

УДК 005.934:614.2

JEL classification: I18, H12, D73, L38

[https://doi.org/10.31891/dsim-2026-15\(1\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2026-15(1))

ІНСТИТУЦІЙНІ ПЕРЕДУМОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ГАРБУЗІЮК Валерій

докторант

Хмельницький національний університет

<https://orcid.org/0009-0008-5223-6943>

e-mail: harbusiukvv@ukr.net

У статті досліджено інституційні передумови впровадження безпекоорієнтованого управління у сфері охорони здоров'я в умовах сучасних глобальних і національних викликів. Обґрунтовано, що трансформація системи охорони здоров'я відбувається під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, серед яких кадровий дефіцит і професійне вигорання медичних працівників, зростання гостроти стану пацієнтів, зміна моделей фінансування, трансформація регуляторного середовища, посилення ролі пацієнта як споживача, цифровізація, розвиток штучного інтелекту та біомедичних інновацій. Розкрито вплив демографічного старіння, поширення хронічних і неінфекційних захворювань, пандемії COVID-19, воєнних конфліктів, фінансової нестійкості та кіберзагроз на функціональну спроможність і стійкість медичних установ. Систематизовано глобальні екзогенні та національні ендогенні чинники трансформації, які визначають інституційні рамки, ресурсне забезпечення, кадрову політику, фінансові рішення й організаційні моделі функціонування закладів охорони здоров'я. Проаналізовано динаміку ключових показників розвитку світової системи охорони здоров'я, зокрема тривалості життя, витрат на охорону здоров'я на душу населення, забезпеченості медичними працівниками та лікарняними ліжками. Встановлено, що сучасні кризові явища не є тимчасовими відхиленнями, а формують нову постійну реальність, у якій резилієнтність системи охорони здоров'я має розглядатися як її здатність завчасно передбачати, поглинати, відновлюватися та адаптуватися до надзвичайних ситуацій, зберігаючи безперервність, доступність і якість медичної допомоги. Доведено, що забезпечення системної стійкості потребує переходу від фрагментарних управлінських рішень до комплексного безпекоорієнтованого підходу, який поєднує стратегічне реструктурування, технологічну модернізацію, розвиток кадрового потенціалу, стандартизацію клінічних практик, управління ризиками та зміцнення інституційної спроможності медичних закладів.

Ключові слова: управління, заклади охорони здоров'я, безпекоорієнтоване управління, інституційні зміни, розвиток.

INSTITUTIONAL PREREQUISITES FOR IMPLEMENTING SECURITY-ORIENTED MANAGEMENT UNDER CONTEMPORARY CHALLENGES IN THE HEALTHCARE SECTOR

HARBUSIUK Valerii

Khmelnytskyi National University

The article examines the institutional prerequisites for implementing security-oriented management in the healthcare sector under contemporary global and national challenges. It is substantiated that the transformation of the healthcare system is taking place under the influence of a complex set of interrelated factors, including workforce shortages and professional burnout among healthcare workers, the increasing severity of patients' conditions, changes in financing models, transformation of the regulatory environment, the growing role of the patient as a consumer, digitalization, and the development of artificial intelligence and biomedical innovations. The impact of population ageing, the spread of chronic and non-communicable diseases, the COVID-19 pandemic, military conflicts, financial instability, and cyber threats on the functional capacity and resilience of healthcare institutions is revealed. Global exogenous and national endogenous transformation factors that determine institutional frameworks, resource provision, human resource policies, financial decisions, and organizational models of healthcare institutions are systematized. The dynamics of key indicators of the development of the global healthcare system are analysed, including life expectancy, per capita healthcare expenditure, and the availability of healthcare workers and hospital beds. It is established that contemporary crises are not temporary deviations but rather form a new permanent reality in which healthcare system resilience should be viewed as its ability to anticipate, absorb, recover from, and adapt to emergencies while maintaining the continuity, accessibility, and quality of healthcare services. It is proved that ensuring systemic resilience requires a transition from fragmented managerial decisions to a comprehensive security-oriented approach that combines strategic restructuring, technological modernization, human resource development, standardization of clinical practices, risk management, and strengthening the institutional capacity of healthcare institutions.

Keywords: management, healthcare institutions, security-oriented management, institutional changes, development.

Стаття надійшла до редакції / Received 09.07.2026
Прийнята до друку / Accepted 14.08.2026
Опубліковано / Published 27.08.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© ГАРБУЗІЮК Валерій

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Сучасна трансформація системи охорони здоров'я в глобальному аспекті відбувається під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, ключовим серед яких є посилення орієнтації на пацієнта в умовах складної багатосторонньої системи стейкхолдерів, що ускладнює формування та оцінювання створюваної цінності. Водночас, медична сфера зазнає зростаючого тиску щодо впровадження інновацій за умов необхідності стримування витрат, що зумовлює потребу у впровадженні гнучких організаційних моделей, коротких інноваційних циклів та стратегічної пріоритезації ресурсів. Посилення конкурентного середовища змушує традиційні заклади охорони здоров'я змінювати управлінські підходи, запозичуючи клієнтоорієнтовані та міждисциплінарні практики більш адаптивних гравців ринку. Паралельно стрімке поширення інтелектуальних медичних пристроїв і зростання обсягів медичних даних актуалізують потребу в інтеграції апаратних і цифрових рішень та розвитку ефективних стратегій управління даними і трансформації системи управління в цілому.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЧИ ПУБЛІКАЦІЙ

Проблематика розвитку безпекоорієнтованого управління та інституційних трансформацій у сфері охорони здоров'я досліджується як вітчизняними, так і іноземними вченими, серед яких необхідно виділити праці таких як: Р. Рей, М. Мюллер, С. Пенн, Д. Морган, К. Пороес, Є. Рудніченко, Н. Гавловська та інші.

ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ, КОТРИМ ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ СТАТТЯ

Фрагментарність цифрових екосистем, сформованих у попередні періоди, зумовлює необхідність централізації цифрових спроможностей і глибоких інституційних змін. Сукупно ці процеси відбуваються на тлі зростання складності та індивідуалізації потреб пацієнтів, що вимагає переходу до персоналізованих, проактивних моделей медичної допомоги та підвищує вимоги до адаптивності й стійкості медичних закладів та активного впровадження безпекоорієнтованого управління ними на різних рівнях.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Основною метою дослідження є детальний аналіз основних тенденцій розвитку медичної сфери на глобальному та локальному рівнях з акцентуванням уваги на інституційних змінах та необхідності впровадження безпекоорієнтованого управління.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Інституційні зміни у сфері охорони здоров'я обумовлені трансформацією самого середовища функціонування практично всіх складних соціально-економічних систем. Низкою фахівців у сфері охорони здоров'я запропоновано п'ять ключових чинників трансформації системи охорони здоров'я на наступні п'ять-десять років, а саме [1]:

- проблеми із кадровим забезпеченням;
- зростання гостроти стану пацієнтів;
- трансформація моделей доходів закладі охорони здоров'я;
- зміни регуляторного середовища;
- зростання ролі пацієнта як споживача.

Нестача медичних працівників виступає одним із найбільш критичних викликів для сучасної системи охорони здоров'я, що створює ризики для доступності та безперервності медичної допомоги. Така ситуація посилює навантаження на наявний персонал, знижує стійкість медичних установ і об'єктивно вимагає перегляду організаційних моделей надання медичних послуг. Як зазначає Р. Рей (Dr. Roger Ray), головним викликом для медичної галузі на наступні 10 років залишається дефіцит та вигорання медичних працівників, що вимагає системних рішень, а не лише традиційних HR-інструментів. Критично важливими є розуміння причин плінності кадрів, фокус на фізичній і психологічній безпеці персоналу, а також розвиток управлінських і лідерських компетенцій для формування відтворювального та психологічно безпечного робочого середовища [2]. Стратегічним вектором є впровадження інноваційних моделей догляду й операційних моделей із активним використанням цифрових технологій (електронні медичні записи, віртуальні медсестри, дистанційний моніторинг), що дозволяє оптимізувати навантаження та підвищити ефективність роботи команд. Перспективні підходи також передбачають сегментацію пацієнтів, міждисциплінарні команди та більш глибоке залучення фахівців розширеної практики для роботи на максимальному рівні їхніх компетенцій. У коротко- та середньостроковій перспективі важливу роль відіграють партнерства з освітніми закладами для розширення кадрового резерву, а також адаптація до нових форматів зайнятості, зокрема дистанційної роботи для немедичних і адміністративних посад [3].

За оцінками фахівців ОЕСР, в 2023 р. загальна чисельність медичних працівників у світі перевищила 70 мільйонів осіб, при цьому п'ять професій, включених до цілі 3 Цілей сталого розвитку ООН (далі – ЦСР ООН) (стоматологи, лікарі, акушерський персонал, медсестринський персонал і фармацевти), становили 52

мільйони осіб. Дані за 2023 р. свідчать про зростання щільності стоматологів, лікарів, акушерського персоналу, медсестринського персоналу та фармацевтів на 26 % порівняно з 2013 р., однак із суттєвими відмінностями між регіонами та групами країн за рівнем доходів (наприклад, в середньому 1 працівник на 64 особи у країнах з високим рівнем доходів проти 1 на 621 особу у країнах з низьким рівнем доходів). Оцінюваний глобальний дефіцит медичних працівників скоротився з 15,4 мільйона у 2020 р. до 14,7 мільйона у 2023 р. Прогнозований дефіцит у 2030 р. на рівні 11,1 мільйона свідчить про повільний прогрес у подоланні цього розриву, причому, за прогнозами, майже 70 % дефіциту припадатиме на Африканський регіон та Регіон Східного Середземномор'я. Країни з високим рівнем доходів та країни з доходами вище середнього, на які припадає 53 % населення світу та 80% працівників у п'яти професіях, що охоплюються цілком 3 ЦСР, мають найвищу щільність медичних працівників. Водночас цим країнам, ймовірно, знадобиться залучити додатково 8,4 мільйона медичних працівників до 2030 року, щоб зберегти поточні рівні забезпеченості кадрами та задовольнити зростаючі потреби населення, яке збільшується і старіє, що потенційно може прискорити міжнародну міграцію медичних працівників [4].

Зростання гостроти стану пацієнтів проявляється у підвищенні інтенсивності догляду за умов скорочення стаціонарного ліжкового фонду та старіння населення. Це вимагає адаптації медичних закладів, зокрема розвитку геріатричної та психіатричної допомоги, із поєднанням безпеки, конфіденційності та створення гуманного лікувального середовища. Не менш важливим є трансформація моделей доходів, яка полягає у зростаючій прив'язаності фінансування до кількісних і якісних показників діяльності медичних закладів. У цих умовах ключового значення набуває підвищення ефективності організації медичного простору та управління пацієнтським досвідом, зокрема через використання цифрових навігаційних рішень, що сприяють якості допомоги та фінансовій результативності. Розширення медичних послуг за межі лікарень випереджає адаптацію регуляторної бази, що формує нормативні прогалини. Стрімке зростання амбулаторної хірургії зумовлює потребу у спеціалізованих та гнучких просторових рішеннях, здатних забезпечити відповідність змінним вимогам і впровадженню нових методів лікування. Також, сучасний пацієнт дедалі частіше виступає активним і поінформованим споживачем, орієнтованим на якість сервісу та зручність, що значно актуалізує питання необхідності подолання інформаційної асиметрії в медицині [5].

Зауважимо, не менш важливими в сучасних умовах є фінансові виклики, які диктують необхідність переходу до трансформаційного мислення як інструменту виживання та розвитку медичної галузі. Наприклад, погіршення кредитних рейтингів некомерційних медичних установ, засвідчене міжнародними агентствами, свідчить про системну кризу, загострену сукупністю факторів: дефіцитом кваліфікованого персоналу, зростаючою конкуренцією на ринку медичних послуг та нагальною потребою інвестування в технологічну інфраструктуру [3]. Традиційні механізми оптимізації витрат, а саме, підвищення продуктивності, скорочення адміністративного апарату, перегляд умов постачання, виявляються недостатніми та потенційно контрпродуктивними, оскільки підвищують ризик професійного вигорання персоналу. Натомість стратегічна адаптація вимагає структурованого підходу до:

- перепрофілювання бізнес-моделей на основі чітких стратегічних орієнтирів;
- диференційованого розподілу інвестиційних ресурсів;
- стратегічних альянсів для доступу до капіталу та експертизи.

Технологічна модернізація виступає ключовим драйвером трансформації. Інвестиції в цифрові платформи, прогностичну аналітику, штучний інтелект та системи централізованого моніторингу дозволяють одночасно підвищувати якість послуг і оптимізувати витрати. Паралельно впровадження ERP-систем, розвиток кібербезпеки та автоматизація бек-офісних процесів створюють основу для операційної ефективності. Науково доведений прямий кореляційний зв'язок між якістю медичних послуг та економічною ефективністю. Впровадження стандартизованих клінічних протоколів, усунення процесуальних варіацій та мінімізація медичних помилок безпосередньо сприяють зниженню собівартості при одночасному підвищенні результативності лікування. Таким чином, стратегії, орієнтовані на досягнення високої надійності, формують синергетичний ефект для пацієнтів, медичних працівників та фінансової стійкості установ. Отже, подолання фінансових обмежень у охороні здоров'я потребує комплексної трансформаційної парадигми, що поєднує стратегічне реструктурування, технологічні інновації та неухильне вдосконалення якості на основі стандартизованих клінічних практик. На ці процеси впливає значна кількість чинників різної природи походження. Так, на глобальному рівні формуються переважно екзогенні та здебільшого некеровані чинники, які визначають інституційні рамки функціонування системи охорони здоров'я, зокрема державну політику, моделі фінансування, нормативно-правове регулювання, а також кризово-безпекові впливи, пов'язані з пандеміями та воєнними загрозами. На національному рівні зосереджені ендегенні та переважно керовані чинники, які безпосередньо визначають ефективність діяльності медичних установ, охоплюючи управлінські моделі, фінансові рішення, кадрову політику та впровадження цифрових технологій. Систематизація та поєднання зазначених чинників дозволяє краще здійснювати ідентифікацію системних обмежень і управлінських резервів розвитку системи охорони здоров'я та формує методологічне підґрунтя для обґрунтованих безпекоорієнтованих заходів (рис. 1).

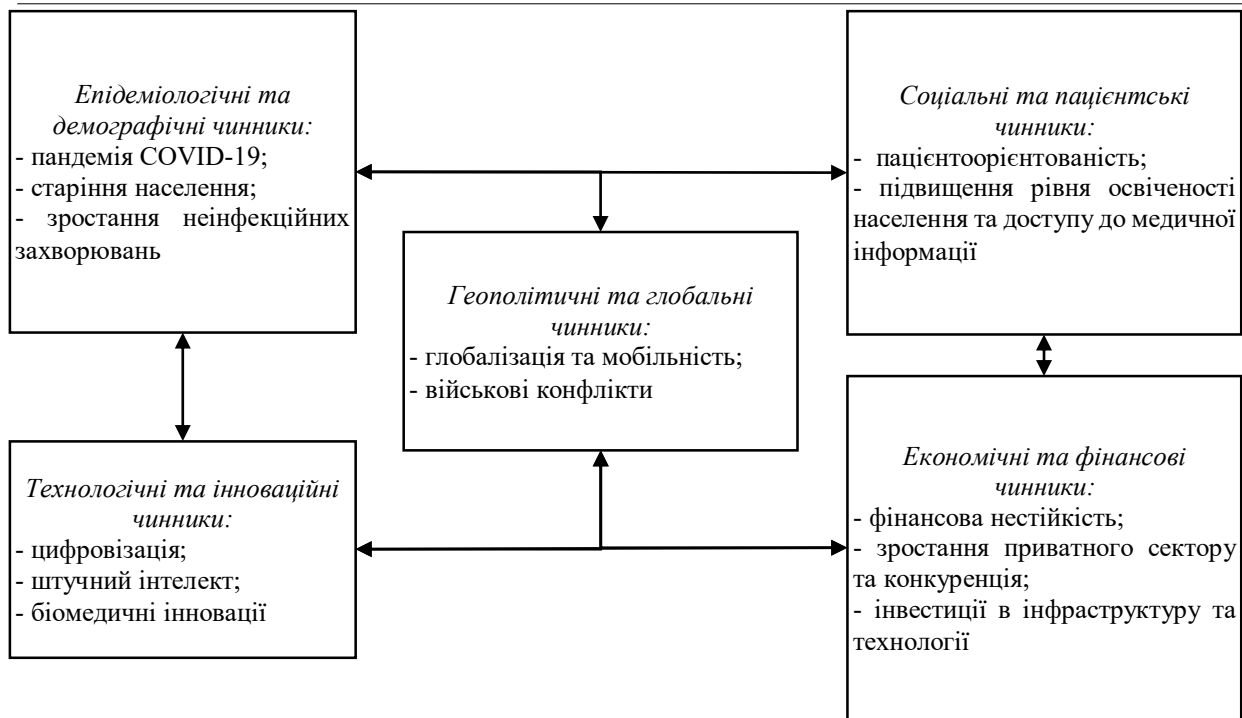


Рис. 1. Схема взаємозв'язку чинників трансформації системи охорони здоров'я та наслідки для медичних закладів

Відповідно, сучасні трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я формуються під впливом низки взаємопов'язаних чинників, зумовлених глобальними кризовими явищами, демографічними зрушеннями, а також подальшим розвитком цифрових, біомедичних та управлінських інновацій [6].

Крім того, трансформаційні чинники у сфері охорони здоров'я мають багатовимірний характер та одночасно впливають як на стратегічну архітектуру національних систем, так і на операційну безпеку медичних установ. Такі кризові явища, як пандемії, військові конфлікти, стихійні лиха виступають каталізаторами прискорених змін, посилюючи вимоги до готовності системи до надзвичайних ситуацій та фізичної безпеки персоналу й пацієнтів. Поряд із цим, варто звернути увагу й на довгострокові структурні тенденції, а саме, старіння населення та зростання неінфекційних захворювань, які зумовлюють переорієнтацію системи охорони здоров'я на профілактику, безперервність лікування та довготривалий догляд, що в свою чергу підвищує навантаження на фінансові, кадрові й інфраструктурні ресурси медичних установ. Водночас цифровізація, використання штучного інтелекту та біомедичні інновації створюють значний потенціал для підвищення ефективності та якості медичної допомоги, але супроводжуються новими ризиками – кіберзагрозами, етичними викликами та проблемами відповідальності за автоматизовані рішення. Отже, безпекоспроможність медичних установ у сучасних умовах формується не лише через наявність ресурсів, а й через здатність системно адаптуватися до трансформаційних чинників, інтегрувати інновації та впроваджувати комплексні механізми управління ризиками. Це підтверджує необхідність переходу від фрагментарного до системного, безпекоорієнтованого підходу в управлінні охороною здоров'я.

Для побудови дієвої системи охорони здоров'я недостатньо лише ідентифікувати актуальні чинники трансформації, важливим є їх ієрархічне структурування з метою обґрунтованого розподілу обмежених ресурсів, пріоритезації цілей та забезпечення функціональної стійкості й безпекоспроможності закладів охорони здоров'я в умовах існуючих викликів. До чинників з високою важливістю та високим впливом для світу віднесено старіння населення, пандемію COVID-19 та зростання неінфекційних захворювань, що відображає довгострокову демографічну та епідеміологічну трансформацію глобальних систем охорони здоров'я. Ці чинники формують стійкий тиск на фінансові, кадрові та інфраструктурні ресурси медичних установ, незалежно від рівня розвитку країн. Водночас для України у цій зоні чітко домінують такі чинники, як воєнні конфлікти, пандемія COVID-19 та фінансова нестійкість системи. Така конфігурація свідчить, що національна система охорони здоров'я функціонує не лише під впливом універсальних глобальних викликів, а й в умовах екзистенційної загрози, де війна виступає системоутворюючим чинником, що посилює дію всіх інших факторів.

Визначення та систематизація ключових чинників трансформаційних процесів у міжнародній сфері охорони здоров'я формує теоретико-методологічне підґрунтя для подальшого дослідження та систематизації викликів та загроз. Водночас повноцінне оцінювання ступеня та векторів трансформації неможливе без використання та аналізу емпіричних даних. В зв'язку із цим, важливим етапом є аналіз статистично вимірюваних показників функціонування систем охорони здоров'я у світі за останні роки, що дозволяє ідентифікувати стійкі тенденції розвитку, оцінити інтенсивність впливу визначених чинників та виявити

причинно-наслідкові зв'язки між трансформаційними процесами й результативністю діяльності медичних закладів. Такий підхід забезпечує інтеграцію теоретичного й емпіричного рівнів аналізу та підвищує наукову обґрунтованість отриманих висновків.

Проведення такого аналізу вимагає використання релевантної, порівнюваної та методологічно стандартизованої емпіричної інформації, що забезпечує можливість об'єктивного оцінювання ресурсного забезпечення, фінансової спроможності та результативності функціонування медичних систем в динаміці. В цьому контексті, ключове значення мають міжнародні статистичні платформи, а саме: звіт Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD Health at a Glance), глобальна статистична база даних Світового банку (World Bank World Development Indicators) та офіційна глобальна платформа Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO Global Health Observatory), які формують певну репрезентативну доказову інформаційну базу сучасних медико-соціальних досліджень. Звіти «OECD Health Statistics» є одними з найбільш систематизованих джерел порівняльної медико-економічної інформації, що дозволяють здійснювати аналіз рівня фінансування охорони здоров'я, кадрового потенціалу та інфраструктурної забезпеченості медичних закладів в порівнянні між різними країнами. Показники витрат на охорону здоров'я на душу населення, забезпеченості лікарями, медсестрами та лікарняними ліжками на 1000 населення відображають не лише фінансову місткість системи, а й її спроможність забезпечувати належний рівень доступності та безперервності медичної допомоги. Використання цих даних дозволяє ідентифікувати структурні дисбаланси між ресурсними вкладеннями та фактичними результатами функціонування системи охорони здоров'я [7].

Статистична база World Bank World Development Indicators (WDI) доповнює зазначений аналіз за рахунок універсального охоплення країн світу та довгострокових часових рядів, що є критично важливим для оцінки макроекономічних детермінант здоров'я населення. Показники витрат на охорону здоров'я, кадрового забезпечення та лікарняної інфраструктури в цій базі даних дозволяють проаналізувати вплив економічних криз та викликів, демографічних змін, а також інституційних реформ на функціональну спроможність системи охорони здоров'я. Особливої наукової цінності набуває можливість аналізу взаємозв'язків між рівнем фінансування, кадровим потенціалом і показниками доступу до медичних послуг. Водночас WHO Global Health Observatory (GHO) виступає ключовим джерелом епідеміологічно стандартизованих показників здоров'я населення та ефективності систем охорони здоров'я. Інформація щодо щільності медичних працівників, лікарняних ліжок, охоплення профілактичними та лікувальними заходами, а також індикаторів у межах ЦСР ООН забезпечує можливість оцінки не лише ресурсної, а й клінічно-результативної складової функціонування системи. Дані ВООЗ є методологічно узгодженими, що дозволяє використовувати їх для порівняльних і динамічних досліджень без ризику статистичних спотворень. Залучення зазначених міжнародних джерел забезпечує інтеграцію медико-статистичного, економічного та управлінського підходів до аналізу тенденцій розвитку медичної сфери. Це дозволяє перейти від описового аналізу до виявлення причинно-наслідкових зв'язків між фінансовими ресурсами, кадровим забезпеченням, інфраструктурними можливостями та медичними результатами, що є принципово важливим для формування науково обґрунтованих управлінських рішень в контексті формування безпекоорієнтованого управління закладами охорони здоров'я.

Одним з визначальних чинників трансформації сучасної системи охорони здоров'я у світі є зростання тривалості життя, а саме, старіння населення. Демографічні зрушення, пов'язані зі збільшенням частки осіб старших вікових груп, зумовлюють зміну епідеміологічного профілю населення, насамперед через зростання поширеності хронічних та неінфекційних захворювань, які потребують тривалого, безперервного й ресурсомісткого медичного супроводу. За результатами цих змін, система охорони здоров'я поступово трансформується від орієнтації на лікування гострих станів до моделей комплексного догляду, профілактики, реабілітації та паліативної допомоги, що вимагає переосмислення організаційних підходів і медичних протоколів. Крім того, зростання тривалості життя водночас посилює навантаження на фінансову стійкість системи охорони здоров'я, оскільки збільшення обсягів і тривалості споживання медичних послуг відбувається в умовах демографічного старіння та скорочення працездатного населення. Це актуалізує проблему ефективного розподілу ресурсів, реформування механізмів фінансування та пошуку інноваційних моделей забезпечення доступності медичної допомоги. Крім того, старіння населення формує нові кадрові виклики, зокрема зростаючу потребу у фахівцях з геріатрії, медсестринського догляду, реабілітаційної медицини та мультидисциплінарних командах, здатних забезпечити інтегрований підхід до лікування пацієнтів літнього віку (рис. 2) [8].

На підставі даних Світового банку, середня тривалість життя при народженні у світі зросла з приблизно 67,6 років у 2000 р. до близько 73,0 років у 2024 р., демонструючи поступове поліпшення демографічних і медичних показників протягом останніх двох десятиліть. Водночас демографічні зміни виступають певним каталізатором впровадження цифрових та інноваційних рішень у сфері охорони здоров'я, зокрема розвитку телемедицини, дистанційного моніторингу стану пацієнтів, використання інформаційно-аналітичних систем та технологій штучного інтелекту. Таким чином, старіння населення виступає фундаментальним чинником трансформації системи охорони здоров'я, який одночасно визначає зміну

структури попиту на медичні послуги, фінансової архітектури, кадрового забезпечення та стратегічних пріоритетів її розвитку.

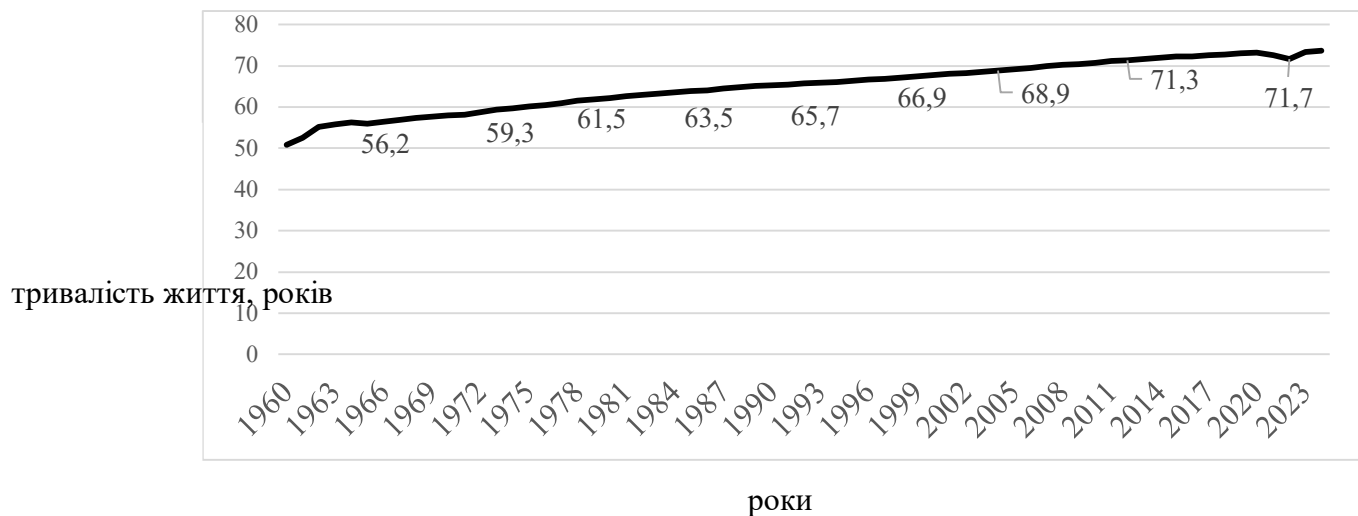


Рис. 2. Середня тривалість життя при народженні у світі, всього (1960-2024 рр.)*

*побудовано на основі [8, 9]

Паралельно відбувається зростання смертності від онкологічних, метаболічних і нейродегенеративних захворювань. Смертність від раку дихальних шляхів зросла з 1,2 млн у 2000 р. до 1,9 млн у 2021 р., а хвороба Альцгеймера та інші форми деменції вперше посіли провідні позиції серед причин смерті, що безпосередньо пов'язано зі старінням населення та зростанням тривалості життя. Аналогічну динаміку демонструє цукровий діабет і хвороби нирок, смертність від яких зросла майже вдвічі за аналізований період [10].

Таким чином, динаміка змін причин смертності з початку 2000-х років до періоду після 2020 р. відображає завершення глобального епідеміологічного переходу, при якому система охорони здоров'я змушена трансформуватися від боротьби з гострими інфекційними загрозами до управління довготривалими хронічними захворюваннями, одночасно зберігаючи готовність до нових пандемічних ризиків. Це обґрунтовує необхідність комплексного аналізу провідних причин смерті як ключового індикатора напрямів, глибини та наслідків трансформації сучасних систем охорони здоров'я.

Такі зміни зумовлюють відповідні трансформації економічних показників функціонування національних систем охорони здоров'я. Наприклад, важливим є аналіз динаміки витрати на охорону здоров'я на душу населення, який відображає фінансові передумови реформ систем охорони здоров'я та дозволяє виявити вплив глобальних шоків на структуру фінансування та обґрунтувати зміну пріоритетів державної політики, інституційних моделей і управлінських рішень у медичній сфері (рис. 3).

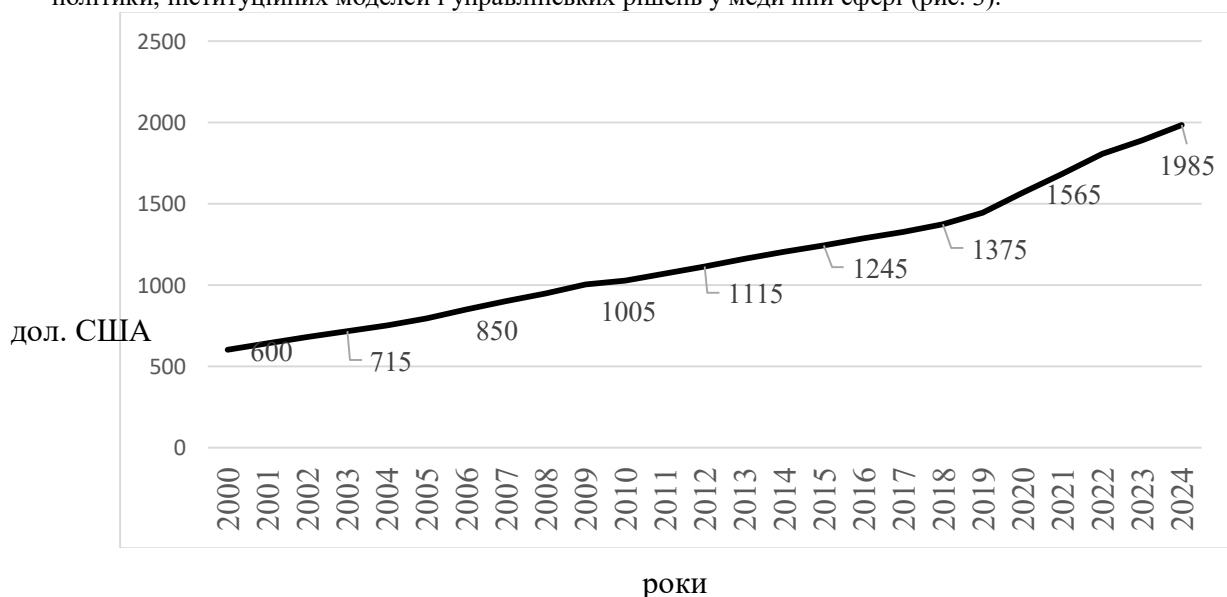


Рис. 3. Динаміка світових витрат на охорону здоров'я на душу населення у 2000-2024 рр. (в дол. США)*

* побудовано автором на основі [11, 12, 13]

Слід зауважити, що світові витрати на охорону здоров'я на душу населення демонструють стійку тенденцію до зростання, яка за період 2000-2024 рр. посилилась під впливом демографічних змін, технологічного прогресу та розширення доступу до медичних послуг. Крім того, пандемія COVID-19 стала каталізатором різкого, але тимчасового збільшення фінансування у 2020-2021 рр., після чого у 2022 р. спостерігається відносна стабілізація в умовах макроекономічної невизначеності. Наприклад, в 2024 р. середні витрати на охорону здоров'я в країнах ОЕСР (Organisation for Economic Co-operation and Development, далі – ОЕСР) становили близько 6 тис. дол США на одну особу (з урахуванням паритету купівельної спроможності). Найвищий рівень витрат зафіксовано у США, це понад 14,9 тис. дол США на особу, що у 2,5 рази перевищує середній показник по групі країн ОЕСР. Швейцарія, Норвегія та Німеччина витрачали близько 9,3-10 тис. дол США, тоді як більшість країн Західної Європи, а також Австралія й Канада близько 7-8,5 тис. дол. США. На півдні та сході Європи, а також у країнах Латинської Америки рівень витрат суттєво нижчий; зокрема, у Мексиці він становив близько 1,6 тис. дол., а в Індонезії та Індії, орієнтовно 500 дол. на особу [14].

Як зауважують М. Мюллер, С. Пенн та Д. Морган, впродовж двох десятиліть, що передували пандемії COVID-19, витрати на охорону здоров'я в країнах ОЕСР в середньому стабільно зростали з 7 % ВВП у 2000 р. до майже 9 % у 2019 році. З часом зростання частки економіки, що спрямовується на охорону здоров'я, було зумовлене поєднанням зростання доходів, технологічних інновацій та старіння населення. За відсутності суттєвих змін у політиці ОЕСР прогнозує продовження цієї тенденції: збільшення співвідношення витрат на охорону здоров'я до ВВП на 2,4 % в порівнянні з допандемічним рівнем, а загальні витрати на охорону здоров'я сягнуть 11,2 % ВВП у 2040 році [15]. Навіть якщо загальне економічне зростання в найближчі десятиліття прогнозується повільнішим, очікується, що витрати на охорону здоров'я випереджатимуть як зростання економіки загалом, так і зростання державних доходів у країнах ОЕСР [16].

Досить аналітичним в контексті результатів впливу трансформаційних чинників на сферу охорони здоров'я є дослідження динаміки показника кількості лікарняних ліжок на 1000 осіб населення за даними Світового банку та ВООЗ за період 1972-2020 рр. Результати аналізу дозволяють виявити фундаментальні структурні зрушення в організації систем охорони здоров'я та систематизувати емпіричні бази для інтерпретації чинників трансформації медичної галузі у глобальному вимірі (рис. 4).

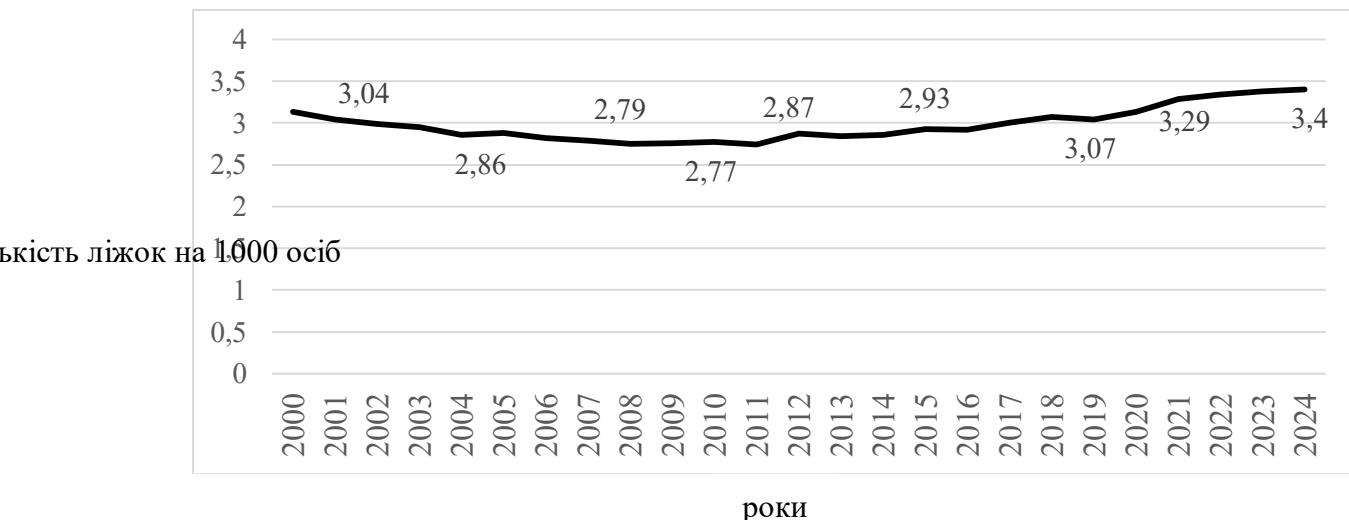


Рис. 4. Динаміка кількості лікарняних ліжок у 2000-2024 рр. (на 1000 осіб)*

* побудовано на основі [17, 18, 19]

Зазначений індикатор є інтегральною характеристикою стаціонарного потенціалу системи охорони здоров'я та відображає баланс між ресурсною забезпеченістю, моделлю надання медичної допомоги й демографічно-епідеміологічними викликами. Так, в 2000 р. глобальний показник кількості лікарняних ліжок становив приблизно 3,0 ліжка на 1000 осіб. Протягом першого десятиліття 2000-х років спостерігається незначення зниження або латеральна стагнація цього показника. У середині 2010-х років відбувається стабілізація, а в інтервалі 2018-2024 років починається повільне, але стійке зростання, що відображає адаптаційні зміни під впливом демографічних та епідеміологічних факторів, включаючи пандемію COVID-19.

Зауважимо, пандемія COVID-19 стала потужним каталізатором перегляду стаціонарного потенціалу у багатьох країнах світу. Можна виділити такі основні наслідки для системи охорони здоров'я на глобальному рівні:

- несподіваний приріст попиту на госпіталізації серед тяжких випадків COVID-19;

- критичні дефіцити ліжок у розвинутих системах, які оптимізували стаціонарну інфраструктуру;
- секторальна мобілізація ресурсів для підготовки резервних ліжок та «полегшених госпіталізаційних майданчиків»;
- тимчасове збільшення кількості ліжок-місць, особливо реанімаційних та інтенсивної терапії.

Варто зауважити, що пандемія коронавірусу була головним глобальним каталізатором трансформацій закладів охорони здоров'я за останнє десятиріччя, як призвела до радикальної зміни усталених моделей функціонування та організаційної структури закладів охорони здоров'я. У відповідь на зростання зазначених викликів, уряди більшості країн значно активізували фінансову підтримку сфери охорони здоров'я. Як зазначає Н. Заджалі, у 2020-2023 рр. Національна служба охорони здоров'я Великої Британії (National Health Service, далі – NHS) переглянула стратегічні та операційні підходи до управління закладами охорони здоров'я, запровадивши нові механізми організації їх діяльності [20]. Пандемічний період став серйозним випробуванням для системи охорони здоров'я, водночас NHS змогла оптимізувати використання фінансових ресурсів та сформувати окремі структурні підрозділи для надання медичної допомоги пацієнтам із COVID-19.

Аналіз зарубіжних наукових публікацій щодо впливу пандемії COVID-19 на організацію системи охорони здоров'я та медичних установ дозволив ідентифікувати сукупність чинників, що забезпечили оперативну адаптацію закладів охорони здоров'я до кризових умов функціонування [21; 22; 23; 24]:

- широка підтримка як з боку працівників Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (National Health Service, далі – NHS), так і з боку зовнішніх стейкхолдерів;
- збільшення обсягів фінансування;
- спрощення процесів і структур управління;
- створення механізмів швидкого нарощування потужностей;
- удосконалення систем комунікації та технологічної інфраструктури.

Спроможність системи охорони здоров'я до швидкої адаптації в умовах кризових викликів значною мірою визначається кадровою гнучкістю, рівнем державної підтримки та станом інфраструктурного забезпечення. Висока згуртованість і готовність медичного персоналу до колективних згаджених дій сприяли оперативній мобілізації ресурсів і підвищенню ефективності надання медичної допомоги. Водночас надмірне навантаження призводило до зростання професійного вигорання, психологічної втоми та підвищеної чутливості персоналу до подальших організаційних змін. Вагому роль у забезпеченні стійкості медичних закладів відіграла активна державна підтримка, зокрема тимчасове скасування фінансових обмежень, що дозволило швидко розширити матеріально-технічну базу, наростити тестувальні та лікувальні потужності, а також реалізувати раніше відкладені програми організаційного вдосконалення. Ключовою умовою ефективного використання цифрових рішень стала наявність відповідної інфраструктури. Інвестиції в технології дистанційної взаємодії сприяли підвищенню організаційної гнучкості, оптимізації внутрішніх комунікацій та посиленню міжінституційної координації, що стало важливим чинником підтримання безперервності надання медичних послуг [20].

Крім того, пандемія COVID-19 стала каталізатором появи значної кількості наукових публікацій, присвячених дослідженню впливу кризових подій глобального масштабу на персонал закладів охорони здоров'я, що є важливим елементом забезпечення відповідного рівня безпекоспроможності медичних установ [25]. Аналіз показав, що медичний персонал є одним із найбільш уразливих елементів системи охорони здоров'я під час криз (високі ризики інфікування, дефіцит засобів індивідуального захисту, перевантаження), що призводить до зростання стресу, тривожності та професійного вигорання. Проте саме здатність персоналу до мобілізації та швидкої адаптації визначила ефективність реагування закладів. В цьому контексті кадрова складова розглядається як ключовий чинник безпекоспроможності медичних установ, а саме, їхньої здатності не лише захищати персонал, а й підтримувати функціональну стійкість, якість послуг та організаційну цілісність в умовах кризових впливів.

Таким чином, значної актуальності набувають питання дослідження впливу чинників трансформаційних процесів на стійкість системи охорони здоров'я, оскільки трансформаційні процеси являють собою не лише рефлексію на зовнішні виклики, але й є внутрішнім механізмом формування системної стійкості (health system resilience) [26]. Їх вплив на резилієнтність системи проявляється через взаємодію інституційних, ресурсних, управлінських та соціальних чинників, що визначають здатність системи функціонувати в умовах підвищеної невизначеності. В цілому, стійкість системи охорони здоров'я (health system resilience) – це її здатність завчасно передбачати, поглинати, відновлюватися та адаптуватися до надзвичайних ситуацій, таких як пандемії, зміна клімату, геополітичні конфлікти та кіберзагрози [27]. Як зазначає К. Пороес, така система здатна поглинати вплив криз, адаптуватися до змін та трансформуватися, зберігаючи безперервність, якість і доступність медичної допомоги [28].

Отже, сучасні трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я актуалізували проблему стійкості національних систем охорони здоров'я як ключової умови їхньої спроможності забезпечувати безперервність, доступність та якість медичної допомоги в умовах криз і невизначеності. Вагомий внесок у формування сучасного розуміння та інструментарію оцінювання стійкості зроблено у звіті OECD спільно з European

Observatory on Health Systems and Policies «*Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing*» (2024), підготовленому за підтримки Європейської комісії [27]. Зазначений документ є відповіддю на системні виклики, виявлені під час пандемії COVID-19, яка продемонструвала, що навіть економічно розвинені країни не мали достатньо інституційних та аналітичних механізмів для адекватної оцінки готовності своїх систем охорони здоров'я до масштабних потрясінь. Автори виходять з того, що сучасні системи охорони здоров'я перебувають під постійним впливом багатовимірних ризиків, зокрема пандемічних, геополітичних, фінансово-економічних, кліматичних та технологічних, що вимагає принципово нового підходу до управління їхньою стійкістю. Принципово важливим положенням звіту є відхід від трактування криз як тимчасових відхилень від «нормального» стану. Автори підкреслюють, що кризові явища є новою постійною реальністю, а отже, резилієнтність має розглядатися як динамічна характеристика, що потребує безперервного розвитку. У цьому контексті стійкість трактується як здатність системи одночасно підтримувати базові функції, адаптувати моделі надання допомоги та зберігати орієнтацію на справедливість і фінансовий захист населення. Мета політики у сфері охорони здоров'я полягає не лише у забезпеченні короткострокової реакції на шоки, але й у структурному зміцненні системи, здатної навчатися на кризах і трансформуватися [27]. Такі вимоги можливо реалізувати за умови комплексного впровадження безпекоорієнтованого управління [29] на різних рівнях функціонування системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМІ

Глобальні зміни, що відбуваються у системі охорони здоров'я на світовому, національному та регіональному рівнях, обумовлюють потребу в урахуванні впливу більшості факторів та формуванні відповідної реакції управлінців на такі виклики. Безпекоорієнтоване управління такими складними системами спроможне забезпечити менеджмент різних рівнів достатнім обсягом інформації та варіантів реакції на неї з метою удосконалення функціонування закладів охорони здоров'я.

Досліджувана у статті проблематика має перспективи до формування науково-методичного підґрунтя безпеково-резильєнтного підходу до оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я на різних рівнях, яка передбачає системну оцінку їх спроможності до стійкого та безперервного функціонування, адаптації та взаємодії в умовах соціально-економічної нестабільності, надзвичайних ситуацій та системних трансформацій.

Література

1. What are The Key Drivers of Healthcare Transformation? Carmatec. URL: <https://www.carmatec.com/blog/what-are-the-key-drivers-of-healthcare-transformation/>
2. Звіт про мережу та діяльність медичних закладів. Звітні форми та довідники. З набору даних: Медична статистична звітність. URL: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1EUN-544p6zll1DgA_FrfimuAtViSGdrr/edit?usp=drivesdk&ouid=113673578814818899079&rtpof=true&sd=true
3. Five forces leading change in healthcare. Chartis URL: <https://www.chartis.com/insights/5-forces-leading-change-healthcare>
4. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2025. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c992fbdc-11ef-43db-a478-7e7a195403ae/content>
5. White Book of Reforms 2025. Chapter 14. Healthcare reforms. VoxUkraine Team Reforms. URL: <https://voxukraine.org/en/white-book-of-reforms-2025-chapter-14-healthcare-reforms>
6. Гарбузюк В. Глобальні чинники трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я: управлінсько-фінансова архітектура та імперативи системної стійкості. *Development Service Industry Management*. 2026. № 2, 97-104. [https://doi.org/10.31891/dsim-2026-14\(12\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2026-14(12))
7. OECD, Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD/ Publishing, Paris, URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf
8. Life expectancy at birth, total (years). MissionInfobank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
9. Venditti B. Charted: How the World Added Decades to Life Expectancy. *Visual Capitalist*. URL: <https://www.visualcapitalist.com/charted-how-world-added-decades-to-life-expectancy/>
10. Cause-specific mortality, 2000-2021. World Health Organization URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
11. Current health expenditure per capita, PPP (current international \$). World Health Organization URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD>
12. Total health spending per person, 2024. Our World in Data. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/annual-healthcare-expenditure-per-capita>
13. Telesford I., Cotter L., Wager E. How does health spending in the U.S. compare to other countries? *Healthsystemtracker*. March 11, 2026. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/health-spending->

u-s-compare-

countries/#GDP%20per%20capita%20and%20health%20consumption%20spending%20per%20capita,%20U.S.%20dollars,%202024%20(current%20prices%20and%20PPP%20adjusted)

14. Health at a Glance 2025. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html
15. Fiscal Sustainability of Health Systems. How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? *OECD*. URL: https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en.html
16. Mueller M., Penn C., Morgan D. Examining the latest trends in health spending: Are we heading back to a time of austerity?. *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, 2024, p. 33-57. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/01/fiscal-sustainability-of-health-systems_c2f837ac/880f3195-en.pdf
17. Hospital beds (per 1,000 people). The World Bank Group. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?end=2021&start=2000>
18. Number of community hospital beds in the United States from 2000 to 2024 (per 1,000 population). Statista. URL: <https://www.statista.com/statistics/184546/community-hospital-beds-per-1000-population-in-the-us/?srsltid=AfmBOoqij8xpOuXrBStiKZt4t6F5sUcHnIPAhWLM4C4cS9ITJOGgrCiL>
19. Hospital Industry 2026. Reportlinker. URL: https://www.reportlinker.com/market-report/Health-Services/11310/Hospital?term=hospital%20statistics&matchtype=p&loc_interest=&loc_physical=9242992&utm_group=standard&utm_term=hospital%20statistics&utm_campaign=ppc&utm_source=google_ads&utm_medium=paid_ads&utm_content=transactionnel-1&gad_source=1&gad_campaignid=15072746546&gclid=CjwKCAjwuPRBhAnEiwA2Ji8elTBiasYXtnQZpq-eYLXpX1zgCwgFhLhGoUYsOuPaiGakKXeL6WWXhoCEJ4QAvD_BwE
20. Zadjali A. N. The impact of COVID-19 on health care organization. *Journal of Public Health Research*, 2022, 10 (2). URL: <https://www.jscimedcentral.com/journal-article-info/Annals-of-Public-Health-and-Research/The-Impact-of-Covid-19-on-Health-Care-Organization-11498>
21. Anzaldua A, Halpern J. Can Clinical Empathy Survive Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19. *Hastings Cent Rep*. 2021; 51(1). 22-27. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33630324/>
22. Moon JR, Falick Ascher A. Post-COVID-19 Health Care System: A Call for Community-Based, Person-Centered, and Primary Care-Driven Care. *Am J Public Health*. 2021, № 111(8), p. 1451-1455. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34464189/>
23. Murata S, Rezeppa T, Thoma B, Marengo L, Krancevich K, Chiyka E, et al. The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers. *Depress Anxiety*. 2021, № 38(2), p. 233-246. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33368805/>
24. Wallenburg I, Helderma JK, Jeurissen P, Bal R. Unmasking a health care system: the Dutch policy response to the Covid-19 crisis. *Health Econ Policy Law*. 2022, № 17(1), p. 27-36. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33663625/>
25. Zafar, M. Impact of the COVID-19 on the health system and healthcare workers: *A systematic review*. *Health Scope*. 2022, Vol. 11, issue 3. URL: <https://brieflands.com/journals/healthscope/articles/123211>
26. Health system resilience. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/health-system-resilience.html>
27. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing*, OECD Publishing, Paris, 2024. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/03/strengthening-health-systems_64f11b8e/3a39921e-en.pdf
28. Poroës C, Seematter-Bagnoud L, Wyss K, Peytremann-Bridevaux I. Health System Performance and Resilience in Times of Crisis: An Adapted Conceptual Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Aug 28, № 20(17). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37681806/>
29. Harbusiuk V., Blikhar V., Rudnichenko Ye., Havlovska N. Socio-economic security of the region in war conditions: damage assessment, modelling of recovery paths and their regulatory support. *Social & Legal Studios*. 2024. Volume 7, No. 2. P. 149-161.

References

1. What are The Key Drivers of Healthcare Transformation? Carmatec. URL: <https://www.carmatec.com/blog/what-are-the-key-drivers-of-healthcare-transformation/>
2. Zvit pro merezhu ta diialnist medychnykh zakladiv. Zvitni formy ta dovidnyky. Z naboru danykh: Medychna statystychna zvitnist. URL: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1EUN-544p6zll1DgA_FrfimuAtViSGdrr/edit?usp=drivesdk&ouid=113673578814818899079&rtfpof=true&sd=true
3. Five forces leading change in healthcare. Chartis URL: <https://www.chartis.com/insights/5-forces-leading-change-healthcare>

4. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2025. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c992fbdc-11ef-43db-a478-7e7a195403ae/content>
5. White Book of Reforms 2025. Chapter 14. Healthcare reforms. VoxUkraine Team Reforms. URL: <https://voxukraine.org/en/white-book-of-reforms-2025-chapter-14-healthcare-reforms>
6. Harbuziuk V. Hlobalni chynnyky transformatsiinykh zmin u sferi okhorony zdorovia: upravlinsko-finsova arkhitektura ta imperatyvy systemnoi stiikosti. Development Service Industry Management. 2026. № 2, 97-104. [https://doi.org/10.31891/dsim-2026-14\(12\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2026-14(12))
7. OECD, Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD/ Publishing, Paris, URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf
8. Life expectancy at birth, total (years). MissionInfobank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
9. Venditti V. Charted: How the World Added Decades to Life Expectancy. Visual Capitalist. URL: <https://www.visualcapitalist.com/charted-how-world-added-decades-to-life-expectancy/>
10. Cause-specific mortality, 2000-2021. World Health Organization URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghc-leading-causes-of-death>
11. Current health expenditure per capita, PPP (current international \$). World Health Organization URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD>
12. Total health spending per person, 2024. Our World in Data. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/annual-healthcare-expenditure-per-capita>
13. Telesford I., Cotter L., Wager E. How does health spending in the U.S. compare to other countries? Healthsystemtracker. March 11, 2026. URL: [https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/health-spending-u-s-compare-countries/#GDP%20per%20capita%20and%20health%20consumption%20spending%20per%20capita,%20U.S.%20dollars,%202024%20\(current%20prices%20and%20PPP%20adjusted\)](https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/health-spending-u-s-compare-countries/#GDP%20per%20capita%20and%20health%20consumption%20spending%20per%20capita,%20U.S.%20dollars,%202024%20(current%20prices%20and%20PPP%20adjusted))
14. Health at a Glance 2025. Organisation for Economic Co-operation and Development. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html
15. Fiscal Sustainability of Health Systems. How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD. URL: https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en.html
16. Mueller M., Penn C., Morgan D. Examining the latest trends in health spending: Are we heading back to a time of austerity?. Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, 2024, r. 33-57. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/01/fiscal-sustainability-of-health-systems_c2f837ac/880f3195-en.pdf
17. Hospital beds (per 1,000 people). The World Bank Group. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?end=2021&start=2000>
18. Number of community hospital beds in the United States from 2000 to 2024 (per 1,000 population). Statista. URL: <https://www.statista.com/statistics/184546/community-hospital-beds-per-1000-population-in-the-us/?srsltid=AfmBOoqij8xpOuXrBStiKZt4t6F5sUcHnlpAhWLM4C4cS9ITJOGGrCiL>
19. Hospital Industry 2026. Reportlinker. URL: https://www.reportlinker.com/market-report/Health-Services/11310/Hospital?term=hospital%20statistics&matchtype=p&loc_interest=&loc_physical=9242992&utm_group=standard&utm_term=hospital%20statistics&utm_campaign=ppc&utm_source=google_ads&utm_medium=paid_ads&utm_content=transactionnel-1&gad_source=1&gad_campaignid=15072746546&gclid=CjwKCAjwuPRBhAnEiwA2Ji8eITBIasYXtnOZpg-eYlXpXlZgCwgFhLhGoUYsOuPaiGakKXeL6WWXhoCEJ4QAvD_BwE
20. Zadjali A. N. The impact of COVID-19 on health care organization. Journal of Public Health Research, 2022, 10 (2). URL: <https://www.jsimcedcentral.com/journal-article-info/Annals-of-Public-Health-a>
30. Anzaldúa A, Halpern J. Can Clinical Empathy Survive Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19. Hastings Cent Rep. 2021; 51(1). 22-27. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33630324/>
31. Moon JR, Falick Ascher A. Post-COVID-19 Health Care System: A Call for Community-Based, Person-Centered, and Primary Care-Driven Care. Am J Public Health. 2021, № 111(8), p. 1451-1455. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34464189/>
32. Murata S, Rezeppa T, Thoma B, Marengo L, Krancevich K, Chiyka E, et al. The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers. Depress Anxiety. 2021, № 38(2), p. 233-246. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33368805/>
33. Wallenburg I, Helderma JK, Jeurissen P, Bal R. Unmasking a health care system: the Dutch policy response to the Covid-19 crisis. Health Econ Policy Law. 2022, № 17(1), p. 27-36. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33663625/>
34. Zafar, M. Impact of the COVID-19 on the health system and healthcare workers: A systematic review. Health Scope. 2022, Vol. 11, issue 3. URL: <https://brieflands.com/journals/healthscope/articles/123211>
35. Health system resilience. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/health-system-resilience.html>
36. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing, OECD Publishing, Paris, 2024. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/03/strengthening-health-systems_64f11b8e/3a39921e-en.pdf
37. Poroce C, Seematter-Bagnoud L, Wyss K, Peytremann-Bridevaux I. Health System Performance and Resilience in Times of Crisis: An Adapted Conceptual Framework. Int J Environ Res Public Health. 2023 Aug 28, № 20(17). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37681806/>
38. Harbusiuk V., Blikhar V., Rudnichenko Ye., Havlovskaya N. Socio-economic security of the region in war conditions: damage assessment, modelling of recovery paths and their regulatory support. Social & Legal Studies. 2024. Volume 7, No. 2. P. 149-161.