

Гарбузюк Валерій Валерійович, докторант,
Хмельницький національний університет.

Harbusiuk Valerii, Khmelnytskyi National University,
<https://orcid.org/0009-0008-5223-6943>

**ОЦІНЮВАННЯ ПОТЕНЦІАЛУ ІНТЕГРАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ
БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇХ СИСТЕМОЇ СТІЙКОСТІ
ASSESSMENT OF THE INTEGRATION POTENTIAL OF HEALTHCARE INSTITUTIONS IN THE CONTEXT OF THE
FORMATION OF SECURITY-ORIENTED MANAGEMENT AND ENSURING THEIR SYSTEMIC RESILIENCE**

Гарбузюк В. В. Оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я в контексті формування безпекоорієнтованого управління та забезпечення їх системної стійкості. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2026. Том 11. № 1. С. 202 – 207.

Harbusiuk V. Assessment of the integration potential of healthcare institutions in the context of the formation of security-oriented management and ensuring their systemic resilience. *Ukrainian Journal of Applied Economics and Technology*. 2026. Volume 11. № 1. pp. 202 – 207.

У статті досліджено потенціал інтеграції закладів охорони здоров'я Хмельницької області в умовах воєнних і трансформаційних викликів. Обґрунтовано доцільність безпеково-результатного підходу до оцінювання інтеграційної спроможності медичних установ. Проведено аналіз ресурсного, інфраструктурного та кадрового забезпечення регіональної системи охорони здоров'я. Доведено, що інтеграція є інструментом підвищення стійкості, безпекоспроможності, фінансової спроможності та безперервності медичної допомоги.

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, інтеграція, безпекоорієнтоване управління, результатність, медичні кластери, стрес-тестування, кадровий потенціал, системна стійкість.

The article substantiates a security-oriented, resilience-based approach to assessing the integration potential of healthcare institutions in the Khmelnytskyi region amid wartime challenges and the systemic transformation of Ukraine's healthcare sector. The ongoing reform of the healthcare system, combined with internal displacement, growing demand for medical services, financial constraints, and institutional limitations, necessitates new managerial tools to strengthen sustainability, coordination, and adaptive capacity. The study provides a comparative analysis of resource provision and service delivery indicators in Ukraine and the Khmelnytskyi region, revealing structural disproportions between demographic weight, infrastructure capacity, and actual volumes of medical care. Attention is paid to the concentration of hospital resources in urban multi-profile hospitals, which form the core of the regional healthcare system but simultaneously create risks of functional overload during crises. Personnel imbalances, especially the shortage of physicians in municipal and psychiatric institutions, are identified as critical vulnerabilities requiring coordinated integration mechanisms. The proposed approach expands traditional financial and organizational assessments by introducing an analytical block to evaluate integration capacity as a systemic factor in resilience and security capabilities. Integration is interpreted not merely as administrative consolidation but as an organizational and resource-based ability to mobilize, redistribute, and coordinate medical, personnel, infrastructural, and financial resources in response to external shocks. The methodology combines analytical performance indicators with stress-testing tools to simulate critical scenarios, including funding reductions, personnel shortages, epidemiological threats, and wartime risks. The findings confirm that the Khmelnytskyi region has sufficient infrastructure and personnel capacity to develop integrated healthcare models and regional medical clusters. Integration of municipal, private, specialized institutions, and academic partners is considered a key mechanism for enhancing financial sustainability, service continuity, and systemic resilience. The implementation of the proposed security-resilience framework enables a transition from fragmented management to coordinated regional governance, strengthening the healthcare system as an element of critical infrastructure and regional socio-economic security.

Keywords: healthcare institutions; integration; security-oriented management; resilience; medical clusters; stress testing; human resources potential; systemic sustainability.

Вступ

В умовах продовження реалізації програми реформ системи охорони здоров'я в Україні особливої актуальності набуває аналіз медичної інфраструктури Хмельницької області як прикладу регіональної системи охорони здоров'я, що перебуває в процесі структурної трансформації. Такий аналіз дає змогу оцінити потенціал формування ефективних медичних кластерів, визначити можливості інтеграції діяльності закладів охорони здоров'я різних форм власності та обґрунтувати управлінські рішення, спрямовані на підвищення доступності, якості й економічної стійкості медичних послуг у регіоні.

Зауважимо, що в сучасній науковій літературі особливої актуальності набуває проблематика інтеграції закладів охорони здоров'я як передумови формування безпекоорієнтованого управління та забезпечення їх системної стійкості (резилієнтності) в умовах трансформаційних змін. Тривалі соціально-економічні дисбаланси, епідеміологічні загрози, воєнні ризики та інституційні обмеження зумовлюють необхідність пошуку нових управлінських підходів, спрямованих на консолідацію ресурсів, підвищення координації діяльності та зміцнення адаптивного потенціалу медичних установ. У цьому контексті особливого значення набуває оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я як інструменту підвищення ефективності управлінських рішень, посилення фінансової спроможності та забезпечення безперервності надання медичних послуг в умовах багатовекторних загроз. Зокрема, О. Будько проаналізував інформаційне забезпечення системи управління закладами охорони здоров'я в умовах сталого розвитку [2]; О. Графська здійснила аналіз світового досвіду щодо сучасних векторів трансформації управління закладами охорони здоров'я [4]; А. Мельник та В. Адамик узагальнили теоретико-методологічні та прикладні аспекти організаційної діяльності закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі [6]; Д. Асонов та О. Хаустов визначили особливості розвитку концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років [1]; Є. Рудніченко, Н. Гавловська, Л. Кримчак, М. Томащук, І. Лісовський проаналізували особливості формування теоретичного базису інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних умовах [8].

Виділення невіршених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується стаття. Водночас в сучасних наукових дослідженнях недостатньо систематизованим залишається підхід до оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я як інструменту формування безпекоорієнтованого управління та забезпечення їх системної стійкості. Неповною мірою розкрито методичні засади визначення інтеграційних можливостей медичних установ з урахуванням фінансової спроможності, ресурсної взаємодії, управлінської



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0

© Гарбузюк Валерій Валерійович, 2026

координації, цифрової сумісності та інституційної адаптивності. Обмеженим залишається комплексний аналіз впливу воєнних, соціально-економічних і трансформаційних чинників на інтеграційні процеси у сфері охорони здоров'я та їхню здатність підсилювати безпекоспроможність системи. З огляду на це актуалізується потреба у проведенні ґрунтовного оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я в контексті формування безпекоорієнтованого управління, що дозволить виявити системні резерви та обмеження інтеграційної взаємодії, визначити рівень готовності медичних установ до консолідації ресурсів і координації діяльності, а також сформувати аналітичне підґрунтя для зміцнення їх системної стійкості в умовах підвищених ризиків і багатовекторних загроз.

Формулювання цілей статті

Метою статті є розроблення та апробація підходу до оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я як інструменту формування безпекоорієнтованого управління, визначення ключових чинників інтеграційної взаємодії та обґрунтування напрямів зміцнення їх системної стійкості в умовах воєнних, соціально-економічних і інституційних трансформацій.

Виклад основного матеріалу дослідження

Зауважимо, внутрішнє переміщення населення, зростання потреб у медичних послугах і обмеженість фінансових ресурсів посилюють навантаження на заклади охорони здоров'я та актуалізують необхідність прийняття управлінських рішень, орієнтованих на безпеку, стійкість і ефективність функціонування системи. Порівняльний аналіз показників України загалом і Хмельницької області дає змогу виявити диспропорції між чисельністю населення, наявними медичними ресурсами та обсягами надання медичної допомоги. Таке зіставлення є важливим інструментом для оцінювання спроможності регіональної системи охорони здоров'я забезпечувати доступність і безперервність медичних послуг, а також для ідентифікації потенційних ризиків у контексті безпекоорієнтованого управління (табл. 1).

Таблиця 1. Порівняльна характеристика ресурсного забезпечення та обсягів медичної допомоги в Україні та Хмельницькій області

Показник	Україна	Хмельницька обл.	Питома вага Хмельницької області, %
Кількість населення, осіб	40997698	1225666	2,99
Число лікарняних закладів	1096	37	3,38
Загальне число ліжок	228351	8604	3,77
Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	2307	73	3,16
Число амб.-поліклінічних закладів, які мають денні стаціонари	1202	52	4,33
Число ліжок у денних стаціонарах	32904	1670	5,08
Проліковано хворих у денних стаціонарах	1203745	69117	5,74
Кількість викликів швидкої медичної допомоги	4660255	171 916	3,69
Загальна чисельність лікарів (без урахування стоматологів)	133237	4492	3,37
Загальна чисельність середнього медичного персоналу	229368	8992	3,92

Джерело: побудовано на основі [7]

Наведені дані свідчать, що Хмельницька область, зосереджуючи 2,99 % населення України, загалом має співставну або дещо вищу частку медичних ресурсів і обсягів надання медичної допомоги, ніж її демографічна вага. Зокрема, частка лікарняних закладів (3,38 %), загальної кількості лікарів (3,37 %) та середнього медичного персоналу (3,92 %) перевищує частку населення, що вказує на відносно достатній кадровий потенціал регіону в загальнонаціональному контексті.

Особливо показовою є ситуація з денними стаціонарами, де частка Хмельницької області є істотно вищою за середньоукраїнський рівень: кількість медичних закладів із денними стаціонарами становить 4,33 %, число ліжок – 5,08 %, а кількість пролікованих хворих – 5,74 %. Це може свідчити про більш активне впровадження стаціонарозамінних форм медичної допомоги, що відповідає сучасним підходам до підвищення ефективності системи охорони здоров'я та зниження навантаження на цілодобові стаціонари. Водночас показники екстреної медичної допомоги демонструють відносно рівномірний розподіл: частка викликів швидкої медичної допомоги в області (3,69 %) близька до її частки у загальній чисельності населення. Це свідчить про типову для країни інтенсивність звернень за екстреною допомогою та відсутність різко виражених регіональних диспропорцій за цим показником.

Достатньо інформативним є аналіз структури стаціонарних закладів охорони здоров'я Хмельницької області, який свідчить про сформовану та функціонально диференційовану мережу медичних установ, основу якої становлять міські багатопрофільні лікарні. Саме цей сегмент акумулює найбільшу частку ліжкового фонду регіону, що зумовлює його ключову роль у забезпеченні вторинної медичної допомоги. Водночас висока концентрація ресурсів у міських закладах створює потенційні ризики перевантаження системи в умовах кризових ситуацій, зокрема воєнних чи епідеміологічних.

Як зазначають А. Мельник та В. Адамик, на сучасному етапі реформування особливої актуальності набувають питання аналізу організації діяльності медичних закладів у контексті формування та розвитку різних типів партнерств у системі охорони здоров'я. Йдеться, зокрема, про поглиблення взаємодії з громадськістю через залучення її представників до процесу прийняття управлінських рішень; розвиток академічно-медичних партнерств між закладами вищої освіти та клінічними установами; розширення міжнародної співпраці й участь у глобальних мережах обміну досвідом. Особливого значення набуває аналіз організаційних аспектів реалізації спільних інфраструктурних проєктів між комунальними та приватними медичними закладами, а також дослідження взаємодії вітчизняних лікарень із міжнародними організаціями в частині отримання технічної, консультативної та фінансової підтримки [6].

Аналіз структури надання медичної допомоги свідчить про домінуючу роль міських лікарень, на які припадає близько 64,6 % усіх госпіталізацій, 58,9 % ліжко-днів та понад 73 % амбулаторних відвідувань у поліклініках, що визначає їх як ключову ланку системи охорони здоров'я області та водночас формує підвищені ризики перевантаження у кризових і воєнних умовах (табл. 2).

Обласна лікарня забезпечує близько 12 % госпіталізацій і майже 13 % ліжко-днів, виконуючи функції центрів третинної та високоспеціалізованої допомоги з відносно невеликою часткою амбулаторних відвідувань. Центральні районні лікарні акумулюють близько 5–6 % основних обсягів допомоги, але мають стратегічне значення для доступності медичних послуг сільському населенню. Психіатричні лікарні формують лише 3,8 % госпіталізацій, проте забезпечують понад 8 % загального обсягу ліжко-днів і 27,6 % відвідувань лікарями вдома, що відображає тривалість

лікування та підвищене навантаження, важливе для соціальної й безпекової стабільності регіону. Пологові будинки та дитячі лікарні мають порівняно невеликі питомі ваги, однак виконують критично важливі функції з погляду демографічної та педіатричної безпеки. У сукупності структура свідчить про високу концентрацію ресурсів у міському сегменті та обмежені резерви спеціалізованої допомоги, що є важливим фактором для безпекоорієнтованого управління системою охорони здоров'я області.

Таблиця 2. Діяльність закладів охорони здоров'я Хмельницької області різних типів за основними медико-статистичними показниками

Тип закладів	Поступило хворих, осіб		Проведено ліжко-днів	Відвідування лікарів у поліклініках	Відвідування лікарями на дому	Аналітична оцінка
	поступило хворих, осіб	в т.ч. сільських жителів				
Обласна лікарня	29279	5579	271314	124437	0	Центри третинної допомоги; високе ліжкове навантаження, орієнтація на складні клінічні випадки
Дитячі обласні лікарні	7821	3126	64065	55206	0	Висока роль у забезпеченні спеціалізованої педіатричної допомоги
Міські лікарні	158023	71532	1241490	2230636	6716	Основний масив стаціонарної й амбулаторної допомоги; ризики перевантаження
Дитячі міські лікарні	9666	2286	72641	243679	0	Інтенсивна педіатрична допомога, висока амбулаторна активність
Госпіталі інвалідів та ветеранів війни	4263	2001	70313	0	0	Цільова допомога окремим соціальним групам; стабільне стаціонарне лікування
Спеціалізовані лікарні (разом)	4144	1956	35562	17209	0	Обмежений обсяг, низька гнучкість системи в кризових умовах
Центральні районні лікарні	13626	9988	122897	249291	1	Ключові для доступності допомоги сільському населенню
Пологові будинки	8611	2081	53372	126285	430	Висока інтенсивність використання ресурсів, стратегічне значення для демографічної безпеки
Психіатричні лікарні	9229	4542	174494	5937	2720	Тривале лікування, значне навантаження; важливі для соціальної та психологічної безпеки

Джерело: побудовано на основі [5]

Кількісний аналіз кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я Хмельницької області засвідчує суттєву концентрацію лікарських і середніх медичних кадрів у закладах вторинного рівня, передусім у міських та центральних районних лікарнях, які формують ядро госпітальної мережі регіону. Сукупна кількість штатних посад лікарів (без стоматологів) у міських лікарнях становить 2045,25 одиниці, що складає понад 50 % загального обсягу лікарських посад серед усіх проаналізованих типів закладів. При цьому зайнятими є лише 1740,25 посад, що відповідає рівню укомплектованості 85,1 %, а дефіцит лікарських кадрів сягає 305 посад, або 14,9 % від штатної потреби. У поліклінічному сегменті міських лікарень укомплектованість є ще нижчою – 86,0 % (565 зайнятих посад проти 657 штатних), що свідчить про системне перевантаження амбулаторної ланки вторинної допомоги (рис. 1).

ЦРЛ акумулюють 190,25 штатних лікарських посад, з яких зайнятими є 170,25, що забезпечує рівень укомплектованості 89,5 %. Водночас майже 42 % лікарських посад зосереджені у поліклініках (79,75 штатних одиниць), де фактична зайнятість становить 72,25 посад, або 90,6 %, що вказує на відносно кращу кадрову ситуацію порівняно з міськими лікарнями, але не усуває ризиків дефіциту кадрів у разі зростання попиту на послуги.

Обласна лікарня Хмельницької області має 362,5 штатних лікарських посад, з яких зайнято 338,5, тобто 93,4 %, що є одним із найвищих показників у регіоні. Водночас поліклінічний підрозділ обласних лікарень демонструє нижчий рівень укомплектованості – 96,1 % (31 зайнята посада з 32,25 штатних), що в абсолютному вимірі не є критичним, але у стратегічному контексті обмежує потенціал розвитку консультативної допомоги третинного рівня.

У дитячих обласних лікарнях рівень укомплектованості лікарських посад становить лише 87,4 % (89,75 зайнятих посад з 102,75 штатних), а у поліклініках – 85,6 %, що є нижчим за середньообласні показники та свідчить про підвищену кадрову вразливість педіатричного сегменту. Аналогічна тенденція спостерігається у дитячих міських лікарнях, де загальний рівень укомплектованості лікарських посад становить 88,9 %, а у поліклініках – 92,3 %, що частково компенсує дефіцит стаціонарної ланки. Спеціалізовані лікарні характеризуються більш глибокими структурними диспропорціями. Так, у всіх спеціалізованих лікарнях укомплектованість лікарських посад становить 87,5 %, при цьому інфекційні лікарні для дорослих мають рівень укомплектованості 94,1 %, а центр боротьби зі СНІДом – лише 69,1 %, що є критично низьким показником і прямо загрожує стабільності надання високоспеціалізованої допомоги. Психіатричні заклади демонструють найгірші показники – 69,8 % укомплектованості лікарських посад, що поєднується з високою чисельністю середнього медичного персоналу та

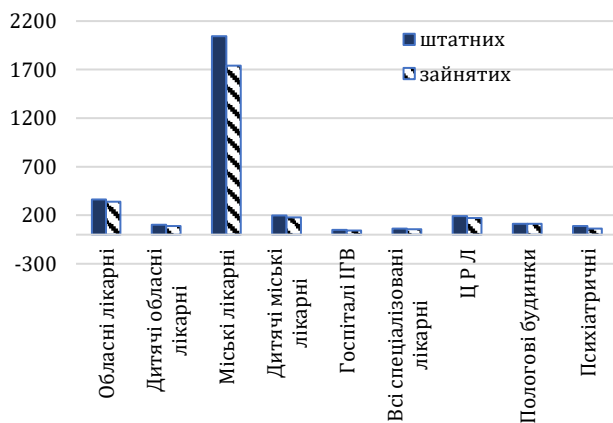


Рис. 1. Співвідношення штатних і зайнятих посад лікарів у закладах охорони здоров'я за типами закладів. Джерело: побудовано на основі [9]

формує дисбаланс у професійній структурі трудових ресурсів. Аналіз кадрового забезпечення середнім медичним персоналом показує іншу картину. У більшості типів закладів рівень укомплектованості перевищує 90 %, а в окремих сегментах (пологові будинки, обласні лікарні) наближається до 99 %. Найбільша питома вага посад середнього медперсоналу припадає на міські лікарні (понад 55 % загального обсягу штатних посад цієї категорії). Водночас у психіатричних закладах, де укомплектованість середнього медперсоналу становить лише 66,8 %, спостерігається поєднання дефіциту кадрів з високою інтенсивністю доглядової роботи, що суттєво підвищує організаційні та соціальні ризики.

Узагальнюючи результати оцінювання, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я Хмельницької області характеризується високим потенціалом інтеграції діяльності суб'єктів господарювання, зумовленим наявністю розвиненої інфраструктури, домінуванням міських лікарень як функціональних центрів, відносною кадровою забезпеченістю та об'єктивною потребою у підвищенні стійкості системи в умовах воєнних викликів. Інтеграція комунальних, приватних, спеціалізованих закладів, а також закладів вищої освіти у межах регіональних медичних кластерів може стати ефективним інструментом безпекоорієнтованого управління, спрямованого на підвищення доступності, якості та економічної стійкості медичних послуг. Аналіз функціонування закладів охорони здоров'я Хмельницької області свідчить, що наявна інфраструктурна база має достатній рівень для розвитку інтегрованих моделей надання медичної допомоги. Частка області у загальнонаціональних показниках ліжкового фонду (3,77 %), денних стаціонарів (5,08 %) та пролікованих у них пацієнтів (5,74 %) перевищує її демографічну частку (2,99 %), що свідчить про надсередню забезпеченість стаціонаророзамінними формами допомоги. Аналіз кадрового забезпечення медичних установ Хмельницької області свідчить про нерівномірний розподіл лікарських кадрів та системний дефіцит у ключових сегментах, зокрема в міських лікарнях дефіцит складає близько 14,9 % лікарських посад, а в психіатричних закладах укомплектованість складає лише 69,8 %, що об'єктивно підвищує значення спільного використання кадрів, інтеграції з приватними закладами та розвитку академічно-медичних партнерств. Таким чином, кадрова ситуація не лише допускає, а й потребує інтеграційних рішень як інструменту зниження ризиків кадрової нестабільності. Структура надання медичної допомоги демонструє високу концентрацію функцій у міських лікарнях, на які припадає близько 64,6 % госпіталізацій, 58,9 % ліжко-днів та понад 73 % амбулаторних відвідувань, що визначає міські лікарні як ядро регіональної системи, навколо якого може формуватися інтеграційна модель. Водночас це створює передумови для:

- інтеграції комунальних і приватних закладів у сфері амбулаторної та денностаціонарної допомоги;
- розвитку контрактних і партнерських моделей між закладами різних форм власності;
- формування регіональних медичних кластерів із функціональним розподілом ролей.

На нашу думку, окремий заклад охорони здоров'я не може ефективно функціонувати ізольовано, тому ключовим елементом підвищення рівня безпекоорієнтованого управління закладами охорони здоров'я за таких умов є пошук механізмів інтеграції діяльності закладів охорони здоров'я на регіональному рівні, що дозволить забезпечити більш високий рівень стійкості системи, її здатність до координації та мобілізації ресурсів, а також до забезпечення безперервності медичної допомоги в умовах кризових та воєнних загроз. На основі проведеного аналізу ресурсного, інфраструктурного, кадрового та функціонального забезпечення системи охорони здоров'я Хмельницької області така інтеграція розглядається не лише як інструмент підвищення ефективності управління, але й як важливий чинник зміцнення медичної та соціальної безпеки регіону. Оцінювання потенціалу інтеграції діяльності медичних установ є важливим, оскільки дозволяє перейти від фрагментованого управління закладами охорони здоров'я до системного, координованого та безпекоорієнтованого управління, здатного забезпечити стійкість галузі в умовах підвищених ризиків. Його реалізація має здійснюватись на основі комплексного аналізу їх інфраструктурного забезпечення, функціонально-організаційної спроможності, кадрових ресурсів, економічного та фінансового потенціалу, а також безпекового потенціалу, що відображає рівень стійкості й адаптивності системи охорони здоров'я до внутрішніх і зовнішніх загроз. З позицій безпекоорієнтованого управління таке оцінювання є необхідним для (рис. 2):

- виявлення критичних «точок» і вразливостей системи охорони здоров'я;
- визначення можливостей перерозподілу потоків пацієнтів і ресурсів у кризових ситуаціях;
- забезпечення безперервності надання медичної допомоги населенню;
- формування механізмів швидкого реагування та підвищення адаптивності закладів охорони здоров'я.



Рис. 2. Структурно-функціональні зв'язки інтеграції медичних установ. Джерело: запропоновано автором

Водночас така концентрація формує ризик функціонального перевантаження, що посилює доцільність управлінської інтеграції та перерозподілу потоків пацієнтів. Зауважимо, обмеженість бюджетних ресурсів в умовах воєнного стану, зростання попиту на медичні послуги та залежність від зовнішнього фінансування актуалізують запровадження партнерських форм фінансування, спільні реалізації інфраструктурних проєктів, а також інтеграцію приватного сектору в надання окремих послуг, що дозволить зменшити дублювання витрат, підвищити економічну ефективність, посилити фінансову стійкість системи. Крім того, в умовах воєнних загроз інтеграція виступає не лише управлінським, а й безпековим інструментом. Особливу роль відіграють госпіталі інвалідів та ветеранів війни та ЦРЛ як елементи територіальної доступності. Запропоновані засади інтегрованої моделі дозволяють швидше мобілізувати ресурси, забезпечити безперервність допомоги, підвищити стійкість системи як елементу критичної інфраструктури.

У цьому контексті актуалізується використання безпеково-резильєнтного підходу до оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я, який базується на врахуванні таких параметрів їх функціонування, як стійкість,

адаптивність та інтеграційна спроможність, що дозволяє оцінити не лише поточний стан, але й потенціал закладів до стійкого розвитку в умовах кризових явищ (рис. 3).

Зазначений підхід до оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні концепцій стійкості (resilience) [1], безпекоорієнтованого управління [2] та економіко-аналітичної оцінки господарської діяльності. Як зазначають Д. Асонов, О. Хаустова, поняття «резилієнс» досліджують вчені в рамках багатьох дисциплін, в тому числі біології, медицини, психології. Зокрема, у медицині траєкторію резилієнсу дослідники характеризують як стабільне психічне функціонування під час стресового впливу або як швидке повернення до норми після деструктивної дії психотравмувальних чинників, або ж як набуття якісно нових рис й більш успішне функціонування як результат подолання психологічної травми. Крім того, в сучасній науковій думці категорія «резилієнс» досить часто використовується фахівцями різних галузей охорони здоров'я – внутрішньої медицини, радіотерапії, фізіотерапії, психології, парамедицини [1].

На відміну від традиційних підходів, які зосереджуються переважно на поточних фінансових показниках або організаційній сумісності закладів, такий підхід розглядає інтеграцію як інструмент підвищення системної стійкості та зниження вразливості в умовах високого динамізму та негативних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. В межах зазначеного підходу під категорією «потенціал інтеграції закладів охорони здоров'я» необхідно розуміти не лише як можливість об'єднання усіх їх ресурсів, але як здатність інтегрованої структури забезпечувати безперервність надання медичних послуг, фінансову стійкість та пристосованість до зовнішніх і внутрішніх загроз. Відповідно, оцінювання такого потенціалу потребує врахування безпекових ризиків, економічної стійкості та управлінської спроможності.

Зауважимо, головним елементом безпеково-резильєнтного підходу є розвиток безпекоорієнтованого управління, що передбачає комплексне використання аналітичних інструментів та механізмів стрес-тестування. Аналітична складова передбачає формування системи показників фінансово-господарського стану, кадрового забезпечення, ефективності використання ліжкового фонду, медичної інфраструктури та диверсифікації джерел доходів. Саме ці показники дозволяють кількісно оцінити вразливість окремих закладів і визначити точки потенційного посилення через інтеграцію. Водночас стрес-тестування використовується як інструмент моделювання критичних сценаріїв (зниження фінансування за програмою медичних гарантій, кадровий дефіцит, зростання навантаження на стаціонар, надзвичайні лиха, воєнні чи епідеміолого-бактеріологічні загрози). Результати таких тестів дають змогу оцінити, наскільки інтеграція декількох закладів в різних сферах спроможна компенсувати виявлені ризики шляхом перерозподілу ресурсів, спеціалізації або централізації управлінських функцій.

Поєднання аналітичної оцінки та стрес-тестування з аналізом інтеграційної спроможності дозволяє розширити класичну методичку Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing [10], удосконалення якої полягає у введенні додаткового аналітичного блоку щодо оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я як інструменту підвищення їх системної стійкості та безпекоспроможності. А отже, інтеграція розглядається не лише як організаційне або адміністративне рішення, а як резильєнтний механізм, що дозволяє:

- підвищити фінансову стійкість за рахунок масштабування доходів і оптимізації витрат;
- зменшити кадрові та інфраструктурні ризики;
- забезпечити безперервність надання медичних послуг в кризових умовах;
- посилити безпекову складову управління на рівні медичних установ та регіональної системи охорони здоров'я.

Висновки та перспективи подальших розвідок

Таким чином, результати дослідження показують, що система охорони здоров'я Хмельницької області має достатній інфраструктурний та організаційний потенціал для формування інтегрованих моделей надання медичної допомоги. Водночас виявлено диспропорції в кадровому забезпеченні та високу концентрацію ресурсів у міських лікарнях, що формує ризики перевантаження в умовах криз. Запропонований безпеково-резильєнтний підхід до оцінювання потенціалу інтеграції дозволяє поєднати аналітичну оцінку ресурсного забезпечення із механізмами стрес-тестування, що забезпечує більш комплексне бачення вразливостей та резервів розвитку системи. Інтеграція розглядається як стратегічний інструмент підвищення фінансової стійкості, кадрової збалансованості та безперервності медичної допомоги. Формування регіональних медичних кластерів, розвиток партнерств між комунальними та приватними закладами, а також посилення академічно-медичної взаємодії сприятимуть зміцненню безпекоспроможності системи охорони здоров'я та її адаптивності до воєнних і соціально-економічних викликів.

Література

1. Асонов Д., Хаустов О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. № 4. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/219>.
2. Будько О.В. Інформаційне забезпечення системи управління закладами охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2025. № 1(10). С. 158-165.
3. Гарбузюк В. Формування механізму безпекоорієнтованого управління закладами охорони здоров'я. *Development Service Industry Management*. 2024. № 1. С. 107-112. URL: <https://dsim.khmnua.edu.ua/index.php/dsim/article/view/65>.
4. Графська О. Сучасні тенденції управління закладами охорони здоров'я: аналіз світового досвіду. *Економіка та суспільство*. 2025. № 71. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/5581>.

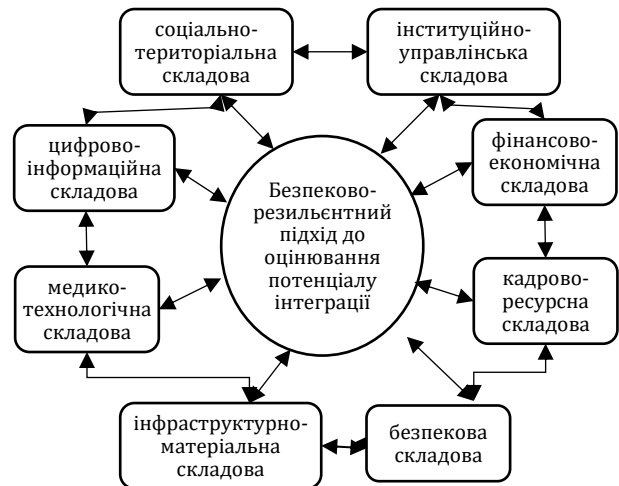


Рис. 3. Складові безпеково-резильєнтного підходу до оцінювання потенціалу інтеграції закладів охорони здоров'я. Джерело: запропоновано автором

5. Звіт про мережу та діяльність медичних закладів. Звітні форми та довідники з набору даних: Медична статистична звітність. 2024. URL: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1EUN-544p6zll1DgA_FrfimuAtViSGdrr/edit?usp=drivesdk&ouid=113673578814818899079&rtpof=true&sd=true.
6. Мельник А., Адамик В. Аналізування організаційної діяльності закладу охорони здоров'я в умовах реформування галузі: теоретико-методологічні та прикладні аспекти. *Економічний аналіз*. 2024. Том 34. № 1. С. 26-41. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2024.01.026>.
7. Профілі громадського здоров'я, 2023 Хмельницька область. Центр громадського здоров'я. 2023. URL: <https://phc.org.ua/.../Профіль-2023-Хмельницька-obl.pdf>.
8. Рудніченко Є.М., Гавловська Н.І., Кримчак Л.А., Томащук М.Ю., Лісовський І.В. Теоретичний базис інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 5(286). С. 179-183.
9. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, World Bank, 2024. URL: <https://www.who.int/ukraine/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>.
10. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing, OECD Publishing, Paris, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1787/3a39921e-en>.

References

14. Assonov, D., Khaustov, O. (2019). «Development of the concept of resilience in scientific literature in recent years». *Psykhosomatychna medytsyna ta zahal'na praktyka*. № 4. Available at: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/219>.
15. Bud'ko, O.V. (2025). «Information support of the health care institution management system in the context of sustainable development». *Ekonomichnyj visnyk Dniprovs'koho derzhavnoho tekhnichnoho universytetu*. № 1(10). pp. 158-165.
16. Harbuziuk, V. (2024). «Formation of a mechanism for safety-oriented management of health care institutions». *Development Service Industry Management*. № 1. pp. 107-112. Available at: <https://dsim.khmnu.edu.ua/index.php/dsim/article/view/65>.
17. Hrafs'ka, O. (2025). «Modern trends in the management of health care institutions: analysis of world experience». *Ekonomika ta suspil'stvo*. № 71. Available at: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/5581>.
18. Zvit pro merezhu ta diial'nist' medychnykh zakladiv. Zvitni formy ta dovidnyky z naboru danykh: Medychna statystychna zvitnist'. (2024). [Report on the network and activities of medical institutions. Reporting forms and directories From the dataset: Medical statistical reporting]. Available at: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1EUN-544p6zll1DgA_FrfimuAtViSGdrr/edit?usp=drivesdk&ouid=113673578814818899079&rtpof=true&sd=true.
19. Mel'nyk, A., Adamyk, V. (2024). «Analysis of the organizational activities of a health care institution in the context of industry reform: theoretical, methodological and applied aspects». *Ekonomichnyj analiz*. Vol. 34. № 1. pp. 26-41. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2024.01.026>.
20. Profili hromads'koho zdorov'ia, 2023 Khmel'nyts'ka oblast'. Tsentri hromads'koho zdorov'ia. (2023). [Public Health Profiles, 2023 Khmelnytskyi Region. Public Health Center]. Available at: <https://phc.org.ua/.../Profil'-2023-Khmel'nyts'ka-obl.pdf>.
21. Rudnichenko, Ye.M., Havlovs'ka, N.I., Krymchak, L.A., Tomaschuk, M.Yu., Lisovs'kyj, I.V. (2020). «Theoretical basis of information and communication support of health care institutions». *Visnyk Khmel'nyts'koho natsional'noho universytetu*. № 5(286). pp. 179-183.
22. (2024). Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, World Bank. Available at: <https://www.who.int/ukraine/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>.
23. (2024). OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing, OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/3a39921e-en>.

Стаття надійшла до редакції / Received 29.01.2026
Опубліковано / Published 25.02.2026

Прийнята до друку / Accepted 10.02.2026