МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ЦІЛИК КАТЕРИНА ПЕТРІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

К. П. ЦІЛИК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ВОЙТЕНКО Архип Борисович
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат наук з державного управління, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2024

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: **ЦІЛИК Катерину Петрівну** допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № ____ від «____» грудня 2024 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор	_____	Валентина ЯКОБЧУК
(науковий ступінь, вчене звання)	(підпис)	(власне ім'я та прізвище)

«___» грудня 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **ЦІЛИК Катерина Петрівна** захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____	_____	Анастасія ПРУТ
(науковий ступінь, вчене звання)	(підпис)	(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ЦІЛИК К. П. Організація системи надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

У роботі розглянуто особливості функціонування первинних медичних закладів та механізми адаптації їх до викликів війни при посиленні ресурсних обмежень. Аналізується роль медичної допомоги як основної ланки забезпечення базових медичних послуг, підтримання здоров'я населення та реагування на екстрені ситуації. Особливу увагу приділено питанням організації роботи медичного персоналу, логістики медичних ресурсів, координації з місцевими та міжнародними гуманітарними організаціями, а також впровадженню цифрових технологій для віддаленого консультування пацієнтів. Дана характеристика теоретичних засад публічного управління забезпеченням первинною медичною допомогою і послугами. Надано загальний огляд та дефініцію первинної медико-санітарної допомоги, її концептуальні аспекти та основні елементи. Здійснено аналіз сучасного стану складних соціально-економічні умов, які створює війна, вказано нові виклики для економіки та соціальної сфери, що, в свою чергу, впливає на здоров'я населення. Розроблено пропозиції щодо удосконалення забезпечення первинною медичною допомогою в умовах військового стану в Україні.

Ключові слова: публічне управління, організація, система, первинна медична допомога, проблеми ПМД, військовий стан.

SUMMARY

TSILYK K. Organisation of the primary healthcare system under martial law. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 281 «Public management and administration» – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

The paper examines the peculiarities of the functioning of primary healthcare institutions and mechanisms for their adaptation to the challenges of war with increasing resource constraints. The role of primary health care as the main link in providing basic medical services, maintaining public health and responding to emergencies is analyzed. Particular attention is paid to the organization of medical personnel, logistics of medical resources, coordination with local and international humanitarian organizations, and the introduction of digital technologies for remote patient counseling. The article describes the theoretical foundations of public administration of primary health care and services. A general overview and definition of primary health care, its conceptual aspects and basic elements are provided. The current state of the difficult socio-economic conditions created by the war is analyzed, new challenges for the economy and social sphere are indicated, which, in turn, affects the health of the population. The proposals for improving the provision of primary health care under martial law in Ukraine are developed.

Keywords: public administration, organization, system, primary health care, problems of primary health care, martial law.

ЗМІСТ

ВСТУП		6
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ І ПОСЛУГАМИ	11
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	18
РОЗДІЛ 2.	СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ	19
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	24
РОЗДІЛ 3	НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	26
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	33
ВИСНОВКИ		34
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		36
ДОДАТКИ		43

ВСТУП

Актуальність теми. Умови війни створюють безпрецедентні виклики для системи охорони здоров’я, зокрема в сфері організації первинної медичної допомоги, яка є фундаментом медичного обслуговування населення. Відбуваються масові переміщення людей, зростає кількість травм, загострюються хронічних захворювань, що визначає нові вимоги до організації діяльності медичних установ. Надважливим є забезпечення доступу до базових медичних послуг, що у таких умовах має вирішальне значення для збереження життя і здоров’я населення, стабілізації громадського порядку та запобігання гуманітарним кризам.

Особливої актуальності набувають питання організації роботи первинної ланки медицини, швидкої адаптації медичних закладів до воєнних умов, координації дій із місцевою владою та міжнародними організаціями. Адаптація механізмів первинної медичної допомоги, в умовах воєнного стану, сприяє пошуку ефективних рішень для збереження функціональності системи охорони здоров’я, підвищення стійкості медичних установ до екстрених ситуацій та забезпечення сталого розвитку галузі в післявоєнний період.

Понад 1 мільярд людей у світі ризикують опинитися за межею бідності через те, що витрати на охорону здоров'я становлять 10 % або більше від сімейного бюджету. Розширення інтервенцій первинної медико-санітарної допомоги (ПМД) у країнах з низьким і середнім рівнем доходу може врятувати 60 мільйонів життів і збільшити середню тривалість життя на 3,7 року до 2030 року. Більшість основних втручань (90 %) для забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я можуть бути надані з використанням підходу ПМД.

За оцінками, 75 % прогнозованих досягнень у сфері охорони здоров'я, передбачених Цілями сталого розвитку, можуть бути досягнуті за допомогою ПМД. Досягнення цілей у сфері ПМД потребує додаткових інвестицій у розмірі

від 200 до 328 млрд. доларів США на рік для надання більш комплексного пакету медичних послуг [19].

Повномасштабна війна, яку веде росія протягом останніх років, має негативний вплив на життя та здоров'я людей в Україні, а також завдає значних втрат в системі охорони здоров'я. Атака на медичні заклади це агресивна стратегія російських окупантів. Руйнація інфраструктури, нестача персоналу, порушення логістики медпрепаратів - все це перешкоджає своєчасному та повному забезпеченню населення медичними ресурсами. Незважаючи на численні виклики, система охорони здоров'я вистояла і сьогодні іде шляхом реформування первинної ланки.

Українська система охорони здоров'я у всі часи була унікальною, особливо на первинному рівні надання медичних послуг і профілактики захворювань. Військові дії привели до великих втрат в галузі, але медична система вистояла, а кризові явища підштовхнули до пошуку більш результативних рішень, які допомогли охороні здоров'я країни не лише вижити, а й продовжити розвиватися. Первинна медична допомога в умовах воєнного стану має надзвичайно важливе значення. По-перше, вона забезпечує першу лінію підтримки для осіб, які отримали травми або захворіли внаслідок бойових дій. Це включає надання першої допомоги, стабілізацію стану пацієнтів та їх подальшу транспортування до лікувальних закладів. По-друге, первинна медична допомога відіграє ключову роль у профілактиці поширення інфекційних захворювань, які можуть виникнути в результаті погіршення санітарних умов та скупчення населення.

Крім того, у умовах воєнного стану важливо підтримувати психічне здоров'я населення, і первинна медична допомога може впоратися з такими питаннями, надаючи консультації та підтримку людям, які пережили стрес чи травми. Загалом, первинна медична допомога виступає важливим елементом у підтримці здоров'я населення, збереженні життя та забезпеченні стійкості системи охорони здоров'я під час кризових ситуацій. Організація системи

надання первинної медичної допомоги безперечна, особливо в умовах, коли країни стикаються з військовими конфліктами та кризовими ситуаціями.

Головні аспекти актуальності цієї теми включають наступне: зростаючі потреби в медичній допомозі, погіршення інфраструктури охорони здоров'я, складні соціально-економічні умови, соціальна нестабільність та загрози національній безпеці, забезпечення медичних потреб; адаптація до змін, психологічна підтримка, забезпечення доступності послуг та низка інших. Таким чином, дослідження питань, пов'язаних з організацією системи первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану, є вкрай актуальним та важливим для вдосконалення охорони здоров'я та забезпечення благополуччя населення. Ця тема є важливою не лише для медичної спільноти, але й для розробки державної політики в області охорони здоров’я під час кризових ситуацій та після них. Нашою кваліфікаційною роботою визнано актуальним дослідження про те, якої шкоди завдала війна українській системі охорони здоров'я, які зміни відбулися і як розвивається система охорони здоров'я зараз [20].

Мета дослідження. Дослідити теоретичні та практичні аспекти державного управління системою первинної медичної допомоги в умовах військового стану для визначення основних проблем, можливостей їх вирішення та розробки пропозицій подальшого розвитку галузі.

Завдання дослідження:

- проаналізувати теоретичні підмури державного управління первинною медичною допомогою.
- охарактеризувати сучасний стан забезпечення первинною медичною допомогою в умовах війни в Україні.
- проаналізувати основні проблеми первинною медичною допомогою в умовах військового стану.
- визначити сучасний стан первинної медичної допомоги закордонних країн.

- розробити пропозиції щодо удосконалення забезпечення первинною медичною допомогою в умовах військового стану в Україні.

Об'єкт дослідження. Процес управління забезпеченням первинною медичною допомогою в умовах військового стану.

Предмет дослідження. Актуальні проблеми удосконалення інструментів управління в сфері первинної медичної допомоги в умовах військового стану.

Методологія дослідження. Для дослідження організації системи надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану використовувались, аналіз документів, законодавчих та нормативно-правових актів, які регулюють надання медичних послуг у воєнний час, звітів органів охорони здоров'я, міжнародних організацій та благодійних фондів, проводився збір даних серед пацієнтів, медичного персоналу та управлінців щодо ефективності роботи системи, статистичний аналіз про звернення за первинною медичною допомогою, поширеність захворювань, кадровий потенціал, наявність ресурсів тощо. Застосовувались методи порівняльного аналізу систем ПМСД в Україні та в інших країнах, що стикалися з кризовими ситуаціями, системний аналіз ,для вивчення структури, функцій та взаємодії компонентів системи ПМСД в умовах війни. Метод SWOT-аналізу для визначення сильних, слабких сторін, можливостей та загроз системи ПМСД в умовах воєнного стану було застосовано з метою прогнозування та моделювання управлінням первинною медичної допомоги в кризових умовах.

Апробація кваліфікаційної роботи. Розглянуті в кваліфікаційній роботі питання та проблеми в первинні медицині оприлюднювались на Міжнародних науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті. За темою опубліковано три тези.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці рекомендацій щодо вдосконалення організації первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану, що можуть бути використані органами державного управління та медичними закладами для підвищення їхньої ефективності. Запропоновані заходи сприяють покращенню координації медичних послуг,

оптимізації використання ресурсів та впровадженню цифрових технологій для віддаленого консультування пацієнтів.

Елементи наукової новизни. Намагання автора означити пріоритетні направленості побудови найбільш ефективної моделі первинної медичної допомоги в умовах в воєнно-політичної кризи.

Структура дослідження: складається із вступу, 3-х основних розділів, загальних висновків, списку використаних 67 джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 41 сторінку.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ І ПОСЛУГАМИ

«Первинна медико-санітарна допомога (ПМД) вбачає консультацію лікаря, забезпечує профілактику, діагностику та лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів, проведення індивідуальних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, медичної профілактики захворювань, гігієнічного виховання та санітарної просвіти населення, реалізацію прав людини щодо охорони здоров'я дитини, матері та батька, а також направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування» [22]. Первинна медична допомога спрямована на забезпечення максимально можливого рівня здоров'я і благополуччя та їх справедливого розподілу шляхом зосередження на потребах населення у сталому здоровому житті без будь-якого фінансового навантаження на пацієнтів [23].

Поняття ПМД з 1978 року [24] неодноразово переглядалось і переосмислювалося, що призвело до плутанини в розумінні цього терміну і практики його застосування. Для полегшення координації майбутніх зусиль у сфері ПМСД на глобальному, національному та місцевому рівнях, а також для керівництва їхньою реалізацією було розроблено чітке і просте визначення:

«ПМД – це загальносуспільний підхід до охорони здоров'я, спрямований на забезпечення максимально можливого рівня здоров'я і благополуччя та їх справедливого розподілу шляхом зосередження уваги на потребах людей і на якомога більш ранніх етапах континууму від зміцнення здоров'я і профілактики захворювань до лікування, реабілітації та паліативної допомоги, і максимально наближений до повсякденного оточення людей. Іншими словами – це модель охорони здоров'я, яка підтримує перший контакт, доступну, безперервну, комплексну та скоординовану медичну допомогу, орієнтовану на людину» [22].

Бачення первинної медико-санітарної допомоги у 21 столітті: ПМД включає три взаємопов'язані та синергетичні компоненти, зокрема: комплексні інтегровані медичні послуги, які охоплюють первинну медичну допомогу, а також блага та функції громадського здоров'я в якості центральних елементів; багатосекторальну політику та дії, спрямовані на попередні та більш широкі детермінанти здоров'я; залучення та розширення прав і можливостей окремих осіб, сімей та громад для розширення соціальної участі та підвищення рівня самодопомоги і самодостатності у сфері охорони здоров'я.

ПМД ґрунтується на прихильності до соціальної справедливості, рівності, солідарності та участі. Вона ґрунтується на визнанні того, що користування найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної людини без будь-яких відмінностей.

Для того, щоб всезагальне охоплення послугами охорони здоров'я (ВОПЗ) було дійсно всезагальним, необхідний перехід від систем охорони здоров'я, побудованих навколо хвороб і установ, до систем охорони здоров'я, створених для людей і за участю людей. ПМД вимагає від урядів на всіх рівнях підкреслити важливість дій, що виходять за межі сектору охорони здоров'я, з метою реалізації загальнодержавного підходу до охорони здоров'я, включаючи політику «здоров'я в усіх сферах», сильний акцент на рівність і втручання, що охоплюють весь життєвий цикл [23].

ПМСД розглядає більш широкі детермінанти здоров'я і зосереджується на комплексних і взаємопов'язаних аспектах фізичного, психічного та соціального здоров'я і благополуччя. Вона забезпечує комплексний догляд за здоров'ям людини впродовж усього життя, а не лише при певних захворюваннях. Первинна медико-санітарна допомога гарантує людям отримання якісної комплексної допомоги - від популяризації та профілактики до лікування, реабілітації та паліативної допомоги - максимально наближеної до їхнього повсякденного оточення.

Первинна медична допомога важлива тому, що держави-члени взяли на себе зобов’язання щодо оновлення та впровадження ПМД як наріжного каменю

сталої системи охорони здоров’я для Загального охоплення послугами охорони здоров’я (UHC), пов’язаних зі здоров’ям цілей сталого розвитку (ЦСР) та безпеки здоров’я. ПМД забезпечує «програмний двигун» для UHC, пов’язаних зі здоров’ям ЦСР і безпеки здоров’я. Це зобов’язання кодифіковано та підтверджено в Декларації Астани, супровідній Резолюції 72/2 Всесвітньої асамблеї охорони здоров’я, глобальних моніторингових звітах щодо UHC та деклараціях високого рівня Генеральної Асамблеї ООН щодо UHC. UHC, пов’язані зі здоров’ям ЦСР і цілі безпеки здоров’я є амбітними, але досяжними. Прогрес необхідно терміново прискорити, і ПМД надає для цього засоби.

ПМСД є найбільш інклюзивним, справедливим, економічно ефективним і ефективним підходом до покращення фізичного та психічного здоров’я людей, а також соціального благополуччя. Свідчень широкомасштабного впливу інвестицій у ПМД продовжує зростати в усьому світі, особливо під час криз, таких як пандемія COVID-19 [21].

У всьому світі інвестиції в ПМД покращують справедливість і доступ, ефективність охорони здоров’я, підзвітність систем охорони здоров’я та результати для здоров’я. Хоча деякі з цих факторів безпосередньо пов’язані з системою охорони здоров’я та доступом до медичних послуг, очевидно, що широкий спектр факторів, окрім медичних послуг, відіграє вирішальну роль у формуванні здоров’я та добробуту. Серед них соціальний захист, продовольчі системи, освіта та екологічні фактори.

ПМСД також має вирішальне значення для того, щоб зробити системи охорони здоров’я більш стійкими до кризових ситуацій, більш проактивними у виявленні ранніх ознак епідемій і більш готовими діяти на ранніх стадіях у відповідь на різке зростання попиту на послуги. Незважаючи на те, що докази ще накопичуються, широко визнано, що ПМД є «вхідними дверима» системи охорони здоров’я та забезпечує основу для зміцнення основних функцій громадського здоров’я для протистояння кризам громадського здоров’я, таким як COVID-19.

ВООЗ допомагає країнам переорієнтувати свої системи охорони здоров’я на ПМД як на ключовий засіб досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я, Цілей сталого розвитку та безпеки здоров’я. Системи охорони здоров’я мають бути придатними для людей, відповідати контексту та меті. Зміцнення системи охорони здоров'я передбачає посилення управління та фінансування охорони здоров'я; працівники охорони здоров'я; гендер, рівність і права; інформаційні системи; якість і безпека пацієнтів; здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків до здорового старіння; сексуальне та репродуктивне здоров'я; медикаменти та вироби медичного призначення; готовність до надзвичайних ситуацій, реагування та відновлення; робота з інфекційних і неінфекційних захворювань, серед іншого [22].

Індія є першою країною, яка впровадила первинну медико-санітарну допомогу ще до прийняття Алма-Атинської декларації. Основний девіз адаптації ПМСД - служити людям для збереження здоров'я, не витрачаючи грошей з їхньої кишені. На основі звіту Комітету з обстеження та розвитку охорони здоров'я від 1946 року уряд Індії впровадив первинну медичну допомогу в сільських громадах [25].

Багато проектів, таких як найбільш відома Національна програма планування сім'ї (започаткована в 1952 році) та політика одного медичного працівника на 1000 осіб у 1970-х роках, були реалізовані для зміцнення системи охорони здоров'я в країні. У 2005 році уряд УПА започаткував Місію охорони здоров'я в сільській місцевості (МОСМ) як крок до покращення доступу до якісної медичної допомоги, особливо для бідних сільських жінок і дітей. Всі ці проекти, пов'язані з охороною здоров'я, призвели до значного зниження коефіцієнта материнської смертності (КМС) на 77 % з 556 на 100 000 живонароджених у 1990 році до 130 на 100 000 живонароджених у 2016 році [26].

Наприкінці 1960-х - на початку 1970-х років у США вперше з'явилася концепція первинної медико-санітарної допомоги, яка передбачала боротьбу з малярією на рівні громад. Уряд ініціював проект з охорони здоров'я на рівні

громад. Співробітники ВООЗ провели опитування та вивчили досвід роботи допоміжних медичних служб у країнах, що розвиваються, і стверджували, що «суворий галузевий підхід до охорони здоров'я є неефективним» [27].

У 1874 році канадський лікар Лалонд у своїй доповіді зменшив значення, яке надавалося кількості медичних закладів, і запропонував детермінанти для біології здоров'я, медичних послуг, навколишнього середовища та способу життя [28].

Наприкінці 1960-х років Християнська медична комісія розпочала планування ПМД. Ця організація, за підтримки Всесвітньої Ради Церков та Всесвітньої Лютеранської Федерації, сформулювала місію ПМСД з акцентом на підготовку низових сільських працівників, оснащених найнеобхіднішими медикаментами та простими методами. У 1970 році ВООЗ опублікувала журнал «*Контакт*», присвячений «первинній медико-санітарній допомозі». Згодом, у 1974 році, ВООЗ продовжила підтримку щодо подальшої популяризації цього журналу на глобальному рівні [29].

У 1948 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ініціювала порядок денний первинної медико-санітарної допомоги, а пізніше він був висвітлений на Алма-Атинській міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги [30, 31].

По суті, первинна медико-санітарна допомога призначена для громади/всього суспільства для надання широкого спектру медичних послуг, включаючи зміцнення здоров'я; профілактику захворювань; лікування та реабілітацію; та паліативну допомогу [32].

Весь процес надання первинної медичної допомоги базується на динаміці населення та системі охорони здоров'я з метою інтеграції особистої медичної допомоги, функції громадського здоров'я та процесу управління лікарнею. Надання послуг первинної медико-санітарної допомоги є лише частиною широкого спектру концепцій первинної медико-санітарної допомоги, спрямованих на детермінанти здоров'я; реалізація концепції первинної медико-

санітарної допомоги повинна супроводжуватися багатоаспектними діями та розширенням прав і можливостей населення [33].

За останні чотири десятиліття надання ПМД перейшло від простого планування до дій. Алма-Атинська декларація, як і раніше має вирішальне значення в сучасних умовах глобальної охорони здоров'я, таких як пандемія COVID-19, особливо для країн, що розвиваються. Для досягнення цієї мети Організація Об'єднаних Націй (ООН) спочатку оголосила вісім Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) до 2015 року [29]. Але, дивлячись на прогрес, ООН оголосила 17 Цілей сталого розвитку (ЦСР), з великою надією досягти того ж до кінця 2030 року

Рис. 1.1. Цілі сталого розвитку (17 цілей), які мають бути досягнуті до кінця 2030 року

Джерело [26].

ЦСР 3 складається з 13 завдань та 28 індикаторів, за допомогою яких можна відстежувати прогрес. Перші дев'ять завдань відомі як «кінцеві цілі», які включають зниження материнської смертності; повне припинення материнської смертності у віці до 5 років; профілактику інфекційних захворювань;

забезпечення зниження смертності від неінфекційних захворювань та зміцнення психічного здоров'я; профілактику та лікування зловживання психоактивними речовинами; зниження дорожньо-транспортного травматизму та смертності; сексуальну та репродуктивну медицину, планування сім'ї та освіту; досягнення всезагального охоплення послугами охорони здоров'я; зниження рівня захворюваності та смертності від шкідливих хімічних речовин та забруднення довкілля.

Чотири завдання ЦСР 3 «засоби досягнення» включають імплементацію Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну; підтримку досліджень і розробок доступних вакцин і ліків; фінансову підтримку медичних працівників у країнах, що розвиваються; і вдосконалення систем раннього попередження про глобальні ризики для здоров'я населення.

Крім того, ЦСР 3 спрямована на успішне впровадження та досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я, що означає рівний доступ до медичних послуг для всіх людей, щоб покласти край смертності новонароджених, немовлят і дітей у віці до 5 років, якій можна запобігти.

Інші ЦСР (наприклад, щодо голоду, гендерної рівності, чистої води та санітарії, доступної та чистої енергії, сталих міст і громад, кліматичних дій, миру, справедливості та сильних інституцій) у сфері охорони здоров'я також опосередковано підтримують ПМД.

Алма-Атинська декларація викликає багато суперечок через її нездійсненний план роботи без жодних часових рамок. Ціль «здоров'я для всіх до 2000 року» була запланована без будь-яких гарантій. У зв'язку з цим Фонд Рокфеллера в 1979 році провів конференцію з метою розробки найбільш економічно ефективного плану, щоб зрозуміти стан взаємозв'язку між програмами охорони здоров'я та народонаселення.

У відповідь на невизначеність первинної медичної допомоги та декларацію Алма-Ати почав набирати обертів альтернативний рух. Через рік після Алма-Атинської декларації Джулія Уолш та Кеннет Уоррен запропонували внести певні зміни, назвавши їх «спеціальною первинною

медичною допомогою» (Special Primary Health Care, SPHC) [34]. Основним підґрунтям для таких пропозицій є боротьба з хворобами на основі економічно ефективного медичного втручання. Хоча вони визнають, що мета, поставлена в Алма-Аті, була гідною захоплення.

Пацієнти одержують первинну медичну допомогу від свого лікаря, терапевта або педіатра. Саме до них первинно слід звернутися з найбільш поширеними наріканнями на здоров'я. Практично 23000 лікарів ПМД у контрактних закладах надають первинну медичну допомогу дітям та дорослим. Серед них 15000 сімейних лікарів майже 4,5 тисячі педіатрів та понад 3000 терапевтів [35].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Сектор первинної медико-санітарної допомоги галузі охорони здоров’я не є сталим нерушійним процесом. В усьому світі він постійно набуває різноманітних динамічних змін що залежать від соціальної, економічної, демографічної, громадянської позиції та політичної ситуації, яка складається у кожній окремій країні за своїми правилами та умовами. Побудувати найбільш раціональну модель намагаються усі держави, що є складним і багатогранним завданням. Над ефективною для виконання висунутих перед первинною медико-санітарною допомогою завдань постають складові які мають забезпечити доступність, якість та необхідну безпеку, з використанням ефективних методів всіх ланок державного та самоврядного управління.

РОЗДІЛ 2.
СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГОЮ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основною ланкою системи охорони здоров’я в Україні, адже вона забезпечує доступність базових послуг, профілактику захворювань та ранню діагностику. Тому, реформа системи охорони здоров’я реалізуються через побудову пріоритетів та стратегій зміцнення цієї ланки через впровадження сучасних технологій, цифрових рішень (телемедицина), інтеграцію соціальних послуг, а також орієнтацію на пацієнтоцентричний підхід.

В умовах війни первинна допомога має недостатнє фінансування, ресурсні обмеження через нестачу коштів, посилюється дефіцит медичного персоналу, зростає нестача кваліфікованих сімейних лікарів і медсестер, особливо в сільській місцевості. Воєнні дії викликали нерівність у доступі до послуг, посилили соціально-економічні розриви, що впливають на рівень доступності медичних послуг для різних груп населення. Багато систем охорони здоров’я ще не впровадили повноцінну електронну медичну документацію чи телемедицину.

Реформа первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), розпочата у 2018 році, мала на меті створити ефективну модель надання медичних послуг, через впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що дозволило б підвищити мотивацію медичних закладів. Запроваджено електронну систему охорони здоров’я (eHealth) для обліку пацієнтів і контрактування лікарів, введено систему підписання декларацій з лікарями, що сприяло побудові пацієнтоцентричного підходу [2].

Але віна викликала зростання кількості внутрішньо переміщених осіб, це створило додаткове навантаження на заклади ПМСД, посилила нестачу медичних кадрів, так частина лікарів залишила свої місця роботи через військові дії або еміграцію та дефіцит ресурсів. Зруйнована медична

інфраструктура в багатьох громадах, значна нестача ліків, що обмежують ефективність надання медичної допомоги. В системі управління недостатньо адаптаційних механізмів, які б сприяли виходу з кризи, отже, система ПМСД потребує адаптації до роботи в умовах надзвичайних ситуацій.

У сільській місцевості залишається обмежений доступ до телемедицини та інших цифрових послуг, нема координації між місцевими рівнями управління, тому воно не завжди ефективне. Місцеві громади часто мають обмежені ресурси для впровадження ініціатив у сфері охорони здоров'я, адже фінансова підтримка ПМСД у кризових умовах залишається нестабільною, медичні заклади не мають розроблених механізмів реагування на надзвичайні ситуації. Для вирішення сучасних проблем необхідно посилити інтеграцію ПМСД із загальною системою охорони здоров'я, покращити фінансування, забезпечити рівномірний доступ до послуг, удосконалити цифрову інфраструктуру та впровадити ефективні моделі кризового управління. В Україні особливу увагу слід приділити відновленню зруйнованої інфраструктури та забезпеченню безперебійної роботи закладів ПМСД в умовах воєнного стану [3].

За словами міністра охорони здоров'я України, станом на лютий 2023 року російська агресія призвела до повного знищення майже 200 медичних закладів в Україні, а ще 1218 об'єктів були пошкоджені. Зокрема, частково постраждали 540 лікарень, повністю зруйновані 173, а також пошкоджено 593 аптеки. Внаслідок цих атак загинуло щонайменше 98 осіб, 134 отримали поранення, серед них близько 18 медичних працівників, а ще 56 зазнали серйозних травм. За оцінками Міністерства економіки та аналітичного утворення при Київській школі економіки, яке спеціалізується на консалтингу, дослідженнях, аналітиці, розробці стратегій та пропозицій (Інститут KSE), зафіксовані прямі збитки інфраструктури України на грудень 2022 року через військове нашестя сягнули $137,8 млрд. (у вартісному еквіваленті заміщення). Із цієї суми прямі втрати від руйнацій у галузі громадського здоров'я

становлять $1,7 млрд. Поновлення медичної системи, за підрахунками МОЗ, потребуватиме від 14 до 20 млрд. євро [2].

Міжнародна організація з міграції показала, що в результаті війни 10 мільйонів громадян України внутрішньо і зовнішньо перемістились в інші регіони, більше 4 мільйонів виїхали з території України, це змінило можливість в отриманні медичних послуг, ускладнило доступ до них, погіршило якість надання допомоги в системі охорони здоров'я, деяким громадянам прийшлось відмовитись від лікування зовсім. Загальний попит на отримання медичних послуг у воєнний період скоротився до 70 %. Сьогодні спостерігається позитивна динаміка показників первинної допомоги, умови надання обслуговування в різних регіонах вирівнюються [3, 4].

З початком війни відбувся суттєвий перерозподіл медичних фахівців між регіонами, внутрішньо переміщені медичні працівники знайшли робочі місця в інших громадах, Львівська, Івано-Франківська та Дніпропетровська області стали приймаючими і були дуже перегруженими регіонами. Міністерство охорони здоров'я на сьогоднішній день визначає критичну нестачу медичних працівників за різними спеціальностями [5].

Отже, зважаючи на ці негативні чинники, під час війни в Україні, первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) залишається пріоритетною в забезпеченні медичними послугами населення територіальних громад, яка забезпечує базові медичні потреби. Попри руйнування медичної інфраструктури та загальну кризу, ПМСД продовжує виконувати такі важливі функції по наданню послуг внутрішньо переміщеним особам, так у медичних закладах значно зросло навантаження через збільшення кількості ВПО. Медичні працівники працюють у складних умовах через нестачу персоналу, ліків і медичного обладнання, багато регіонів впроваджують інструменти дистанційного консультування. Важливе значення має допомога від місцевих та міжнародних донорських організацій, що надають підтримку для забезпечення базових потреб медичних установ.

Значна частина медичних закладів первинної ланки в територіальних громадах пошкоджена або знищена через бойові дії, особливо у прифронтових і тимчасово окупованих регіонах, в багатьох лікарнях відсутній доступ до електроенергії, води та зв'язку, ускладнена робота навіть тих закладів, які залишилися функціонувати. У зв'язку з переміщенням за кордон фахівців зростає обсяг роботи та збільшення кількості пацієнтів, що перевантажує роботу наявного персоналу. Крім того, під час війни бюджетні ресурси, які мали надійти в медичну галузь, перерозподіляються на потреби оборони, що зменшує фінансування системи, тому заклади ПМСД стикаються з проблемами закупівлі ліків, медичного обладнання та витратних матеріалів [4].

Проблемою є і недостатня координація інститутів публічного управління у вирішенні питань первинної медицини на всіх рівнях адміністрування, відсутні чіткі алгоритми дій для закладів ПМСД в умовах надзвичайних ситуацій. Більшість медичних установ не були готові до роботи в умовах воєнного стану, через що виникли труднощі з евакуацією хворих, забезпеченням ресурсами та адаптацією до надання медичних послуг. Повільно відбувається інтеграція антикризових планів територіальних громад у загальну стратегію розвитку системи охорони здоров'я в Україні. У сільських громадах та прифронтових зонах залишається обмежений доступ до телемедицини через відсутність інтернету чи електроенергії.

Не всі медичні працівники мають належну підготовку для роботи з електронними системами (eHealth), виникає багато ризиків для безпеки хворих та медичного персоналу, який працює під загрозою обстрілів чи окупації. Евакуація медичних закладів та персоналу ускладнюється через постійні бойові дії. Тривала робота в умовах стресу, перевантаження та обмеження в ресурсному забезпеченні призводить до вигорання серед медичного персоналу [5].

Сьогодні, потрібне впровадження чітких планів дій для закладів ПМСД на випадок надзвичайних ситуацій, вибудова інструментів адаптації до міжнародного досвіду управління медичними системами під час криз,

залучення міжнародної технічної допомоги, посилення співпраці з міжнародними медичними та благодійними організаціями. Ця допомога має бути спрямована на пріоритетне відновлення пошкоджених медичних закладів у безпечних регіонах, створення умов для переходу до альтернативних джерел енергії та зв’язку для закладів ПМСД, забезпечення прозорості розподілу коштів для потреб ПМСД. Під час війни первинна медична допомога в громадах України зіграла ключову роль у підтримці здоров'я населення, особливо в умовах евакуації, гуманітарної кризи та нестачі медичних ресурсів. Ось кілька прикладів, як працювала первинна медицина в громадах:

У багатьох громадах, особливо в прифронтових зонах або тих, що постраждали від окупації, створювали мобільні медичні бригади. У Запорізькій області мобільні бригади надавали первинну допомогу, вакцинацію, консультували пацієнтів із хронічними захворюваннями та забезпечували медикаментами, вони залучали до роботи лікарів, медичних сестер та волонтерів.

Через ризики фізичних відвідувань лікарень широко використовували телемедичні технології. Так, у Львівській області через онлайн-платформи лікарі консультували пацієнтів, виписували рецепти та моніторили стан хронічно хворих. У багатьох громадах амбулаторії працювали в екстремальних умовах: без електроенергії, водопостачання або під загрозою обстрілів. В Ірпені (Київська область) після деокупації амбулаторії швидко відновили роботу, навіть за відсутності повноцінного обладнання, щоб забезпечити базову медичну допомогу [6].

Медичний персонал в громадах надавав не лише фізичну, а й психологічну допомогу постраждалим від війни та внутрішньо переміщеним особам (ВПО). У Вінницькій області у центрах первинної медицини працювали психологи, які допомагали людям справлятися з наслідками війни, Чернігівські місцеві центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) отримували ліки, обладнання та мобільні кабінети від таких організацій, як Червоний Хрест і Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Незважаючи на складні

умови, у багатьох громадах продовжувалась вакцинація (у тому числі проти COVID-19). У Житомирській області в громадах облаштовували пункти вакцинації в укриттях та мобільних клініках.

Активізувалось навчання медичних працівників, так у Дніпропетровській області для медиків проводили тренінги з тактичної медицини та надання екстреної допомоги при пораненнях, у більшості громад залучались волонтери для роботи в медичних установах. У Харківській області медичні заклади координували роботу з волонтерами для забезпечення ліків і догляду за пацієнтами. Такі ініціативи показують стійкість медичної системи навіть у надзвичайно складних умовах, підкреслюючи важливість первинної медицини для здоров'я громадян. Організація первинної медико-санітарної допомоги під час війни є складним викликом, який потребує скоординованих дій на всіх рівнях управління. Подолання існуючих проблем та адаптація системи до нових реалій сприятиме збереженню життя і здоров'я населення, а також зміцненню основ системи охорони здоров'я в післявоєнний період.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

Первинна медико-санітарна допомога є основною ланкою системи охорони здоров'я як у світі, так і в Україні, оскільки забезпечує доступність базових медичних послуг, профілактику захворювань та підтримку здоров'я населення. Однак сучасний стан публічного управління ПМСД характеризується значними викликами, спричиненими глобальними тенденціями, такими як нерівність у доступі до медичних послуг, нестача фінансування, дефіцит кваліфікованого персоналу та нерозвинена цифрова інфраструктура.

В Україні ці проблеми набули особливої гостроти через війну, яка спричинила руйнування медичної інфраструктури, перевантаження системи через зростання кількості внутрішньо переміщених осіб, нестачу ресурсів та

кадровий дефіцит. Крім того, низький рівень координації між національними та місцевими органами влади, відсутність адаптованих кризових стратегій і нерівномірний розвиток цифрових технологій ускладнюють ефективне функціонування системи.

Для подолання цих викликів необхідно зосередити увагу на покращенні управління ПМСД, що включає фінансову стабілізацію, відновлення інфраструктури, підтримку медичного персоналу, розвиток телемедицини та впровадження ефективних кризових стратегій. Успішне вирішення цих питань забезпечить стійкість системи охорони здоров’я та створить умови для її сталого розвитку в майбутньому.

РОЗДІЛ 3.
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Війни і збройні конфлікти мають широкомасштабний і руйнівний вплив на чисельні аспекти людського життя. Останніми роками спосіб ведення війни все частіше спрямований проти цивільного населення [36], що призводить до людських жертв, політичної та соціально-економічної дезінтеграції та дестабілізації цілих регіонів [37]. Цей тип війни є особливо руйнівним для вразливих верств населення, зокрема жінок і дітей, які непропорційно сильно страждають від конфлікту. Мільйони людей страждають від голоду, інфекційних захворювань, сексуального насильства, психічних розладів, психологічних травм, сексуального насильства, психічних розладів та вимушеної міграції [38-41].

Тривала війна в Україні, що розпочалася у 2014 році і постійно загострюється, суттєво вплинула на систему охорони здоров'я країни. Вона посилила існуючі проблеми, такі як нестача медичних матеріалів і персоналу, застаріла інфраструктура та обмежений доступ до медичних послуг. Руйнування медичних закладів, недотримання стандартів профілактики та лікування, нестача медичного персоналу та витратних матеріалів, а також логістичні перебої перешкоджають наданню своєчасної медичної допомоги населенню України.

ВООЗ визначила три стратегічні напрями роботи для зміцнення ПМСД у всьому світі:

1. Забезпечення єдиного механізму для підтримки впровадження ПМД для держав-членів, пристосованого до контексту країни та пріоритетів. Це включає введення в дію Оперативної основи для ПМД та використання інвестиційних можливостей у відповідь на COVID-19, відновлення кращих систем охорони здоров’я на основі ПМД під час відновлення. Ця основна функція базується на наявній роботі та досвіді країн і регіонів з усього світу.

2. Створення доказів та інновацій, орієнтованих на ПМД, з більшою увагою до людей, які залишилися позаду. Ця робота ґрунтується на наявних доказах впровадження, рекомендаціях із найкращої практики та рішеннях із впровадження, досвіді успішних країн та літературі, опублікованій для стимулювання інноваційних рішень. Основні результати включають вказівки з моніторингу та вимірювання для оцінки прогресу ПМД в країнах і, згодом, Глобальний звіт про прогрес ПМД, а також інноваційні зусилля з розбудови потенціалу в рамках Академії ВООЗ.

3. Сприяння оновленню ПМСД через політичне керівництво, адвокацію та стратегічне партнерство з урядами, неурядовими організаціями, організаціями громадянського суспільства, партнерами з розвитку, дочірніми установами ООН, донорами та іншими зацікавленими сторонами на глобальному, регіональному та національному рівнях. Серед інших ініціатив цей робочий напрям створить зовнішню стратегічну консультативну групу з ПМД для консультування ВООЗ щодо оновлення ПМД у всьому світі, він створить нагороду ПМД за визнання досконалості ПМД у всьому світі, а також сприятиме новим партнерствам у ПМД та мережам співпраці, що включає нових зацікавлених сторін, таких як молоді лідери охорони здоров’я, парламентарі та громадянське суспільство в цілому [22].

З початком повномасштабної війни система охорони здоров'я в Україні опинилася в нестабільній ситуації. Це була ситуація, до якої система не була готова: постійні масовані обстріли, проблеми з постачанням та нестача медикаментів масовані обстріли, проблеми з постачанням та дефіцит медикаментів - все це загострило проблеми, що існували раніше. Однак, незважаючи на значні пошкодження інфраструктури, українська система охорони здоров'я продемонструвала неабияку стійкість та адаптивність, трансформуючись відповідно до нових потреб і запитів [42].

Здатність системи охорони здоров'я долати ці виклики була значною мірою забезпечена швидка гуманітарна, фінансова та освітня допомога, яку вона отримала від іноземних партнерів України та міжнародної медичної

спільноти [42, 43, 44].Ця міжнародна співпраця виходила за рамки безпосередньої допомоги, надаючи можливості для спеціалізованого лікування та реабілітації українців за кордоном, що стало важливим елементом у полегшення навантаження на вітчизняну систему охорони здоров'я [45, 46].

Переміщення населення внаслідок війни призвело до значних змін у попиту на медичні послуги. Одночасно знизилася спроможність системи охорони здоров'я, особливо в районах активних бойових дій, що призвело до дисбалансу ресурсів і кадрів у секторі охорони здоров'я. Це підкреслює важливість пошуку альтернативних джерел фінансування галузі та створення умов для залучення приватного капіталу для інвестування в реконструкцію та розвиток медичних закладів в Україні, особливо на територіях, що найбільше постраждали від війни [47,48].

Крім того, війна вплинула на рівень захворюваності та лікування різних хвороб. Наприклад, збільшення кількості ревматичних захворювань через стрес і порушення безперервності надання медичної допомоги та спондилоартриту серед солдатів через тривале носіння важких бронежилетів, через стрес та порушення безперервності лікування. Тому вкрай важливо розробити цільові ініціативи у сфері охорони здоров'я, які не лише відповідатимуть на нагальні потреби у сфері охорони здоров'я, але й запобігатимуть ескалації довгострокових проблем зі здоров'ям, сприяючи створенню сталого сектору охорони здоров'я в Україні.

Війна, що триває, має глибокий вплив на систему охорони здоров'я країни. До конфлікту система вже стикалася з низкою проблем, таких як недостатнє фінансування та застаріла інфраструктура. Початок війни загострив ці проблеми [42]. Незважаючи на ці негаразди, українська система охорони здоров'я продемонструвала стійкість, зумівши вижити та адаптуватися до нових реалій конфлікту. Однак постійні обстріли та пошкодження інфраструктури ускладнили надання адекватної медичної допомоги, а дефіцит критично важливих предметів постачання та медикаментів ще більше ускладнює ситуацію.

Не менш важливим є вплив війни на психічне здоров'я як цивільного населення, так і серед військовослужбовців у поєднанні з розривом сімейних стосунків і зростанням соціальної стигматизації та ізоляції, підкреслює нагальну потребу в комплексних послугах з охорони психічного здоров'я. Постійна міжнародна підтримка, а також розвиток надійних місцевих служб охорони ментального здоров'я мають вирішальне значення для подолання патологічних станів психічного здоров'я на місцевому рівні і мають вирішальне значення для вирішення цієї проблеми [42].

Незважаючи на такі виклики, як обмеженість ресурсів і велика кількість пацієнтів, опитані медичні працівники описали свою відданість наданню допомоги пацієнтам як непохитну. Вони вважають, що їхня робота має важливе значення для збереження здоров'я і благополуччя цивільного населення і продемонстрували сильне почуття обов'язку перед своїми пацієнтами та всією галуззю охорони здоров'я. Швидка та суттєва допомога від іноземних партнерів та міжнародної медичної спільноти відіграла вирішальну роль у подоланні викликів, які постали перед Україною у зв'язку з війною [49, 50, 51].

Ця допомога включала фінансову, гуманітарну та освітню підтримку.

Гуманітарна допомога посприяла полегшенню страждання цивільного населення, яке постраждало від війни. Крім того, міжнародна спільнота надала можливість українцям отримати спеціалізоване медичне лікування та реабілітацію за кордоном [52, 53, 54]. Масштабне переміщення населення в інші регіони країни та за її межі суттєво вплинуло на систему охорони здоров'я в Україні. Попит на медичні послуги збільшився, тоді як спроможність системи охорони здоров'я зменшилася. Це призвело до дисбалансу ресурсів і персоналу в секторі охорони здоров'я, особливо в районах активних бойових дій [55].

Неурядова організація «Лікарі без кордонів» також підкреслила вплив війни на охорону здоров'я, включаючи руйнування медичної інфраструктури, переміщення населення, нестачу медичних засобів і персоналу [56]. Нею описано свої зусилля з надання медичної допомоги на цих територіях, зокрема розгортання мобільних клінік і служб психічного здоров'я. Вони підкреслили

необхідність постійної міжнародної підтримки та важливість дотримання нейтралітету медичних працівників і закладів у зонах конфлікту.

Для ефективного вирішення цих багатогранних проблем необхідно шукати альтернативні джерела фінансування та ресурси для сектору охорони здоров'я. Створення умов, що заохочують приватний капітал інвестувати в реконструкцію та розвиток медичних закладів в Україні - один з таких підходів, сприяння використанню ресурсів громади та державно-приватне партнерство як потенційні шляхи вирішення проблем недофінансування. [57]. Автори також підкреслили важливість підвищення ефективності витрат на охорону здоров'я та впровадження реформи фінансування галузі. Такий підхід є особливо важливим для територій, які найбільше постраждали від війни, оскільки вони потребують значних ресурсів і уваги для відновлення та розвитку [58, 59, 60, 61, 62, 63].

Крім того, важливо критично оцінити роль і вплив міжнародної допомоги в цьому контексті. Хоча допомога від іноземних партнерів та міжнародної медичної спільноти була значною і життєво необхідною, необхідно забезпечити, щоб ці ресурси були ефективно та раціонально використовувані. Це вимагає надійних механізмів координації, прозорості та підзвітності. Необхідно також підкреслити роль місцевих громад і зацікавлених сторін у прийнятті рішень і впровадженні, щоб гарантувати, що допомога і втручання були контекстуально доречними та сталими [64, 65, 66].

Конфлікт в Україні суттєво загострив існуючі проблеми та створивши нові. Однак стійкість та адаптивність системи охорони здоров'я, разом з міжнародною підтримкою, відіграли важливу роль у подоланні цих викликів.

Оскільки війна триває, потреба в постійних і скоординованих зусиллях для зміцнення системи охорони здоров'я залишається критично важливою, з акцентом на альтернативних джерелах фінансування, розвитку інфраструктури та розбудові потенціалу.

В умовах війни, що триває, особливо у східному регіоні країни, ці виклики виявили унікальні перешкоди. Розуміння цих перешкод може

допомогти у проведенні міжвідомчих дій з оцінювання та інформувати про стратегії подолання подібних криз у майбутньому. У світлі цих проблем, пропонуються наступні потенційні рішення:

- Руйнування інфраструктури охорони здоров'я, часто внаслідок навмисних нападів, серйозно ускладнює надання медичної допомоги. Стратегії пом'якшення наслідків повинні включати включення потенційних медичних закладів до всіх планів на випадок надзвичайних ситуацій.

- Порушення ланцюгів постачання, що є загальним наслідком сучасної війни, призводить до дефіциту критично важливих медичних матеріалів і обладнання. Уряди та гуманітарні організації повинні співпрацювати для створення альтернативних ланцюгів постачання і каналів дистрибуції.

- Збройні конфлікти часто змушують медичних працівників тікати, що призводить до дефіциту професійних кадрів у постраждалих районах. Гнучкі освітні програми в громадах можуть надати цивільному населенню знання з надання першої медичної допомоги, а для підготовки та розгортання нових медичних працівників слід впроваджувати заходи з підтримки.

- Втрати психічного здоров'я населення, що постраждало від конфлікту, вимагають більшої уваги до послуг з охорони психічного здоров'я. Необхідно інвестувати в програми з охорони психічного здоров'я, такі як професійна підготовка, психіатричні клініки і гарячі лінії, а також покращення доступу до ліків та лікування.

- Перенаселеність і неналежні санітарні умови часто спричиняють спалахи інфекційних захворювань. Необхідно вжити таких заходів, як поліпшення санітарії та гігієни, забезпечення чистою водою, впровадження програм вакцинації, а також створення систем нагляду за захворюваннями та реагування на них.

- Стрес і переривання лікування через дефіцит ліків можуть призвести до загострення хронічних захворювань. Медичні працівники повинні надавати пріоритет ранньому виявленню та лікуванню цих станів та забезпечувати безперервне лікування альтернативними препаратами, якщо це необхідно.

- Забезпечення протезуванням постраждалих від поранень кінцівок під час конфлікту може бути полегшене шляхом виділення спеціального фінансування та ресурсів для розробки і розповсюдження протезних пристроїв.

- Для забезпечення доступу до медичних послуг для вразливих груп населення під час і після конфлікту, необхідно створити інформаційно-просвітницькі програми, мобільні клініки та надавати транспортну допомогу. Повинні бути створені програми виїзних прийомів, мобільні клініки та транспортна допомога, а також політика забезпечення доступності медичних закладів.

Крім того, серед наших висновків, що висвітлюють низку нагальних проблем у сфері охорони здоров'я, ми пропонуємо наступні додаткові рекомендації:

- Щодо сексуального та репродуктивного здоров'я: посилити програми, спрямовані на освіту з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, доступ до репродуктивного здоров'я, доступу до контрацептивів та безпечних послуг у сфері материнства і дитинства.

Вкрай важливо, на умовах пріоритетності, забезпечити щоб послуги з сексуального та репродуктивного здоров'я були інтегровані в більш широке медичне реагування на конфлікт, враховуючи значний вплив конфлікту на ці сфери.

- Робота з жертвами сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом є надзвичайно важливою: створення комплексних і делікатних шляхів надання допомоги жертвам сексуального насильства. Це передбачає не лише негайну медичну допомогу, але й довгострокову психологічну підтримку та соціальну реабілітацію. Медперсонал повинен пройти спеціальну підготовку, щоб належним чином і з емпатією працювати з такими випадками.

- Щодо випадків домашнього насильства: їх зростання вимагає невідкладної уваги. Ініціативи повинні включати підвищення обізнаності про домашнє насильство, впровадження безпечних механізмів повідомлення про нього та інтеграцію домашнього насильства в більш широкі медичні та

соціальні послуги. Забезпечення підтримки та захист жертв, поряд із правовими заходами для вирішення проблеми є життєво необхідними.

Ці виклики, зважаючи на їхню значущість, пропонують дорожню карту для узгодженого та спільного підходу до відновлення системи охорони здоров'я в Україні. Усунення цих перешкод та впровадження запропонованих рекомендацій вимагають міцного партнерства, фінансової підтримки та гнучких планів на випадок непередбачуваних обставин. Успіх залежить від колективних зусиль уряду, місцевих і міжнародних організацій, що надають допомогу, які працюють разом, щоб об'єднати ресурси для відновлення всієї інфраструктури, включаючи систему охорони здоров'я [67].

Такий спільний і системний підхід може забезпечити шлях до пом'якшення кризових ситуацій у сфері охорони здоров'я, спричинених війною, що триває, та підвищити стійкість системи охорони здоров'я України до майбутніх випробувань.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

Виклики, що стоять перед системою охорони здоров'я України, є багатогранними та складними. Ескалація війни в Україні та її далекосяжні наслідки для національної системи охорони здоров'я 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. Дуже важливо точно документувати і звітувати про захворюваність і смертність, пов'язану з війною. Ця інформація допоможе розробити стратегію реагування на негайні та довгострокові наслідки війни для здоров'я, а також слугуватиме потужним стримуючим фактором для подальших актів агресії.

ВИСНОВКИ

У нашому дослідженні було використано методологію швидкого огляду, що дозволило узагальнити наявні досліджень щодо кризи у сфері охорони здоров'я в Україні, з особливим акцентом на тривалий вплив війни на систему охорони здоров'я. Було визначено низку критичних викликів, які стоять перед системою охорони здоров'я України. Серед них - нестача медикаментів і персоналу, недостатня інфраструктура, та дефіцит фінансування. Здоров’я населення є важливою складовою соціальної стабільності й національної безпеки. Забезпечення якісної медичної допомоги в умовах війни сприятиме соціальному балансу й стійкості та підтримуватиме моральний дух населення.

У період війни зростають потреби в медичній допомозі, наростає кількість травм, захворювань і стресових розладів, попит на медичні послуги поряд із фізичною підтримкою і необхідність психологічної опори зростають, що потребують термінової та якісної первинної медичної допомоги. Під час воєнного стану і організація ефективної системи первинної медичної допомоги стає критично важливою для підтримання здоров’я населення. Ефективна організація медичних послуг може суттєво, знизити смертність та покращити якість життя населення.

Воєнні дії призводять до руйнування медичних установ, втрати медичних працівників та ресурсів. Це підкреслює необхідність розробки адаптивних стратегій для забезпечення безперервності медичних послуг, відбудову інфраструктури охорони здоров'я. Отже, система охорони здоров’я повинна бути готовою адаптуватись до нових умов та змін в умовах воєнних дій, працюючи в обмежених ресурсах і з підвищеним тиском на медичних працівників.

В умовах військового конфлікту впровадження сучасних новітніх технологій (телемедицина, електронні медичні записи) є ключовим для підвищення ефективності надання медичних послуг. Вивчення та впровадження таких інновацій є важливими для досягнення успіху в умовах стресу.

Розробка навчальних програм для системної підготовки та освіта медичних працівників, парамедиків, військових, і загального населення щодо надання допомоги в умовах воєнного часу є особливо важливою. У складних умовах важливо забезпечити доступ до первинної медичної допомоги для всіх верств населення, включаючи людей з обмеженими можливостями.

Аналіз досвіду інших країн, які пережили конфлікти, може слугувати основою для розробки та адаптації ефективних моделей організації первинної медичної допомоги в Україні. Це дозволить уникнути помилок і поліпшити адаптацію системи до специфічних умов.

З огляду на війну, що триває, здійснене дослідження підкреслює нагальну потребу в постійній підтримці та інвестиціях в українську систему охорони здоров'я. Це зобов'язання має важливе значення для гарантування доступу до якісної медичної допомоги для українського населення під час війни та після неї. Крім того, виявлено різні втручання та стратегії, спрямовані на різні заходи та стратегії, цілеспрямовані на подолання цих викликів. Вони включають в себе міжнародну допомогу та підтримку, ініціативи, спрямовані на підвищення стійкості української системи охорони здоров'я

Висновки представлені тут, можуть слугувати орієнтиром для політиків та медичних працівників, які працюють не лише в Україні, а й в інших регіонах, що постраждали від війни і які впливають на ситуацію в сфері охорони здоров'я.

Ці висновки можуть бути використані при розробці та впровадженні ефективних стратегій та інтервенцій, адаптованих до таких складних умов.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Medicine during the war: What challenges did the medical system face? URL: https://mind.ua/en/openmind/20255116-medicine-during-the-war-what-challenges-did-the-medical-system-face (дата звернення: 19.11.2024).

2. Втрати медичної системи за понад два роки війни: 1833 об'єкти медзакладів пошкоджені або зруйновані вщент. URL: https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-sistemi-za-ponad-dva-roki-vijni-1833-ob-yekti-medzakladiv-poshkodzheni-abo-zrujnovani-vshent (дата звернення: 19.11.2024).

3. Про медреформу, укриття в лікарнях і міграцію медиків. URL: https://fiscalcenter.org/news/pro-medreformu-ukryttia-v-likarniakh-i-mihratsiiu-medykiv/ (дата звернення: 18.11.2024).

4. Вимушена міграція і війна в Україні (24 березня — 10 червня 2022) URL: https://cedos.org.ua/researches/vymushena-migracziya-i-vijna-v-ukrayini-24-bereznya-10-chervnya-2022/ (дата звернення: 19.11.2024).

5. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. URL: https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r (дата звернення: 17.11.2024).

6. Як працюють лікарні в умовах війни? URL: https://uhc.org.ua/yak-praciut-likarni-v-umovakh-viiny/ (дата звернення: 19.11.2024).

7. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. URL: https://naurok.com.ua/prezentaciya-na-temu-medicina-v-umovah-viyni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya-353304.html (дата звернення: 09.11.2024).

8. Як медична система України пристосувалася до війни. Розповідає очільник МОЗ. URL: https://suspilne.media/233374-ak-medicna-sistema-ukraini-pristosuvalasa-do-vijni-rozpovidae-ocilnik-moz/ (дата звернення: 19.11.2024).

9. Як змінюється українська медицина для пацієнтів та лікарів? URL: https://forpost.media/novosti/jak-zminjuietsja-ukrainska-medicina-dlja-paciientiv-ta-likariv.html (дата звернення: 10.11.2024).

10. Система у сфері психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в Україні. URL: https://howareu.com/storage/app/media/Posibnuki/2024-06-06%20%D0%A6%D0%9C%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%96%D1%8F%202.0.pdf (дата звернення: 09.11.2024).

11. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. URL: https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny (дата звернення: 11.11.2024).

12. В Україні з’явився онлайн-гід з безкоштовних медичних послуг. URL: https://phc.org.ua/news/v-ukraini-zyavivsya-onlayn-gid-z-bezkoshtovnikh-medichnikh-poslug (дата звернення: 10.11.2024).

13. Які послуги можна отримати в сімейного лікаря безоплатно. URL: https://moz.gov.ua/uk/jaki-poslugi-mozhna-otrimati-v-simejnogo-likarja-bezoplatno (дата звернення: 20.11.2024).

14. НСЗУ: початок підготовки до програми медичних гарантій на 2025 рік URL: https://itmed.org/news/nszu-pochatok-pidgotovky-do-programy-medychnykh-garantiy-na-2025-rik/ (дата звернення: 21.11.2024).

15. Які обстеження є безоплатними у сімейного лікаря? URL: https://itmed.org/news/yaki-obstezhennya-ye-bezoplatnymy-u-simeynogo-likarya/ (дата звернення: 21.11.2024).

16. Міжнародна співпраця. Міжнародні домовленості, укладені на виконання угод між Україною та іноземними державами у сфері безпеки. URL: https://moz.gov.ua/uk/mizhnarodna-spivpracja (дата звернення: 22.11.2024).

17. Міжнародна технічна допомога. URL: https://moz.gov.ua/uk/mizhnarodna-tehnichna-dopomoga (дата звернення: 23.11.2024).

18. Підтримка ВООЗ у сфері розвитку системи охорони здоров’я в Україні. URL: https://who-sandbox.squiz.cloud/__data/assets/pdf_file/0011/429698/WHO_support_Ukraine_2016-19_UA_028.pdf (дата звернення: 12.11.2024).

19. Primary health care. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care (дата звернення: 19.11.2024).

20. Medicine during the war: What challenges did the medical system face? URL: https://mind.ua/en/openmind/20255116-medicine-during-the-war-what-challenges-did-the-medical-system-face (дата звернення: 19.11.2024).

21. Primary health care. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care (дата звернення: 19.11.2024).

22. Первинна медико-санітарна допомога. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care (дата звернення: 19.11.2024).

23. Primary health-care goal and principles. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8607883/ (дата звернення: 18.11.2024).

24. Алма-Атинська декларація ВООЗ 1978 року. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki /12_%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F (дата звернення: 17.11.2024).

25. Bhore Committee 1946. URL: https://pgblazer.com/bhore-committee-1946/?_e_pi_=7%2CPAGE_ID10%2C4365817816 (дата звернення: 13.11.2024).

26. Primary health-care goal and principles. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8607883/ (дата звернення: 12.11.2024).

27. Newell K.W. World Health Organization; Geneva: 1975. Health by the people; p. xi. [Google Scholar].

28. Canadian Department of National Health and Welfare . 1974. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa. [Google Scholar].

29. Tangcharoensathien V., Mills A., Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the sustainable development goals. BMC Med. 2015;13(1):101. doi: 10.1186/s12916-015-0342-3. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 10.11.2024).

30. International Conference on Primary Health Care Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. 1978;32(11):428–430. [PubMed] [Google Scholar].

31. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health

Organization, United Nations Children's Fund; 2018. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065 (дата звернення: 09.11.2024).

32. Hone T., Macinko J., Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? Lancet. 2018;392(10156):1461–1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 09.11.2024).

33. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? J Epidemiol Community Health. 2011;65(8):653–655. doi: 10.1136/jech.2009.102780. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 19.11.2024).

34. Walsh J., Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med. 1979;301(18):967–974. doi: 10.1056/NEJM197911013011804. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 21.11.2024).

35. Первинна та спеціалізована медична допомога: яка різниця? URL: https://uoz.mkrada.gov.ua/people/reforms/163-pervinna-ta-spetsializovana-medichna-dopomoga-yaka-riznitsya-2 (дата звернення: 19.11.2024).

36. United Nations. Report of the Secretary-General on the Work of the Organization, Supplement No. 1 (A/77/1). 2022. URL: https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2022/09/report/auto-draft/SG-Annual-Reporton-the-work-of-the-Organization.pdf (дата звернення: 30.10.2024).

37. Khorram-Manesh, A.; Burkle, F.M., Jr. Civilian Population Victimization: A Systematic Review Comparing Humanitarian and Health Outcomes in Conventional and Hybrid Warfare. Disaster Med. Public Health Prep. 2022, 17, e192. [CrossRef] [PubMed].

38. Khorram-Manesh, A. The Impacts of Armed Conflicts and Civilian Uprisings on Children's Health. Children 2022, 9, 1913. [CrossRef].

39. Khorram-Manesh, A.; Burkle, F.M.; Goniewicz, K.; Robinson, Y. Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts-A Systematic Review. Front. Public Health 2021, 9, 765261. [CrossRef].

40. Murthy, R.S.; Lakshminarayana, R. Mental health consequences of war: A brief review of research findings. World Psychiatry 2006, 5, 25–30. [PubMed].

41. Goniewicz, K.; Burkle, F.M.; Horne, S.; Borowska-Stefa´nska, M.; Wi´sniewski, S.; Khorram-Manesh, A. The Influence of War and Conflict on Infectious Disease: A Rapid Review of Historical Lessons We Have Yet to Learn. Sustainability 2021, 13, 10783. [CrossRef].

42. Dzhus, M.; Golovach, I. Impact of Ukrainian-Russian war on healthcare and humanitarian crisis. Disaster Med. Public Health Prep. 2022, 17, e340. [CrossRef] [PubMed]

43. Rubin, R. Physicians in Ukraine: Caring for patients in the middle of a war. JAMA 2022, 327, 1318–1320.

44. Bouchard, J.P.; Stiegler, N.; Padmanabhanunni, A.; Pretorius, T.B. Psychotraumatology of the war in Ukraine: The question of the psychological care of victims who are refugees or who remain in Ukraine. In Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique; Elsevier Masson: Amsterdam, The Netherlands, 2023; Volume 181, pp. 12–15.

45. Ministry of Health of Ukraine. URL: https://moz.gov.ua/article/news/dvom-ukrainskim-zahisnikam-vstanovljatsuchasni-bionichni-protezi-ruk-hero-arms (дата звернення: 24.11. 2024).

46. Malysh, O.; Grytsyk, Y. International humanitarian aid and medical assistance in armed conflicts. Ann. Acad. Med. Ukr. 2020, 20,292–298.

47. Chumachenko, D.; Meniailov, I.; Bazilevych, K.; Chumachenko, T.; Yakovlev, S. On intelligent agent-based simulation of COVID-19 epidemic process in Ukraine. Procedia Comput. Sci. 2022, 198, 706–711.

48. Khorram-Manesh, A. Flexible surge capacity—Public health, public education, and disaster management. Health Promot. Perspect. 2020, 10, 175–179. [CrossRef].

49. Borysova, T.; Gubar, O. International medical aid in the conflict zone in Ukraine: A humanitarian aspect. J. Int. Med. Res. 2018, 46, 4435–4443.

50. Ministry of Foreign Affairs of Ukraine. Ukraine's Cooperation with the United Nations. 2021. URL: https://mfa.gov.ua/ (дата звернення: 24.11. 2024).

51. European Union External Action Service. EU-Ukraine Relations. 2021. URL: https://eeas.europa.eu/ (дата звернення: 24.11. 2024).

52. Hou, X.Y.; Regenbogen, S.E.; Chen, C.; Lee, J.S. Medical care in a wartime setting: A qualitative study. J. Surg. Res. 2019, 244, 169–174.

53. Ministry of Foreign Affairs of Ukraine. Ukraine's Cooperation with the United Nations. 2021. URL: https://mfa.gov.ua/ (дата звернення: 24.11. 2024).

54. European Union External Action Service. EU-Ukraine Relations. 2021. URL: https://eeas.europa.eu/ (дата звернення: 24.11. 2024).

55. Bowers, L.; Mamchur, Y.; Zdanevych, L. Health system capacity building in post-conflict states: Ukraine as a case study. Glob. Health 2017, 13, 44.

56. Doctors without Borders. Ukraine: Medical Care Severely Disrupted in War-Torn Areas. URL: https://www.doctorswithoutborders.org/latest/ukraine-medical-care-severely-disrupted-war-torn-areas (дата звернення: 24.11. 2024).

57. Gogolashvili, K.; Morozova, O. Financing the Health Care System in Ukraine: Challenges and Opportunities. J. Public Budg. Account. Financ. Manag. 2019, 31, 214–241.

58. Geneva Call Strategy. Protecting Civilians in Armed Conflict through Humanitarian Engagement with Armed Non-State Actors. URL: https://genevacall.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2014/06/GC-2014-2016-strategy.pdf (дата звернення: 24.11. 2024).

59. Collier, P.; Hoeffler, A. Greed and Grievance in Civil War. Oxf. Econ. Pap. 2004, 56, 563–595. [CrossRef]

60. Spiegel, P.; Checchi, F.; Colombo, S.; Paik, E. Health-care needs of people affected by conflict: Future trends and changing frameworks. Lancet 2010, 375, 341–345.

61. Kalt, A.; Hossain, M.; Kiss, L.; Zimmerman, C. Asylum seekers, violence and health: A systematic review of research in high-income host countries. Am. J. Public Health 2013, 103, e30–e42.

62. Patel, P.; Roberts, B.; Guy, S.; Lee-Jones, L.; Conteh, L. Tracking official development assistance for reproductive health in conflict-affected countries. PLoS Med. 2009, 6, e1000090.

63. Hynes, M.; Sheik, M.; Wilson, C.; Spiegel, P. Reproductive health indicators and outcomes among refugee and internally displacedpersons in postemergency phase camps. J. Am. Med. Assoc. 2002, 288, 595–603.

64. Khorram-Manesh, A. Flexible surge capacity—Public health, public education, and disaster management. Health Promot. Perspect. 2020, 10, 175–179. [CrossRef]

65. Phattharapornjaroen, P.; Carlström, E.; Khorram-Manesh, A. Developing a conceptual framework for flexible surge capacity based on complexity and collaborative theoretical frameworks. Public Health 2022, 208, 46–51. [CrossRef]

66. Goniewicz, K.; Carlström, E.; Hertelendy, A.J.; Burkle, F.M.; Goniewicz, M.; Lasota, D.; Richmond, J.G.; Khorram-Manesh, A. Integrated Healthcare and the Dilemma of Public Health Emergencies. Sustainability 2021, 13, 4517. [CrossRef]

67. Ukraine's Healthcare Crisis: Sustainable Strategies for Navigating Conflict and Rebuilding for a Resilient Future. URL: https://doi.org/10.3390/su151511602 (дата звернення: 24.11.2024).

68. Якобчук В. П. та ін. Публічне управління та адміністрування : навч. посібник / за заг. ред. В. П. Якобчук. – Київ : Видавництво Ліра-К, 2024. – 476 с.