітації й психічного здоров'я
Реабілітація та психічне здоров'я	Нерівномірна доступність, нестача спеціалізованих закладів та команд, недостатня інтеграція медичних і соціальних послуг	Законодавче регулювання реабілітації й психіатричної допомоги, окремі програми, елементи мультидисциплінарного підходу	Розбудова мережі реабілітаційних центрів, підготовка кадрів, інтеграція медичної, соціальної та професійної реабілітації, розвиток послуг у громадах
Цифровізація та телемедицина	Нерівномірний доступ до цифрових сервісів, різний рівень цифрової грамотності, обмежена інтеграція даних	Електронна система охорони здоров'я, Концепція eHealth, телемедичні сервіси на основі наказів МОЗ	Розвиток функціоналу eHealth, розширення телемедицини (включно з телереабілітацією), інтеграція медичних і соціальних реєстрів, підвищення цифрової грамотності
Міжсекторальна координація	Фрагментарність взаємодії між медичними, соціальними, ветеранськими, освітніми та іншими структурами	Окремі міжвідомчі робочі групи, спільні програми, міжнародні проекти	Запровадження системних механізмів collaborative governance, чітке розмежування й узгодження повноважень, спільне планування та моніторинг політик для військових і ветеранів

Джерело: складено авторкою на основі [4; 16; 18; 26; 40; 39; 41; 42; 43; 59; 60; 62; 65; 66; 72; 78; 93; 94; 95; 97; 100; 106].

Таким чином, напрями реформування та цифровізації сфери медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей охоплюють посилення стійкості системи, розвиток реабілітації та психічного здоров'я, удосконалення фінансових механізмів, масштабування цифрових рішень і телемедицини, а також впровадження сучасних інструментів міжсекторального врядування й оцінки результативності [4; 16; 94; 95; 97; 100; 106].

3.3 Пропозиції щодо підвищення якості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я для військових та ветеранів

Виходячи з досліджень Р.Шевченко, важливо, щоб інформаційна підтримка ветеранів війни та членів їх сімей стала одним із пріоритетних напрямів діяльності органів публічного управління. У таблиці 3.2. деталізовані основні заходи, рекомендовані для удосконалення напряму інформаційної підтримки та правової обізнаності, а також визначено відповідальні органи публічного управління у сфері інформаційної підтримки ветеранів війни та членів їх сімей.

Таблиця 3.2.

Основні заходи та відповідальні органи у сфері інформаційної підтримки ветеранів війни та членів їх сімей

Заходи	Відповідальні органи	Рекомендації
Створення регіональних інформаційних центрів	Міністерство у справах ветеранів України; обласні та місцеві державні адміністрації; ЦНАПи	– відкрити інформаційні центри у кожній області, які надаватимуть інформацію про права ветеранів ветеранів, та членів їх сімей, отримання пільг, можливості реабілітації та працевлаштування; – забезпечити доступ до кваліфікованих юристів та соціальних працівників.
Розробка єдиного державного порталу для ветеранів	Міністерство цифрової трансформації України; Міністерство у справах ветеранів України	– створити вебресурс, де ветерани війни та члени їх сімей зможуть отримати актуальну інформацію про свої права, доступні програми, контакти відповідних органів; – інтегрувати функцію онлайн-заявок на пільги, виплати, реабілітацію чи участь у програмах перепідготовки.
Гарячі лінії для консультацій	Міністерство соціальної політики України Місцеві органи влади	– запустити гарячі лінії для ветеранів війни, де вони зможуть отримати консультації щодо своїх прав, процедур подання заявок на пільги, виплати чи реабілітацію; – забезпечити цілодобову роботу ліній із залученням фахівців із соціальної та правової допомоги.
Проведення інформаційних кампаній	Міністерство у справах ветеранів України Міністерство інформаційної політики України Громадські організації	– запустити медіакампанії на телебаченні, інтернеті та друкованих ЗМІ з метою інформування ветеранів війни та членів їх сімей про їх права та доступні послуги; – організовувати зустрічі ветеранів війни із представниками органів влади для обговорення нагальних питань.

Мобільні групи підтримки	Міністерство у справах ветеранів України Обласні та місцеві державні адміністрації	– створити мобільні групи, які відвідуватимуть віддалені населені пункти та надаватимуть інформаційну допомогу ветеранам війни та членам їх сімей; – забезпечити мобільні групи необхідним обладнанням для оформлення документів на місцях.
Освітні тренінги та семінари	Міністерство у справах ветеранів України Місцеві органи влади та громадські організації	– організувати навчальні семінари для ветеранів війни та членів їх сімей з питань захисту їхніх прав, отримання пільг, податкових знижок та інших аспектів соціального захисту; – навчати представників місцевих органів влади та працівників ЦНАПів ефективному консультуванню ветеранів війни.

Джерело: складено автором на основі [109; 110].

Формулюючи пропозиції щодо підвищення якості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я для військових, ветеранів та їхніх сімей, доцільно виходити з принципів доказовості, орієнтації на результат, участі заінтересованих сторін та міжсекторальної координації. Міжнародний досвід реформування систем охорони здоров'я, зокрема в країнах ЄС і ОЕСР, свідчить, що висока якість управлінських рішень досягається тоді, коли вони спираються на систематичний аналіз даних, включають механізми моніторингу та оцінки, передбачають прозоре залучення стейкхолдерів і є узгодженими з довгостроковими стратегічними цілями [59; 66; 78; 94; 106].

По-перше, необхідно посилити доказову базу для прийняття рішень щодо медичного забезпечення військових і ветеранів. Це передбачає систематичний збір, аналіз та інтерпретацію даних про стан здоров'я, потреби в медичній і реабілітаційній допомозі, доступ до послуг, результати лікування, рівень задоволеності пацієнтів. Важливим є створення інтегрованих інформаційних систем і реєстрів, які поєднували б медичні дані з даними про соціальні послуги, реабілітацію, працевлаштування, освіту. На основі досліджень ВООЗ та ОЕСР можна стверджувати, що використання стандартних індикаторів для оцінки результативності системи дозволяє виявляти проблемні зони та коригувати політику на основі доказів, а не лише політичних міркувань [59; 60; 66; 94; 97;

106]. Для України актуальною є розробка спеціального набору показників, орієнтованих на потреби військових та ветеранів.

По-друге, варто удосконалити інституційні механізми координації між органами влади, відповідальними за медичне забезпечення, соціальний захист, ветеранську політику, зайнятість, освіту та інші суміжні сфери. Концепції collaborative governance та Health in All Policies пропонують практичні моделі організації спільного управління, які передбачають створення міжвідомчих платформ, спільне планування політик, узгодження цілей і показників, розподіл відповідальності та регулярну звітність [56; 61; 79]. Для України доцільно розвивати постійно діючі координаційні механізми на національному й регіональному рівнях, у які були б включені представники МОЗ, профільних міністерств, місцевих органів влади, ветеранських організацій, професійних асоціацій та громадянського суспільства. Такі механізми мають забезпечувати не лише обмін інформацією, а й спільне вироблення рішень і узгоджений моніторинг їх виконання.

По-третє, важливо розвивати спроможність органів публічної влади до використання цифрових технологій в управлінні системою охорони здоров'я. Це стосується не лише технічного впровадження eHealth, а й використання цифрових інструментів для аналітики, прогнозування, моделювання сценаріїв, підтримки прийняття рішень. Дослідження ОЕСР і міжнародний досвід показують, що держава, яка ефективно використовує дані та цифрові технології, здатна більш оперативно реагувати на кризи, оптимізувати розподіл ресурсів і підвищувати прозорість [65; 93; 94; 95]. Для України актуальним є розвиток аналітичних підрозділів у МОЗ, НСЗУ та інших ключових інституціях, а також підготовка кадрів, здатних працювати із великими масивами даних і сучасними інструментами аналізу.

По-четверте, слід посилити участь військових, ветеранів та їхніх сімей у процесі формування й оцінки політик у сфері охорони здоров'я. У багатьох країнах практикуються консультаційні ради, фокус-групи, опитування задоволеності, механізми зворотного зв'язку, які дозволяють ураховувати

потреби та очікування цільових груп при розробці програм і управлінських рішень [59; 73; 101; 102]. Для України доцільно розширити практику залучення представників ветеранських організацій до розробки пакетів послуг, стандартів реабілітації, програм психічного здоров'я, а також створити доступні канали подання пропозицій і скарг, які реально впливають на рішення.

По-п'яте, необхідно інтегрувати в управлінські рішення розуміння соціальних детермінант здоров'я, особливо щодо вразливих груп, таких як військові та їхні сім'ї. Документи ВООЗ та Комісії з соціальних детермінант здоров'я підкреслюють, що ефективна політика в сфері охорони здоров'я має виходити за межі суто медичних втручань і враховувати умови життя, праці, доходи, освіту, соціальні зв'язки та інші фактори, що впливають на здоров'я [57; 71; 80; 99]. Для України це означає, що рішення щодо медичних програм для ветеранів мають бути узгоджені з політиками житлового забезпечення, працевлаштування, освіти, соціальної інтеграції та підтримки сімей. Важливо, щоб такі рішення були не декларативними, а підкріпленими конкретними інструментами координації та фінансування.По-шосте, доцільним є розвиток системи безперервного навчання та професійного розвитку управлінців у сфері охорони здоров'я, з акцентом на кризове управління, управління змінами, міжсекторальну взаємодію та роботу з цифровими інструментами. Українські й міжнародні дослідження наголошують, що успіх реформ у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від якості лідерства, управлінських компетентностей та спроможності адаптуватися до нових умов [6; 59; 68; 78; 79]. Для України, яка одночасно переживає реформу системи охорони здоров'я, війну та масштабні соціальні трансформації, питання підготовки управлінців набуває стратегічного значення.

У комплексі реалізація цих пропозицій може сприяти підвищенню якості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я для військових, ветеранів та їхніх сімей, зробити політику більш доказовою, орієнтованою на результат, стійкою до криз і чутливою до потреб вразливих груп.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі проаналізовано ефективність існуючих механізмів публічного управління у сфері медичного забезпечення військових, ветеранів та їхніх сімей, окреслено основні напрями подальшого реформування й цифровізації, а також сформульовано пропозиції щодо підвищення якості та безпеки управлінських рішень. Узагальнення зроблено з урахуванням як нормативно-правових засад, так і фактичного функціонування системи в умовах воєнного стану, що дозволяє розглядати висновки як логічно обґрунтовані та практично релевантні.

По-перше, встановлено, що чинна система публічного управління в охороні здоров’я України спирається на розгалужену нормативну базу та інституційну структуру, однак її фактична ефективність обмежується ресурсними, організаційними та координаційними проблемами, які особливо загострюються в умовах війни. Це проявляється у нерівномірному доступі до медичної допомоги, перевантаженості окремих ланок системи, різній управлінській спроможності регіонів. Механізми фінансування через Програму медичних гарантій і діяльність Національної служби здоров’я створюють основу для прозорого розподілу коштів, стимулюють підвищення якості послуг і посилюють фінансову дисципліну. Водночас вони потребують подальшої адаптації до специфічних потреб військових і ветеранів, у тому числі з урахуванням вимог до безпечності медичної допомоги, безперервності лікування, реабілітації та захисту медичного персоналу в умовах підвищених ризиків.

По-друге, показано, що перспективні напрями реформування охорони здоров’я для військових, ветеранів і їхніх сімей включають зміцнення стійкості системи до кризових впливів, розвиток реабілітації та психічного здоров’я,

удосконалення моделей фінансування з урахуванням міжнародного досвіду, масштабування цифрових рішень та телемедицини, а також впровадження сучасних інструментів міжсекторального врядування й оцінки результативності. Особливий акцент робиться на безпеці: ідеться про захищеність медичної інфраструктури, гарантовану безпечність медичних втручань, захист персональних даних пацієнтів у цифрових системах, а також про створення безпечних умов праці для медиків, які працюють у прифронтових та інших небезпечних районах. Таблиця 3.1 узагальнила ключові проблеми, чинні механізми та орієнтовні напрями реформування за основними блоками політики, що дозволяє цілісно побачити логіку необхідних змін.

По-третє, обґрунтовано, що підвищення якості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я для військових і ветеранів потребує посилення доказовості політик, розвитку сталих координаційних механізмів між органами влади та секторами, активного використання цифрових технологій для аналітики й підтримки рішень, а також реального залучення військових, ветеранів та їхніх сімей до формування й оцінки відповідних програм. Одночасно важливо інтегрувати в управлінські рішення розуміння соціальних детермінант здоров'я та системно готувати управлінські кадри до роботи в умовах воєнного часу та післявоєнної відбудови. Усі ці кроки прямо пов'язані з підвищенням безпеки: як на рівні окремого пацієнта (захист прав, безпечність лікування, доступ до якісної допомоги), так і на рівні суспільства загалом (зміцнення національної безпеки через стійку систему медичного забезпечення військових і цивільного населення).

Загалом результати третього розділу дозволяють сформувати цілісний, узагальнений і логічно обґрунтований погляд на те, яким чином існуючі механізми публічного управління можуть і повинні трансформуватися, щоб забезпечити стійке, справедливе, безпечне та орієнтоване на реальні потреби військових, ветеранів та їхніх сімей медичне забезпечення в умовах війни та в післявоєнний період. Отримані висновки створюють підґрунтя для подальших

конкретизованих рекомендацій щодо вдосконалення нормативної бази, управлінських процедур і практичної організації медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Обґрунтовано, що право на охорону здоров’я та медичну допомогу в Україні має складний теоретико-правовий зміст і не зводиться до формального закріплення у Конституції та базових законах. Розкрито, що це право включає не лише гарантії безоплатної допомоги у державних і комунальних закладах, а й обов’язок держави створювати інституційні, фінансові, організаційні та цифрові умови для його реальної реалізації. Показано, що в умовах воєнного стану акценти зміщуються в бік забезпечення безперервності базових медичних послуг, пріоритетності допомоги пораненим, розвитку реабілітації та психічного здоров’я, а також захисту медичної інфраструктури й персоналу. Доведено, що воєнний стан не скасовує конституційних гарантій, а змінює механізми й інструменти їх практичної реалізації, посилюючи вимоги до стійкості та адаптивності системи охорони здоров’я.

Проаналізовано структуру та функції органів, що здійснюють публічне управління у сфері медичного забезпечення військових, ветеранів та членів їхніх сімей. Визначено, що система управління є поліцентричною: у ній взаємодіють загальнодержавні інституції (Верховна Рада, Президент, Кабінет Міністрів, центральні органи виконавчої влади), спеціалізовані органи (МОЗ, НСЗУ, інституції громадського здоров’я), органи місцевого самоврядування та місцеві державні адміністрації, а також мережа державних, комунальних і приватних закладів. Уточнено розподіл повноважень між цими суб’єктами, показано роль НСЗУ як ключового “покупця” медичних послуг від імені держави, висвітлено значення місцевого рівня для практичної організації мережі закладів і маршрутів пацієнтів, а також з’ясовано специфіку регуляторного середовища для надавачів медичних послуг, включно з ліцензуванням, вимогами до якості та цифровими стандартами.

Оцінено сучасний стан і проблеми доступу до медичних послуг для військовослужбовців, ветеранів та їхніх родин у контексті війни. Встановлено, що система охорони здоров’я працює під тиском множинних викликів:

руйнування та пошкодження медичної інфраструктури, загрози безпеці закладів, масові внутрішні переміщення населення, кадрові втрати й професійне вигорання, порушення логістики постачання ліків і витратних матеріалів. Доведено, що ці фактори формують комплексні бар’єри доступу, які по-різному проявляються на первинному, спеціалізованому та реабілітаційному рівнях. Окремо підкреслено специфіку потреб військових і ветеранів: необхідність довготривалої реабілітації, психіатричної та психологічної підтримки, ведення хронічних захворювань, а також підтримки членів сімей, які стикаються з тривалими стресовими навантаженнями та зміною соціально-економічних умов.

З’ясовано вплив воєнного стану на трансформацію системи медичної допомоги, фінансових і організаційних механізмів. Показано, що війна прискорила адаптацію реформованої моделі фінансування через Програму медичних гарантій: відбулося коригування пакетів послуг, посилення уваги до реабілітації та психічного здоров’я, пошук балансів між стабільністю фінансування закладів і новими пріоритетами. Проаналізовано роль НСЗУ в цих умовах як провідного інструменту реалізації державних гарантій, що через систему договорів та тарифів фактично формує доступні маршрути для військових і ветеранів. Описано, як воєнний стан стимулює розвиток цифрової інфраструктури (eHealth, телемедицина, електронні реєстри) і поглиблює міжвідомчу та міжсекторальну взаємодію, зокрема між системами охорони здоров’я, соціального захисту та ветеранської політики. Доведено, що реабілітація, психічне здоров’я та громадське здоров’я поступово переходять у статус довгострокових державних пріоритетів.

Сформульовано комплекс науково обґрунтованих пропозицій щодо підвищення якості управлінських рішень у сфері охорони здоров’я для військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей. Запропоновано посилити доказовість політик через розвиток системи збору й аналізу даних, спеціальних індикаторів доступу та результативності для ветеранів і військових, впровадження сучасних інструментів оцінки ефективності. Обґрунтовано потребу в інституційному зміцненні координаційних механізмів між органами

влади та секторами, розбудові стійких форматів співпраці за принципами collaborative governance і Health in All Policies. Визначено необхідність подальшої цифровізації управлінських процесів, розвитку телемедицини та телереабілітації, інтеграції медичних даних з інформацією про соціальний статус і пільги ветеранів. Акцент зроблено на важливості залучення самих військових, ветеранів та їхніх сімей до формування політик, а також на системній підготовці управлінських кадрів до роботи в умовах війни й післявоєнного відновлення.

У цілому дослідження дозволило отримати цілісне, теоретично й практично обґрунтоване уявлення про механізми публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей в умовах воєнного стану в Україні. Сформовані висновки й пропозиції можуть слугувати підґрунтям для подальших наукових розвідок і для вдосконалення державної політики та управлінських практик у цій стратегічно важливій сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксьонова Є. В. Аналіз правового статусу Національної служби здоров'я України : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра. Харків : Національний фармацевтичний університет, 2023. 93 с.

2. Безкровний Ю. А. Адміністративно-правовий режим воєнного стану. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія "Право". 2024. Вип. 80. С. 45–49.

3. Гавриченко Д. Г. Нормативно-правовий механізм забезпечення розвитку охорони здоров'я України. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія "Публічне управління та адміністрування". 2022. Т. 33. № 2. С. 22–28. DOI: https://doi.org/10.32838/TNU-2663-6468/2022.2/05

4. Гавриченко Д. Г., Козирєва О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформації. Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики. 2022. № 1. С. 125–133. DOI: https://doi.org/10.32702/2307-2156-2021.12.33

5. Гарасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2018. № 2. С. 9–23. DOI: https://doi.org/10.25040/medicallaw2018.02.009

6. Державне управління охороною здоров'я в Україні: ґенеза і перспективи розвитку : колективна монографія / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ, 2013. 320 с.

7. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам : постанова Кабінету Міністрів України від 23.01.2015 р. № 11.

8. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410.

9. Електронна система охорони здоров'я в Україні. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я. Офіційний сайт eHealth. URL: https://ehealth.gov.ua/

10. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я: можливості адаптації в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2012. № 5. С. 95–99.

11. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 1. С. 161–166. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

12. Клапатий Д. Й. Законодавче регулювання провадження господарської діяльності з медичної практики фізичними особами-підприємцями. Медичне право. 2017. Спецвип. № 3. С. 41–47.

13. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

14. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С. 99–106.

15. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3 (спецвипуск). С. 67–86. URL: https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf

16. Лісовська О. О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. Молодий вчений. 2020. № 1(77). С. 150–154.

17. Національна служба здоров'я України. Офіційний вебсайт. Розділ "Про НСЗУ". URL: https://nszu.gov.ua

18. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf

19. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text

20. Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини : наказ МОЗ України (із змінами). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#n19

21. Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз : Закон України від 05.07.2001 р. № 2586-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text

22. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text

23. Про внесення змін до Закону України Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення : Закон України від 17.11.2009 р. № 2861-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-VI#Text

24. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. № 33 Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427.

25. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751 : наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.

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

27. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 05.02.2015 р. № 157-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text

28. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text

29. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text

30. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/285-2016-%D0%BF

31. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 407.

32. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text

33. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text

34. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text

35. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text

36. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 09.04.1999 р. № 586-XIV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text

37. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI. URL: https://ips.ligazakon.net/document/T113612

38. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 р. № 389-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text

39. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text

40. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/491614___696962

41. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text

42. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689

43. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text

44. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1101-2017-%D0%BF

45. Про центральні органи виконавчої влади : Закон України від 17.03.2011 р. № 3166-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17#Text

46. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : Указ Президента України від 30.09.2019 р. № 722/2019. URL: https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825

47. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02

48. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров’я в Україні : автореф. дис. … канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ, 2016. 22 с.

49. Український центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Офіційний вебсайт. URL: https://phc.org.ua

50. Устимчук О. В. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. Аспекти публічного правління. 2018. Т. 6. № 10. С. 5–13. DOI: https://doi.org/10.15421/151859

51. Філіпова Н. В. Світові моделі системи охорони здоров’я та можливості їх адаптації в Україні. Економіка і суспільство. 2024. № 56. С. 112–120.

52. Anderson M., Pitchforth E., Mossialos E. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition. 2022. Vol. 24. No. 1. 276 p.

53. Attacks on health care in Ukraine: Annual Report 2023. Geneva : World Health Organization, 2024.

54. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22. No. 6. P. i–273.

55. Busse R., Blümel M. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2014. Vol. 16. No. 2. 296 p.

56. Collaborative Governance in the Public Sector: Lessons Learned and Future Directions. Public Administration Review. 2018. Vol. 78. Iss. 6. P. 845–850.

57. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva : World Health Organization, 2008. 246 p.

58. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva : World Health Organization, 2008.

59. European Observatory on Health Systems and Policies. Health System Performance Assessment: A Tool for Health Governance in the European Union. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2019. 220 p.

60. Figueras J., McKee M. (eds.). Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. 246 p.

61. Health in All Policies: Prospects and Potentials / ed. by T. Stahl et al. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006. 278 p.

62. Health systems resilience in the context of the war in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023.

63. KFF. How Does Health Spending in the U.S. Compare to Other Countries? San Francisco : KFF, 2025.

64. Kozuń-Cieślak G. Efficiency of Healthcare Systems in the European Union States: Who Performs Better – Bismarckians or Beveridgeans? European Research Studies Journal. 2019. Vol. 22. Iss. 2. P. 233–248.

65. OECD Health Policy Studies. Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies. Paris : OECD Publishing, 2010. 220 p.

66. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2023. 248 p.

67. OECD. How do health system features influence health system performance? Paris : OECD Publishing, 2025. 68 p.

68. Public leadership for public health in the era of COVID-19. The Lancet. 2020. Vol. 395. Iss. 10241. P. 1541–1542.

69. Reibling N. et al. A typology of health systems for OECD countries. Health Policy. 2019. Vol. 123. Iss. 7. P. 611–620. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.007

70. Saunes I., Karanikolos M., Sagan A. Norway: Health system review. Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22. No. 1. 224 p.

71. Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva : World Health Organization, 2010. 79 p.

72. Strengthening Ukraine's Healthcare System: A Focus on Health System Resilience. Brussels : Foundation for European Progressive Studies; Vienna : Karl Renner Institute, 2023.

73. The King's Fund. How does the NHS compare to the health care systems of other countries? London : The King's Fund, 2023. 40 p.

74. Tikkanen R., Schneider E. C. Health Care by Country 2024: How Does the Quality of the U.S. Health System Compare to Other Countries? The Commonwealth Fund, 2024. 54 p.

75. Ukraine Internal Displacement Report. General Population Survey, Round 16. Geneva : International Organization for Migration, 2024.

76. Ukraine Rapid Damage and Needs Assessment II. Kyiv–Washington–Brussels : Government of Ukraine; World Bank; European Commission, 2023.

77. Wendt C., Frisina L., Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. Social Policy & Administration. 2009. Vol. 43. Iss. 1. P. 70–90. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x

78. World Health Organization. Health Systems and Health Reforms in Europe: Key Concepts, Issues and Debates. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015. 350 p.

79. World Health Organization. Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, Actions and Experiences. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. 120 p.

80. World Health Organization. Social determinants of health. URL: http://www.who.int/social_determinants/en/

Anderson M., Pitchforth E., Mossialos E. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition. 2022. Vol. 24. No. 1. 276 p.

81. Attacks on health care in Ukraine: Annual Report 2023. Geneva : World Health Organization, 2024.

82. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22. No. 6. P. i–273.

83. Busse R., Blümel M. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2014. Vol. 16. No. 2. 296 p.

84. Collaborative Governance in the Public Sector: Lessons Learned and Future Directions. Public Administration Review. 2018. Vol. 78. Iss. 6. P. 845–850.

85. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva : World Health Organization, 2008. 246 p.

86. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva : World Health Organization, 2008.

87. European Observatory on Health Systems and Policies. Health System Performance Assessment: A Tool for Health Governance in the European Union. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2019. 220 p.

88. Figueras J., McKee M. (eds.). Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. 246 p.

89. Health in All Policies: Prospects and Potentials / ed. by T. Stahl et al. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006. 278 p.

90. Health systems resilience in the context of the war in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023.

91. KFF. How Does Health Spending in the U.S. Compare to Other Countries? San Francisco : KFF, 2025.

92. Kozuń-Cieślak G. Efficiency of Healthcare Systems in the European Union States: Who Performs Better – Bismarckians or Beveridgeans? European Research Studies Journal. 2019. Vol. 22. Iss. 2. P. 233–248.

93. OECD Health Policy Studies. Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies. Paris : OECD Publishing, 2010. 220 p.

94. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2023. 248 p.

95. OECD. How do health system features influence health system performance? Paris : OECD Publishing, 2025. 68 p.

96. Public leadership for public health in the era of COVID-19. The Lancet. 2020. Vol. 395. Iss. 10241. P. 1541–1542.

97. Reibling N. et al. A typology of health systems for OECD countries. Health Policy. 2019. Vol. 123. Iss. 7. P. 611–620. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.007

98. Saunes I., Karanikolos M., Sagan A. Norway: Health system review. Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22. No. 1. 224 p.

99. Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva : World Health Organization, 2010. 79 p.

100. Strengthening Ukraine’s Healthcare System: A Focus on Health System Resilience. Brussels : Foundation for European Progressive Studies; Vienna : Karl Renner Institute, 2023.

101. The King’s Fund. How does the NHS compare to the health care systems of other countries? London : The King’s Fund, 2023. 40 p.

102. Tikkanen R., Schneider E. C. Health Care by Country 2024: How Does the Quality of the U.S. Health System Compare to Other Countries? The Commonwealth Fund, 2024. 54 p.

103. Ukraine Internal Displacement Report. General Population Survey, Round 16. Geneva : International Organization for Migration, 2024.

104. Ukraine Rapid Damage and Needs Assessment II. Kyiv–Washington–Brussels : Government of Ukraine; World Bank; European Commission, 2023.

105. Wendt C., Frisina L., Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. Social Policy & Administration. 2009. Vol. 43. Iss. 1. P. 70–90. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x

106. World Health Organization. Health Systems and Health Reforms in Europe: Key Concepts, Issues and Debates. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015. 350 p.

107. World Health Organization. Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, Actions and Experiences. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. 120 p.

108. World Health Organization. Social determinants of health. URL: http://www.who.int/social_determinants/en/.

109. Шевченко Р. Загрози глобальної та регіональної безпеки та їх вплив на ветеранів війни і членів їх родини. *Сучасні загрози глобальній та регіональній безпеці : матер. Міжнар. наук.-практ. інтерн.-конф. (м. Одеса, 29 жовтня 2023 р.) уклад. А. Полухіна* ; ГО “ГУЕЦ”. Одеса : Фенікс, 2023 р. С. 337- 339.

110. Шевченко Р. Мовна адаптація ветеранів війни та їхніх родин в умовах глобалізації: публічне управління та соціальний захист. Збереження національної ідеї та національної самосвідомості українського народу в контексті історичних подій ХХ–ХХІ століть : зб. наук. пр. Хмельницького ін-ту МАУП. Хмельницький : Вид-во МАУП, 2023. Вип. 16. 258 с. С.233-236.

111. Шевченко Р. П Інноваційні підходи до організації соціального захисту ветеранів війни: міжнародний досвід. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* Вип. № 2 лютий, 2024 р. DOI: http://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.2.25.

112. Шевченко Р. П. Державне регулювання соціального захисту ветеранів війни та членів їх родини: нормативно-правове забезпечення. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* Вип. № 10, 2023 р. DOI: http://doi.org/10.32702/2307-2156.2023.10.15.

113. Шевченко Р. П. Інноваційні підходи до організації соціального захисту ветеранів війни: міжнародний досвід. *Інвестиції: практика та досвід.*

Вип. № 3. 2024. С. 184-188. URL: file:///C:/Users/1/Downloads/Inv+3-2024_St29%20(1).pdf

114. Шевченко Р. П. Стратегії забезпечення соціального захисту ветеранів війни та їхніх родин: теоретичні концепції та практичні інновації. *Міжнародна та національна безпека: теоретичні і прикладні аспекти : матеріали VIII Міжнар. наук.- практ. конф.* (м. Дніпро, 15 бер. 2024 р.) ; у 2-х ч. Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2024. Ч. І. 740 с. С. 224-227.

115. Шевченко Р. П. Удосконалення механізмів публічного управління для забезпечення доступу ветеранів до соціальних послуг в Україні. *Інвестиції: практика та досвід.* Вип. № 3, 2024 р. С. 184-188 DOI: 10.32702/2306 6814.2024.3.184.

116. Шевченко Р. Інтеграція міжнародного досвіду у публічному управлінні соціальним захистом ветеранів війни та їх родин в Україні. Актуальні питання державотворення та захисту прав людини в Україні: зб. наук. пр. гол. ред. Л. Г. Білий. Хмельницький : Вид-во Хмельниц. ін-ту МАУП, 2024. Вип. 13. 428 с. С. 377-383. Юридична сила електронних документів в Україні. *Вчасно ЕДО.* 26 червня 2024 року. URL: https://vchasno.ua/yurydychna-syla-elektronnykh-dokumentiv/

117. Ярошик Д. Ю. Державне управління соціальною сферою в Україні : бакалавр. диплом. робота. КНЕУ ім. Вадима Гетьмана, Ф-т економіки та управління, Каф. нац. економіки та публічного упр. Київ, 2023. с. 71. URL: https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/fc415e8d-7852-4925-ada3-a2dfdfa818cc/content

118. Abraham H. Maslow. “Motivation and Personality”. Harper & Row, 1954. ISBN: 9780060419875

119. Alain Touraine. “Can We Live Together? Equality and Difference”. Stanford University Press, 2000. https://www.amazon.com/Can-We-Live-Together-Difference/dp/0804740437

120. Beveridge, William. “Social Insurance and Allied Services”. His Majesty's Stationery Office, 1942. http://pombo.free.fr/beveridge42.pdf

121. Bigo D., Martin-Maze M. (2014). D4.1 Report on Theory and Methodology for Mapping of Societal Security Networks. Source: Societal Security Network.

122. Brouwer M. (2017). Designing for Social Infrastructures in Complex Service Systems: A Human-Centered and Social Systems Perspective on Service Design. The Journal of Design, Economics, and Innovation, 3 (3), P. 183-196. URL: https://ojs.unbc.ca/index.php/design/article/view/1780/1346

123. Burgess J. P., Mouhleb N. (2007) Societal Security: Definitions and Scope for the Norwegian Setting, PRIO Policy Brief, 2. Oslo: PRIO.

124. Burgess J. Peter, ed. (2010). The Routledge Handbookof New Security Studies. London: Routledge.

125. Coyle, Sue. The Grand Challenges for Social Work: An Update. Social Work Today, (19, 5). 16-20. Retrieved from: http://viewer.zmags.com/publication/95df95ab#/95df95ab/17

126. Dgebuadze N., Solovey Y. How policymakers can support the veteran community in Ukraine: Results from a veteran reintegration survey. *IREX*. 21 october 2021. URL: https://www.irex.org/insight/how-policymakers-can-support-veteran-community-ukraine-results-veteran-reintegration-survey

127. Die politischen Reden des Fürsten Bismarck. Historisch-kritische Gesamtausgabe besorgt von Horst Kohl. 14 Bände. Cotta, Stuttgart 1892-1905. https://www.zvab.com/politischen-Reden-F%C3%BCrsten-Bismarck-Historisch-kritische-Gesammtausgabe/31701058990/bd

128. Fischer H. The Problems Facing VA Modernization Are Bigger Than Its Software Systems. *Objective Analysis. Effective Solutions*. April 28, 2023. URL: https://www.rand.org/pubs/commentary/2023/04/the-problems-facing-va-modernization-are-bigger-than.html

129. Gosta Esping-Andersen. “The Three Worlds of Welfare Capitalism”. Princeton University Press, 1990. ISBN: 9780691028576

130. International Organization for Migration (IOM). *Veterans' Reintegration in Ukraine*. 17 september 17, 2024. 48 p. URL:

https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1861/files/documents/VETERANS%E2%80%99%20REINTEGRATION%20IN%20UKRAINE_ENG-NEW.pdf

131. Kosstutschenko A. Rehab center in Ukraine's Irpin helps military veterans, wounded civilians. *VOA News*. July 28, 2022. URL: https://www.voanews.com/a/rehab-center-in-ukraine-irpin-helps-military-veterans-wounded-civilians/6677283.html

132. Ludwig von Bertalanffy. "General System Theory: Foundations, Development, Applications". George Braziller, 1968. https://www.amazon.com/General-System-Theory-Foundations-Applications/dp/0807604534

133. Lyndiuk S. Conceptual principles of ensuring societal security in the context of social change. *Public security and public order. Research Journal*. 2022. (29). P. 149–156.

134. Lyndiuk O., Buchyk V., Lyndiuk S. The main determinants of public policy on social security of Ukraine. *Public security and public order. Research Journal.* 2020. (24) P. 163–172.

135. Obinger, H., Schmitt, C. (2019) World war and welfare legislation in western countries. Journal of European Social Policy. 261–274. URL: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0958928719892852

136. Odarchenko K., and Davlikanova E.. "Insights: How U.S. Experience Can Help Ukraine Serve Its Veterans Better". *Wilson Center*, May 1, 2024. URL: https://www.wilsoncenter.org/blog-post/insights-us-experience-can-help-ukraine-serve-its-veterans-better

137. Postcard from Kyiv: Can Ukraine heal the mental scars of its veterans? *Chatham House.* URL: https://www.chathamhouse.org/publications/the-world-today/2024-09/postcard-kyiv-can-ukraine-heal-mental-scars-its-veterans

138. Rhinard M. (2021). Societal security in theory and practice. Nordic Societal Security Convergence and Divergence. URL: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1529441/FULLTEXT01.pdf

139. Robert D. Putnam. “Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community”. Simon & Schuster, 2000. ISBN: 9780743203043

140. Robert Skidelsky, “John Maynard Keynes: 1883-1946: Economist, Philosopher, Statesman”, Macmillan, 2003. https://www.amazon.com/John-Maynard-Keynes-1883-1946-Philosopher/dp/0333903129

141. Shechenko R. Educational and professional programs for war veterans and members of their families: ensuring successful integration into society in Ukraine. Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej, Częstochowa, 2024, 62 2024) nr 1, s. 230. DOI https://doi.org/10.23856/6227

142. Societal Security in the Nordic Countries NordForsk Policy Paper 1– 2013. URL: https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:707865/FULLTEXT01.pdf

143. Sundelius B. and Eldeblad J. (2023), Societal Security and Total Defense: The Swedish Way. URL : https://ndupress.ndu.edu/Portals/68/Documents/prism/prism_10-2/prism_10-2_92-111_Sundelius-Eldeblad.pdf?ver=Iu9wZZTG2hmviHEGyxSNsw%3d%3d

144. Sundelius B., Grönvall J., Hamilton D., eds. (2006). Protecting the Homeland : European Approaches to Societal Security-Implications for the United States. Washington, DC: Center for Transatlantic Relations, Johns Hopkins University.

145. Talcott Parsons. “The Social System”. Free Press, 1951. https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf

146. Telemedicine in Ukraine: A system to support frontline healthcare workers. *Northwell Health*. May 25th, 2022. URL: https://www.northwell.edu/news/insights/telemedicine-in-ukraine-a-system-to-support-frontline-healthcare-workers

147. Thomas Piketty. “Capital in the Twenty-First Century”. Harvard University Press, 2014. https://www.abebooks.com/9780674979857/Capital-Twenty-First-Century-Piketty-Thomas-0674979850/plp

148. Ukraine to provide housing to 2,400 veterans. *The Kyiv Independent.* 17 september 2024. URL: https://kyivindependent.com/ukraine-to-provide-housing-to-2-400-veterans/

149. UNHCR redoubles its aid inside Ukraine and the region. *UNHCR The UN Refugee Agensi*. 8 April 2022. URL: https://www.unhcr.org/news/briefing-notes/unhcr-redoubles-its-aid-inside-ukraine-and-region

150. Verel P. "PCS Professor Eyes Ukraine For Medical Records Transformation". *Fordham News*. 25 october 2023. URL: https://pcs.news.fordham.edu/fordham-news/pcs-professor-eyes-ukraine-for-medical-records-transformation/

151. Waever O. The Changing Agenda of Societal Security. Globalization and EnvironmentalChallenges : Reconceptualizing Security in the 21st Century. 2008. P. 581-593. URL : https://www.researchgate.net/publication/226042697_The_Changing_Agenda_of_Societal_Security

152. Національний інститут стратегічних досліджень. Працевлаштування ветеранів: проблеми та перспективи : аналітична записка (2023). 36 с. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2023-12/ke_pratsevlashtuvannya-veteraniv_18122023_0.pdf

153. Соціальні послуги для ветеранів та ветеранок у громадах: виклики та потреби (2023). Cedos. URL: https://cedos.org.ua/researches/soczialni-poslugy-dlya-veteraniv-ta-veteranok-u-gromadah-vyklyky-ta-potreby/

154. Аналітична записка з питань порівняльного законодавства щодо формування державної політики у сфері соціального захисту ветеранів та членів їхніх сімей з урахуванням досвіду законодавчого регулювання соціальної підтримки ветеранів у США, Державі Ізраїль, Великій Британії, Канаді та Республіці Хорватія (2023). Аппарат Верховної Ради України. URL: https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/32547.pdf

155. Потреби ветеранів 2023. Фонд ветеранів. 2023. – Режим доступу: https://veteranfund.com.ua/analitics/needs-of-veterans-2023/

156. Гетьман Є. А., Шевердіна В. І. (2024). Формування системи соціального захисту ветеранів війни: досвід Сполучених Штатів Америки та Великобританії // Вісник Національної академії правових наук України. Том 31, № 2. С. 207-217. DOI: 10.31359/1993-0909-2024-31-2-207.

157. Шевердіна В. І. (2024). До питання правової основи соціального забезпечення учасників бойових дій та ветеранів війни. *Право та інновації*. № 1 (45). DOI: 10.37772/2518-1718-2024-1(45)-10.

158. Слозанська Г., Горішна Н., Бибик Д. та Криницька І. (2023). Соціальна підтримка ветеранів російсько-української війни та їх сімей у воєнний та післявоєнний період. *Соціальна робота та освіта* , *10* (1), 47-62. DOI: https://doi.org/10.25128/2520-6230.23.1.5

159. Погосян Р. Е. (2023). Генезис становлення та розвитку захисту прав ветеранів війни. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. №7. URL: https://reicst.com.ua/pmtl/article/view/2023-7-01-20/2023-7-01-20

160. Косач І. А., Михайловська О. В., Філіпова Н. В. (2021). Інституційні засади формування сучасних організаційних структур в публічному управлінні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, (24), 168-178. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2021.24.29

161. Радчук Т.М. (2020). Класифікація механізмів публічного управління інноваційним розвитком економіки. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, (19), 124-130. DOI: 10.32843/pma2663-5240-2020.19.22

162. Іщенко Ю. В. (2024). Інституційна спроможність органів місцевого самоврядування в питаннях реінтеграції ветеранів у післявоєнний період. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 11. С. 67-72. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0374/2024-11/67

163. Реінтеграція ветеранів в Україні: результати загальнонаціонального опитування (2021). Міжнародна організація з міграції (МОМ). URL: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1861/files/documents/VETERANS%E2%80%99%20REINTEGRATION%20IN%20UKRAINE_UKR-NEW.pdf

164. Офіс ПРООН в Україні (2023). Оцінка доступності та задоволеності медичною допомогою в Україні екскомбатантами АТО/ООС. Програма розвитку ООН (ПРООН). URL: https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/otsinka-dostupnosti-ta-zadovolenosti-medychnoyu-dopomohoyu-v-ukrayini-ekskombatantamy/kamy-ato/oos

165. Шапшалов І. (2023). Соціальна адаптація ветеранок і ветеранів війни до цивільного життя : *кваліфікаційна робота бакалавра*. Херсонський державний університет. 76 с. URL: https://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/17992/Shapshalov%20I_fpis_2023.pdf?sequence=1

166. Як ветеранам та членам їх сімей захистити свої права та законні інтереси. Міністерство у справах ветеранів України. URL: https://mva.gov.ua/ua/news/yak-veteranam-ta-chlenam-yih-simej-zahistiti-svoyi-prava-ta-zakonni-interesi

167. Перелік суб'єктів надання послуг, включених до Реєстру суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів і членів їх сімей. Міністерство у справах ветеранів України. URL: https://mva.gov.ua/veteranam/perelik-subektiv-nadannya-poslug-vkluchenih-do-reestru-subektiv-nadannya-poslug-iz-psihologichnoi-dopomogi-dlya-veteraniv-i-chleniv-ih-simey

168. Гордієнко Є. П. Механізми реалізації державної політики соціального захисту учасників бойових дій в Україні (2021): *кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня "магістр"*. Чорноморський національний університет імені Петра Могили. URL: https://uacademic.info/ua/document/0821U102813

169. Сидоренко А. О. Соціальний захист членів сімей військовослужбовців: кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису (2024): *дисертація доктора філософії*. Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого. URL: https://nauka.nlu.edu.ua/nauka/download/diss/sydorenka/d_sydorenka.pdf.p7s