

DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-81-3>

УДК 614.2:338.28:614.8

ВПЛИВ ДЕСТАБІЛІЗУЮЧИХ СИСТЕМНИХ РИЗИКІВ (COVID ТА ВІЙНИ) НА СТІЙКІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

THE IMPACT OF DESTABILIZING SYSTEMIC RISKS (COVID AND WAR) ON THE RESILIENCE OF THE HEALTHCARE SYSTEM

Клименко Юлія Анатоліївна

кандидат економічних наук, старший науковий співробітник,
Інститут демографії та досліджень якості життя імені Михайла Птухи
Національної академії наук України
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0086-2933>

Реут Анна Георгіївна

кандидат економічних наук, старший науковий співробітник,
Інститут демографії та досліджень якості життя імені Михайла
Птухи Національної академії наук України
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9623-9248>

Klymenko Yuliia, Reut Anna

Mykhailo Ptoukha Institute for Demography and Life Quality Research
of the National Academy of Sciences of Ukraine

У статті досліджується вплив дестабілізуючих системних ризиків, зокрема пандемії COVID-19 та повномасштабної війни в Україні, на стійкість системи охорони здоров'я. Проаналізовано, як багатовимірні шоки можуть трансформувати функціонування сфери охорони здоров'я, поглиблювати нерівність у доступі до медичних послуг та створювати довготривалі структурні деформації. Особливу увагу приділено оцінці спроможності системи адаптуватися, підтримувати критичні функції та забезпечувати безперервність медичного обслуговування в умовах обмеженості ресурсів та різкої зміни потреб населення. Визначено ключові вразливості, що проявилися внаслідок системних криз в сфері охорони здоров'я. Показано, що сукупний вплив COVID-19 та війни спричинив не лише короткострокові збої, але й сформував підґрунтя для довготривалих наслідків в системі, які значно загострилися з початком повномасштабної війни. Кумулятивний вплив двох масштабних криз вплинув на зниження потенціалу інституційної спроможності системи охорони здоров'я. Результати статті підкреслюють необхідність розробки інтегрованих стратегій зміцнення системної стійкості, які враховують специфіку комплексних криз та орієнтовані на підвищення адаптивності, відновлюваності та подальшого забезпечення безперешкодного доступу до медичних послуг.

Ключові слова: пандемія COVID, стійкість, система охорони здоров'я, війна, системні ризики, медична бідність.

This article investigates the impact of destabilizing systemic risks, specifically the COVID-19 pandemic and the full-scale war in Ukraine, on the resilience of the healthcare system. The aim of this study is to analyze how multidimensional shocks transform the functioning of the healthcare sector, deepen inequalities in access to medical services, and create long-term structural deformations. The relevance stems from the urgent need to understand and mitigate the cumulative effects of these large-scale crises on critical public services. The methodology involves a comprehensive analysis of the system's capacity to adapt, sustain critical functions, and ensure continuity of medical care under conditions of resource constraints and rapidly changing population needs. The study focuses on evaluating the system's ability to maintain operations and equitable access despite severe external pressure. The results reveal key vulnerabilities exposed by the systemic crises. The cumulative effect of COVID-19 not only caused short-term disruptions but also laid the foundation for long-term consequences within the system, which were significantly exacerbated by the start of the full-scale war. This dual impact has led to a reduction in the institutional capacity of the healthcare system. The findings underscore that these crises have created complex,

lasting challenges far beyond immediate emergency response. An acute social problem in Ukraine remains the inability of Ukrainian households to pay for medical services, even despite the declared state guarantee of free medicine. According to research, the share of out-of-pocket expenses for healthcare in Ukraine is the highest in Europe. and during the pandemic and war, these expenses increased several times, reaching almost half of the total current healthcare expenses. This leads to the spread of catastrophic medical expenses, which is especially noticeable for low-income households and pensioners. The practical value of the article lies in highlighting the necessity of developing integrated strategies for strengthening systemic resilience. These strategies must account for the specifics of complex crises and focus on enhancing adaptability, recoverability, and ensuring equitable access to medical services in the future.

Keywords: COVID pandemic, resilience, health care system, war, systemic risks, medical poverty.

Постановка проблеми. У контексті масштабних криз, таких як пандемія та війна, з якими зіткнулася Україна в останнє десятиліття, стійкість соціально-економічної системи є визначальною характеристикою стабільного функціонування в перманентно мінливому середовищі. Зокрема, пандемія COVID-19 продемонструвала неготовності систем охорони здоров'я до ефективного швидкого реагування на кризову ситуацію, виявивши проблеми із перенавантаженістю лікарень, збоями в ланцюгах постачання та недосконалістю механізмів координації. Воєнні дії та збройні конфлікти, своєю чергою, призводять до прямого руйнування медичної інфраструктури, переміщення медичних кадрів і суттєвих перебоїв у наданні базових послуг, що підвищує ризик вторинних спалахів захворювань. Тому в контексті системи охорони здоров'я стійкість це спроможність гарантувати справедливий безперешкодний доступ до медичної допомоги для всіх верств населення.

Масштабні системні ризики спричиняють полікризи та мають тривалі наслідки, які виходять за межі короткострокових економічних втрат. За таких умов важливим стає не лише екстрене реагування на безпосередні наслідки кризи, але й переосмислення моделей соціально-економічної стійкості. Йдеться про формування інституційних механізмів, здатних не лише пом'якшувати наслідки кризових явищ, а й забезпечувати адаптивність, гнучкість і справедливість системи у довгостроковій перспективі. Таким чином, системні ризики сучасності виявили потребу у переході від реактивної до превентивно-адаптивної парадигми соціально-економічного управління, орієнтованої на підвищення спроможності системи витримувати потрясіння та відновлюватися після них.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Багато визначень в основному зосереджені на відновленні попереднього статус-кво, тобто на здатності відновитися після кризових

подій. Проте, таке визначення є неповним, адже вкрай важливою є не лише здатність вистояти під час кризового стану, а й збереження можливостей розвитку в перманентно мінливому середовищі в довгостроковій перспективі. Адже концепція стійкості виходить за рамки здатності вистояти під час загроз чи ризиків та ідентифікації вразливостей. Вона перевершує просто пом'якшення наслідків, як зазначає дослідник Yang, стійкість охоплює адаптацію, зміни та трансформацію і відображає багатовимірну, багаторівневу реакцію на складні полікризи сьогодення [1]. На думку В. Walker, L. Gunderson та E. Ostrom [2], стійкість не є поверненням до колишнього стану, а радше адаптивною здатністю – умінням змінюватися, підтримуючи функціональність системи. Особливе значення надається поняттям адаптивності (здатність акторів впливати на систему для пом'якшення шоків) та трансформованості (здатність докорінно змінювати структуру, якщо наявні інституції більше не працюють). Так, дослідники Браун і Вествей (Brown and Westaway) зазначають, що визначення резильєнтності в контексті соціально-економічних систем пояснюється через її адаптивну здатність [1].

Науковці D. Alexander та K. Tierney, наголошують на важливості інституційної стійкості, довіри населення до держави, наявності соціального капіталу, ефективних механізмів перерозподілу та здатності держави реагувати на нерівності. У цьому контексті резильєнтність постає не лише як технічна здатність системи, а й як соціальний процес, тісно пов'язаний із справедливістю, доступом до ресурсів та інклюзивністю [3; 4]. Наприклад, Heymann, D. L. та Schalk, L., вивчали, як економічні системи реагують на фінансові та пандемічні кризи, і дійшли висновку, що стійкість залежить від гнучких ринків праці, диверсифікованої економічної структури та ефективної державної політики. Економісти також розвинули концепцію economic resilience, яка включає два ключових елементи: resistance

(здатність мінімізувати втрати) та recovery (швидкість та якість відновлення) [5]. Тож, в 21 столітті інтерпретація стійкості соціально-економічних систем відходить від спроможності протистояти загрозам, а зосереджується на можливості ефективного відтворення свого функціонування через адаптивність та постшокову трансформацію.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Останні 6 років криз найбільшим викликом для українців залишається збереження життя та підтримка здоров'я, що залежить як від фізичної, психічної стійкості чи здатності адаптуватися до невизначеності, стресу, так і від доступу до превентивних послуг охорони здоров'я та якісної медичної допомоги.

Нагадаємо, в Україні більшість медичних послуг в державних закладах охорони здоров'я надаються безкоштовно в рамках Програми медичних гарантій [6], відповідно профілактично-лікувальні процедури поза межами цих безкоштовних пакетів пацієнти мають сплачувати самостійно. Зважаючи на доволі високу вартість медичних послуг при загальному низькому рівні життя в Україні ще до кризового періоду будь-які витрати на лікування, могли бути "катастрофічними" для фінансової стабільності домогосподарства та підвищували ризик бідності. З першої хвилі коронавірусної кризи в Україні відмічається падіння рівня доходів населення та трансформація структури витрат з акцентом на найбільш гострі потреби. В результаті за даними ОЕСД [7] 78% українських домогосподарств в 2024 році здійснювали витрати на лікарські засоби, медичні товари та обладнання, відвідування медичних закладів. Майже половина з них (42%) були змушені використовувати заощадження, щоб покрити ці медичні потреби. Так, в середньому на лікування витрачали 14,2 тис. грн. із власних заощаджень.

Формулювання цілей статті. Метою дослідження є комплексна оцінка впливу дестабілізуючих системних ризиків (пандемії COVID-19 та повномасштабної війни) на стійкість системи охорони здоров'я України, її резильєнтність, а також на здатність домогосподарств забезпечувати власним коштом необхідне лікування без ризиків медичної бідності.

Для досягнення поставленої мети будуть виконані наступні завдання:

- оцінити поширеність серед домогосподарств України надмірних витрат на послуги охорони здоров'я за даними Обстеження

соціально-економічного становища домогосподарств України (далі – ОЕСД);

- змодельовати як в кризових умовах впливає відсутність програми медичних гарантій на добробут різних типів домогосподарств та оцінити їх ризики медичної бідності;

- запропонувати рекомендації щодо підвищення стійкості системи охорони здоров'я в умовах системних криз.

Виклад основного матеріалу дослідження. Системні ризики призводять до довготривалого процесу інституційного рубцювання (так званого long-term "scarring"), тобто до негативних тривалих наслідків в соціально-економічних системах після кризових періодів. Цей термін позначає стійкі структурні, організаційні та кадрові дефіцити, які зберігаються задовго після завершення гострої фази кризи. Наприклад, пандемія COVID-19 спричинила глибокі й тривалі порушення роботи систем охорони здоров'я у всьому світі. Такі "шрами" істотно вплинули на ефективність функціонування системи, показники здоров'я населення та здатність реагувати на майбутні виклики. Одним із найбільш значущих довгострокових наслідків є хронічне виснаження кадрового потенціалу, багато країн зіткнулися з гострим дефіцитом медсестер, лікарів первинної ланки та фахівців громадського здоров'я. А процес відновлення кваліфікованої робочої сили є довготривалим, потребує багаторічних інвестицій, навчання, інституційної підтримки, тощо.

Іншим ключовим проявом "рубцювання" в системі охорони здоров'я є накопичення відкладених або ненаданих медичних послуг. Під час локдаунів і періодів високого навантаження неургентні втручання (зокрема планові операції та рутинне ведення хронічних захворювань) були призупинені або суттєво скорочені. Такі відкладені потреби створили тиск на й без того перевантажені системи. Дослідження показують, що сукупний ефект цих затримок спричинив погіршення показників захворюваності, пізніші діагнози та зростання смертності від не-COVID патологій [8].

Узагалі, довгострокове "рубцювання" систем охорони здоров'я відображає не лише безпосередні шоки пандемії, але й давні структурні слабкості, які пандемія COVID-19 виявила та посилила. Зокрема щодо наявних нерівностей у доступності медичних послуг, адже вразливі групи населення стикнулися з непропорційними бар'єрами в доступі до медичної допомоги. Довгострокові нерівності в доступі впливають на формування подаль-

ших траєкторії здоров'я та на рівень довіри до інституцій охорони здоров'я серед населення [9]. Це негативно позначилося на готовності до майбутніх надзвичайних ситуацій та ускладнило інвестування в модернізацію системи.

Для можливості оперативно реагувати на виклики (наприклад, такі як пандемія COVID-19) національні системи охорони здоров'я повинні реорганізуватись та адаптуватися до нових обставин [10]. Соціально стійкі системи охорони здоров'я передбачають, що системні фактори та процеси (соціальні, економічні, екологічні, культурні) вимагають одночасного оперативного реагування для досягнення рівності у сфері охорони здоров'я [11]. Стійкість системи охорони здоров'я передбачає не лише стабільність під час різноманітних криз, а й адаптивність до соціально-економічних та демографічних змін, забезпечуючи ефективне та відповідальне використання обмежених ресурсів (фізичних, фінансових та людських) з метою постійної підтримки/ покращення здоров'я населення в цілому та кожної окремої людини [12].

Можливість соціально-економічної системи вистояти під час системних шоків визначається здатністю системи виконувати чотири функції щодо несприятливих подій: планування та підготовку; поглинання; відновлення; та адаптацію [13] (рис. 1).

– Планування – це єдиний етап, який відбувається до кризового стану, етап включає послідовні кроки, які здійснює система для підготовки критично важливих функцій, щоб уникнути та пом'якшити цілий спектр гіпотетичних потрясінь. Це найважливіший етап

щодо адекватної оцінки потенційної загрози та майбутнього згладжування її наслідків.

– Поглинання – включає здатність системи підтримувати основні функції та пом'якшувати наслідки гострого або тривалого шоку без подальшого колапсу системи.

– Відновлення – передбачає спроби системи якомога швидше та ефективніше відновити втрачені функції. Це стосується часу та ресурсів, необхідних системі для відновлення її функціональності після потрясіння.

– Адаптація – стосується здатності системи вдосконалювати свою здатність відновлюватися після потрясінь на основі попереднього досвіду, тим самим зменшуючи вплив подібних загроз у майбутньому. Цей етап є вкрай важливим бекграундом в разі настання наступного кризового стану.

Якісне доступне надання медичної допомоги під час будь яких катаклізмів та потрясінь особливо важливе. Соціально стійка система охорони здоров'я – це система, яка мобілізує та розподіляє достатні та відповідні ресурси (людські ресурси, технології, інформацію та фінанси) для діяльності, яка відповідає індивідуальним та громадським потребам у сфері охорони здоров'я (рис. 2) [15].

В умовах викликів, що виникають, європейські країни прагнуть побудувати стійкі системи охорони здоров'я, не залишаючи нікого без уваги [16]. Захист домогосподарств від фінансових труднощів при доступі до медичної допомоги є універсальною метою політики в усіх європейських країнах. Проте, значна частина домогосподарств стикаються з надмірним фінансовим навантаженням через платежі за охорону здоров'я з власної кишені. Фінансові труднощі домогосподарств у зв'язку

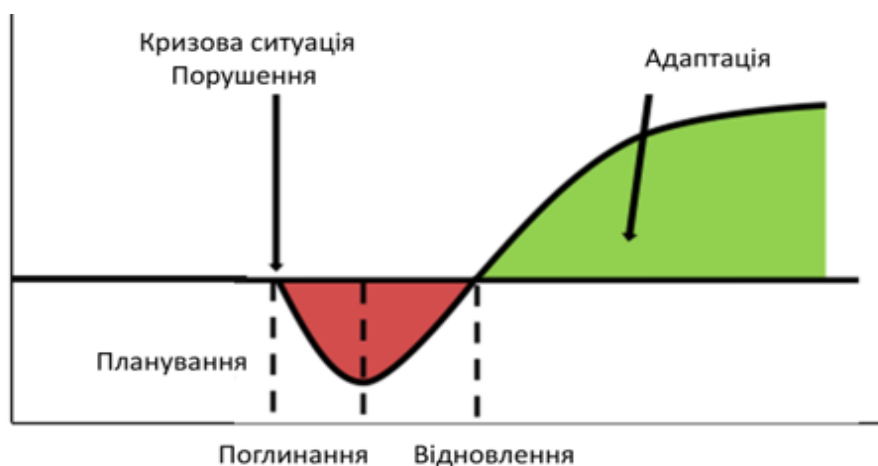


Рис. 1. Цикл системного порушення: чотири етапи реагування

Джерело: сформовано на основі [14]



Рис. 2. Необхідні аспекти стійкості системи охорони здоров'я

Джерело: сформовано авторами

з виплатами з власної кишені на охорону здоров'я (тобто платежів на місці користування послугами охорони здоров'я) зазвичай вимірюються за допомогою двох показників фінансового захисту, а саме: катастрофічних витрат на охорону здоров'я та виснажливих витрат на охорону здоров'я (тобто виплат з власної кишені, які штовхають домогосподарство в бідність або поглиблюють бідність) [17].

За даними ВООЗ, за допомогою цифрової платформи UHC Watch – кожне п'яте домогосподарств в Європі стикається з катастрофічними витратами на охорону здоров'я [18]. За даними Євростату, у 2024 році витрати з власної кишені на охорону здоров'я в середньому по країнах ЄС становили 14,6% від загальних поточних витрат на охорону здоров'я [19]. Частка витрат домогосподарств із власної кишені на охорону здоров'я варіюється від 8,5% в Люксембурзі до 35,5% в Болгарії. Загалом, в країнах Східної та Південної Європи витрати з власної кишені на охорону здоров'я є вищими порівняно із середньоєвропейським значенням. У країнах з низьким рівнем катастрофічних витрат на охорону здоров'я (менше 3%), незадоволені потреби в охороні здоров'я, як правило, низькі та без значної нерівності доходів, що свідчить про те, що візити до лікаря та стаціонарне лікування є доступними для більшості людей у цих країнах [20].

З метою оцінки кумулятивного впливу криз на становище домогосподарств України зокрема щодо їх фінансової здатності вирішувати проблеми зі здоров'ям під час війни, розрахунки авторів ґрунтуються на адаптованій до українських статистичних можливостей методиці ВООЗ [21]. Цей підхід був вже використаний авторами під час дослідження

впливу пандемії на фінансову захищеність домогосподарств перед хворобами [22].

Моделювання катастрофічних витрат домогосподарств на охорону здоров'я під час повномасштабної війни та пов'язані з цим ризики бідності передбачають: 1) визначення спроможності домогосподарств платити за медичну допомогу в цілому, 2) розрахунок катастрофічних витрат на медичну допомогу за сценарієм 1 "Відсутність програми медичних гарантій" [22]. Порівняння результатів сценарію з реальним рівнем добробуту домогосподарства є індикатором впливу війни та його ризиком до медичної бідності [22].

Сценарій 1. Через війну в Україні взагалі відсутня можливість фінансувати пакети медичних гарантій та безкоштовні послуги медицини в державних закладах охорони здоров'я, відповідно за будь-які послуги домогосподарства мають сплачувати з власної кишені (невідкладну, первинну, амбулаторну тощо).

Зважаючи на те, що фактична вартість медичних послуг в кожному випадку є індивідуальною (залежить від допомоги на яку потребує пацієнт, складності захворювання, тривалості лікування, віку тощо), пропонуємо в рамках моделювання реалізації Сценарію 1, домогосподарствам, що мали в 2023 році певні статті медичних витрат імпутувати їх усереднену вартість (лікування в стаціонарі, відвідування лікарів, купівля лікарських засобів, медичних товарів/обладнання та проведення обстежень). Отже, вважаємо, що середня вартість амбулаторної медичної допомоги – 1890,5 грн. на пацієнта на рік (консультування – 786,65 грн та лабораторно-діагностичні дослідження – 1103,8 грн (середня вартість мамографії, гістероскопії, ФГД, колоноскопії, цистоскопії, бронхоскопії)),

лікування в стаціонарі – 4934 грн (за пролікований випадок), реімбурсація ліків – 1680 грн за рік (розмір витрат також є змодельованим і не відображає реальні витрати на придбання лікарських засобів, товарів та приладдя поза програмою "Доступні ліки") [6; 23].

За результатами моделювання катастрофічних витрат на охорону здоров'я в Україні в 2023 році (другий рік повномасштабної війни) загальні доходи українських домогосподарств зростали меншими темпами, ніж витрати на харчування, що в цілому позначилося на структурі витрат та зростанні майже на 30 в.п. частки витрат на обов'язкові потреби (харчування, оплата за житло (в т.ч. орендоване) та житлово-комунальні послуги). В результаті питома вага домогосподарств, які мають менше 10% вільних коштів – залишилася сталою (4,2%), тоді як в 2,7 разу зросла частка домогосподарств, які не мають вільних коштів – 39,2% та в 2,3 рази зросла частка фінансово незахищених перед хворобами – 43,4% (табл. 1).

За роки шоків ситуацій здатність домогосподарств України протистояти поточним проблемам, насамперед щодо здоров'я, зна-

чно погіршилась. Для 57% домогосподарств, що перетнули межу медичної бідності (тобто розмір їх вільних коштів перевищує 10% загальних доходів) все одно залишається ризик збідніти у випадку якщо хтось з членів родини захворіє і вони будуть змушені сплачувати лікування власним коштом. Так, впродовж 2019-2021 рр. українські домогосподарства витрачали зі своєї кишені в середньому близько 10% вільних коштів, то на другий рік війни витрати на підтримку здоров'я вже склали майже 22%. Відповідно якщо в 2019 році тільки 2,1% домогосподарств (або 313,6 тис.) мали катастрофічні витрати на охорону здоров'я, тобто вони витратили понад 40% вільних коштів на купівлю ліків та оплату медичних послуг, то вже в 2023 році таких було втричі більше – 7% (або 955,8 тис. домогосподарств) (табл. 2).

За результатами моделювання, якби держава під час війни відмовилась від фінансування програми медичних гарантій і на вирішення проблем зі здоров'ям домогосподарств мали б витрачати зі своєї кишені, то витрати на лікування склали б 44% від вільних коштів (в середньому 3247 грн

Таблиця 1

Наявність вільних коштів у домогосподарства та частка домогосподарств, фінансово незахищених перед захворюваннями, в період стабільності та під час криз різної природи; Україна, 2019-2023 рр.; %

	2019 рік (базовий)*	2020 рік (перша хвиля пандемії)*	2021 рік (друга хвиля пандемії)*	2023 рік (другий рік війни з РФ)**
середній розмір загальних доходів, грн. на міс	11839,9	12247,8	14247,9	20571,8
розмір медіани витрат на харчування, грн. на міс	4172,5	4221,9	4791,4	8592,0
середній розмір частки обов'язкових витрат в загальних доходах домогосподарств; %	66,4	63,7	64,4	93,5
питома вага домогосподарств				
що не мають вільних коштів, %	16,1	14,6	15,2	39,2
які мають менше 10% вільних коштів у своєму доході; %	4,2	4,5	4	4,2
фінансово незахищених перед хворобами, %	20,3	19	19,1	43,4

Джерело: сформовано авторами

* - дані статистичного опитування Державної служби статистики України «Обстеження умов життя домогосподарств» (ОУЖД), яке проводилось з 1999 року на постійній основі.

** - дані Загальнонаціонального репрезентативного вибіркового обстеження соціально-економічного стану домогосподарств України (ОСЕСД), проведеного у грудні 2023 р. – лютому 2024 р. [7].

Таблиця 2

Ризик медичної бідності серед домогосподарств та середній розмір частки витрат на охорону здоров'я у вільних коштах, в період стабільності та під час криз різної природи; Україна, 2019-2023 рр.; %

	2019 рік (базовий)*	2020 рік (перша хвиля пандемії)*	2021 рік (друга хвиля пандемії)*	2023 рік (другий рік повно- масштабної війни) **	2023 рік (дані моделювання)
середній розмір частки обов'язкових витрат на лікарські засоби, медичні товари та обладнання, відвідування медичних закладів в загальних доходах домогосподарств; %	10	9,8	10,8	21,9	44,6
частка домогосподарств, що мають ризик медичної бідності - витрати на лікування є катастрофічними	2,1	2,4	3,3	7,0	16,8

Джерело: сформовано авторами

* - дані статистичного опитування Державної служби статистики України «Обстеження умов життя домогосподарств» (ОУЖД), яке проводилось з 1999 року на постійній основі.

** - дані Загальнонаціонального репрезентативного вибіркового обстеження соціально-економічного стану домогосподарств України (ОСЕСД), проведеного у грудні 2023 р. – лютому 2024 р. [7]

на особу), тобто зросли б вдвічі. А частка домогосподарств, які мали б катастрофічні витрати на лікування, становила б вже 16,8% або (2285,8 тис), тобто кожне шосте домогосподарство ризикує опинитися серед бідних через війну. При цьому у 25% витрати вдвічі перевищували б розмір наявних у них вільних коштів, а у 12% – втричі.

Таким чином, негативний вплив зовнішніх дестабілізуючих чинників посилює нерівність у сфері охорони здоров'я, особливо в країнах, які не мають належної інфраструктури. Вразливі групи населення найбільше потерпають від системних потрясінь. Зокрема до них належать бідні, літні люди, діти, жителі сільських територій, особи з інвалідністю. Нерівність у сфері охорони здоров'я посилюється кумулятивністю ризиків, коли вразливості накладаються одна на одну, в найгіршому становищі опиняються саме найбільш вразливі та найменш платоспроможні верстви населення.

Висновки. Спонтанність та масштабність системних ризиків впливає на всю соціально-

економічну сферу. Їх наслідки – довготривалі й складні – вимагають не лише екстреного реагування, а й переосмислення моделей стійкості соціально-економічної сфери. Досвід та уроки пандемії COVID-19 мають стати каталізатором для переосмислення критеріїв соціальної стійкості систем охорони здоров'я. Необхідно розробити заходи для зменшення посткризових наслідків в медичній сфері після руйнівних потрясінь, з особливим акцентом на покращення доступності населення до медичної допомоги та на зменшення платежів із власної кишені. Варто зосередитись саме на тому, щоб бідні та вразливі категорії населення мали поліпшену здатність до відновлення з найменшими ризиками та без погіршення наслідків кризи. Системи охорони здоров'я після криз повинні бути орієнтованими на перманентну перспективу соціальної стійкості, яка враховуватиме структурні та системні фактори, що мають вплив на здоров'я та доступність медичної сфери.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Alkire, S. (2025). Resilient Human Development: Advancing Human Development amidst Shocks and Crises. *UNDP LAC Working Paper Series N. 41* URL: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-08/bp_41_resilient_human_development.pdf
2. Anderies, J. M., C. Folke, B. Walker, and E. Ostrom. 2013. Aligning key concepts for global change policy: robustness, resilience, and sustainability. *Ecology and Society* 18(2): 8. URL: <http://dx.doi.org/10.5751/ES-05178-180208>
3. Alexander D. E. (2013) Resilience and disaster risk reduction: an etymological journey. *Natural Hazards and Earth System Sciences*. DOI: 10.5194/nhess-13-2707-2013
4. Tierney K. (2007) Conceptualizing and measuring resilience: a key to disaster loss reduction. URL: https://www.academia.edu/83621535/Conceptualizing_and_measuring_resilience_a_key_to_disaster_loss_reduction
5. Rohova M., Koeva S. (2021) Health system resilience: Review of the concept and a framework for its understanding. DOI: 10.5272/jimab.2021274.4060
6. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
7. Загальнонаціональне репрезентативне вибіркове обстеження соціально-економічного стану домогосподарств України (ОСЕСД), проведене у грудні 2023 р. – лютому 2024 р. (2024). *Unicef Україна*. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/documents/social-economical-state-2023-24>
8. Fetzter, T., & Rauh, C. (2022). Pandemic Pressures and Public Health Care: Evidence from England. Working Paper, University of Warwick.
9. Amate-Fortes I. & Guarnido-Rueda A. (2023) Inequality, public health, and COVID-19: an analysis of the Spanish case by municipalities. *The European Journal of Health Economics*. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-022-01455-9?fromPaywallRec=false>
10. Development of a Multi-Criteria Model for Sustainable Reorganization of a Healthcare System in an Emergency Situation Caused by the COVID-19 Pandemic (2020). *Sustainability*. URL: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/18/7504>
11. Macassa G., Tomaselli G. (2020) Rethinking Developed Nations' Health Systems through A Social Sustainability Perspective in the Light of the Covid-19 Pandemic. *A Viewpoint*. URL: <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1834>
12. Popescu M., Militaru E., Cristescu A., Vasilescu M., Maer Matei M (2018) Investigating Health Systems in the European Union: Outcomes and Fiscal Sustainability. *Sustainability* 2018, 10(9). URL: <https://doi.org/10.3390/su10093186>
13. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience (2023) OECD Health Policy Studies. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/02/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_a8424ec8/1e53cf80-en.pdf
14. Resilience-based Strategies and Policies to Address Systemic Risks (2019). URL: [https://one.oecd.org/document/SG/NAEC\(2019\)5/en/pdf#:~:text=This%20paper%20defines%20concepts%20related%20to%20systemic%20threats,these%20threats%20and%20build%20resilience%20to%20contain%20them](https://one.oecd.org/document/SG/NAEC(2019)5/en/pdf#:~:text=This%20paper%20defines%20concepts%20related%20to%20systemic%20threats,these%20threats%20and%20build%20resilience%20to%20contain%20them)
15. Scrutton J, Holley-Moore G, Bamford SM. Creating a sustainable 21st century healthcare system. International Longevity Centre–UK (ILC-UK) 2015. URL: <http://www.ilcuk.org.uk/>
16. Communication from the commission on effective, accessible and resilient health systems (2014) European Commission, Brussels.
17. M.G Shrima (2021) Catastrophic expenditure for health: from antiquity to today. URL: <https://blogs.worldbank.org/opendata/catastrophic-expenditure-health-antiquity-today>
18. Up to 1 in 5 households in Europe experience catastrophic spending (2024) World health organization. URL: [https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2024-up-to-1-in-5-households-in-europe-experience-catastrophic-spending-because-of-health-care-costs--new-who-digital-platform-shows#:~:text=Up%20to%2020%25%20of%20households%20across%20Europe,run%20Dup%20to%20Universal%20Health%20Coverage%20\(UHC\)%20Day](https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2024-up-to-1-in-5-households-in-europe-experience-catastrophic-spending-because-of-health-care-costs--new-who-digital-platform-shows#:~:text=Up%20to%2020%25%20of%20households%20across%20Europe,run%20Dup%20to%20Universal%20Health%20Coverage%20(UHC)%20Day)
19. Out-of-pocket expenditure on healthcare (2024) Eurostat. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en.
20. Kwon, J. (2025) Health economic outcomes and national economic impacts of Long COVID. *European Journal of Health Economics*.
21. Ke Xu Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology (2005) WHO. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a487b56f-b7ef-45e0-b03c-774fb7c46b77/content>
22. Reut A., Klymenko Y. (2024) Medical Services Accessibility and the Risks of Medical Poverty for the Ukraine Population During the COVID-19 Pandemic. *Nexus of Sustainability*, Chapter 12, pp 241–253.

23. Програма медичних гарантій 2025: що змінилося, нові тарифи та вимоги до заключення договорів (2024) Health 24. URL: <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiy-i/#%D0%A2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%84>

REFERENCES:

1. Alkire, S. (2025). Resilient Human Development: Advancing Human Development amidst Shocks and Crises. *UNDP LAC Working Paper Series N. 41*. Available at: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-08/bp_41_resilient_human_development.pdf
2. Anderies, J. M., C. Folke, B. Walker, and E. Ostrom. 2013. Aligning key concepts for global change policy: robustness, resilience, and sustainability. *Ecology and Society* 18(2): 8. Available at: <http://dx.doi.org/10.5751/ES-05178-180208>
3. Alexander D. E. (2013) Resilience and disaster risk reduction: an etymological journey. *Natural Hazards and Earth System Sciences*. DOI: 10.5194/nhess-13-2707-2013
4. Tierney K. (2007) Conceptualizing and measuring resilience: a key to disaster loss reduction. Available at: https://www.academia.edu/83621535/Conceptualizing_and_measuring_resilience_a_key_to_disaster_loss_reduction
5. Rohova M., Koeva S. (2021) Health system resilience: Review of the concept and a framework for its understanding. DOI: 10.5272/jimab.2021274.4060
6. Zakon Ukrainy Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannya naselennia [Law of Ukraine On State Financial Guarantees for Medical Care of the Population]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (in Ukrainian)
7. Household Socio-Economic Status Survey (2024) Unicef Ukraine. Available at: <https://www.unicef.org/ukraine/documents/social-economical-state-2023-24> (in Ukrainian)
8. Fetzner, T., & Rauh, C. (2022). Pandemic Pressures and Public Health Care: Evidence from England. Working Paper, University of Warwick.
9. Amate-Fortes I. & Guarnido-Rueda A. (2023) Inequality, public health, and COVID-19: an analysis of the Spanish case by municipalities. *The European Journal of Health Economics*. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-022-01455-9?fromPaywallRec=false>
10. Development of a Multi-Criteria Model for Sustainable Reorganization of a Healthcare System in an Emergency Situation Caused by the COVID-19 Pandemic (2020) Sustainability Available at: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/18/7504>
11. Macassa G., Tomaselli G. (2020) Rethinking Developed Nations' Health Systems through A Social Sustainability Perspective in the Light of the Covid-19 Pandemic. *A Viewpoint*. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1834>
12. Popescu M., Militaru E., Cristescu A., Vasilescu M., Maer Matei M (2018) Investigating Health Systems in the European Union: Outcomes and Fiscal Sustainability. *Sustainability* 2018, 10(9), 3186; <https://doi.org/10.3390/su10093186>
13. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience (2023) OECD Health Policy Studies. Available at: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/02/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_a8424ec8/1e53cf80-en.pdf
14. Resilience-based Strategies and Policies to Address Systemic Risks (2019) Available at: [https://one.oecd.org/document/SG/NAEC\(2019\)5/en/pdf#:~:text=This%20paper%20defines%20concepts%20related%20to%20systemic%20threats,these%20threats%20and%20build%20resilience%20to%20contain%20them](https://one.oecd.org/document/SG/NAEC(2019)5/en/pdf#:~:text=This%20paper%20defines%20concepts%20related%20to%20systemic%20threats,these%20threats%20and%20build%20resilience%20to%20contain%20them)
15. Scrutton J, Holley-Moore G, Bamford SM. Creating a sustainable 21st century healthcare system. International Longevity Centre–UK (ILC-UK) 2015. Available at: <http://www.ilcuk.org.uk/>
16. Communication from the commission on effective, accessible and resilient health systems (2014) European Commission, Brussels.
17. M.G Shrimme (2021) Catastrophic expenditure for health: from antiquity to today. Available at: <https://blogs.worldbank.org/opendata/catastrophic-expenditure-health-antiquity-today>
18. Up to 1 in 5 households in Europe experience catastrophic spending (2024) World health organization. Available at: [https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2024-up-to-1-in-5-households-in-europe-experience-catastrophic-spending-because-of-health-care-costs--new-who-digital-platform-shows#:~:text=Up%20to%2020%25%20of%20households%20across%20Europe,run%20Dup%20to%20Universal%20Health%20Coverage%20\(UHC\)%20Day](https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2024-up-to-1-in-5-households-in-europe-experience-catastrophic-spending-because-of-health-care-costs--new-who-digital-platform-shows#:~:text=Up%20to%2020%25%20of%20households%20across%20Europe,run%20Dup%20to%20Universal%20Health%20Coverage%20(UHC)%20Day)
19. Out-of-pocket expenditure on healthcare (2024) Eurostat. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en.

20. Kwon, J. (2025) Health economic outcomes and national economic impacts of Long COVID. *European Journal of Health Economics*.
21. Ke Xu Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology (2005) WHO. Available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a487b56f-b7ef-45e0-b03c-774fb7c46b77/content>
22. Reut A., Klymenko Y. (2024) Medical Services Accessibility and the Risks of Medical Poverty for the Ukraine Population During the COVID-19 Pandemic. *Nexus of Sustainability*, Chapter 12, pp 241–253
23. Prohrama medychnykh harantii 2025: shcho zminylosia, novi taryfy ta vymohy do zakliuchennia dohovoriv [Medical guarantee program 2025: what has changed, new tariffs and requirements for concluding contracts] (2024). Health 24. Available at: <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiy/#%D0%A2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%84> (in Ukrainian)