

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему: **Вивчення шляхів забезпечення стійкості медичних
закладів у кризових умовах**

Студента групи 14401БМН,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я »

Анна ТИЩЕНКО

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Максим МОСКАЛЕНКО,
к.мед.н., доцент

Гарант освітньо-
професійної програми
науковий ступінь
вчене звання

Ганна МАТУКОВА,
д.пед.н., професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, професор

Київ, 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Освітній рівень магістр
Спеціальність 073 Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА**

Тіщенко Анни Юріївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Вивчення шляхів забезпечення стійкості медичних закладів у кризових умовах

керівник роботи Максим МОСКАЛЕНКО, к.мед.н., доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від "13" травня 2025 р. № 381

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи дані з періодичних та наукових джерел з досліджуваної проблеми, статистичні дані закладів охорони здоров'я.

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета кваліфікаційної роботи

Обґрунтування підходів та розробка практичних рекомендацій щодо забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я в кризових умовах.

Об'єкт дослідження

Заклади охорони здоров'я України в умовах кризових впливів, зокрема повномасштабної війни.

Предмет дослідження

Процеси формування та забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я, включаючи фінансові, кадрові, організаційні та ресурсні механізми управління.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

табл. 13, рис. 7

6. Дата видачі завдання "01" вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	травень 2025 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	вересень 2025 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	вересень 2025 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2025 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2025 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2025 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2025 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	листопад 2025 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	листопад 2025 р.	
10	Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2025 р.	
11	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2025 р.	

Студент

_____ Анна ТІЩЕНКО
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Максим МОСКАЛЕНКО
(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
АНОТАЦІЯ	6
SUMMURY	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В КРИЗОВИХ УМОВАХ	13
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	29
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	40
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ.....	80

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

КНП – Комунальне некомерційне підприємство

КП – Комунальне підприємство

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ПМУ – Програма медичних гарантій

ТМО – Територіальні медичні об'єднання

АНОТАЦІЯ

Текст стор. 79, табл. 13, рис. 7.

У кваліфікаційній роботі магістра досліджено теоретичні та практичні аспекти забезпечення стійкості медичних закладів у кризових умовах функціонування системи охорони здоров'я. Розкрито сутність поняття стійкості закладів охорони здоров'я, визначено її ключові складові та фактори впливу в умовах воєнних дій, надзвичайних ситуацій і системних шоків.

У процесі дослідження здійснено аналіз фінансових, кадрових, організаційних та ресурсних показників діяльності медичних закладів України на основі відкритих даних Національної служби здоров'я України та Електронної системи охорони здоров'я. Запропоновано методичний підхід до оцінювання рівня стійкості медичних закладів із використанням індексу стійкості та індексу порівняльної стійкості, що дозволило здійснити групування закладів за рівнями стійкості та виявити їхні сильні й слабкі сторони.

За результатами дослідження розроблено практичні рекомендації щодо підвищення стійкості медичних закладів залежно від рівня їх фінансової спроможності, ресурсного забезпечення та безпекового середовища. Отримані результати можуть бути використані в управлінській діяльності керівників закладів охорони здоров'я та органів управління системою охорони здоров'я в умовах криз.

SUMMURY

Text: p. 79, Table 13, Fig. 7.

In the master's qualification thesis, the theoretical and practical aspects of ensuring the resilience of healthcare facilities under crisis conditions in the functioning of the healthcare system are examined. The essence of the concept of healthcare facility resilience is revealed, and its key components and influencing factors are identified in the context of military actions, emergencies, and systemic shocks.

In the course of the study, financial, human resource, organizational, and resource performance indicators of healthcare facilities in Ukraine were analyzed based on open data from the National Health Service of Ukraine and the electronic healthcare system. A methodological approach to assessing the level of resilience of healthcare facilities is proposed using a resilience index and a comparative resilience index, which made it possible to group facilities by resilience levels and identify their strengths and weaknesses.

Based on the study results, practical recommendations were developed to enhance the resilience of healthcare facilities depending on their level of financial capacity, resource provision, and security environment. The obtained results can be used in the managerial activities of healthcare facility leaders and healthcare system governing bodies in crisis conditions.

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми в умовах впливу війни на систему медичних закладів в Україні. Медичні заклади в країнах забезпечують задоволення базових потреб в отриманні медичних послуг. Сфера медичних послуг стрімко розвивається за рахунок впровадження інноваційних технологій. В результаті інноваційного розвитку, з одного боку, відбувається зростання вартості медичних послуг, які стають недоступними для широких верств населення й потребують запровадження механізмів щодо забезпечення рівня доступності послуг. З іншого боку, падає кваліфікація лікарів, які повинні опановувати нові знання та навички в стислі терміни. В цих умовах перед керівництвом медичних закладів виникають щоденні виклики щодо забезпечення якості надання медичних послуг.

Але світ стикається з новими викликами. Так, у 2022 році світова спільнота, не оговтавшись від пандемії COVID-19, зіштовхнулася з повномасштабним вторгненням росії в Україну й обумовленими цим проблемами. Постійні ракетні обстріли та дронів атаки, в-першу чергу спрямовані агресором на об'єкти критичної інфраструктури, медичні та освітні заклади, житлові приміщення цивільного населення

Згідно даних Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, станом на 01.07.2025 року, в країні зруйновано та пошкоджено понад 2354 об'єктів у складі 769 медичних закладів (лікарні, заклади первинної допомоги, фельдшерсько-акушерській пункти). В результаті повністю зруйновано в 99 медичних закладах 221 об'єкти, які не підлягають відновленню. За період повномасштабного вторгнення 653 об'єкти були повністю відбудовані, а 315 – частково відновлені. МОЗ України разом з міжнародними партнерами продовжує роботу з відновлення зруйнованих медичних закладів, щоб кожен українець мав доступ до якісної медичної допомоги, навіть в умовах повномасштабного вторгнення.

Завдяки проведенню постійної роботи з відновлення та реконструкції, лікарні повертаються до повноцінного надання медичних послуг пацієнтам [1].

Формулювання проблеми дослідження. Керівники медичних закладів зіткнулися з проблемами організації процесу евакуації персоналу та матеріальних активів. Найбільші втрати медичної інфраструктури зафіксовано у прифронтових регіонах у Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Миколаївській, Сумській, Харківській, Херсонській та Чернігівській областях. Але слід зазначити, що й у тилкових областях під час повітряної тривоги необхідно організовувати процес надання медичних послуг в укриттях. Тому щодо можливості надання медичних послуг до закладів висувуються нові вимоги щодо їх автономної роботи під час обстрілів, а саме наявність укомплектованих укриттів, автономного забезпечення електроенергією, водою та теплом. Зважаючи на вище перелічені проблеми для керівництва медичних закладів постає питання щодо забезпечення відповідного рівня вимогам Національної служби здоров'я України (НСЗУ) й кадрового потенціалу. Всі перелічені проблеми для медичних закладів та їх керівництва ставлять актуальним питанням в порядку денному пошуку шляхів щодо забезпечення роботи медичних закладів в кризових умовах й особливо під час військової агресії.

Реформа системи охорони здоров'я була проведена в Україні з 2017 року, яка керувалася наступними принципами: орієнтованість на людей, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення. Стратегія сформувала підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів. Мета Стратегії полягала у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання задля формування нової державної політики в галузі, включаючи нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів [2, с. 6].

Але в ході запровадження реформи системи охорони здоров'я світ зіткнувся з пандемією COVID-19 у 2020 році та повномасштабним військовим

вторгненням росії в Україну. В результаті відбулося скорочення бази пацієнтів, внаслідок внутрішньої та зовнішньої міграції. Перед керівництвом постали проблеми збереження кадрового потенціалу та його кваліфікації. За даними НСЗУ в умовах військових дій по всій території України станом на 5.10.2025 року було пошкоджено 479 одиниць медичного обладнання, а 74 одиниць не підлягає відновленню. В результаті керівництво вимушено шукати можливості не тільки за бюджетні кошти закуповувати та відновлювати обладнання, а й шукати інші можливості відновлення матеріально-технічної бази за рахунок гуманітарної та благодійної допомоги. В результаті евакуації медичних закладів в прифронтових областях, особливо в Дніпропетровській, Харківській, Донецькій, Сумській спостерігається збільшення навантаження на заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) та неспроможність надати адекватну відповідь на виклики, оскільки відбулися зміни акценту необхідної медичної допомоги через масові жертви внаслідок обстрілів та швидкого надання первинної медичної допомоги та забезпечення доступності спеціалізованої медичної допомоги на прифронтових територіях. Їй до цих проблем додалися питання реабілітації військових та цивільного населення після отримання тяжких поранень та хімічних опіків, збереження ментального здоров'я через стреси внаслідок обстрілів та втрати близьких. Заклади охорони здоров'я стикаються з постійними атаками на медичні заклади та пошкодження інфраструктури, медичного спеціального транспорту, якого гостро не вистачає, особливо для евакуації поранених та своєчасного надання первинної медичної допомоги. В результаті спостерігається нестача фінансових ресурсів, неготовність ЗОЗ на виклики, недостатність знань та досвіду адміністративного персоналу в стратегічному управлінні та антикризовому управлінні щодо напруженої роботи в умовах військової агресії обумовлює актуальність теми дослідження вивчення шляхів забезпечення стійкості медичних закладів.

В ході медичної реформи у квітні 2018 року було створено єдиного національного замовника медичних послуг — НСЗУ [3, с. 7]. Паралельно на

виконання постанови Кабінету міністрів № 391 [4], якою затверджувалися вимоги до надавачів медичних послуг, розпочався процес автономізації ЗОЗ зі зміною принципів їх управління.

Об'єктом дослідження виступають ЗОЗ та забезпечення їх стійкості в кризових умовах. Предметом дослідження виступають інструменти та методи антикризового управління щодо забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає у пошуку дієвих механізмів щодо забезпечення фінансової та економічної стійкості, збереження кадрового потенціалу та клієнтської бази.

Слід зазначити, що запроваджена реформа допомога провести процеси цифрової трансформації в системі охорони здоров'я, що дозволило сформувати базу даних з пацієнтами, спростити видачу електронних лікарняних та рецептів, електронних направлень на обстеження тощо. В результаті НСЗУ та МОЗ України сформували цифрові платформи на основі відкритих даних, які містять інформацію, необхідну для прийняття оперативних та стратегічних рішень.

Унікальний досвід України в цих умовах дозволить сформувати інноваційні методики щодо пошуку шляхів забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я, нових вимог щодо автономного живлення, водо- та теплопостачання, розгортанні мобільних шпиталів та амбулаторій.

Задля досягнення мети дослідження необхідно вирішити наступні завдання:

- визначити проблеми ЗОЗ в кризових умовах;
- дослідити стан медичних закладів до та після повномасштабного вторгнення задля визначення слабких місць та відхилень;
- проаналізувати найкращі світові та національні практики ЗОЗ щодо забезпечення їх стійкості;
- згрупувати проблеми ЗОЗ та визначити алгоритми щодо їх подолання в кризових умовах;

- розробити шляхи забезпечення стійкості у сфері антикризового управління, фінансів, кадрового забезпечення з метою надання якісних послуг пацієнтам.

Методологічною базою дослідження слугуватимуть методи теоретичного узагальнення, статистичного, кластерного та контент-аналізу, матричний та індексний методи, визначення кореляційно-регресійних зв'язків, методи економіко-математичного моделювання. Методи теоретичного узагальнення використовуються при визначенні принципів та елементів системи стійкості ЗОЗ, інструментів моделі забезпечення стійкості медичної системи. Методи статистичного аналізу дозволяють проводити аналіз структури щодо отриманих джерел фінансування та визначити тенденції змін у часі. Методи кластерного аналізу допомагають згрупувати ЗОЗ за ключовими індикаторами, а метод контент-аналізу допомагає виявити інформацію щодо опису переваг та недоліків ЗОЗ. Індексний метод за допомогою відносних показників дозволяє виявити показники стійкості й позиції ЗОЗ в системі координат. Методи економіко-математичного моделювання дозволяють виявити кореляційно-регресійні зв'язки між доходами медичних закладів та записами в системі ЕСОЗ.

Інформаційною базою виступають нормативно-правова база, дані Всесвітньої організації здоров'я, МОЗ України, відкриті дані НСЗУ, дані ЕСОЗ, дані сайтів ЗОЗ, наукові публікації зарубіжних та українських вчених.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В КРИЗОВИХ УМОВАХ

Огляд релевантних теорій, концепцій та моделей стійкості медичних закладів в світовій та національній практиках проведений за допомогою онлайн-пошуку в таких базах даних, як PubMed, Health Research Policy and Systems, Scopus та Web of Science.

Огляд наукових теорій має на меті:

- визначити та оцінити існуючі поняття «кризи» та виявити чинники, які формують кризові умови;
- розкрити та охарактеризувати елементи системи стійкості охорони здоров'я й виявити кроки щодо запобігання кризовим умовам;
- провести комплексний аналіз поточної політики, рамок та практик, що впроваджуються в різних країнах та ЗОЗ та визначити їхню ефективність,
- дослідити, що розвиток технологій пропонує нові інструменти для спостереження, аналізу даних, комунікації та управління ресурсами під час криз у сфері охорони здоров'я;
- оцінити роль міжнародної співпраці та координації політики в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері громадського здоров'я.

В світовій практиці система охорони здоров'я у постійно зіштовхується з кризовими умовами, що виникають під різного роду ситуаціями, які впливають одночасно на всі сфери людського життя. Отже «... ретельне вивчення понять «криза» та «шок», які часто служать каталізаторами, що кидають виклик стійкості систем охорони здоров'я не лише символізують руйнівні події, але й функціонують як орієнтири для оцінки стійкості та адаптивності інфраструктури охорони здоров'я. «Криза» визначається як період підвищеної складності, небезпеки або невизначеності, часто спричинений непередбаченими подіями, що

порушують стандартні операційні рамки в ЗОЗ. «Шоки», з іншого боку, поділяються на гострі або хронічні залежно від їх часових характеристик» [5].

Українські вчені Біловодська О. та Іванченко К. концептуально підійшли до етимології, визначення та класифікації видів криз. Автори узагальнюючі теоретичні положення під сутністю поняття, як явища «кризи» розглядають надзвичайну подію, ситуацію, зміни, процес, загроза втрати контролю порушення рівноваги, переломний момент, складний період [6, с. 31].

В дослідженні українського науковця Тур О. кризи визначаються за рівнем виникнення, а саме: мікроекономічні, мезоекономічні, макроекономічні та міжнародні. А взагалі чинниками класифікації криз автор розглядає: рівень, місце виникнення, ширина охоплення, джерела походження, масштаб впливу, стан протікання, сфера виникнення [7]. Важливим чинником при виборі інструментів управління в умовах кризи є етапи його перебігу.

За нашою думкою, ґрунтовний підхід до етапів перебігу кризи [6, с. 32] включає: потенційний, латентний, гострий та руйнівний етапи.

Україна в сучасних реаліях зіштовхується з останнім етапом гострої руйнівної фази кризи, коли в цілому економіка не встигши оговтатись від кризових умов пандемії на міжнародному рівні, зіткнулася з військовою агресією. Система охорони здоров'я задля антикризового управління вже має певні нормативи щодо забезпечення запасами медичних препаратів, але не готова було до руйнівних наслідків внаслідок військової агресії, особливо в напрямку забезпечення альтернативними джерелами енергії та води, кадровими проблемами.

За нашою думкою, система охорони здоров'я на рівні НСЗУ та МОЗ повинні мати рекомендації щодо норм запасів на рівні медичних закладів та на державному або регіональному рівні щодо норм запасів та плану дій залежно від етапу перебігу кризи, що спростило би прийняття рішень керівниками медичних закладів в умовах загострення криз щодо усунення їх наслідків.

Emami, S.G.; Lorenzoni, V.; Turchetti, G. відмічають, що «стійкість систем охорони здоров'я переважно зосереджена на гострих шоках, які зазвичай характеризуються раптовим початком та коротшою тривалістю впливу. Хронічні шоки - це ті, що тривають протягом тривалого часу, тим самим створюючи чіткі виклики для стійкості охорони здоров'я» [5].

Згідно Дослідження Української Гельсінської спілки з прав людини за два роки війни було зруйновано 123 закладів первинної медичної допомоги та 42 лікарень, госпіталів, диспансерів, а також пошкоджено 587 лікарень, шпиталів та диспансерів та 566 закладів первинної медичної допомоги [8]. Такі руйнування є критичними взагалі для української системи охорони здоров'я й вимагають реакції не тільки територіальних громад, а й міжнародної спільноти, щодо надання гуманітарної допомоги.

Українські автори Копитко, М., & Ткачук, Д. задля подолання кризових умов пропонують задіяти механізми адаптації до викликів, яка полягає в здатності розгортати додаткові ліжка, ефективно розподіляти ресурси та швидко запроваджувати протоколи екстреної допомоги [9].

Аналіз сучасних наукових підходів до функціонування системи охорони здоров'я в умовах криз свідчить про необхідність її системного вдосконалення з метою підвищення стійкості та здатності ефективно реагувати на надзвичайні ситуації. Забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг потребує комплексних рішень, спрямованих на відновлення й розвиток медичної інфраструктури, збереження та розвиток людського капіталу, удосконалення медичної освіти, а також впровадження сучасних освітніх, наукових і цифрових технологій у систему охорони здоров'я України [53].

Грунтуючись на системі стійкості Голлінга автори Emami S.G, Lorenzoni V, Turchetti G. [5] структурували систему стійкості, яка базується на чотирьох ключових принципах: моніторинг, передбачення, розпізнавання та навчання, рисунок 1.1.

Моніторинг дозволяє контролювати та керувати станом системи, факторами навколишнього середовища, потоком інформації та взаємозалежностями. Передбачення дозволяє системі впливати на навколишнє середовище, прогнозувати поведінку системи, а також моделювання та оцінку викликів, з якими вона може зіткнутися у разі шоку. Розпізнавання забезпечує вміння системи виявляти поточні та нові кризи, а також внутрішні або екологічні зміни, що допомагає оцінити ризик потенційних катастроф, забезпечуючи важливий внесок у прийняття операційних рішень. Навчання дозволяє отримати знання за умов розпізнавання чинників криз, дослідження можливостей управління кризами, превентивних заходів та підтримки рішень [5]. В цілому запропонована система дозволяє підтримувати операційну стійкість медичних закладів.



Рисунок 1.1. Система стійкості, яка базується на чотирьох ключових принципах

Джерело: розроблено автором на основі даних Emami SG, Lorenzoni V, Turchetti G., 2024.

Наведені на рис. 1.1 принципи дозволяють виявляти основні зовнішні загрози та внутрішні проблеми й шукати шляхи їх подолання та приймати необхідні рішення. Передбачення дозволяє оцінити вплив на навколишнє середовище й спрогнозувати поведінку системи.

Але головним в управлінні медичним закладом є забезпечення фінансової стійкості, зведені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1. Вплив фінансової стійкості на функціонування й безпековий розвиток організацій та закладів охорони здоров'я

No	Засади впливу	Характеристика
1	Забезпечення якості медичних послуг	Фінансова стійкість дозволяє закладам охорони здоров'я інвестувати у краще медичне обладнання, сучасні технології та висококваліфікованих спеціалістів. Це безпосередньо впливає на якість лікування та задоволеність пацієнтів
2	Підвищення кваліфікації й фаховості	Фінансово стабільні установи й організації мають можливість проводити регулярні тренінги та професійні курси для свого персоналу. Це підвищує рівень кваліфікації персоналу та здатність швидко реагувати на складні медичні випадки або пандемічні ситуації
3	Доступність медичних послуг	Фінансова стійкість допомагає закладам охорони здоров'я підтримувати доступність медичних послуг для ширших верств населення, включаючи пацієнтів із низьким рівнем доходів. Це може включати субсидії на лікування чи зниження вартості послуг
4	Підготовка до криз та управління безпекою	Здатність до планування та готовності до непередбачених обставин, як-от епідемії чи природні катастрофи, є критично важливою для медичних закладів

Джерело: Копитко, М., & Ткачук, Д. (2024). УПРАВЛІННЯ СТІЙКІСТЮ І ПЕРСОНАЛОМ В ОРГАНІЗАЦІЯХ ТА ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ: ВИКЛИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (3(75), 93–101. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-93-101>

Згідно з даними табл. 1.1, фінансова стійкість є базовою складовою загальної стійкості підприємства, оскільки вона створює умови для забезпечення

якості та фактичної доступності медичних послуг, розвитку професійних компетентностей медичного персоналу та безперервного професійного розвитку. Водночас фінансова стабільність дозволяє формувати резервні ресурси («фінансову подушку»), необхідні для підготовки закладу до кризових ситуацій та забезпечення безперервності його функціонування в умовах надзвичайних і воєнних викликів.

В наукових дослідженнях українських вчених Сокурєнко, О. (2025) кризової ситуації в сфері охорони здоров'я, акцент зроблено на українських реаліях, обумовлених повномасштабним вторгненням: економічна нестабільність, дефіцит кваліфікованих кадрів, обмеженість ресурсів і неефективність управлінських механізмів вимагають комплексного переосмислення моделей організації та функціонування медичної галузі. Ця проблема набуває особливої гостроти у контексті кадрового забезпечення, де поєднання низької оплати праці, професійного вигорання та масової трудової міграції призводить до критичного зниження функціональної спроможності системи [10].

Автор підкреслює в дослідженні, що проблема загострюється кадровими проблемами в галузі, а саме: «Одним із ключових чинників цього процесу є невисокий рівень матеріальної винагороди медичних працівників, а також обмежені можливості стабільного та гідного працевлаштування в межах національної медичної системи. Як наслідок, помітна частина випускників вищих медичних навчальних закладів або змінює професійний напрямок, або обирає шлях трудової міграції до країн з вищими соціально-економічними гарантіями та професійними перспективами» [10, с. 191]. Наголос на розриві між існуючим медичним кадровим капіталом та кадровим потенціалом випускників, їх демотивації працювати в сфері охорони здоров'я, відображає структурні проблеми в підготовці та підвищенні кваліфікації кадрів. Наведена диспропорція вимагає ретельного вивчення та пошуку стимулів, щодо залучення молодих фахівців в галузь з урахуванням сучасних інноваційних методів лікування й

реалізації їх потенціалу, формування кадрового резерву для управління ЗОЗ, посилення професійної відповідальності [11, с. 28].

Відмічаючи досвід становлення та розвитку медичної системи, після запровадження реформи, за думкою Андреасян Г. забезпечення доступу населення до якісного медичного обслуговування виступає надважливою та критично необхідною державною ланкою. В свою чергу в жорстких умовах війни територіальні громади потребують постійної підтримки з боку держави, міжнародних партнерів та інвесторів [12]. Слушне зауваження автора робить актуальним питання щодо розподілу повноважень на державному, регіональному та місцевому рівні щодо відповідальності за дієздатність системи охорони здоров'я в перманентних кризових умовах.

Зарубіжні автори вивчаючи критичний стан української системи охорони здоров'я з початку російсько-української війни з 2014 року відмітили брак медичного персоналу. Ця проблема стала основним викликом, поряд з руйнуванням медичних закладів.

Однак у вирішенні цієї проблеми досягнуто певного прогресу: «Станом на січень 2023 року близько 45 000 внутрішньо переміщених медиків знайшли роботу в інших медичних закладах по всій країні, включаючи понад 2000 лікарів, 1500 медичних працівників середньої ланки (медичні сестри, акушерки, фельдшери, помічники фармацевтів) та приблизно 800 технічних працівників» [13]. Ці медичні працівники переважно знаходяться в Черкаській, Харківській та Полтавській областях [14]. Стимулом для медичних працівників є підвищення заробітної плати, особливо в прифронтових громадах, виплати молодим фахівцям в сільській місцевості.

В Україні система охорони здоров'я сформована за досвідом Великої Британії, Іспанії, Куби, ґрунтується на моделі Беверіджа з централізацією медичної системи шляхом створення НСЗУ. НСЗУ виступає єдиним національним закупівельником медичних послуг, який здійснює оплату медичних послуг і лікарських засобів за договорами про медичне

обслуговування населення в межах Програми медичних гарантій (ПМГ) та програм реімбурсації відповідно до законодавства України. Але до умов кризового шоку така система виявилася не готовою й до фінансування постійно залучаються місцеві бюджети, щодо ремонту та відновлення, улаштування укриттів, встановлення альтернативних джерел опалення та електроенергії. А щодо оновлення медичного обладнання також приймають участь місцеві бюджети, гуманітарні організації та фонди [15].

Зі свого боку МОЗ України «додатково підсилило фінансово медичні заклади на 282 млн грн: з яких 54,2 млн грн на доплати закладам первинної медичної допомоги; 56,2 млн грн на доплати закладам екстреної медичної допомоги та 171,7 млн грн — фінансування за пакетом «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги» [16].

Зарубіжні науковці Goniewicz, K.; Burkle, F.M.; Dzhush, M.; Khorram-Manesh, 2023 підкреслюють, що ескалація війни в Україні та її далекосяжні наслідки для системи охорони здоров'я країни підкреслюють незамінну роль сталої міжнародної підтримки. Ця підтримка є життєво важливою не лише з точки зору фінансової допомоги, але й гуманітарної та екстреної медичної допомоги. Важливо точно документувати та звітувати про захворюваність та смертність, пов'язані з війною. Ця інформація допоможе розробити стратегію реагування як на негайні, так і на довгострокові наслідки війни для здоров'я та слугуватиме потужним стримуючим фактором для подальших актів агресії [13].

Покращення управління кризами у сфері громадського здоров'я сприяє посиленню координації між державними установами, неурядовими організаціями (НУО) та міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я. Значення міжвідомчої взаємодії було продемонстровано під час спалаху лихоманки Ебола у Західній Африці, коли початковий дефіцит координації уповільнював реагування. Однак подальші втручання продемонстрували цінність стратегічних партнерств між місцевими органами влади, Всесвітньою організацією охорони здоров'я та гуманітарними організаціями. Зміцнення цих

мереж співпраці дозволяє ефективно розподіляти ресурси, узгоджувати політику та посилювати транскордонну взаємодію, що є важливим для управління глобальними загрозами здоров'ю. Державно-приватні партнерства також сприяють підготовці до криз, підвищуючи стійкість медичних ланцюгів постачання, розподілу вакцин та підтримки досліджень у сфері інфекційних захворювань [17].

В своїх дослідженнях Костенюк Н. наголошує на доцільності запровадженні інноваційних технологій в усіх сферах системи охорони здоров'я, зокрема використанні технології віртуальної та доповненої реальності для діагностики та лікування психологічних розладів, формування великих масивів медичних даних щодо адаптивного реагування медичними закладами, застосуванні блокчейн-технологій задля формування медичних баз даних та прийняття рішень щодо фінансування, використання штучного інтелекту та телемедицини у процесах прийняття управлінських рішень та діагностики [18, с. 336].

Однією з найважливіших переваг посилення управління кризами у сфері громадського здоров'я є його роль у захисті економічної стабільності. Пандемії та інші кризи у сфері охорони здоров'я накладають значний економічний тягар через перебої в продуктивності, збільшення витрат на охорону здоров'я та тривалі періоди відновлення. Країни з надійними системами управління кризами здатні впроваджувати цілеспрямовані втручання, які мінімізують економічні втрати, надаючи пріоритет громадському здоров'ю. Зміцнення систем управління кризами дозволяє цілеспрямовані втручання, що враховують соціальні детермінанти здоров'я, забезпечуючи рівний доступ до медичної допомоги, фінансової допомоги та основних ресурсів. Крім того, структуровані реагування на надзвичайні ситуації допомагають зменшити нерівність у наданні медичної допомоги, надаючи пріоритет малозабезпеченим групам населення у розповсюдженні вакцин, доступі до екстреного житла та ліквідації наслідків стихійних лих [19].

Наведені заходи актуальні для збереження стійкості української системи охорони здоров'я, оскільки кризові умови стали найбільшим викликом під час не тільки пандемії, а й повномасштабного військового вторгнення, що повинно забезпечувати довгострокову стійкість всій системі охорони здоров'я й кожному медичному закладу окремо.

Таким чином, довгострокова стійкість системи охорони здоров'я кожної країни підкріплюється завдяки постійним інвестиціям в інфраструктуру кризового управління. Отриманий з минулих надзвичайних ситуацій досвід у сфері охорони здоров'я, стимулює покращення політики охорони здоров'я, розподіл ресурсів та технологічних інновацій пропорційно масштабам подолання кризових явищ.

Виклики, з якими стикається система охорони здоров'я України, є різноманітними та складними. Україна зіткнулася з дефіцитом медичних кадрів, низьким рівнем оплати праці, фізичним та моральним зношенням медичного та немедичного обладнання, а також руйнуванням і пошкодженням медичної інфраструктури, що призводить до обмеження доступності та якості медичної допомоги населенню. В умовах триваючої війни, особливо у східних регіонах країни, ці проблеми набули системного характеру та виявили специфічні перешкоди для функціонування галузі. Усвідомлення таких викликів та перешкод є піґрунтям для проведення міжвідомчих оцінок і формування ефективних стратегій управління кризами у сфері охорони здоров'я в майбутньому. З огляду на ці виклики зарубіжні автори пропонують задля збереження стійкості української медичної системи такі потенційні рішення:

- руйнування інфраструктури охорони здоров'я, яке часто є результатом навмисних нападів, серйозно перешкоджає наданню медичної допомоги. Стратегії пом'якшення наслідків повинні передбачати включення медичних закладів до всіх планів реагування у надзвичайних ситуаціях задля забезпечення населення ліками через мобільні аптеки, надання первинної медичної допомоги при руйнуваннях через розгортання мобільних клінік,

постачання матеріалів для відновлення медичної інфраструктури, створення запасів задля швидкого реагування на спалахи захворювань.

- порушення ланцюгів постачання, поширений наслідок сучасної війни, призводить до дефіциту життєво необхідних медичних матеріалів та обладнання. МОЗ, НСЗУ та гуманітарні організації повинні співпрацювати для створення альтернативних ланцюгів постачання та каналів розподілу.

- запровадження програм громадської освіти з надання домедичної допомоги для цивільного населення, створення професійних освітніх хабів з підготовки медичних кадрів на базі медичних коледжів, а також проведення в закладах загальної середньої освіти навчальних заходів і практичних тренінгів з основ домедичної допомоги.

- погіршення психологічного здоров'я населення, яке постраждало від конфліктів, вимагає більшої уваги до послуг з відновлення ментального здоров'я. Слід інвестувати в програми психічного здоров'я, такі як професійне навчання, клініки психічного здоров'я та гарячі лінії, а також покращити доступ до лікарських препаратів та консультації спеціалістів.

- доцільним є впровадження комплексу заходів, спрямованих на покращення санітарно-гігієнічних умов, забезпечення доступу до безпечної питної води, реалізацію програм імунопрофілактики, а також створення та функціонування систем епідеміологічного нагляду і реагування на спалахи інфекційних захворювань у прифронтових громадах.

- забезпечення протезування осіб із травматичними ураженнями кінцівок, отриманими внаслідок воєнних дій, може здійснюватися шляхом виділення цільового фінансування та ресурсів на виробництво і забезпечення протезно-ортопедичними виробами, а також шляхом інформування населення про можливості отримання відповідної допомоги через Соціальний портал Міністерства соціальної політики.

- забезпечення доступу до медичних послуг для вразливих груп населення під час та після воєнних дій має реалізовуватися через поєднання програм

інформаційно-просвітницької роботи, діяльності мобільних медичних команд і надання транспортної підтримки, що повинно супроводжуватися впровадженням політики фізичної, фінансової та організаційної доступності ЗОЗ.

Обґрунтування вибору теоретичних підходів щодо вивчення стійкості медичних закладів базується на певній стійкій системі.

В академічному дискурсі розглянута низка рамок для пояснення природи стійкості в сфері охорони здоров'я. Наукові погляди не тільки забезпечують всебічне розуміння основних механізмів, що зміцнюють стійкість, але й пропонують втручання та стратегії щодо підвищення стійкості та адаптивності систем охорони здоров'я перед загрозою виникнення несприятливих обставин. Як бачимо, головною гіпотезою в наукових статтях виступає багатовимірна природа стійкості, однак серед авторів звучать помітні розбіжності в їхніх конкретних ключових моментах, методологічному виборі та інтерпретаційних підходах.

Базові елементи стійкості системи охорони здоров'я узагальнені авторами Emami, S. G., Lorenzoni, V., Pirri, S., & Turchetti, G, [20] й відображені нами на рисунку 1.2.

Загальні елементи стійкості медичної системи відображають головну роль в системі управлінців, які мають лідерські якості й здатні забезпечити стійкість медичного закладу за будь-яких кризових умов, а також його безпеку та автономність (енерго- та водопостачання), що стало невід'ємною вимогою НСЗУ для українських медичних закладів. Фінансування медичного закладу буде залежати від наявності медичних фахівців, які спроможні надавати первинні та вузькоспеціалізовані медичні послуги, використовуючи сучасні медичні та інформаційні технології.



Рисунок 1.2. Елементи стійкості медичної системи

Джерело: розроблено автором на основі даних: Emami, S. G., Lorenzoni, V., Pirri, S., & Turchetti, G. (2023). What are the characteristics of a resilient healthcare system: A Scoping Review. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2475348/v1>

Таким чином, наведена на рис. 1.2 послідовність запровадження елементів стійкості дозволяє виставляти пріоритети при управлінні ЗОЗ, а органи місцевого самоврядування керуватися при розробці Стратегії розвитку громади в медичній сфері. Замкнутий цикл моделі відображає процесний підхід до поняття стійкості та потребує вжиття зворотнього зв'язку при запровадженні кожного елемента стійкості в ЗОЗ.

Автори цієї моделі розширили розуміння кожного елементу і в наступному дослідженні охарактеризували інструменти щодо запровадження кожного елемента, що відображено в табл. 1.2.

Таблиця 1.2. Модель забезпечення стійкості медичної системи

Лідерство та управління	Фінансування	Медичні послуги	Медичні продукти та технології	Інформація	Медичні фахівці	Безпека
Система спостереження	Ефективне використання ресурсів	Підтримка високої якості послуг	Забезпечення основних потреб	Передбачення помилок і проблем	Тренінги та підвищення кваліфікації	Система, оснащена засобами профілактики інфекцій
Політики реагування на надзвичайні ситуації	Диверсифіковані фінансові ресурси та мобілізація коштів				Мультифункціональні навички	
Децентралізація		Пріоритизація	Стратегічні запаси	Прийняття рішень на основі даних	Психологічна підтримка	Система, оснащена імунізаційними технологіями
Система показників	Захист ресурсів			Збір та аналіз даних	Заохочення	
Потужність системи	Мінімізація ризиків недофінансування	Стабільність послуг	Прогнозування дефіциту	Формування інформаційної політики, якості даних	Компенсації	Управління ризиками
Власний капітал		Маршрути пацієнтів	Альтернативні постачальники	Аналіз спроможності	Фінансова підтримка	
Багатостороння співпраця				Безперервне вдосконалення	Адекватність	
Логістика				Ефективна комунікація	Відданість	
Настанови та протоколи				Інфраструктура	Навчання персоналу з питань безпеки та підвищення обізнаності	
Прозорість		Надійність				
Довіра		Достпність				
Залучення громади	Різноманітні джерела інформації					
Глобальна солідарність	Управління якістю даних					
	Захист					

Джерело: Emami, S.G.; Lorenzoni, V.; Turchetti, G. Towards Resilient Healthcare Systems: A Framework for Crisis Management. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2024, 21, 286. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030286>

Стійка система охорони здоров'я функціонує на основі взаємодії між її елементами, тому критично важливим є розуміння взаємозв'язків між цими елементами, зокрема ролі медичних працівників як ключового ресурсу, що забезпечує функціонування системи. Реалізація будь-яких програм і операцій у сфері охорони здоров'я здійснюється саме медичними працівниками. Менше відомо про те, як допомогти стійкій робочій силі, особливо в середовищі, що піддається потрясінням. Медичні працівники можуть зазнавати впливу різних потрясінь, зокрема збройних конфліктів, спалахів інфекційних захворювань та надзвичайних ситуацій, які мають спільні наслідки: фізичні, психосоціальні та професійні наслідки, включаючи загрозу життю, підвищений рівень тривожності та переривання надання медичної допомоги [21]. Зазначені виклики є особливо актуальними в умовах воєнних дій, коли медичні працівники стикаються з важкими пораненнями пацієнтів, високим психоемоційним навантаженням і ризиком професійного вигорання внаслідок тривалого стресу та складних умов праці.

Крім того, стратегії готовності до надзвичайних ситуацій повинні відповідати національним та міжнародним правилам охорони здоров'я, що може уповільнити час реагування через бюрократичну неефективність. Політики повинні збалансувати потребу в суворому регуляторному нагляді з гнучкістю, необхідною для швидкого та адаптивного реагування на надзвичайні ситуації.

Ефективне управління кризами вимагає безперебійної співпраці між державними установами, ЗОЗ, неурядовими організаціями, органами місцевого самоврядування та міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я. Однак розбіжності в юрисдикційних повноваженнях, комунікаційні бар'єри та суперечливі пріоритети можуть перешкоджати скоординованим реагуванням.

Фрагментація обов'язків між кількома організаціями може призвести до затримок, дублювання зусиль та неефективності розподілу ресурсів. Посилення міжвідомчої координації за допомогою стандартизованих протоколів, спільних навчань та інтегрованих платформ обміну інформацією є важливим для покращення готовності до надзвичайних ситуацій.

Врахування в антикризовому менеджменті системи ЗОЗ складових елементів забезпечення стійкості медичної системи допоможе не втрачати дорогоцінний час на реагування на кризові явища, мобілізувати працю медичних працівників відповідно до їхньої кваліфікації та професійних компетентностей.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Обґрунтування методологічного підходу та методів дослідження, у тому числі їхніх переваг, обмежень та відповідності поставленим цілям. Емпіричне дослідження включає збір та аналіз первинних кількісних та/або якісних даних, дослідження конкретних випадків у контексті ЗОЗ. У дизайні наукового дослідження ключовим елементом є ідентифікація проблеми, оскільки в кризових умовах для вищого керівництва ЗОЗ необхідно забезпечити стійкість підпорядкованих закладів, враховуючи можливості долучення центральних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування та міжнародних донорів технічної, гуманітарної та благодійної допомоги.

Об'єктами дослідження виступають медичні заклади системи охорони здоров'я України.

Джерелом статистичних даних щодо медичних закладів є Державний статистичний комітет України та відкриті дані НСЗУ [22].

Слід відзначити, що всі державні медичні заклади, які звітують НСЗУ відносяться до комунальної форми власності, тому з припиненням чинності Господарчого кодексу України 28.08.2025 року в процесі реформування форм власності з комунальної, де 50-100% часток належать територіальним громадам, в приватну. У разі реалізації законодавчих змін щодо трансформації форм власності комунальних підприємств існують ризики їх приватизації, що потенційно може призвести до зростання тарифів на медичні послуги та ускладнення процедур передачі майна в користування.

Слід зазначити, що відкриті дані по медичних закладах за 2021 рік до НСЗУ звітували 2474 медичних заклади, в яких чисельність персоналу склала 612 021 осіб, всього було нараховано 187 288 тис. грн., з яких за ПМГ нараховано 120 167 тис. Звичайно, що у період до повномасштабного вторгнення за 2021 рік

статистичні показники будуть найвищими. Динаміка даних зі звітів про доходи надавачів медичних послуг за 2021-2024 роки відображені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. Дані зі звітів про доходи надавачів медичних послуг

Показники	2021	2022	2024	Абсолютний приріст (відхилення) 2023 до 2021 року
Кількість медичних закладів, од.	2474	2332	2044	-430
Чисельність персоналу, осіб	612021	555938	484496	-127525
Всього доходів, тис. грн.	187288	205526	215024	27736
Програма медичних гарантій, тис. грн.	120 167	137 949	138 972	18805
Надходження від обласних, районних та місцевих бюджетів, тис. грн.	33745	30394	34369	624

Джерело: розроблено автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

За даними табл. 2.1 ми бачимо, що такі кількісні показники як кількість медичних закладів та чисельність персоналу в абсолютному значенні значно зменшилися за 4 роки: кількість медичних закладів, які звітують НСЗУ зменшилися на 430 одиниць або на 17,4%, відповідно чисельність персоналу зменшилася в абсолютному значенні більше як на 127 тис. осіб, або на 20,8%. По фінансових показниках спостерігається невелика позитивна динаміка, що може бути обумовлено інфляцією та зростанням тарифів на медичні послуги.

З метою запобігання викривленню інформації для порівняльного аналізу в дослідженні обрано 2022 та 2024 роки, що дозволяє оцінити ключові шокові впливи повномасштабного вторгнення та стан системи охорони здоров'я через два роки після його початку.

Для формування вибірки медичних ЗОЗ із застосуванням методів порівняння, групування та описової статистики проведемо аналіз бази відкритих даних НСЗУ щодо надавачів медичних послуг. Метод групування дозволив класифікувати медичні заклади за наступними критеріями [22]:

- регіонами (області України);
- профілем діяльності (первинна, багатoproфільна, реабілітаційна, кардіологічна, пологова, психіатрична, екстрена, онкологічна, стоматологічна, паліативна тощо);
- рівнем надання медичної допомоги (первинна, спеціалізована).

Статистичні дані щодо кількості ЗОЗ та чисельності медичного персоналу за 2022 та 2024 роки наведено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2. Статистичні дані по кількості медичних закладів та чисельності медичного персоналу за 2022 та 2024 роки

Область	Всього медичних закладів		Абсолютний приріст (відхилення) 2023 до 2021 року	Чисельність персоналу по медичних закладах, осіб		Абсолютний приріст (відхилення) 2023 до 2021 року
	2022	2024		2022	2024	
Вінницька	115	115	0	23148	22178	-970
Волинська	61	56	-5	15832	15221	-611
Дніпропетровська	152	135	-17	45491	43394	-2097
Донецька	88	70	-18	22013	10516	-11497
Житомирська	98	94	-4	19636	18727	-909
Закарпатська	73	64	-9	15977	14839	-1138
Запорізька	88	45	-43	22819	13311	-9508
Івано-Франківська	97	57	-40	22605	9028	-13577
Київська	99	105	6	20386	23165	2779
Кіровоградська	82	72	-10	15908	15215	-693
Луганська	26	21	-5	4780	1275	-3505
Львівська	133	130	-3	40595	37936	-2659
м. Київ	102	91	-11	41939	38527	-3412
Миколаївська	81	71	-10	15476	13851	-1625
Одеська	134	122	-12	31190	28620	-2570
Полтавська	102	95	-7	23403	22104	-1299
Рівненська	91	84	-7	19752	18602	-1150
Сумська	88	81	-7	17849	16935	-914
Тернопільська	89	86	-3	17874	16923	-951
Харківська	164	134	-30	35917	31238	-4679
Херсонська	64	30	-34	12876	5856	-7020
Хмельницька	77	75	-2	20054	19401	-653
Черкаська	84	77	-7	19205	18186	-1019
Чернівецька	76	65	-11	14492	13665	-827
Чернігівська	68	69	1	16721	15783	-938
РАЗОМ	2332	2044	-288	555 938	484 496	-71442

Джерело: розроблено автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

Згідно з даними, наведеними в табл. 2.2, в 2022 році за статистичною інформацією МОЗ України обліковувалося 2 332 ЗОЗ. У 2024 році їх кількість зменшилася до 2 044 закладів, що пов'язано пов'язано з руйнуванням ЗОЗ внаслідок повномасштабного вторгнення, а також процесами реорганізації та укрупнення мережі. Таким чином, у 2024 році не обліковувалося 288 закладів, що становить 14,4% порівняно з 2022 роком.

Найбільше скорочення кількості ЗОЗ зафіксовано у Запорізькій області – на 43 заклади (-48,9% лікарень) та Херсонській області – на 34 заклади (-53,0%), що пов'язано з тимчасовою окупацією південних територій України. Зменшення кількості закладів також спостерігається у Харківській області — на 30 закладів (-18,3%), Донецькій — на 18 (-20,5%), Миколаївській — на 10 (-12,3%), м. Києві — на 11 (-10,8%) та Сумській області — на 6 (-8,0%), що обумовлено активними бойовими діями. Водночас у Київській області кількість ЗОЗ зросла на 6 одиниць (+6,0%), що може бути пов'язано з релокацією та евакуацією закладів із зон активних бойових дій. Загалом простежується тенденція до скорочення мережі ЗОЗ в більшості регіонів України.

У період повномасштабного вторгнення система охорони здоров'я України зіткнулася з безпрецедентними викликами, пов'язаними зі швидкою окупацією окремих територій та масштабними втратами медичної інфраструктури. За даними Головного управління розвідки Міністерства оборони України, збройна агресія супроводжувалася захопленням ЗОЗ, примусовим залученням медичного персоналу до роботи в умовах окупації, а також вилученням медичного обладнання, зокрема апаратів штучної вентиляції легень з інфекційних відділень лікарень, у тому числі Старобільської лікарні Луганської області. Значна частина цього обладнання була отримана в межах програм міжнародної технічної допомоги та призначалася для лікування критичних станів, зокрема пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19. Найбільших втрат зазнали ЗОЗ Херсонської,

Запорізької та Миколаївської областей, що суттєво обмежило спроможність системи надавати медичну допомогу населенню в умовах воєнних дій [23].

Надходження ЗОЗ, у тому числі за ПМГ, в регіональному розрізі за 2022 та 2024 роки наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3. Динаміка надходжень закладів охорони здоров'я за 2022 та 2024 роки, грн.

Область	Всього надходжень по медичних закладах, грн		Абсолютний приріст (відхилення) 2023 до 2021 року	В т.ч. надходження по програмі медичних гарантій		Абсолютний приріст (відхилення) 2023 до 2021 року
	2022	2024		2022	2024	
Вінницька	8 256 234,40	9 940 580,54	1 684 346,14	5 557 041,60	6 654 939,07	1 097 897,47
Волинська	6 063 876,20	6 757 481,21	693 605,01	4 290 042,10	5 064 608,92	774 566,82
Дніпропетровська	19 045 360,40	21 443 711,05	2 398 350,65	12 425 862,20	13 538 472,76	1 112 610,56
Донецька	6 594 256,20	3 926 300,92	-2 667 955,28	5 039 792,10	2 539 232,99	-2 500 559,11
Житомирська	6 426 089,20	6 903 103,81	477 014,61	4 675 576,30	5 071 641,90	396 065,60
Закарпатська	5 581 014,60	5 545 408,58	-35 606,02	3 981 264,10	4 152 301,46	171 037,36
Запорізька	8 046 838,50	6 337 106,30	-1 709 732,20	5 232 128,70	4 029 588,11	-1 202 540,59
Івано-Франківська	7 540 795,10	2 984 418,84	-4 556 376,26	5 423 803,90	2 374 643,43	-3 049 160,47
Київська	7 010 167,50	9 857 541,39	2 847 373,89	4 371 084,50	5 930 805,59	1 559 721,09
Кіровоградська	5 140 417,10	5 683 180,07	542 762,97	3 477 464,00	3 847 612,37	370 148,37
Луганська	1 916 959,30	608 942,66	-1 308 016,64	1 601 454,60	170 991,78	-1 430 462,82
Львівська	16 139 403,50	18 134 339,53	1 994 936,03	10 241 244,70	11 617 582,11	1 376 337,41
М. Київ	21 230 824,70	25 208 252,60	3 977 427,90	12 158 984,40	12 259 745,06	100 760,66
Миколаївська	5 454 220,90	6 065 784,22	611 563,32	3 603 206,50	3 627 606,78	24 400,28
Одеська	11 255 247,60	12 375 093,28	1 119 845,68	7 455 116,20	8 232 113,55	776 997,35
Полтавська	9 086 873,50	9 369 074,79	282 201,29	5 151 098,50	5 724 612,27	573 513,77
Рівненська	6 633 053,50	7 188 758,87	555 705,37	4 515 263,10	5 415 369,18	900 106,08
Сумська	6 364 291,40	7 292 963,26	928 671,86	4 559 191,70	4 818 463,96	259 272,26
Тернопільська	5 602 323,40	6 234 356,21	632 032,81	4 058 461,50	4 527 158,24	468 696,74
Харківська	13 030 385,20	12 931 760,92	-98 624,28	9 690 367,00	8 872 201,29	-818 165,71
Херсонська	3 788 046,60	2 745 590,57	-1 042 456,03	3 108 738,60	1 504 311,50	-1 604 427,10
Хмельницька	6 932 049,60	7 602 597,03	670 547,43	5 113 415,50	5 512 318,98	398 903,48
Черкаська	7 523 665,30	7 990 970,93	467 305,63	4 652 115,00	5 196 215,86	544 100,86
Чернівецька	4 931 107,00	5 590 663,34	659 556,34	3 612 153,00	4 190 294,26	578 141,26
Чернігівська	5 932 291,50	6 306 503,73	374 212,23	3 954 112,50	4 098 702,33	144 589,83
РАЗОМ	205 525 792,20	215 024 484,65	9 498 692,45	137 982,30	138 971 533,75	1 022 551,45

Джерело: розроблено автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-dae6-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

За даними табл. 2.3 найбільше негативне відхилення о обсягах доходів ЗОЗ спостерігається на окупованих територіях та в регіонах, де велися або тривають активні бойові дії.

Медичні заклади Харківської, Донецької, Дніпропетровської, Запорізької, Сумської областей, що розташовані в прифронтових регіонах, зазнають найбільш виражених кризових впливів, пов'язаних з активними бойовими діями.

Водночас ЗОЗ Волинської, Київської, Львівської та Черкаської областей виконують функцію відносно безпечних тилових регіонів, спроможних приймати релоковані надання медичної допомоги релокованим ЗОЗ та пацієнтам. Таким чином, для проведення дослідження у вибірку медичних закладів буде обрано по 2-3 медичних заклади з кращими та гіршими показниками наступних областей: Схід – Харківська та Донецька, Центр – Київська та Полтавська області, Південь – Дніпропетровська та Запорізька області; Захід – Львівська та Волинська області.

Охарактеризуємо вибірку для подальшого дослідження, яка наведена в додатку А.

Згідно додатку А у вибірку дослідження нами обрано 21 ЗОЗ, що складає близько 1%. За рівнем допомоги 5 закладів надають первинну допомогу, 1 – екстрену, 15 – спеціалізовану, серед яких 1 надає психіатричну допомогу та 1 територіальне медичне об'єднання.

За даними порталу е-ліки, під час реформи системи охорони здоров'я з 2018 року не було створено жодного центру первинної медичної допомоги, а залишились міські поліклініки. В 2025 року Львівська міська рада оголосила об'єднання поліклінік із територіальними медичними об'єднаннями (ТМО), але: «...зміни в політиці МОЗ України і НСЗУ вимагають переходу до спроможної мережі через зростання медичних потреб у реабілітації та профілактиці, ранній діагностиці, допомозі ветеранам. Тому п'ять діючих поліклінік будуть приєднанні до двох ТМО [24].

Логіка ТМО виражена у збереженні ланцюга повноцінного циклу допомоги: сімейний лікар > діагностика > вузькоспеціалізовані спеціалісти > стаціонар > реабілітація > супровід» [25]. Отже, простежимо хід реформи львівської первинної та спеціалізованої ланки у нашому подальшому дослідженні.

У дослідженні щодо визначення стійкості ЗОЗ визначено наступні гіпотези:

Гіпотеза 1: скорочення медичного персоналу відбувається через низькі стимули щодо оплати праці.

Гіпотеза 2: диференціація джерел фінансування медичних закладів допомагає протистояти сучасним викликам й забезпечити їх самоокупність та самофінансування.

Гіпотеза 3: стійкість ЗОЗ можливо відображати за індексом стійкості та індексом порівняльної стійкості шляхом співвідношення доходів за ПМГ до загальних доходів ЗОЗ.

Гіпотеза 4: гнучкий підхід щодо використання медичного обладнання та забезпечення альтернативними джерелами медичних закладів відображає здатність керівника забезпечити стійкість та життєздатність закладу в кризових умовах.

Гіпотеза 5: електронні медичні записи в ЕСОЗ відображають щільну кореляцію з доходом ЗОЗ і відображає його стійкість.

Ефективність діяльності медичних закладів в умовах повномасштабного вторгнення буде охарактеризована наступними показниками:

- чисельність персоналу;
- оплата праці персоналу;
- пакет програми надання медичних послуг;
- джерела фінансування медичних закладів, в т. ч. й благодійна та технічна допомога;
- кількість укладених декларацій щодо надання первинної допомоги;
- забезпечення медичним обладнанням;
- забезпечення альтернативними джерелами водо- та енергопостачання.

По показниках кількості декларацій укладених щодо надання первинної допомоги та забезпечення медичних закладів медичним обладнанням джерелом даних виступає база відкритих даних НСЗУ – електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). Оскільки надання первинної допомоги пацієнтам відображає їх лояльність до певних медичних закладів, що може розглядатися як один із

індикаторів їхньої стійкості, то зміни покажуть проактивну або реактивну позицію закладів щодо збереження бази пацієнтів.

В умовах повномасштабних ракетних обстрілів та атак безпілотними літальними апаратами значних втрат зазнає медична інфраструктура, тому аналіз відкритих даних ЕСОЗ дозволяє оцінити масштаби втрат медичного обладнання, що безпосередньо впливає на спроможність надання медичних послуг у межах відповідних пакетів та, відповідно, на доходи ЗОЗ.

В кризових умовах, пов'язаних із порушенням енерго- та водопостачання, керівники медичних закладів змушені впроваджувати альтернативні рішення для забезпечення безперервності роботи, що є важливою складовою організаційної стійкості, життєздатності закладу та управлінської спроможності протидіяти кризовим впливам і шокам.

Згідно звіту ЮНІСЕФ Україна за 2023 рік, з 2182 опитаних ЗОЗ 96% мають воду, 4% — частково мають, < 1% не мають. Основними причинами відсутності води є: брак обладнання — 79%, брак фінансових ресурсів — 33%, нестача матеріалів — 42%, відсутність кваліфікованих фахівців — 4% та 2% склав брак навчання [26].

Якщо узагальнити результати опитування щодо джерел водопостачання медичних закладів, то результати виглядають наступним чином, рисунок 2.1.

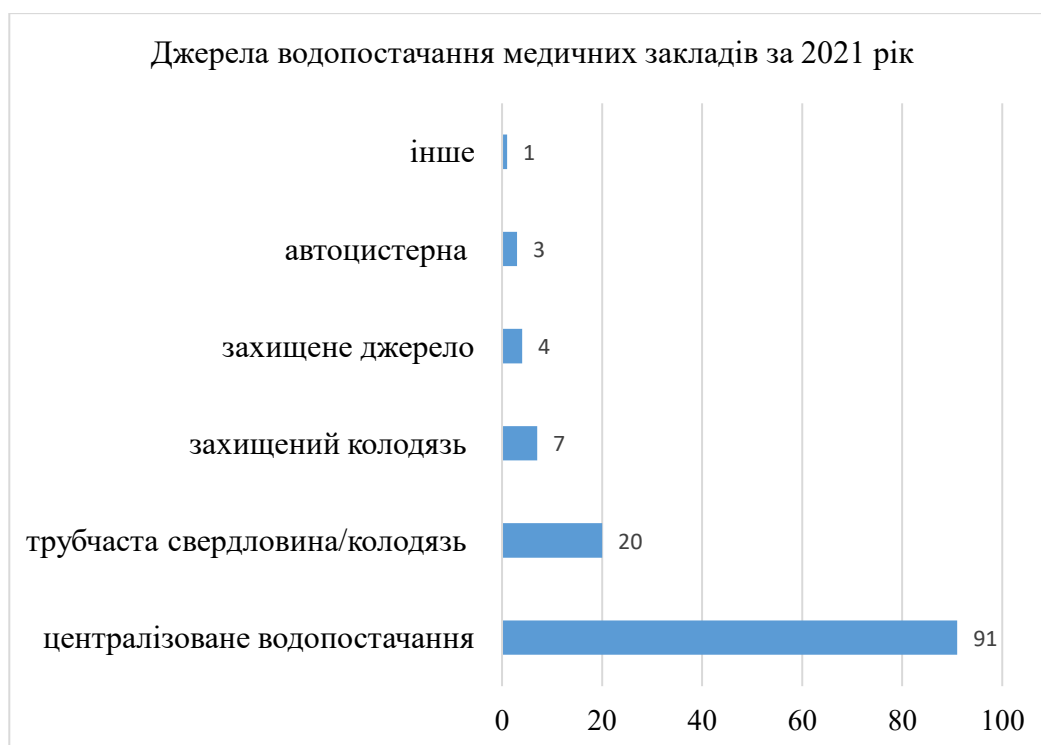


Рисунок 2.1. Джерела водопостачання медичних закладів України за 2021 рік

Джерело: розроблено автором за даними: Ситуаційний аналіз становища дітей в Україні: 2024. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/reports/sitan2024>

За даними рис. 2.1, 91% ЗОЗ мали централізоване водопостачання. Водночас у кризових умовах руйнування водогонів і об'єктів енергетичної інфраструктури на території України це зумовлює необхідність забезпечення закладів альтернативними джерелами водопостачання для протидії негативним наслідкам блекаутів. Найгірша ситуація із забезпеченням водою ЗОЗ у 2022–2023 роках спостерігалася в Донецькій, Херсонській, Запорізькій, Одеській, Миколаївській, Харківській та Київській областях — регіонах, що зазнали найбільшого впливу воєнних дій.

Методи дослідження і методи збору інформації.

Методами дослідження є емпіричний метод, який може бути застосованим для всіх видів досліджень, оскільки заснований на вивченні реальних об'єктів, а

саме ЗОЗ України. Метод контент-аналізу буде використовуватися щодо аналізу заходів, спрямованих на забезпечення стійкості ЗОЗ.

Матричний метод буде використано щодо оцінки ймовірності та наслідків настання ризиків шляхом формування матриці ризиків. Матриця стратегічної стійкості, побудована на основі порівняльних переваг, відобразить рівень стійкості медичних закладів у двомірному просторі.

Методи описової статистики щодо обраних закладів покажуть мінімальне, максимальне та середні значення, що дозволить виявити відхилення та закономірності.

Структура системи охорони здоров'я буде наочно представлена в матриці Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості, що дасть наочне уявлення про рівень стійкості в системі координат.

В дослідженні системи охорони здоров'я України буде використано метод сходження від загального до часткового, що дозволить виокремити та проаналізувати кращі управлінські практики керівників ЗОЗ щодо реагування на кризові умови.

Для обробки статистичних записів ЕСОЗ передбачається використання модель множинної регресії з метою оцінки впливу кількості епізодів і взаємодій лікаря з пацієнтами на доходи ЗОЗ.

Процедуру обробки і аналізу даних включає збір первинної інформації в табличному вигляді щодо доходів та чисельності персоналу ЗОЗ, їх групування за регіонами та формування релевантної вибірки. Зібрані дані дозволяють виявити певні закономірності, зв'язки та тенденції. Аналіз даних передбачає виявлення закономірностей, зв'язків і тенденцій, інтерпретацію результатів із застосуванням кількісних і якісних методів, а також їх візуалізацію у вигляді діаграм і графіків. Аналіз даних ґрунтується на висуненні гіпотез, пошуку релевантної, повної та актуальної інформації, консолідації даних в таблицях для проведення порівняння.

Методологічну основу дослідження становлять аналітичні звіти, звіти Всесвітньої організації охорони здоров'я, звіти UNICEF, відкриті дані НСЗУ та аналітичні дані ЕСОЗ, відкриті дані Міністерства охорони здоров'я, статистичні дані Державного статистичного комітету України, дані дослідницьких та аналітичних центрів, публікації з відкритих джерел.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Основою щорічних управлінських рішень керівників ЗОЗ є ПМГ, адміністрування якої здійснюється НСЗУ. Стійкість ЗОЗ визначається управлінською спроможністю керівника, обсягом фінансування в межах ПМГ, кадровим потенціалом та наявністю матеріально-технічних ресурсів.

Важливими критеріями при виборі пакетів медичних гарантій є вікова категорія пацієнтів і кількість пролікованих випадків (рис. 3.1). Для ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу та розташовані в гірських і сільських територіях, а також у регіонах, де ведуться активні бойові дії, застосовуються коригувальні коефіцієнти, зокрема коефіцієнт 1,2. Окрім цього, передбачено використання інших коригувальних коефіцієнтів відповідно до чинних нормативних документів [27].

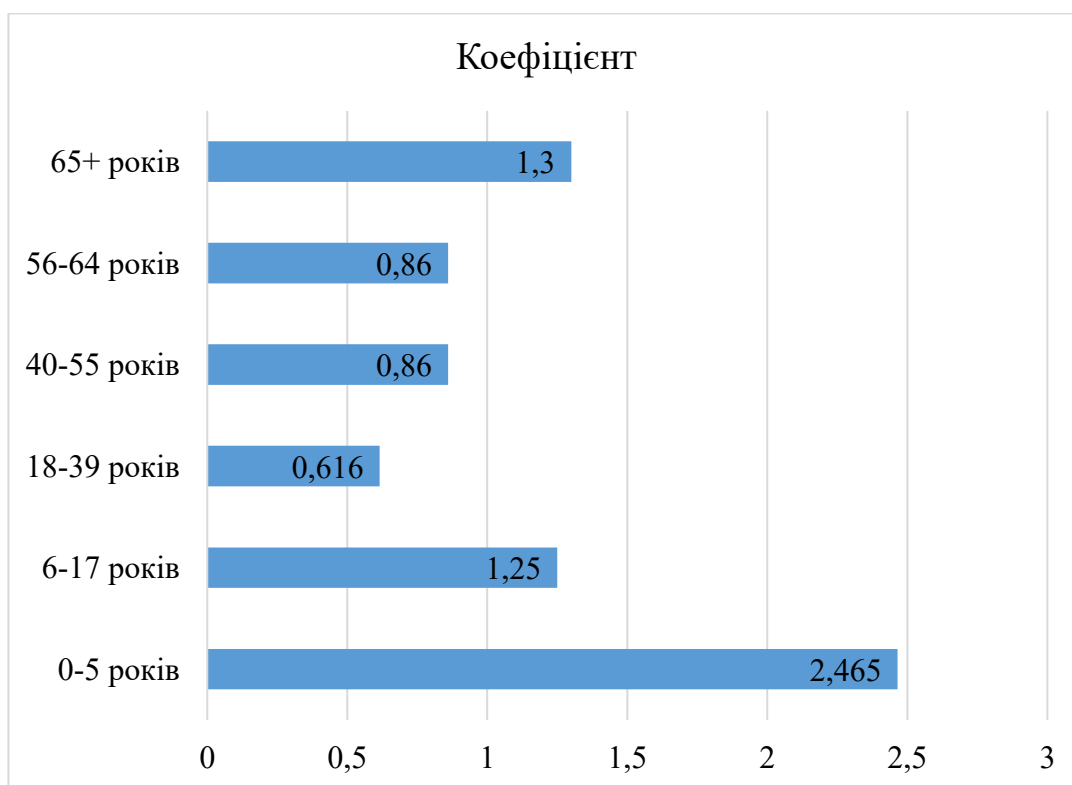


Рисунок 3.1. Коефіцієнти за віковими групами

Джерело: Програма медичних гарантій 2025: що змінилося, нові тарифи та вимоги до заключення договорів. URL: <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiyi/>

Відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, затвердженого Постановою КМУ, перелік пакетів ПМГ щорічно оновлюється та розширюється. Це створює для керівників ЗОЗ гнучкий механізм формування доходів шляхом укладання договорів із Національною службою здоров'я України. Крім того, на рівні органів місцевого самоврядування ухвалюються рішення щодо встановлення тарифів на платні медичні послуги відповідно до чинного законодавства.

В 2022 році надавалося 38 ПМГ, в 2025 році було затверджено 45 пакетів програм медичних гарантій [28]. Отже, з 2022 року навіть в умовах війни, НСЗУ працює над вдосконаленням ПМГ, розширивши її на 7 додаткових програм.

Таким чином, у 2026 році спостерігається відносна стабільність у переліку пакетів ПМГ, що зменшує потребу для керівників ЗОЗ в пошуку додаткових ресурсів для отримання нових пакетів. Натомість управлінський фокус має бути зосереджений на забезпеченні стійкості та належної реалізації пакетів, за якими заклад уже має необхідні ресурси та досвід надання медичної допомоги.

Проведемо аналіз та інтерпретацію результатів щодо вивчення шляхів забезпечення стійкості медичних закладів в кризових умовах на основі висунутих гіпотез:

Гіпотеза 1: скорочення медичних фахівців та персоналу відбувається через низькі стимули щодо оплати праці.

Розглянемо першу гіпотезу на основі аналітичних даних НСЗУ «Звіт про витрати та оплати на забезпечення медичних послуг за ПМГ» за грудень 2024 року та за вересень 2025 року.

Оплата праці виступає головним стимулом до здійснення своїх посадових обов'язків й в Україні спостерігається низький рівень оплати праці, що стало

головної причиною зовнішньої міграції українців за кордон протягом 2022-2025 років.

Кількість керівників, лікарів, середнього медичного персоналу та їх середня оплата праці за 2024 та 2025 роки відображені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1. Кількість керівників, лікарів, середнього медичного персоналу та їх середня оплата праці за 2024 та 2025 роки

Код ЄДРПОУ медичних закладів	Керівники			Лікарі				Середній медичний персонал			
	Кількість осіб 2024/2025	Середня оплата праці за 2024, тис.	Середня оплата праці за 2025, тис. грн.	Кількість осіб за 2024	Середня оплата праці за 2024, тис. грн.	Кількість осіб за 2025	Середня оплата праці за 2025 тис.	Кількість осіб за 2024	Середня оплата праці за 2024, тис.	Кількість осіб за 2025	Середня оплата праці за 2025, тис.
Середні показники по країні	5,6 тис. осіб	53,7	46,8	87,9 тис. осіб	24,4	88,1 тис. осіб	23,5	179,1 тис. осіб	17,7	175,5 тис. осіб	16,4
02003787	9	51,8	58,9	173	25,2	185,5	27,0	390,3	21,8	388,3	22,8
02003793	5	56,5	16,3	93	24,4	94	23,4	265	17,8	252	15,7
02003824	3	63,3	41,5	22	25,1	23,5	23,2	82,3	22,5	83,3	17,0
37944301	8	48,2	42,2	71,8	23,2	67,5	25,4	132,3	15,8	126,0	15,2
39017488	4/1	41,0	42,8	26	28,7	2,3	32,6	130,8	18,2	14,5	14,6
26509095	6/9	68,0	86,0	74,3	27,3	90,5	24,0	184,0	16,0	180,8	15,7
26136949	5	66,8	68,4	264,7	22,9	249	26,1	1553	16,6	1464	18,0
37004278	4/3	59,3	27,5	17	28,9	15	23,0	33,5	20,9	32,5	14,7
01992953	3	45,7	41,3	27,8	32,0	21,8	20,3	45,5	18,3	38	15,9
02007070	5/6	36,0	39,0	110,8	24,2	106	26,9	181,8	20,5	177	21,2
42088653	2	27,5	42,4	9,8	20,2	10	17,5	30,5	12,7	25,5	12,0
02007532	4/5	56,4	39,1	153,5	24,2	143,5	25,1	429,5	15,6	426,0	14,8
44496574	38/40	125,0	101,5	1053	31,5	1121,8	30,8	1370	25,1	1382,3	26,1
01996869	3	59,2	58,9	163,8	13,4	172,8	21,6	382	6,1	384,3	13,7
01982940	11/9,5	74,4	57,9	219,8	30,2	177,3	24,3	490,3	23,9	370,3	17,5
05384318	7	135,4	135,4	67,8	32,0	67,8	32,0	204,8	24,9	204,8	24,9
30300749	6/5	40,5	45,2	58,8	17,8	50,5	26,0	69,8	14,5	60,5	16,4
26191575	7/9	25,1	28,4	182,5	8,8	187	11,5	223,5	8,4	211,8	9,4
01111581	5	49,9	38,7	89,3	4,7	115,8	21,3	161,3	2,9	180,5	13,5
38345331	1	25,9	35,4	9,3	23,0	8,5	22,3	24,8	14,3	24,8	12,4

Джерело: розроблено автором за даними НСЗУ: Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/oplati-nadavacam-medicnoyi-dopomogi-za-programoiu-me>

За даними табл. 3.1 керівники 10-ти медичних закладів (або 50%) мали середню зарплату у 2024 році вище за середню по Україні. Найвищий рівень оплати мали керівники КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО (КНП) "ЛЬВІВСЬКЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ

"БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ" та КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО (КП) "ВОЛИНСЬКА ОБЛАСНА ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ М.ЛУЦЬКА" ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ, а також КНП КОВЕЛЬСЬКЕ МІСЬКРАЙОННЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ КОВЕЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ. Отже, керівники ТМО мають вищі показники оплати праці за рахунок масштабування послуг. Відповідно вищий рівень оплати праці в цих лікарнях спостерігається й у лікарів й у середнього медичного персоналу.

Викликало занепокоєння наднизької зарплати середнього медичного персоналу в Червонограді, Ірпені та Полтаві: 6,1; 8,4; 2,9 тис. грн відповідно за 2022 рік. Тому закономірним було прийняття Указу Президента України, яким встановлено мінімальний рівень оплати для лікарів вище 20000 грн. та 13500 грн. для середнього медичного персоналу. Хоча в Ірпені середня зарплата середнього медичного персоналу в 9400 грн. може свідчати о частковій зайнятості.

Загалом слід підтвердити Гіпотезу 1, що скорочення персоналу відбувається майже в усіх лікарнях, окрім Першого ТМО Львова, оскільки зростання інфляції знецінює рівень оплати за висококваліфіковану працю, особливо вузькопрофільних спеціалістів.

Гіпотеза 2: диференціація джерел фінансування медичних закладів допомагає протистояти сучасним викликам й забезпечити їх самокупність та самофінансування.

Проаналізуємо фінансово-економічну діяльність досліджуваних ЗОЗ за доходами за 2022 та 2024 роки, додаток Б та додаток В.

Аналіз доходів ЗОЗ відображає негативну тенденцію падіння доходів показу, що падіння доходів закономірно відбувається в зонах активних бойових дій, а саме в Донецькій, Запорізькій, Харківській області, окрім КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ", де доходи зросли у 2 рази, що може бути обумовлено зростанням чисельності ВПО, а до міста

Барвінке бойові дії у 2022 році не дійшли та в КНП "ІРПІНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ", де доходи зросли на 26%, що обумовлено звільненням громади вже у березні 2022 року.

Викликає занепокоєння падіння доходів КНП "ОРЖИЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" Полтавської області де доходи впали на 21,3%, що може бути обумовлено від'ємною міграцією населення.

Проведемо порівняльний аналіз структури доходів ЗОЗ розраховану у % за даними додатків Б-В за 2022 та 2024 роки, які зведено в таблицях 3.2 та 3.3.

Таблиця 3.2. Структура доходів закладів охорони здоров'я за 2022 рік, %

Код ЄДРПОУ	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Інше	Державний бюджет	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Благодійна допомога
02003787	61,5	0,4	0,8	2,0	1,9	33,3
02003793	82,7	0,2	0,3	3,5	4,1	9,3
02003824	70,0	0,3	1,0	0,2	13,9	14,5
37944301	76,7	0,0	1,6	1,7	8,9	11,1
39017488	77,8	1,0	1,9	1,6	1,7	15,9
26509095	6,8	3,8	0,4	37,8	5,5	45,7
26136949	91,6	0,0	1,8	1,1	0,2	5,2
37004278	50,2	0,0	1,1	2,2	43,4	3,1
01992953	88,9	0,1	0,8	0,9	1,0	8,2
02007070	52,6	0,0	0,9	16,0	7,8	22,7
42088653	52,0	0,0	0,5	6,5	21,9	19,2
02007532	76,0	2,2	1,1	0,0	6,2	14,5
44496574	56,0	4,2	1,8	0,1	20,6	17,4
01996869	70,6	1,6	1,7	5,7	14,9	5,5
01982940	72,4	1,2	3,4	6,7	9,4	7,0
05384318	67,1	0,4	2,1	1,0	19,4	10,0
30300749	78,2	0,0	2,0	0,0	10,6	9,3
26191575	66,1	1,8	5,8	11,5	9,4	5,3
01111581	40,9	0,7	0,3	0,3	56,6	1,1
38345331	69,2	0,0	0,8	13,5	7,7	8,8

Джерело: розраховано автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

За даними табл. 3.2 майже всі заклади охорони здоров'я понад 50-92% отримують від НСЗУ по ПМГ. Винятком є КП "ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ", який лише 6,8% отримував від НСЗУ, а основним джерелом фінансування є благодійна допомога 45,7% та обласний бюджет – 3,8% та КП "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ" отримує 40,9% доходів від НСЗУ та 56,6% з обласного бюджету.

Мінімальний/максимальний показники за 2022 рік по іншим видам допомоги (міжнародна технічна допомога) складала 0,3/5,8%, по регіональним/місцевим бюджетам 1,0/56,6%, по благодійній допомозі – 1,1/45,7%.

Таблиця 3.3. Структура доходів закладів охорони здоров'я за 2024 рік, %

Код ЄДРПОУ	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Інше	Державний бюджет	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Благодійна допомога
1	2	3	4	5	6	7
02003787	72,5	1,0	3,8	0,6	8,2	13,9
02003793	67,0	1,6	3,4	2,1	12,9	13,0
02003824	69,5	0,8	1,6	2,6	15,4	10,2
37944301	57,2	0,8	2,7	3,2	14,8	21,3
39017488	71,8	2,4	5,3	1,7	3,5	15,3
26509095	17,7	2,0	0,2	0,3	3,3	76,5
26136949	89,1	0,1	1,7	2,0	1,8	5,4
37004278	58,8	0,0	4,9	8,1	19,2	9,0
01992953	90,8	0,3	2,2	0,3	1,6	4,8
02007070	49,1	0,3	0,7	13,0	7,6	29,3
42088653	46,9	3,1	0,6	2,0	22,3	25,1
02007532	74,7	2,7	1,2	0,0	8,2	13,3
44496574	51,3	2,3	3,5	1,6	19,1	22,1

1	2	3	4	5	6	7
01996869	79,6	1,8	2,2	3,4	9,0	3,9
01982940	70,6	2,2	3,6	2,8	10,1	10,6
05384318	81,1	1,3	4,9	0,0	8,2	4,5
30300749	65,4	3,8	4,0	2,2	18,3	6,3
26191575	55,3	3,3	5,0	1,5	30,5	4,5
01111581	27,6	0,8	0,5	0,0	52,2	19,0
38345331	76,6	0,0	1,2	7,1	13,9	1,1

Джерело: розраховано автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

За даними табл. 3.3 в цілому за 2 роки в фінансуванні ЗОЗ виплати 46-90,8% отримують від НСЗУ по ПМГ. Мінімальний/максимальний показники за 2024 рік по іншим видам допомоги (міжнародна технічна допомога) склали 0,2/5,3%, по регіональним/місцевим бюджетам 1,8/52,2%, по благодійній допомозі – 1,1/76,5%. Отже диференціація за джерелами доходів забезпечують стійкість медичного закладу, а за три роки війни зросли надходження благодійної та міжнародної технічної допомоги. Вагомим внеском в фінансуванні системи охорони здоров'я залишаються підтримка з боку органів місцевого самоврядування та обласних бюджетів.

Проведемо порівняльний аналіз доходу на 1 співробітника ЗОЗ за 2022 та 2024 роки, таблиця 3.4.

Таблиця 3.4. Порівняльний аналіз доходу на 1 співробітника закладу охорони здоров'я за 2022 та 2024 роки, тис. грн.

Код ЄДРПОУ	Назва ЗОЗ	2024	2022
1	2	3	4
02003787	КНП "МІСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ № 17" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	504,1	859,7
02003793	КНП БАЛАКЛІЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ "БАЛАКЛІЙСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ"	355,8	495,1
02003824	КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" БАРВІНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ ІЗЮМСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	504,7	264,7

1	2	3	4
37944301	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1" КРАМАТОРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	470,1	311,0
39017488	КНП "ДОБРОПІЛЬСЬКА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ"	352,0	307,7
26509095	КП "ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	1441,4	2162,8
26136949	КП "ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	358,2	312,4
37004278	КНП "ПОКРОВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" ПОКРОВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	385,9	421,9
01992953	КНП "ОРІХІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ" ОРІХІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	389,9	484,3
02007070	КНП "МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	474,5	435,5
42088653	КНП "ТРОСТЯНЕЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ" ТРОСТЯНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	329,4	282,2
02007532	КНП КОНОТОПСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "КОНОТОПСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМ. АКАДЕМІКА МИХАЙЛА ДАВИДОВА"	340,5	330,7
44496574	КНП "ЛЬВІВСЬКЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ " БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ"	1149,0	635,2
01996869	КП "ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ ЧЕРВОНОГРАДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ"	328,5	278,1
01982940	КНП КОВЕЛЬСЬКЕ МІСЬКРАЙОННЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ КОВЕЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ	497,1	432,2
05384318	КП "ВОЛИНСЬКА ОБЛАСНА ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ М.ЛУЦЬКА" ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	379,9	251,5
30300749	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 3 ДАРНИЦЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА"	421,6	429,4
26191575	КНП "ІРПІНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ІРПІНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	396,5	315,4
01111581	КП "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ"	925,9	862,0
38345331	КНП "ОРЖИЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"	235,4	271,2
	Середнє значення доходу на 1 співробітника по Україні	442,9	369,7

Джерело: розраховано автором за даними: <https://nszu.gov.ua/dashboards/zvit-pro-oplati-ta-vitrati-na-zabezpecennia-medicni>

За даними таблиці 3.4 середнє значення доходу на 1 співробітника у 2022 році склало 369,7 тис. грн. лише 10 ЗОЗ отримали дохід більше ніж середнє значення по країні. За показниками 2024 значення доходу на 1 співробітника збільшилось на 19,9%. Але треба врахувати індекс інфляції, який за даними Мінфіну за 2023 рік склав 105,1%, а за 2024 рік – 112,0, тобто на 17,1%. Таким чином реальне зростання доходу склало за 2 роки лише 2,8%. За даними 2024 року лише 8 ЗОЗ мають показники вищі за середнє по країні. Слід зазначити, що лікарні в Балаклії, Добропіллі, Тростянці, Конотопі, Оріхові, Покровську, Ірпені знаходились в зоні бойових дій, або зараз знаходяться вздовж лінії бойових зіткнень. Викликають занепокоєння щодо доходів та відповідно ефективності управління лікарнями в м. Червоноград (Шептицький) (Львівської області), в селище Оржиця (Полтавської області) та лікарня Дарницького району м. Києва, що мають показники нижчі за середні, але знаходяться далеко від лінії фронту.

Задля наочного уявлення порівняємо графіки питомої ваги доходів за рахунок ПМГ ЗОЗ та дохід на 1 співробітника закладу охорони здоров'я за 2024 та 2022 роки.

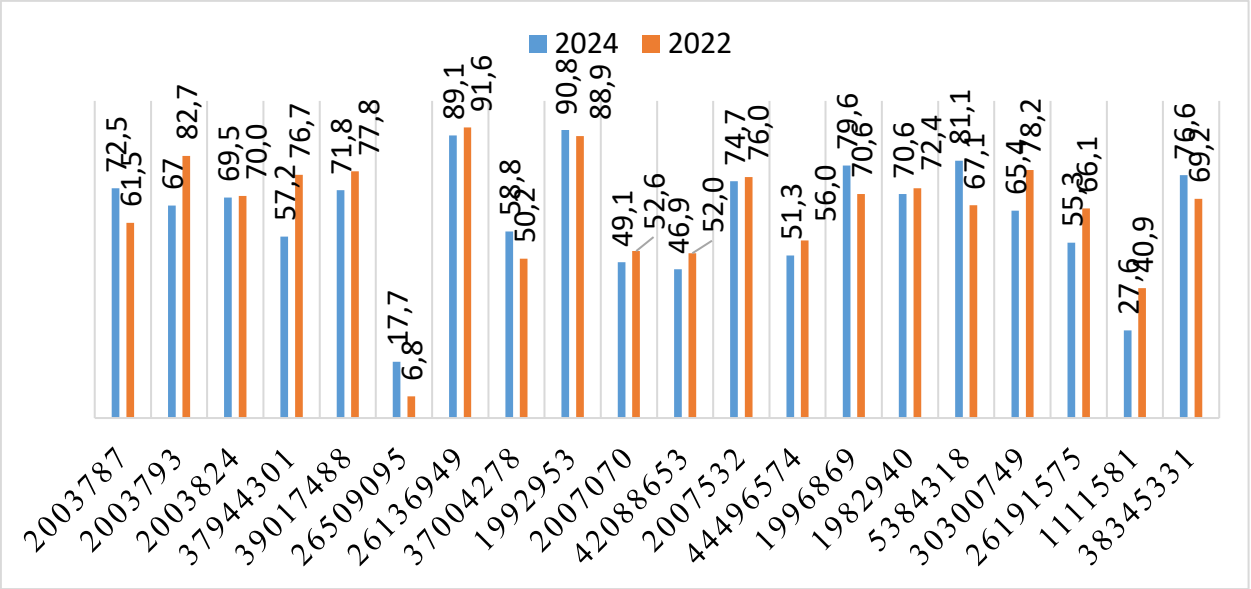


Рисунок 3.2. Питома вага доходів за рахунок Програми медичних гарантій закладів охорони здоров'я за 2024 та 2022 роки, %

Джерело: розраховано автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

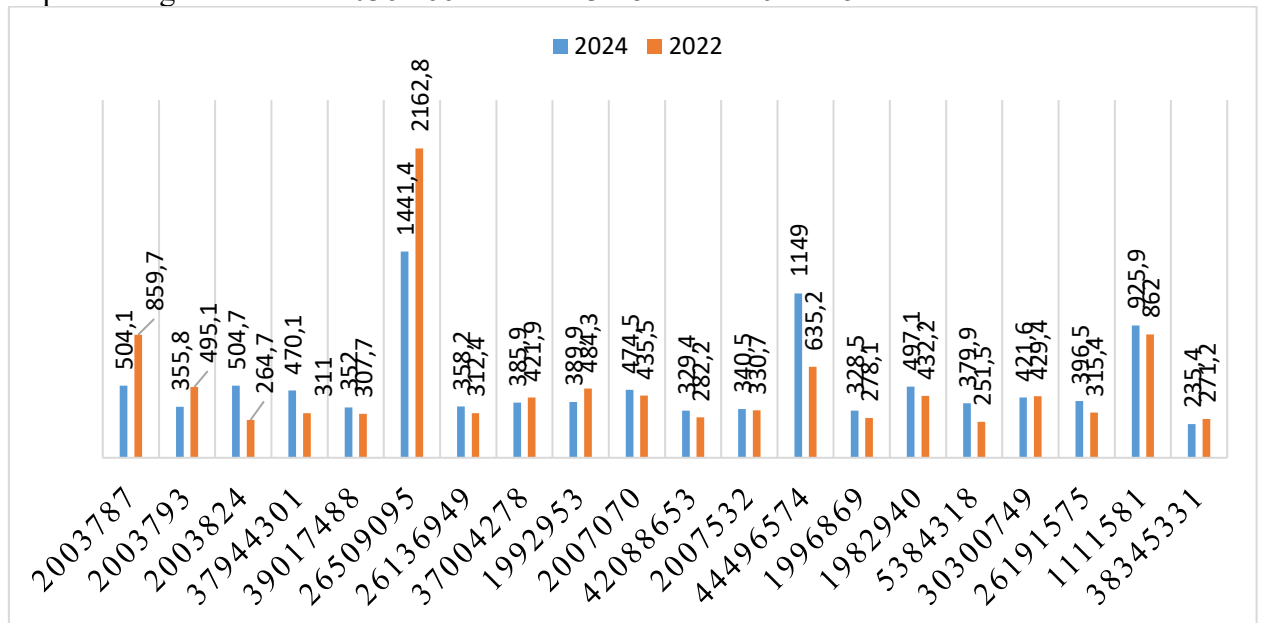


Рисунок 3.3. Дохід на 1 співробітника закладу охорони здоров'я за 2024 та 2022 роки, тис. грн.

Джерело: розраховано автором за даними: Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4>

За даними рис.3.2 та 3.3 ми бачимо, що дохід на 1 співробітника вище там, де менше йде фінансування за ПМГ й заклади мають достатньо диференційований портфель за джерелами фінансування, що дає більшу автономію.

Таким чином, проведені нами розрахунки довели гіпотезу 1, що диференціація джерел фінансування медичних закладів допомагає протистояти сучасним викликам й забезпечити їх самоокупність та самофінансування, оскільки де переважають доходи від обласного бюджету там дохід на 1 співробітника вище.

Гіпотеза 3: стійкість ЗОЗ можливо відображати за індексом конкурентоспроможності шляхом співвідношення доходів за ПМГ до загальних доходів ЗОЗ.

На основі показників отриманого доходу ЗОЗ та доходу отриманого від ПМГ пропонується розраховувати Індикатор стійкості (IS_{ij}) ЗОЗ за аналогією Індексу конкурентоспроможності Б. Баласа. Таким чином, Індикатор стійкості ЗОЗ розраховується за формулою:

$$IS_{ij} = \frac{\frac{x_{ij}}{X_i}}{\frac{x_{aj}}{X_a}} \quad [3.1]$$

де x_{ij} – дохід від програми медичних гарантій ЗОЗ i з регіону j ;

X_i – загальна сума доходу від програми медичних гарантій i по країні;

x_{aj} – загальна суму доходу закладів охорони здоров'я a з регіону j ;

X_a – загальна суму доходу системи закладів охорони здоров'я a по країні.

Щоб зробити цей індекс симетричним треба розраховувати Індекс виявленої симетричної стійкості (ISS_{ij}) індекс за формулою:

$$ISS_{ij} = (IS_{ij} - 1) / (IS_{ij} + 1) \quad [3.2]$$

Від'ємна величина (різниця) індексу відображає порівняльну перевагу фінансування за рахунок відмінних від ПМГ, наприклад за рахунок обласних або місцевих бюджетів, благодійної допомоги тощо.

Наочно позиції ЗОЗ за Індексами можна відобразити наступним чином:

Високий рівень ($IS_{ij} > 1,200$; $ISS_{ij} > 0,051$) - ЗОЗ з високим Індексом стійкості за рахунок надання якісних послуг за ПМГ, високих управлінських якостей керівництва, наявності висококваліфікованого кадрового потенціалу та якісної медичної інфраструктури, наявності автономних джерел електроенергії водопостачання та постачання кисню.

Середній рівень ($0,800 < IS_{ij} < 1,199$; $- 0,050 < ISS_{ij} < 0,050$) - ЗОЗ з середнім Індексом стійкості за рахунок надання якісних послуг за ПМГ, середніх якостей керівництва щодо забезпечення пацієнтів послугами внаслідок недостатнього забезпечення висококваліфікованими кадрами, частково пошкодженою медичною та комунальною інфраструктурою.

Низький рівень ($IS_{ij} < 0,799$; $ISS_{ij} < - 0,049$) - ЗОЗ з низьким Індексом стійкості за рахунок надання занадто широкого спектру послуг за ПМГ та з високим рівнем доходів з інших джерел, занадто узагальнених управлінських функцій керівництва, які відповідають як за первинну так й за вторинну ланку, наявності конфліктів персоналу з керівництвом, пошкодженою матеріальною базою та обладнанням.

Розрахунок Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості ЗОЗ за 2024 рік відображено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5. Розрахунок Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості закладів охорони здоров'я за 2024 рік

Код ЄДРПОУ	Загальний дохід ЗОЗ, тис. грн.	Дохід ЗОЗ за Програмою медичних гарантій, тис. грн.	Дохід на 1 співробітника, тис. грн.	Індекс стійкості	Індекс порівняльної стійкості	Рівень стійкості
02003787	473 860,14	343 630,03	504,1	1,116	0,055	Високий
02003793	195 669,60	131 188,83	355,8	1,032	0,016	Середній
02003824	98 414,80	68 442,76	504,7	1,070	0,034	Середній
37944301	163 111,03	93 236,25	470,1	0,880	-0,064	Середній
39017488	134 105,62	96 261,93	352,0	1,104	0,050	Середній
26509095	671 671,66	118 839,73	1441,4	0,272	-0,572	Низький
26136949	1 109 257,52	988 318,24	358,2	1,371	0,156	Високий
37004278	36 662,41	21 540,80	385,9	0,904	-0,050	Низький
01992953	52 631,60	47 764,09	389,9	1,396	0,165	Високий
02007070	250 036,98	122 709,55	474,5	0,755	-0,140	Низький
42088653	36 564,49	17 138,02	329,4	0,721	-0,162	Низький
02007532	335 769,84	250 729,02	340,5	1,149	0,069	Високий
44496574	4 754 479,95	2 441 079,56	1149,0	0,790	-0,117	Низький
01996869	285 172,85	227 035,83	328,5	1,225	0,101	Високий
01982940	577 584,88	407 812,68	497,1	1,086	0,041	Середній
05384318	228 678,95	185 511,22	379,9	1,248	0,110	Високий
30300749	62 815,67	41 085,66	421,6	1,006	0,003	Середній
26191575	282 671,02	156 191,68	396,5	0,850	-0,081	Середній
01111581	328 680,72	90 629,15	925,9	0,424	-0,404	Низький
38345331	16 007,25	12 267,52	235,4	1,179	0,082	Високий
РАЗОМ	6 306 503,73	4 098 702,33	442,9	X	X	

по країні						
-----------	--	--	--	--	--	--

Джерело: розраховано автором за формулами 3.1 та 3.2

За даними табл. 3.5 ЗОЗ розподілені за Індексом стійкості в 3 групи, а рівень доходу на 1 співробітника дозволяє оцінити продуктивність праці. Наочне відображення Індексу стійкості ЗОЗ за чотирма групами за результатами 2024 року відображено в Гістограмі Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості ЗОЗ на рис. 3.4.

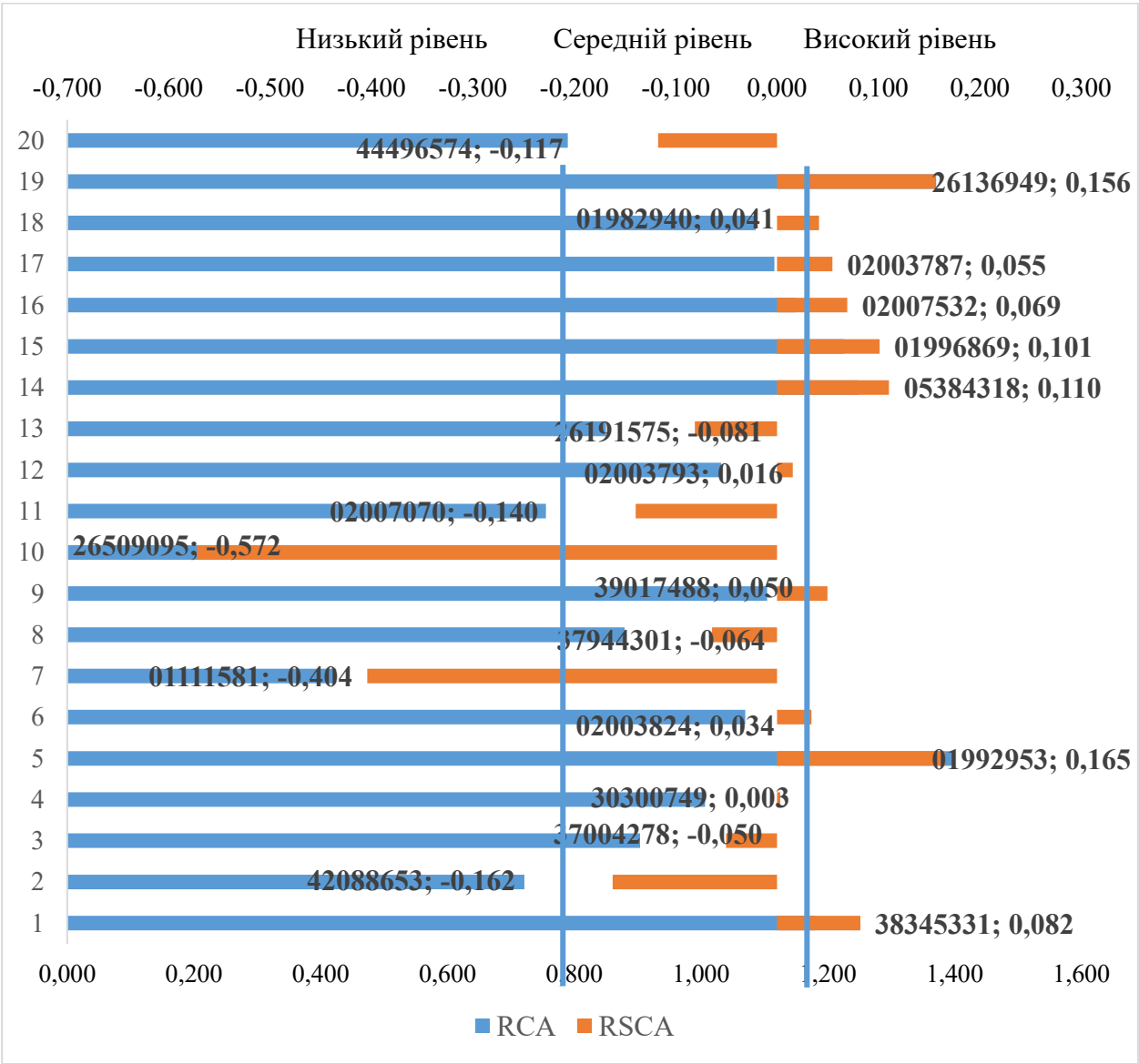


Рисунок 3.4. Гістограма Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості закладів охорони здоров'я за 2024 рік

Джерело: розроблено автором за даними таблиці 3.5.

На рис. 3.4 ЗОЗ по вісню Y розташовані проранжовані ЗОЗ від 1 до 20 за показником доходу від ПМГ, тис. грн. (1 – найменший дохід, 20 – найбільший дохід). За лівою віссю X1 відображено Індекс RCA (від 0 до 1,600), за віссю X2 відображено Індекс RSCA (від 1,0 до –1,0).

Згідно рис 3.4 відмітимо позиції ЗОЗ на графіку.

КНП "МІСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ № 17" ХАРКІВСЬКОЇ МР [30] знаходиться поруч з зоною бойових дій, де постійно жителі знаходяться під обстрілами, тому незважаючи на кризові умови лікарня має високий рівень стійкості $IS_{ij} = 1,116$, $ISS_{ij} = 0,055$. В результаті заклад посідає високий рівень за Індексом стійкості за умов підтримки з боку Харківської міської ради.

КНП БАЛАКЛІЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ "БАЛАКЛІЙСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ" [31] знаходилася в 2022 році під окупацією, а зараз також знаходиться під обстрілами, корпус стаціонару був зруйнований й поновлений у 2024 році, та незважаючи на це лікарня має середній рівень стійкості з показниками: $IS_{ij} = 1,032$, $ISS_{ij} = 0,016$.

КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" БАРВІНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ також має середній рівень стійкості, оскільки знаходилась біля зони активних бойових дій в 2024 році й частково втратила свій кадровий потенціал. Відповідно заклад має середній рівень стійкості з показниками: $IS_{ij} = 1,070$, $ISS_{ij} = 0,034$.

КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1" КРАМАТОРСЬКОЇ МР та КНП "ДОБРОПІЛЬСЬКА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ" мають середній рівень стійкості, оскільки знаходяться в Донецькій області поблизу лінії активних бойових дій. Керівництво лікарні в Добропіллі 7 серпня 2025 року оголосило про припинення своєї діяльності й вивезла медичне обладнання в Кропивницький [33], що дало

змогу зберегти обладнання. Аналогічна ситуація спостерігається з КНП "ПОКРОВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" ПОКРОВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ" оскільки заходиться в зоні активних обстрілів й надає первинну допомогу жителям та військовим. Показники закладу за Індексом стійкості 0,904 та від'ємним показником Індексу порівняльної стійкості -0,050 наближаються до граничних для закладів з низьким рівнем стійкості.

КП "ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ" [34] займається лікуванням туберкульозу та ВІЛ й фінансується з обласного бюджету тому має низькій рівень стійкості через низьку питому вагу пакетів ПМГ, оскільки основний дохід заклад отримує від платних послуг з низьким показником Індексу стійкості 0,272 та від'ємним показником Індексу порівняльної стійкості -0,572. Тому, при низькій платоспроможності населення заклад фінансується з видатків обласного бюджету.

КП "ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ" Мережа місць базування бригад екстреної медичної допомоги представлена 95 локаціями: 36 підстанцій та 59 пунктів базування [35]. КП "ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ" знаходиться біля зони активних бойових дій, забезпечує надання медичної допомоги населенню. Згідно з даними отримує найбільший дохід за ПМГ й має високий рівень стійкості: Індекс стійкості 1,371 та позитивний Індекс порівняльної стійкості 0,156.

Слід відзначити позитивний досвід КНП «ОРІХІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ», яка знаходиться в сірій зоні, жителі з міста евакуювалися через постійні обстріли, а лікарню релоковано до м. Запоріжжя.

Лікарня мала 8 відділень, поліклініку, лабораторію, стоматологічний та рентген кабінети [36]. Релокована Оріхівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування продовжує надавати спеціалізовану медичну допомогу мешканцям Запоріжжя та жителям своєї громади. Лише за перші два місяці 2025 року лікарня прийняла майже 9 тисяч пацієнтів. Попри труднощі воєнного часу лікарня продовжує розвиватися: проводяться телемедичні консультації, розширюється спектр медичних послуг, спеціалісти виїжджають до віддалених громад прифронтового регіону.

Наразі у закладі працює 103 медпрацівники, з них 32 лікаря. Лікарня надає спеціалізовану медичну допомогу за десятьма напрямками. Зокрема, тут проводять гастроскопію, колоноскопію, цистоскопію, гістероскопію, надають паліативну допомогу, медичну допомогу вагітним, стоматологічні послуги, первинну та амбулаторну допомогу. Наразі в закладі працює лише поліклінічне відділення. Щотижня спеціалісти виїжджають до селища Комишуваха для консультацій. В Оріхові у Пункті незламності працює медичний персонал, пацієнтам безоплатно надають ліки, проводять консультації та скеровують пацієнтів на подальше лікування до вузьких фахівців Оріхівської БЛІЛ. Одним із досягнень закладу є сучасна лабораторія з інформаційною системою, що дозволяє пацієнтам отримувати результати аналізів на мобільний телефон. Також у лікарні працюють кабінети УЗД, фізіотерапії, стоматології, ЕКГ та масажу. Найбільший попит мають консультації невролога, ендокринолога, отоларинголога та лікаря ультразвукової діагностики [37]. В результаті лікарня має високий рівень стійкості Індекс стійкості 1,396 та позитивний Індекс порівняльної стійкості 0,165, оскільки керівництво в кризових умовах за підтримки голови громади діяли на випередження і своєчасно евакуювали обладнання та персонал, який зберегли майже в повному обсязі.

КНП "МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ [38]. Лікарня надає комплексні послуги новонародженим та оказує телекомунікаційні консультації, оскільки багато

мешканців та лікарів виїхало за кордон та в інші регіони України. Лікарня посідає низький рівень стійкості з показниками: Індекс стійкості 0,077 та від'ємним Індекс порівняльної стійкості -0,140.

КНП "ТРОСТЯНЕЦЬКИЙ ЦПМД" ТМР на 01.01.2022р. обслуговував 28565 осіб, з яких 4224 діти, станом на 2025 рік - 21598 осіб. Центр обслуговує міське і сільське населення 12 старостинських округів з населенням 7509 осіб в 30 населених пунктах. Загалом кількість укладених декларацій з лікарями скоротилася на 7000 внаслідок міграції із-за військових дій [39]. В результаті заклад посідає низький рівень стійкості з показниками $IS_{ij} = 0,721$ та від'ємним показником $ISS_{ij} = -0,162$.

КНП КМР "КОНОТОПСЬКА ЦРЛ ІМ. АК. МИХАЙЛА ДАВИДОВА" [40] також в 2022 році знаходилась в зоні окупації й зараз об'єднує послуги поліклініки для дорослих та поліклініки для дітей, діагностичний центр та жіночу консультацію. Через такі переваги заклад посідає високий рівень стійкості з показниками $IS_{ij} = 1,149$ та $ISS_{ij} = 0,069$.

КНП "ЛЬВІВСЬКЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ" БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ" [41] має низький рівень стійкості з показником 0,790 та, оскільки має від'ємний Індекс порівняльної стійкості -0,117, що, зокрема, пов'язано з низькою питомою вагою фінансування за ПМГ. На показники організаційної та фінансової стійкості закладу також впливали управлінські рішення органу місцевого самоврядування: на сесії Львівська міська рада 6 листопада 2025 року депутати вдруге не підтримали рішення щодо приєднання низки міських лікарень до Першого територіального медичного об'єднання. Водночас уже 25 листопада 2025 року відповідне рішення про реорганізацію та приєднання закладів було ухвалено, що створило передумови для посилення напрямів реабілітації, кардіології, неврології та паліативної допомоги. [42].

КП "ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ ЧЕРВОНОГРАДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ" [43] знаходиться в глибокому тилу біля польського кордону й має високий рівень стійкості. Лікарня забезпечена автономним електроживленням, водогінною свердловиною та ємністю для кисню, які отримала за програмою міжнародної технічної допомоги, але є скарги на окремих лікарів. Незважаючи на останнє зауваження заклад посідає високий рівень завдяки міжнародній технічній допомозі з показниками $IS_{ij} = 1,225$, а $ISS_{ij} = 0,101$. Керівництву слід звернути увагу на низький дохід на 1 співробітника 328,5 грн., що відображає проблеми з персоналом, які можуть негативно відбитися на отриманні Пакетів медичних гарантій та закритті певних відділень.

КНП КОВЕЛЬСЬКЕ МІСЬКРАЙОННЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ КОВЕЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ [44] аналогічно львівським територіальним медичним об'єднанням, але не містить центру первинної ланки. Об'єднання включає: центральну районну лікарню, пологовий з жіночою консультацією, Голобську районну лікарню та відділ інфекційного контролю, що не порушує правило медичної реформи. Заклад має високий Індекс стійкості 1,086, але низький Індекс порівняльної стійкості 0,041 і відноситься до середнього рівня стійкості. Це найкращий досвід проведених реформ й за умови виконання певних вимог НСЗУ заклад може отримати в 2025 році високий рівень стійкості.

Напроти КП "ВОЛИНСЬКА ОБЛАСНА ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ М.ЛУЦЬКА" ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ [45] із-за скарг пацієнтів навіть відвідував Уповноважений з прав людини і встановили, що лікарня перевантажена пацієнтами, оскільки тут є 4 наркологічних відділення. Палати не забезпечені необхідними меблями, приміщення потребують ремонту, а з боку медичного персоналу не завжди документуються випадки фізичного обмеження [46]. Велика матеріальна база дозволяє прийняти більше пацієнтів за вузьким напрямом, тому має високі показники Індексів: $IS_{ij} 1,248$ та $ISS_{ij} = 0,110$.

Незважаючи на високі позиції Індексів, керівництву закладу треба звернути увагу на якість послуг.

Згідно стратегічного плану розвитку КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 3 ДАРНИЦЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА" кількість укладених декларацій зросла за 7 років з 44475 до 56 667 одиниць за рахунок ВПО [47], тому лікарня має середній рівень стійкості з показниками 1,006 та 0,003 відповідно. Таким чином лікарня потребує покращення матеріально-технічної бази та підвищення кваліфікації лікарів.

КНП "ІРПІНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ІРПІНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ [48] знаходилася в зоні окупації у 2022 році й має середній рівень стійкості 0,850 та від'ємний показник Індексу порівняльної стійкості -0,081, оскільки має проблеми з кадровим потенціалом і відрізняється низьким рівнем оплати праці.

КП "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ" має проблеми з приєднанням поліклініки [49] й відповідно посідає низький рівень стійкості з показниками: $IS_{ij} = 0,424$ та від'ємним показником Індексу симетричної порівняльної стійкості $ISS_{ij} = -0,404$.

Позитивним прикладом є також КНП "ОРЖИЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" який має високий показник стійкості, оскільки ФАПи знаходяться в усіх селах громади [50]. ЗОЗ посідає високий рівень стійкості й має високі показники: $IS_{ij} = 1,179$ та $ISS_{ij} = 0,082$.

Проведені розрахунки та відображення ЗОЗ за Індексами стійкості завдяки правильно обраній вибірці, відображають позитивні й негативні позиції різних за джерелами фінансування закладами з різних регіонів й підтверджують Гіпотезу 3, що стійкість ЗОЗ доцільно відображати за Індексом стійкості та Індексом порівняльної стійкості шляхом співвідношення доходів за ПМГ до загальних доходів ЗОЗ.

Гіпотеза 4: гнучкий підхід щодо використання медичного обладнання та забезпечення альтернативними джерелами медичних закладів відображає здатність керівника забезпечити стійкість та життєздатність закладу.

Щодо використання медичного обладнання та забезпечення альтернативними джерелами медичних закладів розглянемо дані ЕСОЗ та дані сайтів ЗОЗ, які відображені в табл. 3.6.

Таблиця 3.6. Медичне обладнання та комунальна інфраструктура та інші переваги закладів охорони здоров'я

Код ЄДРПОУ	Все обладнання	Пошкоджене/ Не підлягає відновленню	Альтернативне електроживлення/ водопостачання	Джерело кисню	Інші переваги
1	2	3	4	5	6
02003787	81	2	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Проводиться КТ, ендопротезування
02003793	75 .	2	Водогінна свердловина	Постійне	23 пакети: мамографія, кольпоскопія, УЗД, цифрова рентгенодіагностика
02003824	35	0	н/д	Балони	Кількість пацієнтів зросла за рахунок ВПО
37944301	14	0	н/д	Балони	Кількість декларацій зросла з 77589 у 2019 році до 93474 у 2025 у зв'язку з евакуацією населення. 13 амбулаторій по всьому місту
39017488	31	0	н/д	Відсутнє	Медичне обладнання вивезено в Кропивницький
26509095	127	0	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Лікуванні туберкульозу, ВІЛ, гепатиту

1	2	3	4	5	6
26136949	н/д	н/д	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Центр є головним закладом державної служби медицини катастроф територіального рівня.
37004278	9	0	н/д	Відсутнє	Надання первинної допомоги в м. Запоріжжі
01992953	19	1	н/д	Відсутнє	
02007070	112	0	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Надання комплексної допомоги новонародженим
42088653	8	0	н/д	н/д	Відновила роботу після окупації
02007532	129	0	н/д	н/д	Відновила роботу після окупації
44496574	605	0	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Реабілітація та протезування кінцівок
01996869	145	0	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Ангіограф, Реабілітаційне відділення
01982940	179	1	Електричні панелі, Водогінна свердловина		Позитивні відгуки пацієнтів, офтальмологічний лікувально-діагностичний центр з мікрохірургією ока
05384318	18	0	н/д	н/д	Значна матеріальна база та наркологічні відділення
30300749	10	1/1	н/д	н/д	Створено безбар'єрний простір
26191575	75	1	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Громада прийняла багато ВПО, навчання травматологів в Німеччині
01111581	105	1	Водогінна свердловина	Постійне	ендопротезування

38345331	7	0	Електричні панелі, Водогінна свердловина	Постійне	Широка мережа ФАП в селах громади
----------	---	---	---	----------	--------------------------------------

Джерело: Інформація про реєстрацію медичного обладнання в ЕСОЗ. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/informaciia-pro-rejestraciiu-medicnogo-obladnannia-v-e> та сайти медичних закладів [31-50]

За даними табл. 3.6. згідно Інформації про зареєстроване медичне обладнання в ЕСОЗ ми бачимо, що утворення ТМО веде до збільшення кількості медичного обладнання, що дає можливість надавати більше якісних діагностичних та медичних послуг. 7 ЗОЗ з 20 мають пошкоджено війною обладнання, але всі пристосовують діяльність до нових вимог НСЗУ щодо альтернативних джерел живлення та водогонів.

Загалом Гіпотеза 4 підтверджена дослідженням, що гнучкий підхід щодо використання медичного обладнання та забезпечення альтернативними джерелами медичних закладів відображає здатність керівника забезпечити стійкість та життєздатність закладу.

Гіпотеза 5: електронні медичні записи в ЕСОЗ відображають щільну кореляцію з доходом ЗОЗ і відображає його стійкість.

Задля підтвердження гіпотези нами було проведено вибірку по обраних ЗОЗ з відкритих даних НСЗУ Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ, які зведено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ
зкладами охорони здоров'я за 2024 рік, одиниць

Код ЄДРПОУ	Всі ЕМЗ X1	Епізоди X2	Взаємодії X3	Створені направлення X4	Виконані направлення X5	Обстеження X6	Процедури X7	Діагностичні звіти X8
1	2	3	4	5	6	7	8	9
02003787	808,6	99,8	112,1	81,6	59,1	4,3	161,9	173,9
02003793	1118,9	60,1	110,4	226,6	249,2	194,1	113,8	219,4
02003824	518,2	40,5	77,8	73,6	74,8	0,5	114,5	147,7
37944301	1461,1	173,4	250,3	351,9	177,6	41,7	70,1	185,1
39017488	584,9	44,1	113,4	106,6	125,4	0,4	91,2	138,4
26509095	862,0	52,1	139,6	262,2	239,2	0,5	86,6	184,1
26136949	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
37004278	344,6	27,0	61,1	75,3	6	95,1	0	2,6
01992953	724,4	47,3	81,9	155,4	125,5	0,05	15,0	239,8
02007070	463,1	62,5	65,8	31,4	49,6	2,5	109,4	92,4
42088653	252,4	29,7	52,4	63,7	0,006	25,4	8,9	5,1
02007532	1956,5	188,2	382,9	301,8	229,1	59,6	229,4	417,4
44496574	3817,9	435,7	602,9	708,8	493,1	278,0	378,4	437,1
01996869	1341,2	131,6	212,9	191,6	226,9	11,4	233,7	246,5
01982940	3205,6	301,6	501,7	533,1	361,9	339,9	270,3	460,4
05384318	416,6	43,8	65,9	21,9	19,1	13,5	116,7	78,9
1	2	3	4	5	6	7	8	9
30300749	1092,4	97,4	160,7	249,7	0,004	309,3	0,008	54,5
26191575	1257,7	85,4	203,3	247,2	233,4	11,9	150,9	335,1
01111581	485,8	47,4	65,2	89,2	95,1	3,2	79,1	88,7
38345331	306,7	36,4	59,0	53,2	0,003	87,7	0,002	7,3

Джерело: розроблено автором на основі вибірки даних: Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ. URL:

<https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-vedennia-elektronnix-medicnix-zapisiv-v>

Задля підтвердження Гіпотези 5 нами обрано економіко-статистичну модель множинної регресії. Залежною величиною Y в моделі обрано загальний дохід ЗОЗ за 2024 рік з даних Додатку В. Незалежні показники X перелічені в табл. 3.7 Отримані результати моделі відображені в Додатку Д. Множинний R відображає, що 91,8% факторів адекватно характеризують обрані показники.

За результатами моделювання отримано наступне рівняння:

$$Y = -266804 - 6809,5X_1 + 35323,9X_2 - 1050,9X_3 + 8609,5X_4 + 5857,3X_5 + 7048,9X_6 + 7801,52X_7 + 3679,3X_8$$

Отримана модель множинної регресії показує, що всі статистичні записи внесені в ЕСОЗ мають позитивну кореляцію для отримання доходів ЗОЗ, окрім «Взаємодії». Цей статистичний запис несе подвійний зміст: дата та час фактичного надання допомоги або оформлення виписки, тому це подвоєння буде дати та періоду буде модифіковано. Особливо великий коефіцієнт впливу на дохід мають «Епізоди» та «Процедури», що фактично відображає випадок звернення пацієнта в ЗОЗ до лікаря й об'єднує всі взаємодії та медичні записи, пов'язані з першопричиною звернення пацієнта та фактично є історією хвороби пацієнта від звернення щодо симптомів стану пацієнта, встановлення діагнозу, призначень та проведених обстежень та процедур. Але слід зауважити, коли виникають випадки при вторинній допомозі діагноз встановлений лікарем первинної ланки відхиляється й в ЕСОЗ вноситься новий епізод з пацієнтом й проводяться додаткові (до 5-7 обстежень), з яких частина надається як платна послуга пацієнту, хоча після підтверджується діагноз встановлений лікарем первинної ланки.

Отримані результати множинної регресії довели правильність Гіпотези 5, що електронні медичні записи в ЕСОЗ відображають щільну кореляцію з доходом ЗОЗ і відображає його стійкість.

За результатами виявлених проблем ЗОЗ згідно елементів стійкості, наведених на рис. 1.2 та моделі стійкості, зведеної в табл. 1.2 нами розроблені рекомендації щодо збереження та підвищення стійкості та зведені в табл. 3.8.

Таблиця 3.8. Рекомендації щодо збереження та підвищення стійкості закладів охорони здоров'я

ЄДРПОУ	Проблеми	Рекомендації
1	2	3
02003787	Поруч з зоною бойових дій	Запровадження системи ризик менеджменту та інструментів управління або уникнення ризиків.
02003793	Територія була окупована у 2022 році тому було пошкоджено приміщення стаціонару	Запровадження системи ризик менеджменту та інструментів управління або уникнення ризиків.
02003824	Є поодинокі негативні відгуки на лікарів	Запровадження системи ризик менеджменту та інструментів управління або уникнення ризиків.
37944301	Обмежено прийом з 8 до 16.00 із-за комендантської години	Запровадити політику надзвичайних дій. Розробка стратегії відновлення діяльності на засадах релокації.
39017488	7 серпня 2025 року лікарня припинила свою діяльність оскільки лікарі звільнились й вивезла обладнання в Кропивницький	Розробка стратегії відновлення діяльності закладу на засадах релокації.
26509095	Лікування туберкульозу та ВІЛ, переважає фінансування з обласного бюджету	Диференціація джерел фінансування, залучення програм міжнародної технічної допомоги.
26136949	Один із закладів в області, який приймає велику кількість поранених з декількох областей	Запровадити політику надзвичайних дій. Ефективне використання ресурсів. Запровадження системи ризик менеджменту та інструментів управління або уникнення ризиків.
37004278	Знаходиться в зоні активних обстрілів, населення в основному евакуйоване	Розробка стратегії відновлення діяльності закладу на засадах релокації.
01992953	Релоковано в м. Запоріжжя	Запровадити політику надзвичайних дій. Запровадження системи ризик менеджменту та інструментів управління або уникнення ризиків.
02007070	Знаходиться в зоні активних обстрілів	Запровадити політику надзвичайних дій. Ефективне використання ресурсів. Мінімізація ризиків недофінансування
42088653	Територія була під окупацією в 2022 році. Скорочення укладених декларацій на 7 тис.	Запровадити політику надзвичайних дій. Мінімізація ризиків недофінансування
02007532	Територія була під окупацією в 2022 році.	Запровадити політику надзвичайних дій. Запровадження системи ризик менеджменту та інструментів управління або уникнення ризиків.

1	2	3
44496574	Реорганізація мережі ЗОЗ м. Львова шляхом приєднання поліклінік до територіальних медичних об'єднань супроводжується управлінськими організаційними викликами перехідного періоду	Доцільним є впровадження інструментів оцінки організаційних ризиків, анкетування працівників щодо умов праці в перехідний період, а також оптимізація розподілу фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів з метою підвищення стійкості об'єднаного закладу.
01996869	Скарги на лікарів	Ефективне використання ресурсів. Ефективна комунікаційна інфраструктура та її постійне вдосконалення. Аналіз ємності ринку. Формування інформаційної політики, якості даних.
01982940	На сайті розміщено 17 вакансій	Укладання договорів з медичними університетами на підготовку фахівців. Ефективне використання ресурсів. Ефективна комунікаційна інфраструктура та її постійне вдосконалення. Аналіз ємності ринку. Формування інформаційної політики, якості даних
05384318	Скарги на жорстоке, нелюдське або таке, що принижує гідність відношення	Ефективна комунікаційна інфраструктура та її постійне вдосконалення. Аналіз ємності ринку. Формування інформаційної політики, якості даних
30300749	Лише 71% населення району уклали декларації	Ефективна комунікаційна інфраструктура та її постійне вдосконалення. Аналіз ємності ринку. Формування інформаційної політики, якості даних
26191575	На сайті розміщено 28 вакансій	Укладання договорів з медичними університетами на підготовку фахівців. Розробка прогнозів нестачі матеріалів. Альтернативні джерела енерго- та водопостачання. Система додаткових стимулів оплати праці.
01111581	Приєднання у вересні 2024 р. поліклініки	Розробка прогнозів нестачі матеріалів. Залучення громади до громадського обговорення щодо об'єднання лікарні та поліклініки
38345331	Віддаленість сел	Ефективна комунікаційна інфраструктура та її постійне вдосконалення. Аналіз ємності ринку. Формування інформаційної політики, якості даних

Джерело: розроблено автором

Обмеження дослідження полягають у відборі 20 ЗОЗ пропорційно з Центру, Сходу, Півдня та Заходу України, щоб відобразити проблеми громад близьких до проведення бойових дій, або які знаходились під окупацією у 2022 році. Відповідно в останніх громадах закриті портали відкритих даних, а на аналітичних ресурсах НСЗУ закриті дані про КП "ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ", яка зараз має стратегічний

пріоритет. Деякі лікарні закрили власні сайти, тому інформація отримана від інших джерел.

Перспективи подальших досліджень щодо вивчення шляхів забезпечення стійкості медичних закладів полягають у пошуку інструментів щодо зміцнення кадрового потенціалу, залучення молодих фахівців, пошуку додаткових фінансових стимулів щодо мотивації лікарів, старшого та молодшого медичного персоналу. Кадровий потенціал виступає головною умовою щодо розширення ПМГ. В умовах забезпечення стійкості доречно вивчати умови підвищення незалежності медичних закладів в комунальних послугах.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Вивчення теоретичних питань щодо поняття кризових умов та забезпечення стійкості ЗОЗ підтвердило актуальність обраної теми дослідження, оскільки економіки країн стикаються з пандеміями, а значна кількість держав ведуть бойові дії за свою незалежність.

Система стійкості ґрунтується на принципах: навчання, передбачення, моніторинг та розпізнавання. Система, що керується наведеними принципами завдяки навчанню постійно набуває нових компетентностей, що уможливорює передбачення ситуацій, розпізнавання загроз і можливостей, тоді як моніторинг забезпечує отримання інформації для подальшого прийняття управлінських рішень. Елементами стійкості є: лідерство та управління, фінанси, медичні фахівці, надання послуг, медичні продукти та технології, інформація та безпека. Отже, ключовою ланкою системи стійкості є керівництво та його лідерські якості, які сприяють забезпеченню фінансової спроможності. Кожен керівник працює над формуванням команди медичних працівників з належною кваліфікацією, здатної відповідати вимогам ринку медичних послуг. Така команда забезпечує впровадження інноваційних технологій і та використання сучасних медичних продуктів з метою підвищення якості медичних послуг. Керівництво повинно щодня отримувати актуальну та різнопланову інформацію для прийняття рішення у кризових умовах. У результаті діяльності керівник ЗОЗ за підтримки МОЗ повинен забезпечити безпеку життєдіяльності закладу, фахівців та пацієнтів, що в сукупності дозволяє досягати високого рівня фінансової стійкості.

Вивчення міжнародного досвіду показало, що реагування на кризові ситуації є обов'язковою умовою забезпечення стійкості ЗОЗ.

Реакція на кризові умови дозволяє задіяти механізми адаптації до викликів, зокрема здатність розгортати додаткові ліжка, проводити евакуацію обладнання,

ефективно розподіляти ресурси та оперативно запроваджувати протоколи екстреної медичної допомоги.

Реагування керівництва ЗОЗ на кризові умови та ефективність їх діяльності охарактеризовано за допомогою таких показників: чисельність персоналу; оплата праці персоналу; пакети ПМГ; джерела фінансування; забезпеченість медичним обладнанням; наявність альтернативних джерел водо- та енергопостачання; статистичні записи в ЕСОЗ.

У результаті дослідження сформульовано та підтверджено такі гіпотези: Гіпотеза 1: скорочення чисельності медичних фахівців і персоналу відбувається через низькі стимули оплати праці. Гіпотеза 2: диверсифікація джерел фінансування ЗОЗ сприяє протидії сучасним викликам та забезпечує їх фінансову спроможність. Гіпотеза 3: стійкість ЗОЗ може бути відображена за допомогою Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості шляхом співвідношення доходів за ПМГ до загальних доходів закладів. Гіпотеза 4: гнучкий підхід до використання медичного обладнання та забезпечення альтернативними джерелами енерго- та водопостачання відображає здатність керівника забезпечувати стійкість і життєздатність закладу в кризових умовах. Гіпотеза 5: електронні медичні записи в ЕСОЗ демонструють тісну кореляцію з доходами ЗОЗ та відображають їх рівень стійкості.

З метою визначення стійкості ЗОЗ запропоновано розрахунок Індексу стійкості та Індексу порівняльної стійкості, що дозволяє за допомогою матричного підходу відобразити їх позиції в системі координат і виокремити переваги та недоліки кожного закладу. Моніторинг даних щодо медичного обладнання в ЕСОЗ відобразив стан матеріально-технічної бази, а контент-аналіз офіційних сайтів — готовність закладів до забезпечення альтернативними джерелами водо- та енергопостачання та системами зберігання кисню.

Практичні рекомендації, сформовані на основі результатів дослідження, стосуються трьох груп ЗОЗ відповідно до рівня їх стійкості: високого, середнього та низького.

Для ЗОЗ з **високим рівнем стійкості** доцільно застосовувати заходи, спрямовані на утримання досягнутих позицій, зокрема укладення договорів з медичними університетами для розвитку кадрового потенціалу, ефективне використання ресурсів міжнародної технічної допомоги, підтримку та постійне вдосконалення комунікаційної інфраструктури, системний аналіз ємності ринку з метою збереження та розширення пацієнтської бази, а також формування інформаційної політики та забезпечення якості даних.

Для ЗОЗ із **середнім рівнем стійкості, зокрема розташованих у прифронтових громадах**, необхідно впроваджувати політику надзвичайних дій, забезпечувати раціональний розподіл ресурсів в умовах обмеженого фінансування, залучати альтернативні канали постачання, у тому числі гуманітарну та благодійну допомогу, а також запроваджувати систему управління ризиками. Окрему увагу слід приділяти заходам безбар'єрності, безпеці пацієнтів і персоналу.

Для ЗОЗ з **низьким рівнем стійкості** доцільно розробляти індивідуальні антикризові заходи з урахуванням виявлених слабких сторін, що відображаються у від'ємних значеннях Індексу порівняльної стійкості. Рекомендовано залучення громадськості до обговорення управлінських рішень, формування кадрового потенціалу шляхом співпраці з медичними університетами, прогнозування дефіциту матеріальних ресурсів, створення альтернативних джерел енерго- та водопостачання, запровадження додаткових стимулів оплати праці та розроблення стратегічних планів відновлення діяльності закладів в умовах релокації. Керівництву таких закладів доцільно мінімізувати ризики недофінансування шляхом активного залучення благодійної, технічної та гуманітарної допомоги.

Загалом усім ЗОЗ доцільно приділяти увагу впровадженню інноваційних медичних продуктів і технологій, що потребує системного навчання та підвищення кваліфікації персоналу, обміну досвідом і стажувань. Також необхідно посилювати інформаційне забезпечення та заходи безпеки, а всі ЗОЗ мають здійснювати моніторинг безбар'єрності та реалізовувати першочергові заходи, зокрема встановлення ліфтових шахт, тактильної плитки та впровадження цифрової безбар'єрності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Втрати медичної інфраструктури через війну: понад 2300 об'єктів медичних закладів пошкоджені або зруйновані [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-infrastrukturi-cherez-vijnu-ponad-2300-ob-yektiv-medzakladiv-poshkodzheni-abo-zrujnovani> (дата звернення: 18.09.2025).
2. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]. – Київ, 2014. – Режим доступу: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf (дата звернення: 02.10.2025).
3. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року [Електронний ресурс]. – Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2022. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 25.09.2025).
4. 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 березня 2018 р. № 391 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-п> (дата звернення: 30.09.2025).
5. Emami S. G., Lorenzoni V., Turchetti G. Towards resilient healthcare systems: a framework for crisis management // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2024. – Vol. 21. – Art. 286. – DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21030286>.
6. Ivanchenko K., Bilovodska O. Conceptual approaches to specifying and classifying crises in operations of business entities // *Вісник Київського*

- національного університету імені Тараса Шевченка. *Економіка*. – 2024. – № 1 (224). – С. 28–36. – DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2667.2024/224-1/4>.
7. Тур О. Визначення та класифікація криз // Участь молоді у розвитку економіки та суспільства України : матеріали наук.-практ. конф. – Київ, 2012. – С. 104–105 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dspace.nuft.edu.ua/server/api/core/bitstreams/efb7885f-18da-438d-a4a3-99f633d86060/content> (дата звернення: 12.10.2025).
 8. Два роки під прицілом. Медичні та освітні заклади, з якими воює росія : аналітичний звіт [Електронний ресурс] / Українська Гельсінська спілка з прав людини. – Київ, 2024. – Режим доступу: https://www.helsinki.org.ua/wp-content/uploads/2024/05/Press_Med_Osvit_CoverA4-1-1.pdf (дата звернення: 21.09.2025).
 9. Копитко М., Ткачук Д. Управління стійкістю і персоналом у закладах охорони здоров'я у кризових ситуаціях: виклики в умовах війни // *Вчені записки Університету «КРОК»*. – 2024. – № 3 (75). – С. 93–101. – DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-93-101>.
 10. Сокурєнко О. Інституційні виклики та шляхи модернізації системи охорони здоров'я України в умовах війни // *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. – 2025. – № 2 (78). – С. 187–193. – DOI: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2025-2\(78\)-28](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2025-2(78)-28).
 11. Гавва О. Управління медичним забезпеченням територіальних громад в умовах надзвичайних ситуацій: зарубіжний досвід // *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. – 2023. – № 5 (71). – С. 27–32. – DOI: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5\(71\)-3](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5(71)-3).

12. Андреасян Г. Медицина під час війни: з якими викликами стикнулася медична система. Негативні наслідки та позитивні зміни [Електронний ресурс]. – 2025. – Режим доступу: <https://mind.ua/openmind/20255116-medicina-pid-chas-vijni-z-yakimi-viklikami-stiknulasya-medichna-sistema> (дата звернення: 04.10.2025).
13. Khorram-Manesh A., Goniewicz K., Burkle F. M. Social and healthcare impacts of the Russian-led hybrid war in Ukraine – a conflict with unique global consequences // Disaster Medicine and Public Health Preparedness. – 2023. – Vol. 17. – e432. – DOI: 10.1017/dmp.2023.91. – Режим доступу: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/social-and-healthcare-impacts-of-the-russianled-hybrid-war-in-ukraine-a-conflict-with-unique-global-consequences/B1FDFC1631CF9739EA57B6BD277FF754> (дата звернення: 22.09.2025).
14. Novakivskyi V., Shurduk R., Grin I., Tkachenko T., Pavlenko N., Hrynevych A., Hymes J. L., Maddux F. W., Stuard S. War in Ukraine and dialysis treatment: human suffering and organizational challenges // Clinical Kidney Journal. – 2023. – Vol. 16. – P. 676–683. – Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10061431/> (дата звернення: 15.10.2025).
15. Reshota N. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України [Електронний ресурс] // Genius. – Режим доступу: <https://ingeniusua.org/articles/klassyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення: 28.09.2025).
16. Підтримка медиків у прифронтових громадах: медичні заклади отримали вже понад 280 млн грн додаткового фінансування [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/news/pidtrimka-medikiv-u-prifrontovih-gromadah->

- [medichni-zakladi-otrimali-vzhe-ponad-280-mln-grn-dodatkovogo-finansuvannya](#) (дата звернення: 10.10.2025).
17. Soyege O. S., Nwokedi C. N., Tomoh B. O., Mustapha A. Y., Mbata A. O., Balogun O. D., Imohiosen C. E. Public health crisis management and emergency preparedness: strengthening healthcare infrastructure against pandemics and bioterrorism threats // Journal of Frontiers in Multidisciplinary Research. – 2024. – Vol. 5, № 2. – P. 52–68. – Режим доступу: https://www.multidisciplinaryfrontiers.com/uploads/archives/20250319124700_FMR-2025-1-015.1.pdf (дата звернення: 03.10.2025).
 18. Костенюк Н. І. Запровадження медичних інноваційних технологій в системі охорони здоров'я // Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 17 травня 2024 р. – Одеса : Одеська політехніка, 2024. – С. 335–337.
 19. Ogbeta C. P., Mbata A. O., Katas K. U. Developing drug formularies and advocating for biotechnology growth: pioneering healthcare innovation in emerging economies // Quality Assurance. – 2024. – Vol. 2024. – Art. 30. – DOI: <https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2025.6.1.20-25>.
 20. Emami S. G., Lorenzoni V., Pirri S., Turchetti G. What are the characteristics of a resilient healthcare system: a scoping review [Електронний ресурс]. – 2023. – DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2475348/v1> (дата звернення: 19.09.2025).
 21. Witter S., Wurie H., Chandiwana P., Namakula J., So S., Alonso-Garbayo A. та ін. How do health workers experience and cope with shocks? Learning from four fragile and conflict-affected health systems in Uganda, Sierra Leone, Zimbabwe and Cambodia // Health Policy and Planning. – 2017. – Vol. 32, № 3. – P. 3–13. – DOI: 10.1093/heapol/czx112. – Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29149313/> (дата звернення: 27.09.2025).

22. Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники) [Електронний ресурс] / Портал відкритих даних України. – Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4> (дата звернення: 24.09.2025).
23. На окупованих територіях російські війська обкрадають лікарні [Електронний ресурс]. – 02.05.2022. – Режим доступу: <https://medicine.rayon.in.ua/news/510014-na-okupovanikh-teritoriyakh-rosiyski-viyska-obkradayut-likarni> (дата звернення: 18.09.2025).
24. У Львові хочуть реорганізувати ще 5 поліклінік і приєднати їх до 1 і 2 ТМО: що зміниться для пацієнтів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://tvoemisto.tv/news/u_lvovi_hochut_reorganizuvaty_shche_5_poliklinik_i_pryiednaty_ih_do_1_i_2_tmo_180863.html (дата звернення: 29.09.2025).
25. Синергія замість конкуренції: Львів об'єднує поліклініки з ТМО [Електронний ресурс]. – 22 жовтня 2025 р. – Режим доступу: https://zaxid.net/sinerhiya_zamist_konkurentsiyi_lviv_obyednuye_polikliniki_z_tmo_n1621914 (дата звернення: 23.10.2025).
26. Ситуаційний аналіз становища дітей в Україні: 2024 [Електронний ресурс] / UNICEF. – 2024. – Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/reports/sitan2024> (дата звернення: 05.10.2025).
27. Програма медичних гарантій 2025: що змінилося, нові тарифи та вимоги до укладення договорів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiyi/> (дата звернення: 14.10.2025).
28. На 2026 рік передбачено 44 програми медичних гарантій. Контрактування-2026: НСЗУ опублікувала проекти вимог до 44 пакетів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://medplatforma.com.ua/news/103620-kontarktuvannia-2026-nszu-opublikovala-proiekt-yymog-do-44-paketiv> (дата звернення: 21.10.2025).

29. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [Електронний ресурс] / Національна служба здоров'я України. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/dashboards/oplati-nadavacam-medicnoyi-dopomogi-za-programoiu-me> (дата звернення: 26.09.2025).
30. Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна багатoproфільна лікарня № 17» Харківської міської ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://17mkbl.city.kh.ua/> (дата звернення: 08.10.2025).
31. Комунальне некомерційне підприємство Балаклійської міської ради Харківської області «Балаклійська клінічна багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://bkblil.org.ua/> (дата звернення: 03.10.2025).
32. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Краматорської міської ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://kramfamilycenter1.dn.ua/> (дата звернення: 17.09.2025).
33. Добропільська лікарня інтенсивного лікування припиняє свою роботу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.facebook.com/kapridnua/posts/> (дата звернення: 20.09.2025).
34. Комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб» Дніпропетровської обласної ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.dnipro-rcssd.info/> (дата звернення: 11.10.2025).
35. Комунальне підприємство «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://emddnipro.itmed.org/about-us/> (дата звернення: 09.10.2025).
36. Комунальне некомерційне підприємство «Оріхівська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування» Оріхівської міської ради [Електронний

- ресурс]. – Режим доступу: <https://orikhiv.crl.net.ua/platni-poslugy/> (дата звернення: 02.10.2025).
37. Релокована лікарня: як медики з Оріхова продовжують допомагати пацієнтам у Запоріжжі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.zoda.gov.ua/news/73601/relokovana-likarnya-yak-mediki-z-orihova-prodovzhujut-dopomagati-patsijentam-u-zaporizhzh.html> (дата звернення: 16.10.2025).
 38. Комунальне некомерційне підприємство «Миколаївська обласна дитяча клінічна лікарня» Миколаївської обласної ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.modkl.com.ua/> (дата звернення: 07.10.2025).
 39. Комунальне некомерційне підприємство «Тростянецький центр первинної медичної допомоги» Тростянецької міської ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://trostcpmd.itmed.org/> (дата звернення: 27.09.2025).
 40. Комунальне некомерційне підприємство Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня імені академіка Михайла Давидова» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://crl-konotop.in.ua/> (дата звернення: 19.09.2025).
 41. Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання». Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://1tmo.lviv.ua/> (дата звернення: 07.10.2025).
 42. Львівські депутати таки погодили реорганізацію п'яти міських поліклінік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://lviv.media/lviv/103988-lvivski-deputati-taki-pogodili-reorganizaciyu-pyati-miskih-poliklinik/> (дата звернення: 23.10.2025).
 43. Комунальне підприємство «Центральна міська лікарня Червоноградської міської ради» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://likarnya-chervonograd.com.ua/ua/> (дата звернення: 01.10.2025).

44. Комунальне некомерційне підприємство «Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання» Ковельської міської ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://kovelmtmo.org.ua/> (дата звернення: 28.09.2025).
45. Комунальне підприємство «Волинська обласна психіатрична лікарня міста Луцька» Волинської обласної ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.mentalvolyn.com.ua/> (дата звернення: 06.10.2025).
46. Відвідування КП «Волинська обласна психіатрична лікарня міста Луцька» Волинської обласної ради [Електронний ресурс] / Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. – Режим доступу: https://ombudsman.gov.ua/news_details/vidviduvannya-kp-volinska-oblasna-psihiatrichna-likarnya-mista-lucka-volinskoyi-oblasnoyi-radi (дата звернення: 14.10.2025).
47. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Дарницького району м. Києва» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://cpmsd3.kiev.ua/index.php/homepage> (дата звернення: 21.09.2025).
48. Комунальне підприємство «3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://3mklpoltava.itmed.org/about-us/> (дата звернення: 09.10.2025).
49. Комунальне некомерційне підприємство «Ірпінська центральна міська лікарня» Ірпінської міської ради Київської області [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://irpinmed.com.ua/ua/> (дата звернення: 03.10.2025).
50. Комунальне некомерційне підприємство «Оржицький центр первинної медико-санітарної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://orzhytsk.pmsd.org.ua/> (дата звернення: 18.09.2025).
51. Інформація про реєстрацію медичного обладнання в ЕСОЗ [Електронний ресурс] / Національна служба здоров'я України. – Режим доступу:

<https://nszu.gov.ua/dashboards/informaciia-pro-rejestraciiu-medicnogo-obladnannia-v-e> (дата звернення: 11.10.2025).

52. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ [Електронний ресурс] / Національна служба здоров'я України. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-vedennia-elektronnix-medicnix-zapisiv-v> (дата звернення: 25.09.2025).
53. Тіщенко А., Юнгер В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: виклики та перспективи // *Інноваційні підходи у наукових дослідженнях у сфері громадського здоров'я та профілактичної медицини: досягнення та перспективи* : збірка матеріалів студентської науково-практичної конференції. Київ : Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 2025. С. 261–264.

ДОДАТКИ

Додаток А

Заклади охорони здоров'я , обрані для дослідження

Область	Назва ЗОЗ	Рівень допомоги	Вид допомоги
1	2	3	4
ХАРКІВСЬКА	КНП "МІСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ № 17" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	Спеціалізована	Багато профільна
ХАРКІВСЬКА	КНП БАЛАКЛІЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ "БАЛАКЛІЙСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ"	Спеціалізована	Багато профільна
ХАРКІВСЬКА	КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" БАРВІНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ ІЗЮМСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	Спеціалізована	Багато профільна
ДОНЕЦЬКА	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 1" КРАМАТОРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	Первинна	Первинна
ДОНЕЦЬКА	КНП "ДОБРОПІЛЬСЬКА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ"	Спеціалізована	Багато профільна
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	КП "ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	Спеціалізована	Багато профільна
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	КП "ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"	Екстрена	Екстрена
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	КНП "ПОКРОВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" ПОКРОВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ"	Первинна	Первинна
ЗАПОРІЗЬКА	КНП "ОРІХІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ" ОРІХІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	Спеціалізована	Багато профільна
МИКОЛАЇВСЬКА	КНП "МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	Спеціалізована	Багато профільна

СУМСЬКА	КНП "ТРОСТЯНЕЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ" ТРОСТЯНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	Первинна	Первинна
1	2	3	4
СУМСЬКА	КНП КОНОТОПСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "КОНОТОПСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ ІМ. АКАДЕМІКА МИХАЙЛА ДАВИДОВА"	Спеціалізована	Багато профільна
ЛЬВІВСЬКА	КНП "ЛЬВІВСЬКЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ" БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ"	Спеціалізована	Багато профільна
ЛЬВІВСЬКА	КП "ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ ЧЕРВОНОГРАДСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ"	Спеціалізована	Багато профільна
ВОЛИНСЬКА	КНП КОВЕЛЬСЬКЕ МІСЬКРАЙОННЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ КОВЕЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ	Спеціалізована	Багато профільна
ВОЛИНСЬКА	КП "ВОЛИНСЬКА ОБЛАСНА ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ М.ЛУЦЬКА" ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	Спеціалізована	Психіатрична
М.КИЇВ	КНП "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 3 ДАРНИЦЬКОГО РАЙОНУ М.КИЄВА"	Первинна	Первинна
КИЇВСЬКА	КНП "ІРПІНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" ІРПІНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	Спеціалізована	Багато профільна
ПОЛТАВСЬКА	КП "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ"	Спеціалізована	Багато профільна
ПОЛТАВСЬКА	КНП "ОРЖИЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"	Первинна	Первинна

Додаток Б

Структура доходів закладів охорони здоров'я за 2022 рік, тис. грн.

Код ЄДРПОУ	Всі доходи	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Інше	Державний бюджет	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Благодійна допомога
02003787	568 255,60	349 498,70	2 449,80	4 415,00	11 447,20	11 066,30	189 378,60
02003793	257 472,20	212 815,30	390,6	659,7	9 033,70	10 503,50	24 069,30
02003824	48 444,50	33 927,50	123,1	502,7	102,9	6 754,70	7 033,60
37944301	171 690,60	131 725,50	0	2 751,50	2 963,60	15 245,70	19 004,40
39017488	151 063,00	117 553,00	1 535,60	2 834,90	2 447,50	2 623,60	24 068,50
26509095	149 235,60	10 179,70	5 686,90	560,8	56 407,90	8 264,30	68 135,90
26136949	1 014 676,50	929 844,90	253,3	18 412,10	11 639,10	2 116,00	52 411,00
37004278	43 032,50	21 605,70	0	491,1	939,8	18 667,10	1 328,70
01992953	157 385,60	139 978,20	98,6	1 245,70	1 471,60	1 612,70	12 978,70
02007070	246 059,80	129 523,40	0	2 102,30	39 343,90	19 282,20	55 808,10
42088653	33 305,30	17 305,80	0	154,5	2 158,60	7 290,70	6 395,70
02007532	329 362,60	250 366,30	7 375,50	3 588,90	0	20 289,40	47 742,40
44496574	2 426 512,60	1 358 941,40	100 862,50	44 452,70	2 038,40	499 093,70	421 123,90
01996869	245 564,80	173 471,40	3 853,00	4 231,70	13 907,80	36 526,90	13 574,00
01982940	502 226,60	363 693,20	5 842,30	16 942,30	33 447,20	47 063,00	35 238,60
05384318	113 169,80	75 918,00	478,7	2 357,50	1 100,00	21 948,60	11 367,10
30300749	53 677,40	41 956,60	0	1 056,20	0	5 683,30	4 981,40
26191575	223 629,80	147 863,10	4 111,50	12 938,40	25 811,10	21 059,60	11 846,10
01111581	246 536,90	100 884,70	1 796,40	739,3	813,2	139 525,00	2 778,30
38345331	20 341,40	14 066,40	0	163,9	2 750,40	1 562,50	1 798,30

Додаток В

Структура доходів закладів охорони здоров'я за 2024 рік, тис. грн.

Код ЄДРПОУ	Всі доходи	Програма медичних гарантій	Платні послуги, страхові виплати	Інше	Державний бюджет	Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	Благодійна допомога
02003787	473 860,14	343 630,03	4 541,99	18 098,09	2 708,34	38 883,64	65 998,04
02003793	195 669,60	131 188,83	3 101,65	6 586,63	4 122,44	25 235,54	25 434,51
02003824	98 414,80	68 442,76	755,1	1 567,59	2 542,22	15 116,70	9 990,44
37944301	163 111,03	93 236,25	1 366,11	4 350,93	5 235,23	24 202,32	34 720,18
39017488	134 105,62	96 261,93	3 181,40	7 147,65	2 315,59	4 684,98	20 514,08
26509095	671 671,66	118 839,73	13 415,01	1 131,40	1 880,31	22 431,74	513 973,46
26136949	1 109 257,52	988 318,24	792,22	18 685,05	21 814,46	19 561,92	60 085,62
37004278	36 662,41	21 540,80	-	1 789,69	2 965,25	7 054,65	3 312,03
01992953	52 631,60	47 764,09	172,04	1 144,91	137,97	864,88	2 547,72
02007070	250 036,98	122 709,55	736,29	1 797,25	32 547,82	18 963,90	73 282,17
42088653	36 564,49	17 138,02	1 139,41	219,72	746,06	8 144,67	9 176,61
02007532	335 769,84	250 729,02	9 022,00	4 124,80	-	27 369,85	44 524,17
44496574	4 754 479,95	2 441 079,56	109 212,69	168 316,30	77 326,09	906 065,57	1 052 479,73
01996869	285 172,85	227 035,83	5 228,73	6 263,52	9 688,38	25 727,03	11 229,36
01982940	577 584,88	407 812,68	12 605,36	21 042,55	16 274,25	58 579,36	61 270,68
05384318	228 678,95	185 511,22	2 909,47	11 130,94	31,43	18 753,74	10 342,15
30300749	62 815,67	41 085,66	2 412,15	2 499,57	1 379,26	11 469,84	3 969,18
26191575	282 671,02	156 191,68	9 265,69	14 220,77	4 151,21	86 143,99	12 697,69
01111581	328 680,72	90 629,15	2 567,56	1 601,57	-	171 440,61	62 441,84
38345331	16 007,25	12 267,52	0,72	198,51	1 139,71	2 217,74	183,05

Додаток Д

Результати множинної регресії

ВЫВОД
ИТОГОВ

<i>Регрессионная статистика</i>	
Множественный	
R	0,918723
R-квадрат	0,844052
Нормированный	
R-квадрат	0,719294
Стандартная	
ошибка	557985,3
Наблюдения	19

<i>Дисперсионный анализ</i>					
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Значимость F</i>
Регрессия	8	1,69E+13	2,11E+12	6,76549	0,003408
Остаток	10	3,11E+12	3,11E+11		
Итого	18	2E+13			

	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>t-статистика</i>	<i>P- Значение</i>	<i>Нижние 95%</i>	<i>Верхние 95%</i>	<i>Нижние 95,0%</i>	<i>Верхние 95,0%</i>
Y-пересечение	-266804	278919,2	-0,95656	0,361341	-888275	354666,6	-888275	354666,6
Переменная X 1	-6809,46	5443,498	-1,25093	0,239434	-18938,3	5319,413	-18938,3	5319,413
Переменная X 2	35323,96	21048,04	1,678254	0,124225	-11574	82221,93	-11574	82221,93
Переменная X 3	-1050,87	7542,665	-0,13932	0,89196	-17857	15755,23	-17857	15755,23

Переменная X 4	8609,498	7092,392	1,213906	0,252674	-7193,34	24412,33	-7193,34	24412,33
Переменная X 5	5857,287	6124,269	0,956406	0,361417	-7788,44	19503,01	-7788,44	19503,01
Переменная X 6	7048,886	7253,904	0,971737	0,354099	-9113,82	23211,59	-9113,82	23211,59
Переменная X 7	7801,52	6076,409	1,283903	0,228125	-5737,56	21340,6	-5737,56	21340,6
Переменная X 8	3679,323	7330,991	0,501886	0,626613	-12655,1	20013,79	-12655,1	20013,79

**ВЫВОД
ОСТАТКА**

<i>Наблюдение</i>	<i>Предсказанное Y</i>	<i>Остатки</i>	<i>Стандартные остатки</i>
1	616509,8	-142650	-0,34299
2	594842,7	-399173	-0,95979
3	65417	32997,8	0,079341
4	1237846	-1074735	-2,58413
5	64775,66	69329,96	0,1667
6	572094,3	99577,32	0,239427
7	-360450	397112,1	0,954831
8	-542135	594766,3	1,430079
9	490274,7	-240238	-0,57764
10	-175755	212319,3	0,510509
11	341868,7	-6098,9	-0,01466
12	4003012	751468,1	1,806858
13	814380,2	-529207	-1,27245
14	939391,5	-361807	-0,86994
15	-29368,3	258047,2	0,620458
16	96846,11	-34030,4	-0,08182
17	-38602	321273	0,772481
18	322009	6671,753	0,016042
19	-28368,6	44375,85	0,106699

ВЫВОД ВЕРОЯТНОСТИ

<i>Персентиль</i>	<i>Y</i>
2,631579	16007,25
7,894737	36564,49
13,15789	36662,41
18,42105	52631,6
23,68421	62815,67
28,94737	98414,8
34,21053	134105,6
39,47368	163111
44,73684	195669,6
50	228679
55,26316	250037
60,52632	282671
65,78947	285172,9
71,05263	328680,7
76,31579	335769,8
81,57895	473860,1
86,84211	577584,9
92,10526	671671,7
97,36842	4754480