
ПОЛІТИКА ВООЗ «ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ» ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ В УМОВАХ ВОЄННИХ ВИКЛИКІВ

Шанигін Антон

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-710-9-2-7>

ВСТУП

Здоров'я населення є одним із ключових ресурсів суспільного розвитку, важливим складником людського капіталу та невід'ємною передумовою соціально-економічної стабільності держави. У сучасних умовах глобалізації, демографічних трансформацій, поширення неінфекційних захворювань, пандемічних загроз, кліматичних змін та воєнних конфліктів питання збереження і зміцнення здоров'я населення набувають особливого значення¹. Саме тому політика охорони здоров'я дедалі більше орієнтується не лише на лікування захворювань, а й на формування комплексних міжсекторальних механізмів профілактики, усунення соціальних детермінант здоров'я та забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг.

Однією з найбільш впливових міжнародних концепцій у сфері громадського здоров'я стала політика Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я для всіх», започаткована у другій половині XX століття та спрямована на досягнення максимально можливого рівня здоров'я для кожної людини незалежно від її соціального статусу, місця проживання чи економічного становища.

Концепція «Здоров'я для всіх» стала фундаментом сучасної системи громадського здоров'я, оскільки передбачає розгляд здоров'я не лише як медичної категорії, а як комплексного результату взаємодії біологічних, поведінкових, соціально-економічних, екологічних та політичних чинників. Такий підхід дозволяє формувати ефективні механізми

¹ Шанигін А. В., Ноябров Д. В. Роль ВООЗ в реалізації стратегії реабілітації пацієнтів в умовах війни. *Сучасні аспекти комплексної реабілітації. Виклики та перспективи*. 2024, с. 63–64. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/16094>.

управління здоров'ям населення на національному та міжнародному рівнях, забезпечуючи досягнення стратегічних цілей сталого розвитку.

Для України питання реалізації принципів політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» набуло особливої актуальності в умовах реформування системи охорони здоров'я, європейської інтеграції та необхідності адаптації національної політики громадського здоров'я до міжнародних стандартів. Упродовж останніх десятиліть в Україні здійснювалися численні трансформації системи охорони здоров'я, спрямовані на підвищення доступності та якості медичної допомоги, розвиток профілактичних програм, удосконалення епідеміологічного нагляду та впровадження сучасних механізмів управління галуззю. Водночас демографічна криза, високий рівень смертності від неінфекційних захворювань, значні регіональні диспропорції у показниках здоров'я населення, недостатня увага до профілактики та соціальних детермінант здоров'я продовжують залишатися серйозними викликами для національної системи охорони здоров'я.

Особливого значення зазначені проблеми набули після початку повномасштабної військової агресії Російської Федерації проти України. Воєнні дії спричинили масштабні руйнування об'єктів медичної інфраструктури, порушення логістичних ланцюгів постачання лікарських засобів та медичних виробів, суттєве зростання потреб населення у медичній, психологічній та реабілітаційній допомозі². Значний негативний вплив на громадське здоров'я мають також внутрішні та зовнішні міграція населення, погіршення екологічної ситуації, ризики техногенних аварій, зростання поширеності психічних розладів, хронічного стресу та посттравматичних станів³. У таких умовах забезпечення стійкості системи охорони здоров'я та реалізація принципів політики «Здоров'я для всіх» стають важливими елементами національної безпеки та післявоєнного відновлення держави⁴.

Водночас сучасні виклики потребують переосмислення підходів до оцінювання ефективності політик у сфері охорони здоров'я. Традиційні медико-статистичні показники дедалі частіше доповнюються індикаторами

² За три роки повномасштабної війни росіяни пошкодили та зруйнували 2 285 медичних закладів України, – Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/258965.html.

³ Шанигін А. В. Медико-екологічні наслідки воєнного забруднення довкілля та пріоритети «зеленої» реконструкції України. *Міжнародний екологічний форум «Довкілля для України»*. 2026, с. 209–214. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/19814>.

⁴ Шанигін А. В., Ноябров Д. В. Системні виклики у сфері охорони здоров'я України та роль стратегій ВООЗ у післявоєнному відновленні. *Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя*. 2025. С. 71–74. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/17725>.

якості життя, соціального благополуччя, доступності медичної допомоги, екологічної безпеки та рівня міжсекторальної взаємодії⁵. Саме тому аналіз реалізації політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» в Україні доцільно здійснювати з позицій концепції сталого розвитку, яка передбачає гармонійне поєднання соціальних, економічних та екологічних компонентів здоров'я населення.

1. Інтеграція міжнародних підходів ВООЗ у реформування системи охорони здоров'я України

Становлення України як суверенної держави на початку 1990-х років актуалізувало необхідність кардинальної перебудови національної системи охорони здоров'я, яка була успадкована від радянського періоду у вигляді класичної моделі Семашка. Зазначена модель, попри її історичну ефективність у боротьбі з масштабними епідеміями інфекційних хвороб та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій у першій половині ХХ століття, наприкінці століття виявилася абсолютно неадаптованою до нових соціоекономічних умов. Основними деструктивними характеристиками постмонопольної системи були: екстенсивний характер розвитку, жорстке централізоване планування, орієнтація на валові показники ліжкового фонду («утримання стін та ліжок»), глибоке хронічне недофінансування, залишковий принцип розподілу державних коштів та практично повна відсутність ринкових та саногенних стимулів для медичного персоналу й пацієнтів⁶.

Прагнення України інтегруватися у європейський та світовий простір зумовило об'єктивну потребу в офіційному визнанні та імплементації міжнародних стандартів, розроблених ВООЗ. Офіційне відновлення членства України у ВООЗ та підписання перших двосторонніх угод про співробітництво ознаменували початок тривалого і складного процесу адаптації вітчизняного законодавства до принципів політики «Здоров'я для всіх»⁷. Базові положення Конституції України (1996 р.), зокрема стаття 49, зафіксували право кожного громадянина на охорону здоров'я,

⁵ Шанигін А. В. Кліматичні зміни та охорона здоров'я в Україні: виклики, міжсекторальна відповідь та напрями стійкого розвитку. Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України, 2025, с. 169–172. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18963>.

⁶ Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *«Новини медицини та фармації»*. Психіатрія, (383) 2011. URL: https://www.mif-ua.com/archive/article_print/20562.

⁷ Устінів О. В. ВООЗ допоможе Україні в імплементації положень права Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-242648-vooz-dopomozhe-ukrayini-v-implementatsiyi-polozhen-prava-yevropejskogo-soyuzu-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya.

медичну допомогу та медичне страхування, детермінувавши обов'язок держави забезпечувати фінансування суспільно значущих санітарно-профілактичних та лікувальних програм.

Проте практична реалізація цих конституційних імперативів упродовж перших двох десятиліть незалежності характеризувалася фрагментарністю та декларативністю. Ухвалення численних державних програм (наприклад, «Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки») та концепцій реформування відбувалося переважно у відриві від реальних бюджетних можливостей країни та за відсутності дієвих організаційно-економічних механізмів їхньої реалізації⁸. Головним методологічним розривом того періоду було ігнорування рекомендацій ВООЗ щодо пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Значна частка всіх фінансових ресурсів галузі продовжували поглинатися вторинним (госпітальним) та третинним (високоспеціалізованим) секторами, що консервувало неефективну структуру медичної допомоги та унеможливлювало системний вплив на проміжні соціальні детермінанти здоров'я населення⁹.

Ситуація почала якісно змінюватися лише після 2014 року, коли підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (ЄС) визначило чіткі євроінтеграційні зобов'язання держави у сфері охорони здоров'я, зокрема в частині зміцнення потенціалу громадського здоров'я, епідеміологічного нагляду та контролю за неінфекційними захворюваннями. Міжнародні експертні місії ВООЗ, залучені до аналізу національної системи, констатували, що без глибокої структурної реформи фінансування та управління Україна ризикує увійти у тривалу демографічну кризу, зумовлену надвисокою передчасною смертністю чоловіків працездатного віку від серцево-судинних катастроф та високим тягарем соціально небезпечних інфекцій¹⁰. Саме ці аналітичні висновки та рекомендації ВООЗ лягли в основу концептуального дизайну сучасної української медичної реформи, яка стартувала у 2017 році й радикально змінила архітектуру відносин між державою, надавачами послуг та пацієнтами.

Перехід від фрагментарних спроб реформування до системної, інституційної трансформації вітчизняного медичного простору вимагав

⁸ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки» № 14 від 10.01.2002 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text>.

⁹ Венгер І. В. Оцінка ефективності механізмів публічного управління у розвитку закладів охорони здоров'я в Україні: виклики та перспективи. *Публічне управління і адміністрування*, 2024 р., № 1. <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.35>.

¹⁰ WHO support for health system development in Ukraine: 2016–2019. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2019-3620-43379-60855>.

радикального оновлення нормативно-правового базису. Держава мала не просто змінити механізми розподілу фінансових потоків, а на законодавчому рівні детермінувати нову філософію охорони здоров'я, де центральне місце посідає пацієнтоцентричність, фінансова захищеність домогосподарств та превентивна міжсекторальна взаємодія (табл. 1).

Таблиця 1

**Етапи правової та організаційної інтеграції підходів ВООЗ
у систему охорони здоров'я України**

Нормативно-правовий акт та етап	Ключовий зміст	Інтеграція принципів політики ВООЗ «Здоров'я для всіх»	Наслідки для національної системи громадського здоров'я
Угода про асоціацію між Україною та ЄС	Зобов'язання щодо гармонізації санітарного законодавства. Створення системи епідеміологічного нагляду за стандартами ЄС/ВООЗ. Промоція здорового способу життя.	Впровадження підходу «Здоров'я в усіх політиках»; орієнтація на усунення структурних детермінант неінфекційної патології.	Закладено правову основу для демонтажу залишків радянської санітарно-епідеміологічної служби та створення мережі Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ).
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№ 2168-VIII від 2017 р.)	Запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника послуг. Затвердження Програми медичних гарантій (ПМГ).	Пряма реалізація концепції загального охоплення послугами охорони здоров'я; мінімізація «кишенькових» витрат громадян.	Трансформація медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства (КНП); пріоритезація фінансування первинної ланки та капітація сімейних лікарів.

Нормативно-правовий акт та етап	Ключовий зміст	Інтеграція принципів політики ВООЗ «Здоров'я для всіх»	Наслідки для національної системи громадського здоров'я
Закон України «Про систему громадського здоров'я» (№ 2573-IX від 2022 р., чинний з 2023 р.)	Легалізація поняття «громадське здоров'я» в правовому полі. Дефініція біологічних, фізичних та соціальних детермінант. Створення операційної вертикалі координації профілактичних інтервенцій.	Інституціоналізація соціальних детермінант здоров'я як об'єкта державного моніторингу; акцент на первинну та вторинну профілактику.	Закріплення за ЦКПХ функцій епідеміологічного нагляду, оцінки ризиків середовища та промоції ЗСЖ на рівні територіальних громад.

Джерело: розроблено та структуровано на основі аналізу національного законодавства^{11, 12, 13}

Аналіз процесів нормативно-правового та організаційного впровадження рекомендацій ВООЗ у вітчизняну систему охорони здоров'я свідчить, що Україна здійснила масштабну та глибоку трансформацію моделі фінансування медичної галузі – від утримання мережі закладів за бюджетним принципом до механізму стратегічної закупівлі медичних послуг. Прийняття Закону України № 2168-VIII стало ключовим етапом реформи, оскільки дозволило відмовитися від неефективної системи постатейного фінансування ліжкового фонду через медичну субвенцію,

¹¹ Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : Закон України № 1678-VII від 16.09.2014 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

¹² Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. *Законодавство України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.

¹³ Шанигін А. В., Бабієнко В. В., Волошина В. К. Ключові засади Всесвітньої організації охорони здоров'я у промоції здорового способу життя. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України*. Одеса, 2024, с. 629–632. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15621>.

яка супроводжувалася значними корупційними ризиками. Натомість створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як незалежного державного закупівельника медичних послуг забезпечило реалізацію одного з основоположних принципів ВООЗ – захисту населення від надмірних фінансових витрат на медичну допомогу. Водночас Програма медичних гарантій визначила чіткий перелік послуг, оплата яких повністю гарантується державою за рахунок коштів загального оподаткування, що сприяло зменшенню фінансових бар'єрів для соціально вразливих груп населення та підвищенню доступності медичної допомоги.

Особливе значення для досягнення Цілей сталого розвитку має прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я» (№ 2573-IX). Цей нормативно-правовий акт фактично завершив тривалий процес реформування профілактичного напрямку охорони здоров'я в Україні. Вперше на законодавчому рівні було здійснено відхід від переважно контрольних та інспекційних функцій колишньої санітарно-епідеміологічної служби й закладено підґрунтя для функціонування системи громадського здоров'я відповідно до сучасних європейських підходів. Закон визначив основні напрями діяльності системи, серед яких – епідеміологічний нагляд за інфекційними та неінфекційними захворюваннями, моніторинг впливу факторів довкілля на здоров'я населення, реагування на біологічні загрози та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, стратегічне управління, а також формування та підтримка здорового способу життя населення.

У результаті сформувалася цілісна трирівнева нормативно-правова конструкція, що включає Угоду про асоціацію між Україною та ЄС, законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення та Закон України «Про систему громадського здоров'я». Така модель створила ефективне інституційне підґрунтя для інтеграції лікувального і профілактичного компонентів охорони здоров'я. Вона забезпечує державі необхідні правові механізми для зменшення поширеності факторів ризику, підвищення рівня медичної грамотності населення та впровадження принципів концепції «Здоров'я для всіх» на рівні територіальних громад. Зазначені підходи повною мірою відповідають стратегічним положенням Астанинської декларації та сучасним міжнародним орієнтирам розвитку систем охорони здоров'я.

Переформатування законодавчого поля запустило ланцюгову реакцію глибоких інституційних та організаційно-управлінських змін на всіх рівнях надання медичної допомоги в Україні. Ключовим практичним механізмом нової фінансово-економічної моделі став процес автономізації закладів охорони здоров'я – їх обов'язкове перетворення з бюджетних установ, що фінансувалися за кошторисом, на комунальні некомерційні підприємства

(КНП). Цей крок надав керівникам медичних інституцій реальну фінансову та господарську свободу: право самостійно формувати штатний розклад, визначати рівень заробітної плати персоналу залежно від обсягу та якості виконаної роботи, а також гнучко перерозподіляти отримані від НСЗУ кошти на капітальні інвестиції, модернізацію обладнання чи закупівлю медикаментів.

На рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) зазначена трансформація дозволила впровадити модель капітаційної ставки – фіксованого подушного нормативу фінансування за кожного пацієнта, який уклав декларацію з лікарем загальної практики – сімейної медицини¹⁴. Капітаційна модель, активно підтримувана експертами ВООЗ, докорінно змінила мотиваційну структуру первинної ланки. Сімейний лікар став економічно зацікавленим не у збільшенні кількості формальних ліжко-днів чи необґрунтованих направлень до вузьких спеціалістів, а в утриманні прикріпленої популяції у стані максимального здоров'я та компенсації хронічних патологій, оскільки профілактика та ранній скринінг є значно менш витратними, ніж лікування запущених стадій хвороб. Одночасно запуск урядової програми реімбурсації «Доступні ліки» дозволив суттєво знизити рівень «кишенькових» витрат пацієнтів на амбулаторне лікування серцево-судинних розладів, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми, безпосередньо впливаючи на проміжні детермінанти фінансової доступності¹⁵.

Паралельно з фінансовим транзитом відбувалася реструктуризація системи епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки. На виконання Закону України «Про систему громадського здоров'я» в усіх регіонах країни було розгорнуто мережу обласних ЦКПХ МОЗ України, які перебрали на себе функції моніторингу популяційного здоров'я¹⁶. На відміну від старої, вертикально-директивної санітарної служби, оновлені інституції інтегрували у свою діяльність сучасні європейські інструменти оцінки ризиків навколишнього середовища, епідеміологічного прогнозування неінфекційної патології та розробки цільових інтервенцій на рівні територіальних громад¹⁷. Особливого значення набула децентралізація

¹⁴ Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

¹⁵ World Health Organization. WHO support for health system development in Ukraine: 2016–2019. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2019-3620-43379-60855>.

¹⁶ Закон України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX від 01.01.2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.

¹⁷ Шанигін А. В. Синергія кліматичних змін та військово-екологічного фактору як критичний детермінант зростання неінфекційних захворювань в Україні. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2025. № 4 (82). С. 112–117. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18992>.

профілактичних послуг: ЦКПХ почали активно взаємодіяти з органами місцевого самоврядування в межах концепції «Здоров'я в усіх політиках», стимулюючи створення локальних програм промоції здорового способу життя, розширення зон фізичної активності та контролю за якістю питної води й харчування у закладах освіти.

Попри вагомі досягнення реформи, серед яких широке впровадження цифрових технологій через систему eHealth, підвищення рівня оплати праці лікарів первинної ланки та модернізація матеріально-технічного забезпечення амбулаторій, оновлена система охорони здоров'я станом на початок 2022 року все ще характеризувалася наявністю низки структурних та інституційних проблем. Зокрема, процес автономізації закладів вторинної та третинної медичної допомоги відбувався нерівномірно та супроводжувався значним опором з боку місцевих політичних еліт і частини професійної медичної спільноти. Значна кількість спеціалізованих лікарень виявилася не досить підготовленою як у кадровому, так і в матеріально-технічному аспектах до функціонування в умовах нової моделі фінансування, що базувалася на конкуренції за пацієнта та контрактах із НСЗУ. Унаслідок цього зберігалися суттєві диспропорції в доступності високоспеціалізованої медичної допомоги між великими міськими центрами та сільськими територіями.

Водночас система громадського здоров'я, включаючи мережу центрів контролю та профілактики хвороб, перебувала на етапі організаційного становлення та кадрового формування. Особливо відчутним залишався дефіцит фахівців у таких сферах, як епідеміологія, біостатистика, аналіз даних громадського здоров'я та промоція здорового способу життя¹⁸. Таким чином, до початку повномасштабного вторгнення Україна перебувала в процесі складної трансформації системи охорони здоров'я, коли значна частина реформаторських механізмів ще не досягла повної зрілості. Саме в цих умовах національна система охорони здоров'я стикнулася з безпрецедентними викликами війни, яка стала серйозним випробуванням стійкості, адаптивності та ефективності створених інституційних механізмів.

2. Оцінка ефективності реалізації принципів «Здоров'я для всіх» через показники громадського здоров'я населення України

Об'єктивна оцінка результативності міжнародних медико-соціальних доктрин на національному рівні потребує відмови від

¹⁸ Шанигін А. В. Ключові засади Всесвітньої організації охорони здоров'я у промоції здорового способу життя. Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України. Одеса, 2024. С. 629–632. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15621>.

формально-декларативних підходів і переходу до глибокого статистичного аналізу індикаторів популяційного здоров'я. У межах концепції ВООЗ «Здоров'я для всіх» ключовими маркерами ефективності державних інтервенцій виступають не показники обсягів високоспеціалізованої медичної допомоги, а базові демографічні параметри, зокрема середня очікувана тривалість життя під час народження (СОТЖ) та характеристики передчасної смертності, які інтегрально відображають вплив структурних і проміжних соціальних детермінант здоров'я. Аналіз цих індикаторів в Україні за період, що передував повномасштабній кризі, свідчить про наявність стійких системних диспропорцій та виражених соціально-демографічних розривів порівняно з країнами Європейського Союзу.

Так, у 2020 році середня очікувана тривалість життя в Україні становила 71,3 року¹⁹, що традиційно відносило країну до групи з нижчими значеннями цього показника в європейському регіоні. Провідним чинником такого розриву є високий рівень передчасної смертності (до 65 років), який має чітко виражені гендерні та регіональні особливості. Різниця в очікуваній тривалості життя між жінками та чоловіками сягала 9,8 року (76,2 року у жінок проти 66,4 року у чоловіків)²⁰. Епідеміологічні дані свідчать, що надсмертність чоловіків спостерігається в усіх вікових групах, досягаючи максимальних значень у віці 25–34 роки. Така диспропорція значною мірою зумовлена поєднанням поведінкових, соціальних і професійних детермінант, зокрема більшою частотою зайнятості у шкідливих умовах праці, нижчим рівнем профілактичної поведінки, недостатньою прихильністю до скринінгових програм, а також поширеністю факторів ризику, включно з тютюнокурінням (за даними ВООЗ, курили 44,0% дорослих чоловіків)²¹ і надмірним вживанням алкоголю.

Поряд із гендерними відмінностями в Україні простежується виражена регіональна варіабельність показників здоров'я, що відображає нерівномірність соціально-економічних умов і доступу до медичної допомоги. Вищі значення СОТЖ характерні для західних областей (зокрема, Тернопільської, Хмельницької, Чернівецької), де тривалість життя чоловіків становила приблизно 68,3–66,7 року, а жінок – 78,0–77,7 року. Натомість у південно-східних та індустріальних регіонах (зокрема, Харківській, Херсонській та Одеській областях) показники були

¹⁹ Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні (років). URL: <https://surl.li/dgdnma>.

²⁰ Середня тривалість життя в Україні різко знизилась: що говорять статистика, експерти. URL: <https://surl.li/jzfgzy>.

²¹ У світі скорочується вживання тютюну – ВООЗ. URL: <https://phc.org.ua/news/u-sviti-skorochnuetsya-vzhivannya-tyutynu-vooz>.

нижчими: для чоловіків – 64,7–66,2 року, для жінок – 75,1–76,4 року. Місто Київ демонструвало відносно сприятливі демографічні показники (чоловіки – 69,1 року, жінки – 77,6 року), що відображає концентрацію ресурсів та більш розвинену медичну інфраструктуру²².

Окремо слід відзначити стійкий розрив між міським і сільським населенням. У сільській місцевості спостерігається нижча очікувана тривалість життя, що зумовлено сукупністю несприятливих факторів: обмеженою доступністю медичних послуг первинної ланки, кадровим дефіцитом, недостатньою транспортною інфраструктурою та нижчим рівнем доходів, що часто призводить до пізнього звернення за медичною допомогою. У підсумку вихідні соціально-демографічні характеристики України до періоду масштабних кризових змін свідчили про те, що цілі стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх» щодо зменшення нерівностей та забезпечення соціальної справедливості були досягнуті лише частково, що актуалізувало необхідність посилення міжсекторальної взаємодії на державному та регіональному рівнях.

Незважаючи на те, що глобальна стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх» та Цілі сталого розвитку ООН пріоритезують профілактику хронічних неінфекційних захворювань, для України важливим індикатором ефективності системи громадського здоров'я залишається контроль над соціально значущими інфекційними хворобами, насамперед ВІЛ-інфекцією та туберкульозом. В умовах повномасштабної війни саме спроможність забезпечити безперервність епідеміологічного нагляду, діагностики, лікування та профілактики цих захворювань стала одним із ключових критеріїв стійкості системи охорони здоров'я. Аналіз сучасних епідеміологічних показників дозволяє оцінити результативність реалізації міжнародних і національних програм громадського здоров'я та визначити регіональні особливості інфекційного тягаря (табл. 2).

У І кварталі 2026 року під медичним наглядом перебувало 129 802 людини, які живуть з ВІЛ (316,6 на 100 тис.), з найвищими показниками у Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській областях та м. Києві. Порівняно з попереднім роком їх кількість зменшилася на 4,5%.

У цей же період зареєстровано 1728 нових випадків ВІЛ-інфекції (4,2 на 100 тис.), що на 14,7% менше, ніж у 2025 році, попри зростання охоплення тестуванням на 8,8%. Найвища захворюваність зберігається у Дніпропетровській, Одеській та Миколаївській областях, що підтверджує територіальну концентрацію епідемії²³.

²² Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2021 рік.

²³ Звіт про результати аналізу виконання закону про Державний бюджет України. *Рахункова палата України*. URL: <https://tr.gov.ua/FinControl/FinReports/>.

Таблиця 2

Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та активний туберкульоз у регіонах України, на 100 тис. населення (станом на 01.04)

Область	Захворюваність ВІЛ-інфекції у регіонах України (станом на 01.04.2026) ²⁴	Захворюваність на активний туберкульоз, нові епізоди (станом на 01.01.2026) ²⁵
Волинська	3,5	47,4
Львівська	3,3	38,2
Закарпатська	1,4	55,1
Рівненська	2,1	33,8
Тернопільська	1,9	31,4
Івано-Франківська	2,1	35,7
Житомирська	4,9	58,1
Хмельницька	3,0	42,0
Чернівецька	1,8	29,6
Вінницька	2,9	47,1
Київська	6,5	42,3
Черкаська	5,1	44,9
Кіровоградська	6,6	66,2
Миколаївська	7,8	52,7
Одеська	9,0	73,5
Чернігівська	7,2	43,3
Полтавська	4,2	49,6
Дніпропетровська	10,0	60,8
Херсонська	1,0	13,5
Сумська	2,6	38,0
Харківська	4,5	30,3
Донецька	0,5	7,6
Луганська	0,0	0,0

У 2025 році зареєстровано 15 564 випадки туберкульозу (38,0 на 100 тис.), що на 14,0% менше порівняно з 2024 роком. Також відзначено зниження захворюваності серед дітей, підлітків і медичних працівників²⁶.

Регіональний аналіз демонструє перетин високих рівнів ВІЛ-інфекції та туберкульозу, зокрема в Одеській, Дніпропетровській та Миколаївській

²⁴ Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2026. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vil/statistika-z-vil>.

²⁵ Статистика з туберкульозу. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>.

²⁶ World Health Organization, UNICEF. Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2022 revision. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/immunization/2023-country-profiles/immunization_ukr_2023.pdf.

областях, що підтверджує наявність синдрому ВІЛ/ТБ. Це зумовлено спільними соціально-економічними детермінантами та високою вразливістю працездатного населення, що формує значний тягар для системи громадського здоров'я та досягнення Цілей сталого розвитку.

Отримані результати свідчать, що навіть в умовах воєнного стану система громадського здоров'я України зберігає здатність забезпечувати епідеміологічний нагляд, розширювати охоплення тестуванням та підтримувати програми лікування. Водночас збереження регіональних осередків високої захворюваності на ВІЛ-інфекцію і туберкульоз вимагає подальшого посилення інтегрованих програм профілактики, раннього виявлення та лікування ко-інфекції ВІЛ/ТБ відповідно до стратегічних пріоритетів ВООЗ «Здоров'я для всіх».

Загалом регіональна варіабельність показників підтверджує, що, попри впровадження сучасних підходів до контролю інфекцій (зокрема, DOTS та інші рекомендації ВООЗ), система громадського здоров'я України не забезпечує рівномірного діагностичного охоплення. Умови воєнного часу додатково посилили приховану недовиявленість випадків і загострили соціально-територіальні диспропорції в інфекційному навантаженні.

Аналіз ресурсного забезпечення дозволяє окреслити ключові структурні обмеження. За методологією ВООЗ, оцінка результативності політик має враховувати співвідношення між ресурсами системи та досягнутими результатами. У 2020–2022 роках фінансування охорони здоров'я України становило 3,2–3,8% ВВП²⁷, що істотно нижче від законодавчо визначеного орієнтира у 5% (Закон України № 2168-VIII) та значно поступається середньоєвропейському рівню 8–10% ВВП. Такий дефіцит ресурсів обмежує можливості системи щодо забезпечення належної доступності, діагностики та епіднадзора, що, своєю чергою, підтримує регіональні диспропорції у показниках здоров'я.

Низький рівень державного фінансування автоматично консервував високу питому вагу приватних витрат населення на охорону здоров'я, які сягали понад 45–49% від загального обсягу галузевих видатків, що значно перевищує рекомендований ВООЗ безпечний поріг (не більше 15–20%). Брак державних асигнувань найболючіше вдарив по профілактичному сектору та програмах громадського здоров'я, фінансування яких здійснювалося за залишковим принципом, обмежуючи можливості для проведення масштабних скринінгів та інформаційно-комунікаційних кампаній.

²⁷ Звіт Рахункової палати про результати аналізу виконання закону про Державний бюджет України. URL: <https://rp.gov.ua/FinControl/FinReports/>

Особливим деструктивним проявом ресурсного дисбалансу стала інфраструктурна та технологічна асиметрія між міським та сільським медичним простором. Впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» та автономізація закладів у формі комунальних некомерційних підприємств (КНП) посилили ринкову конкуренцію, в якій сільські та селищні амбулаторії виявилися у завідомо програшному становищі. Через низьку щільність і стрімке старіння сільського населення обсяг капітаційних виплат НСЗУ для таких КНП часто був недостатнім для утримання повноцінного штату фахівців та закупівлі сучасного діагностичного обладнання. Як наслідок, у сільській місцевості загострився дефіцит кадрів первинної ланки (забезпеченість сімейними лікарями у деяких районах падала нижче 60% від потреби), а пацієнти втратили доступ до базових верифікаційних технологій на кшталт експрес-тестування чи цифрової флюорографії. Це призвело до систематичного запізнення діагностики як онкологічних та кардіоваскулярних хвороб, так і туберкульозу, формуючи прихований резервуар неконтрольованої захворюваності.

Іншим важливим індикатором зниження ефективності превентивного складника системи охорони здоров'я України став рівень рутинної імунізації населення. Відповідно до стратегічних рекомендацій ВООЗ та ЮНІСЕФ для забезпечення колективного імунітету та попередження спалахів вакцинокерованих інфекцій охоплення плановими щепленнями має становити не менше 95% цільового населення. Проте в Україні в період пандемії COVID-19 спостерігалось погіршення показників рутинної імунізації. За оцінками WHO/UNICEF, охоплення третьою дозою вакцини проти дифтерії, правця та кашлюку знизилось з 81% у 2020 р. до 78% у 2021 р., а за даними МОЗ України наприкінці 2021 р. охоплення окремими дитячими щепленнями становило лише 64,8–71,9%²⁸. Недостатній рівень вакцинації призвів до накопичення сприйнятливих до інфекцій осіб, що підтверджується, зокрема, спалахом вакциноспорідненого поліовірусу в Україні у 2021 році. В умовах повномасштабної війни, масового переміщення населення, перебування людей у місцях тимчасового укриття та порушення функціонування санітарно-епідеміологічної інфраструктури ці ризики набули особливої актуальності та стали суттєвим викликом для системи громадського здоров'я.

Підсумовуючи результати емпіричного аудиту, слід констатувати, що напередодні повномасштабного воєнного конфлікту система охорони здоров'я України перебувала у стані незавершеної, структурно

²⁸ Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2022 revision. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/immunization/2023-country-profiles/immunization_ukr_2023.pdf?utm_source=chatgpt.com.

розбалансованої модернізації. Отримані позитивні імпульси від запровадження Програми медичних гарантій та розгортання вертикалі ЦКПХ суттєво нівелювалися хронічним макроекономічним недофінансуванням, дефіцитом кадрового потенціалу та глибокою нерівністю у доступі до медичних благ. Проте саме створені КНП-моделі та цифрові інструменти eHealth заклали той рівень гнучкості та інституційної адаптивності, який дозволив системі уникнути колапсу та зберегти керованість в умовах руйнівного воєнного тиску, детальний аналіз якого є завданням наступного підрозділу.

3. Воєнні виклики та їх вплив на сталий розвиток громадського здоров'я в Україні

Повномасштабна військова агресія, що розпочалася у лютому 2022 року, стала для національної системи охорони здоров'я України найбільш екстремальним та руйнівним випробуванням за всю історію її суверенного існування, радикально деформувавши траєкторію досягнення Цілей сталого розвитку ООН та імплементації філософії ВООЗ «Здоров'я для всіх». З точки зору системного аналізу громадського здоров'я воєнні виклики доцільно диференціювати на прямі (безпосереднє знищення ресурсів та інфраструктури) та опосередковані (каскадні медико-соціальні наслідки, що проявляються через зміну умов життєдіяльності та декомпенсацію популяційної патології).

Одним із наймасштабніших наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я стали систематичні атаки на медичну інфраструктуру. За даними ВООЗ, протягом перших 1534 днів повномасштабної війни було верифіковано понад 3000 атак на об'єкти та ресурси охорони здоров'я України. Близько 80% усіх підтверджених інцидентів припадало на лікарні, амбулаторії та інші медичні заклади, тоді як майже 20% стосувалися автомобілів швидкої медичної допомоги та медичного транспорту²⁹. Лише з початку 2026 року ВООЗ зафіксувала 186 атак на систему охорони здоров'я, які спричинили загибель 15 осіб і щонайменше 81 поранення. Руйнування медичних закладів, аптечних складів і транспортної інфраструктури суттєво обмежило доступ населення до медичної допомоги, особливо в прифронтових регіонах, де порушення безперервності лікування хронічних захворювань стало одним із чинників погіршення стану громадського здоров'я. На тлі того, що 9,2 млн українців потребують медичної підтримки, а прогнозовані потреби на відбудову

²⁹ 3000 attacks on health care in Ukraine verified by WHO since full-scale invasion. URL: https://www.who.int/europe/news/item/08-05-2026-3000-attacks-on-health-care-in-ukraine-verified-by-who-since-full-scale-invasion?utm_source=chatgpt.com

сектору охорони здоров'я протягом наступного десятиліття оцінюються у 23,6 млрд дол. США, збереження функціональності медичної системи залишається одним із ключових викликів для держави.

Опосередкований тиск війни на громадське здоров'я є не менш руйнівним і пов'язаний із наймасштабнішою з часів Другої світової війни міграційною кризою. Мільйони громадян були змушені залишити свої домівки, трансформувались у статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО) або зовнішніх біженців. Така стрімка, хаотична концентрація населення у відносно безпечних західних та центральних регіонах України створила колосальне додаткове навантаження на локальні системи охорони здоров'я, госпітальний сектор та первинну ланку. Виникла гостра потреба у терміновому перерозподілі ресурсів, розширенні штатів та адаптації Програми медичних гарантій до потреб ВПО. Крім того, тривале перебування значних мас людей у незадовільних санітарно-гігієнічних умовах (скупченість в укриттях, пошкодження водогонів та каналізаційних колекторів, обмежений доступ до чистої питної води) актуалізувало критичні санітарно-епідеміологічні ризики. Різко зросла загроза спалахів гострих кишкових інфекцій, гепатиту А, а також повітряно-крапельних інфекцій, включно з дифтерією та кором, на тлі вже згадуваного докризового зниження рівня популяційного імунного прошарку.

Окремим патогенетичним вектором виступає феномен тотальної декомпенсації хронічної соматичної патології під впливом персистуючого воєнного дистресу. Постійне перебування населення під загрозою обстрілів, втрата майна, близьких та звичного соціального контексту сформували умови для хронічної гіперактивації симпатoadреналової системи. Як наслідок, клініцисти фіксують різке «помолодшання» та зростання частоти гострих кардіоваскулярних катастроф (інфарктів міокарда, мозкових інсультів), дестабілізацію перебігу цукрового діабету та маніфестацію важких автоімунних і онкологічних процесів³⁰. У такий спосіб воєнні виклики повністю переформатували структуру популяційної захворюваності, змістивши пріоритети державної політики з планової, еволюційної модернізації галузі у площину екстреного, мобілізаційного реагування на біологічні та соціально-економічні загрози.

Масштабність та синергетичний ефект воєнних деструкцій вимагають від керівних інституцій сектору охорони здоров'я та громадського здоров'я України відмови від стандартних управлінських алгоритмів

³⁰ Шанигін А. В., Коломієць П. В. Вплив війни на фізичне та психологічне здоров'я населення України. *Modern Science: Exploring Theories, Innovations and Practical Solutions* : proceedings of the 2st International Scientific and Practical Conference. 2024. Т. 1, № 9. С. 122–124. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/16040>.

мирного часу й переходу до гнучких, адаптивних стратегій кризового менеджменту. Оцінка ефективності функціонування медичного простору в умовах воєнного стану доводить, що життєздатність системи безпосередньо залежить від її здатності оперативно нівелювати загрози епідеміологічного, логістичного та інфраструктурного генезу. Задля систематизації архітектури поточних воєнних викликів та верифікації практичних інструментів їх подолання було розроблено комплексну науково-управлінську матрицю, представлену в таблиці 3.

Таблиця 3

Архітектура воєнних викликів для системи громадського здоров'я України та механізми забезпечення її стійкості

Функціональний блок системи (за ВООЗ)	Прямі та опосередковані воєнні виклики (деструкції)	Стратегічні інструменти реагування та механізми компенсації	Інтегральний результат для сталого розвитку галузі
1. Фінансування та закупівлі	Скорочення податкової бази ВВП.	Залучення цільових міжнародних грантів та позик Світового банку.	Забезпечення безперервності фінансування комунальних КНП; недопущення масового банкрутства лікарень та збереження базових гарантій пацієнтам.
	Зростання видатків на воєнну медицину.	Гнучке переформатування пакетів ПМГ під умови воєнного стану.	
	Ризик дефіциту бюджету Програми медичних гарантій (ПМГ).	Збереження принципу стратегічних закупівель через НСЗУ.	
2. Інфраструктура та логістика	Фізичне пошкодження понад 1500 об'єктів.	Розгортання автономних модульних амбулаторій ПМСД.	Збереження фізичної та територіальної доступності до екстреної та первинної медичної допомоги в умовах тривалих блекаутів.
	Руйнування локальних аптечних ланцюгів у зоні бойових дій.	Масове оснащення закладів генераторами та станціями Starlink.	
	Енергетичний деструктор.	Оптимізація маршрутів доставки медичних вантажів.	

Функціональний блок системи (за ВООЗ)	Прямі та опосередковані воєнні виклики (деструкції)	Стратегічні інструменти реагування та механізми компенсації	Інтегральний результат для сталого розвитку галузі
3. Кадровий потенціал	Масова міграція медичного персоналу (ВПО та біженці).	Спрощення процедури працевлаштування медиків-ВПО без бюрократичних бар'єрів.	Стабілізація кадрового забезпечення прифронтових та центральних регіонів; запобігання дефіциту вузьких спеціалістів.
	Професійне вигорання та надвисоке фізичне навантаження.	Залучення іноземних волонтерських місій та команд ЕМТ.	
	Мобілізаційні втрати.	Впровадження програм психологічної підтримки.	
4. Епідеміологічна безпека	Руйнування санітарної інфраструктури.	Посилення епідемнагляду силами обласних ЦКПХ ВООЗ.	Запобігання масштабним епідеміям інфекційних хвороб; утримання індексу туберкульозного тягаря під державним контролем.
	Ризик спалахів інфекцій через скупченість населення в укриттях.	Розгортання мобільних вакцинальних бригад для ВПО.	
	Обмеження доступу до скринінгів.	Впровадження інноваційних ДНК-тестів на туберкульоз (GeneXpert).	

Критичний аналіз структури, наведеної у таблиці 3, демонструє, що стійкість національного медичного простору була досягнута завдяки інституційній гнучкості, закладеній на попередніх етапах реформи. Збереження функціональності Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівника послуг дозволило уникнути хаосу в розподілі коштів. Навіть в умовах тимчасової окупації або активних бойових дій НСЗУ продовжувала стабільно виплачувати закладам охорони здоров'я фіксовану місячну суму за спрощеними договорами («глобальний бюджет»), що дозволило зберегти кадровий кістяк лікарень, забезпечити виплату заробітних плат та фінансувати закупівлю розхідних матеріалів.

Відповіддю на тотальний енергетичний терор та руйнування стаціонарних будівель стала безпрецедентна автономізація та мобільність

послуг. Своєчасна диверсифікація джерел живлення та зв'язку перетворила українські КНП на автономні гуманітарні хаби, здатні проводити ургентні хірургічні втручання та приймати пологи в умовах повної відсутності централізованого електропостачання. Крім того, компенсація дефіциту стаціонарної діагностики у сільських та деокупованих районах здійснюється через активне розгортання модульних та мобільних клінік первинної ланки, які функціонують за прямої фінансової та логістичної підтримки міжнародних гуманітарних агенцій.

Особливу роль у структурі протидії воєнним загрозам відіграє блок епідеміологічної безпеки (табл. 3). Створена напередодні війни вертикаль Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) довела свою високу адаптивну спроможність. В умовах декомпенсації великих фтизіатричних та інфекційних стаціонарів ЦКПХ змістили фокус своєї діяльності у площину оперативного польового моніторингу: організації регулярного тестування питної води у місцях компактного проживання ВПО, проведення наздоганяючих (*catch-up*) кампаній з імунізації проти кору та поліомієліту, а також координації програм безперервного забезпечення антиретровірусними (АРВ) та протитуберкульозними препаратами пацієнтів, які змушені були змінити місце проживання. Таким чином, представлена архітектура взаємодії викликів та інструментів реагування свідчить, що мобілізаційна модель охорони здоров'я України, інтегрувавши міжнародну допомогу, спромоглася утримати ситуацію від неконтрольованого колапсу, заклавши концептуальну основу для формування нового типу системної резильентності суспільства.

Повномасштабна війна суттєво погіршила стан здоров'я населення України та ускладнила доступ до медичної допомоги. За результатами оцінки потреб у сфері охорони здоров'я, проведеної ВООЗ у 2024 році, 68% українців повідомили про погіршення свого здоров'я порівняно з довоєнним періодом. Найбільш поширеними проблемами стали порушення психічного здоров'я (46%), психічні розлади (41%) та неврологічні захворювання (39%). Додатковим фактором ризику є висока поширеність неінфекційних захворювань, які зумовлюють 84% усіх випадків смерті в Україні. Водночас кожна четверта особа (25%) відзначає погіршення доступу до медичної допомоги, а 35% населення були змушені відкладати лікування через високу вартість медичних послуг або лікарських засобів. Особливо вразливими залишаються внутрішньо переміщені особи та мешканці прифронтових регіонів, де рівень відмови від отримання необхідної медичної допомоги сягає 43% у Херсонській області, 24% у Харківській та 18% у Запорізькій. Сукупність цих факторів свідчить про формування довготривалої медико-демографічної кризи, яка

потребує комплексних заходів у сфері громадського здоров'я, медичної допомоги та соціального захисту населення³¹.

У відповідь на цей тектонічний зсув в Україні за ініціативи першої леді Олени Зеленської та за безпосередньої методологічної підтримки ВООЗ було розгорнуто та імплементовано Всеукраїнську програму ментального здоров'я «Ти як?». Ключовою новелою цієї програми став відхід від спеціалізованих психіатричних диспансерів на користь децентралізації та дестигматизації послуг шляхом їхньої інтеграції у первинну ланку медичної допомоги. Завдяки впровадженню глобального курсу ВООЗ *mhGAP (Mental Health Gap Action Programme)* понад 15 тисяч українських сімейних лікарів, педіатрів та медичних сестер пройшли спеціалізоване навчання з верифікації, базового менеджменту та супроводу поширених психічних розладів у загальномедичній практиці³². Це дозволило наблизити психологічну допомогу до пацієнта, забезпечивши раннє виявлення депресивних та тривожних станів безпосередньо за місцем первинного звернення, що повністю відповідає філософії пацієнтоцентричності та доступності доктрини «Здоров'я для всіх».

Досвід функціонування медичного простору України в умовах тривалих бойових дій змусив міжнародну наукову спільноту радикально переосмислити саму концепцію інституційної стійкості системи охорони здоров'я. Якщо у класичних докризових рекомендаціях ВООЗ під стійкістю розуміли здатність системи поглинати зовнішні шоки та максимально швидко повертатися до вихідного стану, то український кейс довів необхідність переходу до моделі динамічної трансформації та адаптації. Стійкість вітчизняного сектору продемонструвала, що в умовах тотального руйнування інфраструктури система має не просто відновлювати старі елементи, а безперервно еволюціонувати: впроваджувати цифрові інструменти (електронні рецепти та направлення, телемедичні консилиуми для евакуйованих пацієнтів), гнучко змінювати маршрути пацієнтів та оптимізувати кадровий ресурс у режимі реального часу.

Окреслений емпіричний та нормативний аудит дозволяє сформувати чітке бачення стратегічних пріоритетів післявоєнного відновлення та подальшого розвитку громадського здоров'я в Україні у межах інтеграції у систему Європейського Союзу. Першочерговим завданням має стати

³¹ Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>.

³² 17 000 сімейних лікарів пройшли навчання mhGAP, майже 10 000 із них вже надають безоплатні послуги з охорони ментального здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/17-000-simejnih-likariv-projshli-navchannja-mhgap-majzhe-10-000-iz-nih-vzhe-nadajut-bezoplatni-poslugi-z-ohoroni-mentalnogo-zdorov%CA%BCja->

не сліпа відбудова зруйнованих радянських лікарень, а реалізація принципу ВООЗ «Будувати краще, ніж було». Це передбачає створення оптимізованих госпітальних округів із високотехнологічними кластерними та надкластерними стаціонарами, паралельно з масштабним інвестиційним посиленням первинної ланки та мережі ЦКПХ як головних форпостів популяційної безпеки. Наступними довгостроковими імперативами мають виступити: повне фінансове забезпечення Програми медичних гарантій на рівні реальних європейських стандартів, подолання географічної та гендерної нерівності у здоров'ї через міжсекторальний підхід «Здоров'я в усіх політиках», відновлення рутинної імунізації населення, а також остаточне закріплення засад біоетичної та цифрової трансформації галузі. Реалізація цих векторів дозволить Україні побудувати інклюзивну, резильєнтну та високоефективну модель громадського здоров'я, спроможну гарантувати біологічну безпеку держави та забезпечити реальне досягнення фундаментальних цілей Всесвітньої організації охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження засвідчило, що політика ВООЗ «Здоров'я для всіх» є важливим інструментом забезпечення сталого розвитку громадського здоров'я, оскільки ґрунтується на принципах соціальної справедливості, профілактичної спрямованості, міжсекторальної взаємодії та рівного доступу населення до медичних послуг. Сучасна концепція здоров'я розглядає його як результат комплексного впливу медичних, соціально-економічних, поведінкових та екологічних чинників, що визначає необхідність реалізації підходу «Здоров'я в усіх політиках».

Встановлено, що Україна здійснила суттєвий поступ у впровадженні міжнародних підходів ВООЗ шляхом реформування системи охорони здоров'я, створення Національної служби здоров'я України, запровадження Програми медичних гарантій та формування сучасної системи громадського здоров'я. Прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я» стало важливим етапом інституціоналізації профілактичного напрямку та інтеграції принципів управління соціальними детермінантами здоров'я у державну політику.

Разом із тим результати аналізу свідчать, що досягнення цілей концепції «Здоров'я для всіх» в Україні залишається частковим. Зберігаються значні регіональні, гендерні та соціально-економічні нерівності у стані здоров'я населення, високий рівень передчасної смертності, значний тягар неінфекційних захворювань, а також нерівномірність поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу. Додатковими стримуючими факторами

є недостатній рівень фінансування галузі, кадровий дефіцит і нерівномірна доступність медичної допомоги, особливо у сільській місцевості.

Доведено, що повномасштабна війна суттєво ускладнила реалізацію стратегічних завдань громадського здоров'я через руйнування медичної інфраструктури, міграційні процеси, зростання епідемічних ризиків та погіршення психічного здоров'я населення. Водночас реформи попередніх років забезпечили певний рівень стійкості системи охорони здоров'я завдяки функціонуванню НСЗУ, розвитку цифрових технологій, діяльності центрів контролю та профілактики хвороб та активній міжнародній підтримці.

Отже, подальша реалізація політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» має стати одним із ключових напрямів післявоєнного відновлення України. Пріоритетними завданнями залишаються зміцнення системи громадського здоров'я, розвиток профілактичних програм, подолання нерівностей у здоров'ї, відновлення імунізаційної профілактики, розширення послуг із психічного здоров'я та забезпечення достатнього фінансування галузі. Реалізація зазначених напрямів сприятиме формуванню резильєнтної, інклюзивної та ефективної системи громадського здоров'я, здатної забезпечити покращення здоров'я населення та сталий розвиток держави в умовах післявоєнної трансформації.

АНОТАЦІЯ

У розділі досліджено роль політики Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я для всіх» як інструменту забезпечення сталого розвитку громадського здоров'я в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я та сучасних воєнних викликів. Розглянуто еволюцію концепції «Здоров'я для всіх», її основні принципи та механізми інтеграції міжнародних підходів ВООЗ у національну систему охорони здоров'я. Проведено аналіз нормативно-правових і організаційних трансформацій, пов'язаних із впровадженням медичної реформи, розвитком системи громадського здоров'я та створенням нових інституційних механізмів управління. На основі демографічних та епідеміологічних показників оцінено ефективність реалізації принципів політики ВООЗ в Україні. Встановлено наявність значних регіональних, гендерних і соціально-економічних нерівностей у стані здоров'я населення, високого тягаря неінфекційних захворювань, а також суттєвих викликів у сфері контролю ВІЛ-інфекції та туберкульозу. Визначено, що повномасштабна війна спричинила масштабні втрати медичної інфраструктури, посилила ризики для громадського здоров'я та ускладнила досягнення цілей сталого розвитку. Водночас доведено, що проведені реформи сприяли підвищенню

стійкості системи охорони здоров'я та її здатності адаптуватися до кризових умов. Обґрунтовано стратегічні пріоритети післявоєнного відновлення, серед яких – розвиток профілактичного напрямку, зміцнення системи громадського здоров'я, подолання нерівностей у здоров'ї та інтеграція принципів «Здоров'я в усіх політиках». Отримані результати підтверджують важливість подальшої імплементації політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» як основи формування резильєнтної та ефективної системи громадського здоров'я України.

Література

1. Шанигін А. В., Ноябрьов Д. В. Роль ВООЗ в реалізації стратегії реабілітації пацієнтів в умовах війни. *Сучасні аспекти комплексної реабілітації. Виклики та перспективи – 2024* : матеріали практ. конф. (м. Одеса, 10–11 жовт. 2024 р.). Одеса : ПОЛІГРАФ, 2024. С. 63–64. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/16094>.

2. За три роки повномасштабної війни росіяни пошкодили та зруйнували 2 285 медичних закладів України: новини Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. *Офіційний вебпортал Верховної Ради України*. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/258965.html (дата звернення: 15.06.2026).

3. Шанигін А. В. Медико-екологічні наслідки воєнного забруднення довкілля та пріоритети «зеленої» реконструкції України. *Довкілля для України* : зб. матеріалів Міжнар. екол. форуму. 2026. С. 209–214. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/19814>.

4. Шанигін А. В., Ноябрьов Д. В. Системні виклики у сфері охорони здоров'я України та роль стратегій ВООЗ у післявоєнному відновленні. *Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя – 2025* : матеріали наук.-практ. конф. (м. Одеса, 23 трав. 2025 р.). Одеса, 2025. С. 71–74. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/17725>.

5. Шанигін А. В. Кліматичні зміни та охорона здоров'я в Україні: виклики, міжсекторальна відповідь та напрями стійкого розвитку. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 2025. С. 169–172. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18963>.

6. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Новини медицини та фармації. Психіатрія*. 2011. № 383. URL: https://www.mif-ua.com/archive/article_print/20562.

7. Устінов О. В. ВООЗ допоможе Україні в імплементації положень права Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/uk/novyna-242648-vooz-dopomozhe-ukrayini-v-implementatsiyi-polozhen-prava-yevropejskogo-soyuzu-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya>.

8. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. *Законодавство України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.06.2026).
9. Венгер І. В. Оцінка ефективності механізмів публічного управління у розвитку закладів охорони здоров'я в Україні: виклики та перспективи. *Публічне управління і адміністрування*. 2024. № 1. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.35>.
10. World Health Organization. WHO support for health system development in Ukraine: 2016–2019. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2019-3620-43379-60855> (дата звернення: 15.06.2026).
11. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : міжнародний документ : Закон України про ратифікацію від 16.09.2014 р. № 1678-VII. *Законодавство України*. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text (дата звернення: 15.06.2026).
12. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. *Законодавство України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 16.06.2026).
13. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX (введено в дію 01.01.2026 р.). *Законодавство України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 15.06.2026).
14. Шанигін А. В. Синергія кліматичних змін та військово-екологічного фактору як критичний детермінант зростання неінфекційних захворювань в Україні. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2025. № 4 (82). С. 112–117. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18992>.
15. Шанигін А. В., Бабієнко В. В., Волошина В. К. Ключові засади Всесвітньої організації охорони здоров'я у промоції здорового способу життя. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 трав. 2024 р.). Одеса, 2024. С. 629–632. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15621>.
16. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні (років): статистичні дані. URL: <https://surl.li/dgdnma> (дата звернення: 15.06.2026).
17. Середня тривалість життя в Україні різко знизилась: що говорять статистика, експерти: аналітичний матеріал. URL: <https://surl.li/jzfgzy> (дата звернення: 15.06.2026).
18. У світі скорочується вживання тютюну. Всесвітня організація охорони здоров'я : офіційний вебсайт. URL: <https://phc.org.ua/news/u-sviti-skorochuetsya-vzhivannya-tyutyunu-vooz> (дата звернення: 15.06.2026).
19. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2021 рік : статистичний збірник. *Державна служба статистики*

України. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/08/zb_tabl_nas_2021.pdf?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 15.06.2026).

20. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2026. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vil/statistika-z-vil> (дата звернення: 15.06.2026).

21. Статистика з туберкульозу. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb> (дата звернення: 15.06.2026).

22. Звіт про результати аналізу виконання закону про Державний бюджет України. Рахункова палата України. URL: <https://rp.gov.ua/FinControl/FinReports/> (дата звернення: 16.06.2026).

23. World Health Organization, UNICEF. Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2022 revision. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/immunization/2023-country-profiles/immunization_ukr_2023.pdf (дата звернення: 16.06.2026).

24. World Health Organization Regional Office for Europe. 3000 attacks on health care in Ukraine verified by WHO since full-scale invasion. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/08-05-2026-3000-attacks-on-health-care-in-ukraine-verified-by-who-since-full-scale-invasion> (дата звернення: 17.06.2026).

25. Шанигін А. В., Коломієць П. В. Вплив війни на фізичне та психологічне здоров'я населення України. *Modern Science: Exploring Theories, Innovations and Practical Solutions* : proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Conference. 2024. Vol. 1. No. 9. P. 122–124. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/16040>

26. World Health Organization Regional Office for Europe. Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation> (дата звернення: 10.06.2026).

27. 17 000 сімейних лікарів пройшли навчання mhGAP, майже 10 000 із них вже надають безоплатні послуги з охорони ментального здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/17-000-simejnih-likariv-projshli-navchannja-mhgap-majzhe-10-000-iz-nih-vzhe-nadajut-bezoplatni-poslugi-z-ohoroni-mentalnogo-zdorovja> (дата звернення: 18.06.2026).

Information about the author:

Shanyhin Anton,

<https://orcid.org/0000-0003-2644-4542>

Doctor of Philosophy in Medicine,

Associate Professor at the Department of Hygiene,

Medical Ecology and Public Health

Odesa National Medical University

2, Valikhovskiy Lane, Odesa, Ukraine