

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

КОНДРАТЮК ВЯЧЕСЛАВ МИКОЛАЙОВИЧ

Допускається до захисту:
завідувач кафедри міжнародних
економічних відносин, кандидат
економічних наук, доцент
Марія ШКУРАТ
« _____ » _____ 2025 р.

**УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ МІЖНАРОДНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ
ДОПОМОГИ У КОНТЕКСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ЦІЛЕЙ СТАЛОГО РОЗВИТКУ**

Спеціальність 073 Менеджмент
Освітньо-професійна програма «Бізнес-адміністрування»

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Марія ВАРЛАМОВА, доцент кафедри
міжнародних економічних відносин,
к. е. н., доцент

підпис

Оцінка: _____ / _____ / _____
(бали / за шкалою ЄКТС / за національною шкалою)
Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця – 2025

АНОТАЦІЯ

Кондратиук В. М. Управління проектами міжнародної гуманітарної допомоги у контексті реалізації цілей сталого розвитку. Спеціальність 073 Менеджмент. Освітньо-професійна програма «Бізнес-адміністрування». Донецький національний університет імені Василя Стуса. Вінниця, 2025.

У роботі досліджено особливості управління міжнародними гуманітарними проектами в контексті реалізації Цілей сталого розвитку; оцінено фінансові та клінічні показники роботи закладів охорони здоров'я Харківської області та вплив проектів на ключові індикатори Цілей сталого розвитку.

Основними результатами дослідження є аналіз сучасних підходів до моніторингу результативності гуманітарних проектів, визначення індикаторів для оперативного відстеження впливу проектів.

Ключові слова: гуманітарна допомога, цілі сталого розвитку, доступність медичних послуг, моніторинг і оцінка, фінансування охорони здоров'я.

91 с., 1 табл., 12 рис., дод. 4, бібліограф.: 104 найм.

ANNOTATION

Kondratiuk V. M. Managing international humanitarian aid projects in the context of the sustainable development goals. Speciality 073 Management. Educational and Professional Program «Business Administration». Vasyly' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2025.

The study examines the management features of international humanitarian projects in the context of achieving the Sustainable Development Goals, financial and clinical indicators of healthcare facilities in the Kharkiv region were assessed, along with the impact of projects on key SDG indicators.

The main results of the study include a analysis of current approaches to monitoring the effectiveness of humanitarian projects, identification of indicators for the operational tracking of project impact.

Keywords: humanitarian aid, sustainable development goals, health services accessibility, monitoring and evaluation, health care quality assurance.

91 p., 12 fig., 1 tabl., 4 annexes, bibliography: 104 items.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ МІЖНАРОДНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	10
1.1 Сучасні принципи управління проєктами у міжнародному середовищі	10
1.2 Практичні аспекти управління гуманітарною відповіддю в Україні та методи моніторингу у реалізації локальних проєктів	17
1.3 Методологічні підходи до імплементації та моніторингу Цілей сталого розвитку в Україні	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ МІЖНАРОДНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	29
2.1 Організація гуманітарних проєктів у системі кластерної відповіді ООН на прикладі медичних закладів м. Харків)	29
2.2 Аналіз відкритих та сучасних методологічних підходів до контролю гуманітарних проєктів у контексті ЦСР 3.8 і 3.d	35
2.3 Визначення бар'єрів у системі моніторингу, оцінки та звітування гуманітарних проєктів	42
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	48
3.1 Обґрунтування необхідності впровадження додаткових показників оцінки управління проєктами гуманітарної допомоги.....	48
3.2 Рекомендації щодо вибору та використання проксі-показників для оцінки результатів гуманітарного проєкту на відповідні сфери впливу	52

ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТОК А	85
ДОДАТОК Б.....	87
ДОДАТОК В.....	89
ДОДАТОК Г	90



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

OCHA – Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – Управління ООН з координації гуманітарних питань

SDG / ЦСР – Sustainable Development Goals / Цілі сталого розвитку

SPAR – State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool – інструмент самооцінки держави

UHC – Universal Health Coverage – універсальне охоплення послугами охорони здоров'я

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees – Верховний комісар ООН у справах біженців

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund – Дитячий фонд ООН

WHO – World Health Organization – Всесвітня організація охорони здоров'я

HeRAMS – Health Resources Availability Monitoring System – система моніторингу доступності медичних ресурсів

HRP – Humanitarian Response Plan – гуманітарний план реагування

IASC – Inter-Agency Standing Committee – Міжвідомчий постійний комітет ООН

JEE – Joint External Evaluation – спільне зовнішнє оцінювання

M&E – Monitoring and Evaluation – моніторинг і оцінка

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

χ^2 -тест – Пірсонівський критерій χ^2 -квадрат – статистичний тест значущості

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах зростання кількості гуманітарних криз, викликаних збройними конфліктами, пандеміями та природними катастрофами, забезпечення ефективної гуманітарної допомоги стає надзвичайно складним завданням. Особливо це стосується сфери охорони здоров'я, де своєчасність, достовірність та повнота інформації визначають якість управлінських рішень і, відповідно, результати медичних втручань. Різноманіття методологій, фрагментованість інформаційних систем та низька якість первинних даних сприяють розбіжностям і неузгодженості показників, що негативно впливає на прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Використання інструментів цифрового моніторингу, таких як HeRAMS (Health Resources Availability Monitoring System – система моніторингу доступності медичних ресурсів), дашборди ОСНА (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – Управління ООН з координації гуманітарних питань) та кластерів реагування, сприяє підвищенню прозорості і своєчасності інформації, але обмеження у їхній інтеграції з національними системами та затримки у звітуванні залишаються суттєвими перешкодами. Враховуючи важливість достовірних та оперативних даних для підвищення ефективності гуманітарної допомоги, дослідження управління міжнародними гуманітарними проектами з урахуванням бар'єрів у моніторингу, оцінці та звітуванні є надзвичайно актуальним. Це дозволяє не лише покращити якість медичних послуг і знизити фінансове навантаження на населення, але й посилити стійкість системи охорони здоров'я в умовах кризи, що є ключовим для досягнення Цілей сталого розвитку (ЦСР).

Дослідженням проблем управління проектами присвячено наукові роботи різних вчених, серед яких, зокрема, виокремимо таких авторів як, Dye [32], Martens & Paes-Sousa [69], Dubas-Jakóbczyk [31], Enock Rukundo [33], Groupe [86], Kruk [63], Ladadwa [65].

Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо управління проектами міжнародної гуманітарної допомоги у контексті реалізації цілей сталого розвитку.

Для досягнення мети були поставлені та вирішені наступні **завдання**:

- вивчити сучасні принципи управління проектами у міжнародному середовищі;
- охарактеризувати практичні аспекти управління гуманітарною відповіддю в Україні та методи моніторингу у реалізації локальних проєктів;
- вивчити методологічні підходи до імплементації та моніторингу Цілей сталого розвитку в Україні;
- проаналізувати організацію гуманітарних проєктів у системі кластерної відповіді ООН на прикладі медичних закладів м. Харкова.
- здійснити аналіз підходів до контролю гуманітарних проєктів у контексті ЦСР 3.8 і 3.d;
- проаналізувати бар'єри у системі моніторингу, оцінки та звітування гуманітарних проєктів.
- обґрунтувати необхідність впровадження додаткових показників оцінки управління проектами гуманітарної допомогнеобхідність впровадження додаткових показників оцінки управління проектами гуманітарної допомоги;
- запропонувати рекомендації щодо вибору та використання проксі-показників для оцінки результатів гуманітарного проєкту на відповідні сфери впливу

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження є процес управління проектами міжнародної гуманітарної допомоги у контексті реалізації цілей сталого розвитку

Предмет дослідження. Предметом дослідження є теоретико-методичні та прикладні засади управління проектами міжнародної гуманітарної допомоги у контексті реалізації цілей сталого розвитку.

Теоретико-методологічною базою кваліфікаційної роботи є наукові розробки зарубіжних вчених із проблем управління та управління проєктами в умовах гуманітарних криз, а також методологічні рекомендації міжнародних організацій з моніторингу та оцінки гуманітарних програм..

Інформаційною базою дослідження є законодавчо-нормативні акти України, статистичні та аналітичні дані Національної служби здоров'я України, матеріали комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» (КНП ХОР «ОКЛ») та комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» Харківської міської ради (КНП «МКБЛ № 25» ХМР).

В процесі проведення дослідження використовувались *методи*: аналізу і синтезу, систематизації, узагальнення, підходу, що дозволили уточнити основні фінансові та клінічні показники діяльності. Під час аналізу діяльності КНП ХОР «ОКЛ» та КНП «МКБЛ № 25» ХМР використовувались: опитування, систематизація, статичний аналіз (χ^2 -тест для визначення значущості змін смертності), графічне зображення даних.

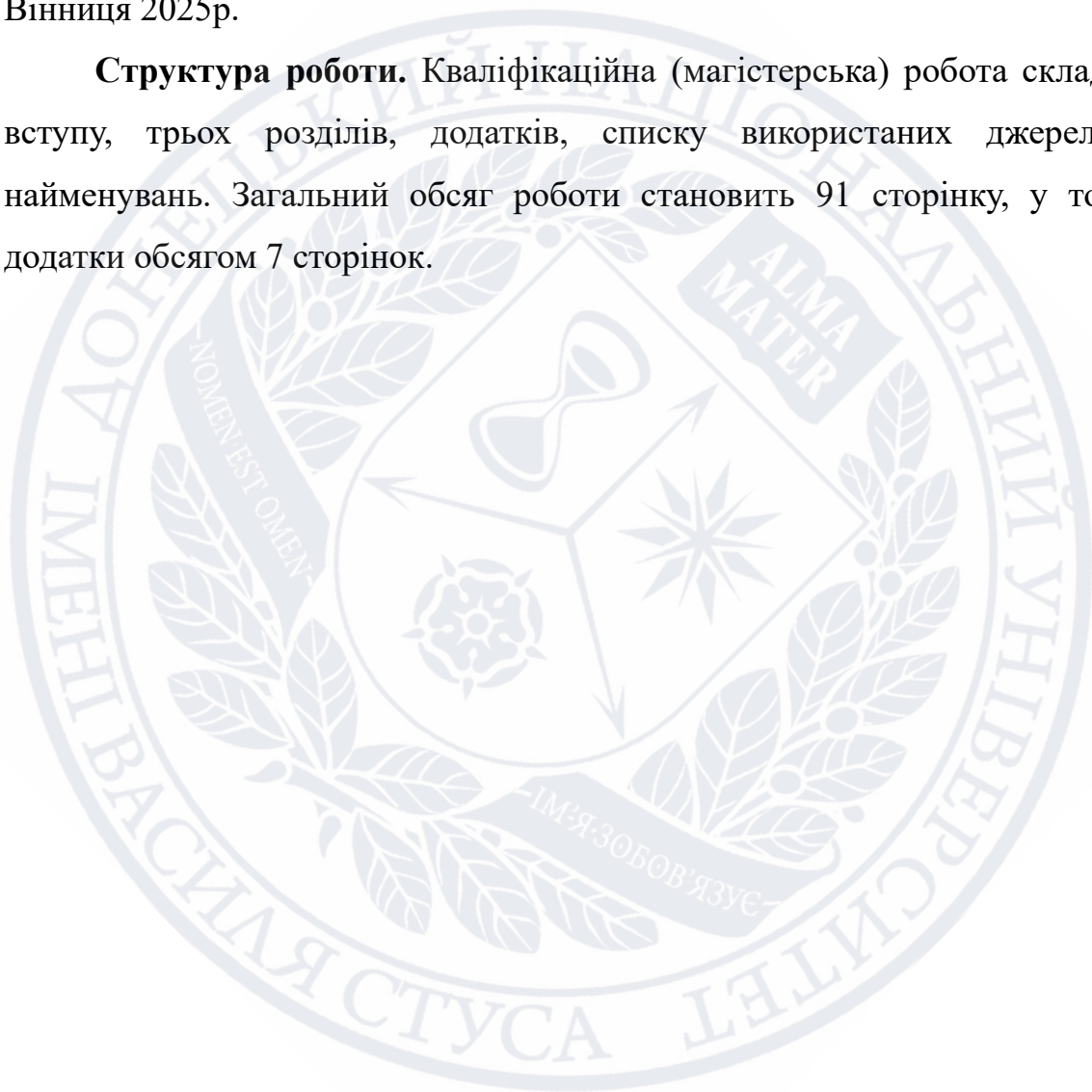
Практичне значення. Практичне значення дослідження полягає у розробці комплексного підходу до управління міжнародними гуманітарними проєктами, що враховує особливості моніторингу, оцінки та координації дій у кризових умовах. Запропоновані рекомендації сприятимуть підвищенню ефективності використання ресурсів, покращенню прозорості та оперативності звітування, а також зміцненню управлінської спроможності гуманітарних акторів для адаптивного реагування на динамічні виклики.

Положення, що виносяться на захист:

1. Результати аналізу сучасних підходів до моніторингу та оцінки гуманітарних проєктів.
2. Результати оцінки фінансово-економічних показників діяльності об'єктів гуманітарної допомоги Харківської області.
3. Результати оцінки впливу реалізованих проєктів на ключові індикатори ЦСР у відповідних сферах.

Апробація результатів дослідження. Результати кваліфікаційної магістерської роботи оприлюднені на XXIV Міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання», м. Вінниця 2024 року та на III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми розвитку фінансів в умовах цифровізації економіки України» м. Вінниця 2025р.

Структура роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота складається зі вступу, трьох розділів, додатків, списку використаних джерел зі 104 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 91 сторінку, у тому числі додатки обсягом 7 сторінок.



РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ МІЖНАРОДНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Сучасні принципи управління проєктами у міжнародному середовищі

Сучасний світ усе частіше стикається з гуманітарними кризами – від природних катастроф та пандемій до збройних конфліктів і внутрішнього переміщення людей. У таких умовах масове страждання, руйнування інфраструктури та порушення життєво важливих систем (охорони здоров'я, водопостачання, житла тощо) стають нормою, а потреба в скоординованій, ефективній відповіді зростає. Гуманітарне реагування складається з безлічі проєктів і ініціатив, які реалізують міжнародні організації, державні структури, місцеві неурядові організації та громади. Кожен проєкт може бути орієнтований на конкретний сектор – охорона здоров'я, житлове забезпечення, забезпечення продовольством чи психологічна допомога – але для максимальної ефективності вони повинні бути узгоджені між собою.

Раніше, до середини 2000-х, така координація часто була фрагментованою: різні організації реалізовували свої проєкти, іноді дублюючи зусилля, іноді залишаючи критичні сфери без уваги. У відповідь на ці виклики Генеральна Асамблея ООН у резолюції 46/182 (1991) заклала основи для координаційних механізмів гуманітарної діяльності, але суттєвий прорив відбувся з прийняттям Humanitarian Reform 2005 року. У межах цієї реформи було введено кластерний підхід, який передбачає організацію гуманітарної відповіді через сектори (кластери), кожен з яких має відповідального лідера, визначені ролі та чітку координацію [28]. Кластерний підхід передбачає, що в разі великих надзвичайних ситуацій, коли національна спроможність не достатня, активується системи кластерів, з підтвердженням з боку Inter-Agency Standing Committee – Міжвідомчого постійного комітету ООН (IASC). Також кожен кластер має глобального і національного лідера, які відповідають за ефективність

секторної відповіді, за обмін інформацією, за стандартизацію, а також за забезпечення, що ні один сектор не залишиться без уваги. У межах кластерної системи здійснюється спільне визначення потреб, пріоритетів, ресурсу; обговорення, які сектори мають бути задіяні; як уникнути дублювання чи конфлікту між проєктами; а також моніторинг і оцінка виконання. Таким чином, кластерна система стає рамкою, яка дозволяє гуманітарним проєктам працювати не автономно, а у взаємозв'язку, узгоджено, з підзвітністю й орієнтацією на максимальне охоплення людей, що постраждали. Це особливо актуально в сучасних конфліктах і кризах, коли час, ресурси і людські життя мають вирішальне значення.

Відповідь міжнародної спільноти базується на Гуманітарному плані реагування (Humanitarian Response Plan, HRP), який координується ОСНА. Саме кластерна система є основною платформою для впровадження міжнародних стандартів моніторингу та оцінки в Україні. В Україні кластери офіційно запрацювали у лютому 2022 року після повномасштабного вторгнення, у рамках Гуманітарного плану реагування, який координує ОСНА. Кожен кластер має провідну агенцію й фокусується на певному секторі:

- Охорона здоров'я – ВООЗ відповідає за доступ до медичних послуг і реагування на надзвичайні ситуації.
- Захист – координує питання прав людини, підтримки вразливих груп, захисту дітей та жінок.
- Житло та Укриття – організації допомагають з тимчасовим житлом, теплими речами, побутовими наборами.
- WASH – вода, санітарія й гігієна.
- Продовольча безпека – FAO та WFP організують доступ до їжі та підтримку сільського господарства.
- Освіта – координація безперервного навчання дітей у кризових умовах.
- Логістика – забезпечення перевезень, складування й ланцюгів постачання.

Завдяки цій системі гуманітарна допомога стала більш структурованою, а міжнародні й національні партнери отримали зрозумілий майданчик для співпраці.

Управління кластерами відбувається за чіткою ієрархією. На глобальному рівні IASC визначає політику, принципи та механізми роботи кластерів. На рівні країни координацію здійснює Гуманітарний координатор ООН спільно з ОСНА, яка забезпечує загальне стратегічне узгодження роботи кластерів. Управління кластером відбувається через регулярні координаційні зустрічі, підготовку спільних планів, моніторинг результатів та інтеграцію національних систем у гуманітарну відповідь. Важливо, що кластери працюють у тісній співпраці з органами влади, щоб забезпечити узгодження гуманітарної допомоги з державними політиками та уникати паралельних структур. Кластерна система гуманітарної відповіді функціонує за принципом колегіальності та координації, що забезпечує прозорість і врахування інтересів усіх учасників. Прийняття рішень відбувається насамперед на основі спільних оцінок гуманітарних потреб, зокрема за допомогою таких інструментів, як Multi-Cluster Initial Rapid Assessment (MIRA) чи HeRAMS у сфері охорони здоров'я. Важливо наголосити, що ці оцінки створюють доказову базу для формування стратегічних документів, зокрема Humanitarian Needs Overview (HNO) та HRP, які узгоджуються між кластерами та затверджуються Гуманітарним координатором ООН (рис. 1.1).

Таким чином, результати моніторингу стають доказовою базою для формування HNO та HRP, а також для оптимізації розподілу ресурсів між секторами. Крім того, залучення місцевих партнерів у процес оцінки сприяє кращому розумінню реальних потреб та підвищує легітимність рішень [55, 56, 35].

У гуманітарному плануванні саме оцінка потреб, встановлення пріоритетів та формування стратегії виступають базовими етапами, які задають напрям подальшої відповіді. Ці етапи спираються на спільні методи та інструменти, розроблені в межах Humanitarian Programme Cycle – Цикл гуманітарного реагування (HPC) та відповідних кластерних процедур [42]. Міжнародна система

гуманітарного планування встановлює послідовність кроків, необхідних для координованої відповіді: від оцінки потреб до моніторингу та коригування IASC [55]. За цією схемою, першочерговим етапом є координована оцінка і аналіз потреб, що забезпечує доказову базу для стратегічного планування відповідей [77]. У рамках цього циклу використовуються різноманітні інструменти для оцінки стану населення, інфраструктури, функціонування послуг і вразливостей, після чого формується HNO – документ, що окреслює пріоритетні проблеми, кількість людей, які потребують допомоги, й масштаби ресурсу, необхідного для реагування.

Для оцінки потреб застосовуються як швидкі, так і детальні інструменти, адаптовані до умов кризи:

- Multi-Cluster Initial Rapid Assessment (інструмент міжсекторної швидкої оцінки) - який дозволяє в перші тижні кризи швидко зібрати дані з кількох секторів.
- Health Resources Availability Monitoring System (HeRAMS) – специфічний інструмент глобального кластера охорони здоров'я для моніторингу доступності медичних ресурсів і функціонування закладів охорони здоров'я.
- SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) – методологія стандартизованих опитувань і оцінок, яка дозволяє збирати дані для планування програм реагування.
- Coordinated assessments / joint needs assessments (CNA / JNA) – спільні оцінки, у яких залучаються кілька організацій, щоб уникнути дублювання та забезпечити узгоджений погляд на ситуацію.
- Tools “3W / 4W / 5W” (Who, What, Where, When, For Whom) – інструменти інформаційного управління, які допомагають картувати, хто чим займається, де і для кого.
- Barrier Analysis – більш спеціалізований інструмент, що дозволяє виявити внутрішні перепони (поведінкові, соціальні) на шляху до реалізації проектів або змін поведінки у громадах.

Після оцінки потреб наступним етапом є аналіз пріоритетів та розробка стратегії відповіді. На цьому етапі кластерні та міжсекторні групи використовують результати аналізу даних, щоб встановити цілі, пріоритетні райони, групи населення та інтервенції, які матимуть найбільший вплив за обмежених ресурсів.

На основі аналізу формується HRP, надаючи дорожню карту для реалізації інтервенцій, мобілізації ресурсів та моніторингу [55, 43, 54, 60]. Також інтегрується аналіз ризиків і сценаріїв майбутнього розвитку кризи – це допомагає передбачити можливі зміни потреб і закласти гнучкість у стратегію. Важливою практикою стає раннє визначення «вузьких місць», обмежень у доступі, логістиці, фінансах, кадрах – щоб ще на стадії планування передбачити шляхи їх подолання. Крім того, у стратегічному плануванні враховуються кроссекторальні теми – захист, гендерна рівність, доступність для людей з інвалідністю тощо – що забезпечує інтегрований, системний підхід до гуманітарної відповіді [60].

У сфері освіти, наприклад, застосовується Rapid Education Response Toolkit (інструмент швидкої відповіді в освіті), який забезпечує готові шаблони для оцінки потреб та планування інтервенцій у навчанні під час кризи [93]. В інших секторах, як медицина, активно використовуються для виявлення лікарень, що функціонують, та планування маршрутизації пацієнтів і ресурсів дані HeRAMS. Крім того, інформаційні платформи ОСНА надають цифрові модулі для планування та управління, серед яких Response Planning Module (RPM) та реєстр індикаторів (Indicator Registry).

Кластери керуються принципами гуманності, нейтральності, неупередженості та незалежності, що дозволяє забезпечувати справедливий розподіл ресурсів. Як правило, рішення ухвалюються шляхом консенсусу, проте у випадках, коли цього досягти не вдається, остаточне слово залишається за кластерним координатором у тісній співпраці з ОСНА. Таким чином, процес прийняття рішень у кластерній системі поєднує доказовість, колективну відповідальність та відповідність гуманітарним принципам [28, 55].

Для того щоб гуманітарний проєкт сприяв досягненню ЦСР, його необхідно оцінювати та координувати на різних етапах впровадження. Це включає:

1. Збір первинних даних: На цьому етапі організації-виконавці (NGO (Non-Governmental Organization – неурядова організація), UN agencies) збирають дані про бенефіціарів, використовуючи методи, такі як 3W/4W/5W-звіти, ActivityInfo, Post-Distribution Monitoring (PDM) та Multi-sector Needs Assessments (MSNA). Ці дані дозволяють оцінити охоплення та ефективність наданої допомоги [23, 85].

2. Систематизація та агрегація даних: На рівні кластерів інформаційні менеджери відповідають за збір, верифікацію та агрегацію даних від партнерів. Це дозволяє створювати кластерні дашборди та формувати щомісячні оперативні звіти [91].

3. Інтеграція у гуманітарний Response Monitoring: Дані з кластерів інтегруються в систему ОСНА, де формуються інтерактивні графіки, що показують прогрес у виконанні HRP. Це дозволяє здійснювати моніторинг та коригувати стратегії у реальному часі [78].

4. Відображення у контексті SDG Monitoring: Дані, зібрані через кластерну систему, агрегуються в ОСНА та UN RCO для їх інтеграції у звіти щодо досягнення ЦСР. Це включає визначення відповідних SDG-індикаторів, таких як наприклад, універсальне покриття медичними послугами, та публікацію річних звітів про прогрес у досягненні ЦСР [100].

5. Взаємодія з донорами та глобальними партнерами: Узагальнені дані передаються до системи Global Humanitarian Overview (GHO), як проілюстровано на Рисунок 1, де показники України порівнюються з іншими країнами-кризами і відображаються в аналітиці щодо глобального прогресу SDG 16, 17 [41].

Моніторинг та оцінка (M&E) є критичним компонентом у гуманітарних проєктах, оскільки вони дозволяють зрозуміти, наскільки діяльність відповідає намірам, чи досягаються цілі, а також виявити шляхи для покращення. Зокрема,

в Україні та у міжнародній практиці формують методичні рекомендації, стандарти та приклади, як це має працювати. У 2023 році Європейський Союз спільно з Програмою розвитку ООН підготували Методичні рекомендації з моніторингу та оцінки ефективності реалізації стратегій, програм і проєктів [22].

Цей документ має такі ключові моменти:

- вони спрямовані на підсилення інституційної спроможності місцевої влади та представників громадянського суспільства [72]

- окремо охоплюється розробка прогностичних показників ефективності (predictive performance indicators), автоматизованих систем М&Е, що дозволяє спрощувати збір і аналіз даних; [72];

- методика була тестована у пілотних громадах у Сумській та Чернігівській областях в рамках Програми ООН з відновлення та миробудування

- Ця практика демонструє, що існує прагнення системно впроваджувати М&Е, з акцентом на локальний контекст, автоматизацію і залучення місцевих інституцій.

- Міжнародна спільнота гуманітарної допомоги також має ряд інструментів і керівництв, які використовуються для М&Е:

- ALNAP – «Monitoring and Evaluation» ресурс, який містить керівництва, добрі практики, інструменти для гуманітарного моніторингу та оцінки, фокус на підзвітності та навчанні. [74]

- UNHCR та інші міжнародні організації (наприклад, українська платформа Humanitarian Education Accelerator) надають керівництва та ресурси, що дозволяють інтегрувати «learning» компонент, тобто системне навчання з результатів М&Е, а також адаптивність проєктів у середовищах із непередбачуваними обставинами. [74]

Один із прикладів – оцінка Plan International Ukraine, яку провели ALNAP для гуманітарної відповіді, спрямованої на ВПО, дітей, сім'ї і психологічну допомогу. В оцінці аналізувалися результати, ефект, стійкість, виклики, що виникали, і кращі практики. У висновках цієї оцінки підкреслено важливість

моніторингових візитів, врахування вразливих груп, забезпечення місцевих партнерів, а також стале фінансування та кадрова стабільність [74].

Серед практичних інструментів і методів, які використовують у М&Е:

- Віддалений моніторинг (remote monitoring) – коли прямий доступ у регіони обмежений через безпеку, логістику або інші блокувальні фактори; цей метод використовували, наприклад, у проєктах АСТ [1].

- Використання цифрових інструментів для збору даних, мобільних додатків або форм, онлайн-звітів. Наприклад, KoVoToolbox – для польових форм та збору даних з мобільних пристроїв онлайн/офлайн режимах.

- Стандартизовані рамки результатів і логічні матриці, які пов'язують діяльність, виходи, результати та вплив, встановлюють чіткі показники й засоби перевірки.

Інтеграція цих даних у глобальні системи моніторингу дозволяє здійснювати порівняння прогресу між країнами та визначати пріоритети для подальших дій, що є важливим для досягнення Цілей сталого розвитку (рис. 1.1.).

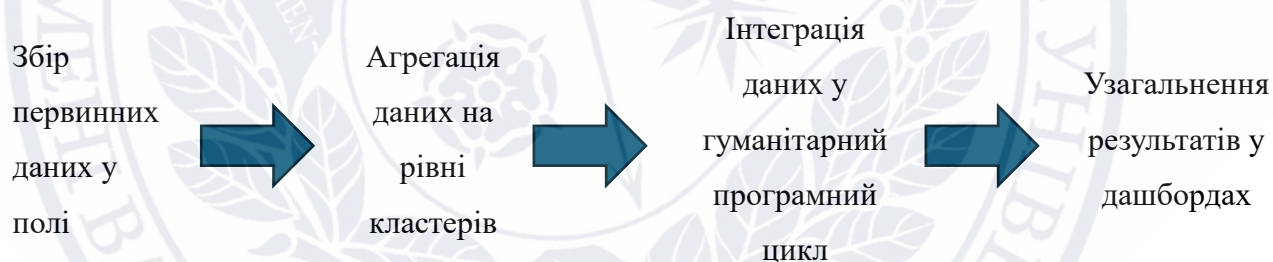


Рисунок 1.1 – Шлях даних про бенефіціарів гуманітарних проєктів до звіту по ЦСР

Джерело: розроблено автором на основі [15,56,78,100,26].

1.2 Практичні аспекти управління гуманітарною відповіддю в Україні та методи моніторингу у реалізації локальних проєктів

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України у лютому 2022 року спричинило одну з найбільших гуманітарних криз у Європі за

останні десятиліття [73]. Масштаби руйнувань цивільної інфраструктури, порушення ланцюгів постачання, обмежений доступ до медичних та соціальних послуг зумовили необхідність комплексного та скоординованого підходу до гуманітарного реагування. В Україні, в умовах повномасштабної війни, кластерна система гуманітарної відповіді зазнала значних змін, зокрема в напрямку субнаціональної децентралізації. Створення регіональних хабів у Львові, Вінниці, Дніпрі та Одесі стало ключовим кроком у забезпеченні ефективної координації гуманітарної допомоги на місцях. Ці хаби виконують роль оперативних центрів, що дозволяють швидко реагувати на локальні потреби та забезпечують безперервний моніторинг ситуації на місцях. Одним із інноваційних інструментів, вперше застосованих в Україні, є інтеграція технологій дистанційного зондування для оцінки руйнувань інфраструктури. Використання відкритих даних супутникових зображень, зокрема Sentinel-1, дозволяє швидко та ефективно оцінювати масштаби руйнувань, що є критично важливим для планування гуманітарної допомоги та відновлення інфраструктури [3]. Впровадження цифрових технологій у процеси моніторингу та оцінки гуманітарної відповіді стало ще одним важливим кроком у розвитку кластерної системи в Україні. Використання мобільних додатків та онлайн-платформ дозволяє оперативно збирати та аналізувати дані про потреби населення, що сприяє більш точному плануванню та реалізації гуманітарної допомоги. Зокрема, партнерство з ОСНА дозволило українським неурядовим організаціям трансформувати спосіб обробки потреб людей та звітності перед донорами. Це включає організацію логістики, управління великими обсягами запитів на евакуацію та збір важливих даних для спрямування зусиль реагування.

Інструменти моніторингу та оцінки не просто фіксують хід проєкту – вони здатні змінити його напрямку, збільшуючи адаптивність та релевантність інтервенцій до змінної реальності. На прикладах із України та міжнародної практики видно, як дані моніторингу слугували приводом до перегляду стратегій, перерозподілу ресурсів і навіть зміни модальності допомоги. Організація ZOA (в рамках гуманітарної відповіді в Україні) застосовує підхід Cash for Shelter, тобто

надання грошової допомоги домогосподарствам для ремонту чи відновлення житла там, де це доречно (тобто коли ринок матеріалів функціонує й доступний). У статті “Making Cash for Shelter Work in Ukraine” викладено, що ZOA проводить технічні оцінки пошкоджень будинків перед видачею гранту, встановлює стандартні умови виплат за етапами, а також здійснює моніторинг здійснених ремонтів: сім’ї подають чеки, фотографії, проходять технічні візити для перевірки якості (receipt & photo verification, final technical visit). Під час реалізації проєкту ZOA відзначила, що приблизно 10 % контрактів необхідно було змінити саме на базі даних моніторингу, щоб врахувати непередбачені обставини, такі як нестача матеріалів або локальні обмеження доступу [68]. Наприклад, якщо первинно планувалося видати всю суму на ремонт за одним траншем, моніторинг виявив, що частина домогосподарств не встигла закупити матеріали через дефіцит чи логістичні перебої. У відповідь ZOA змінила механізм на двоетапний виплат для проєктів із більшими обсягами, що дало змогу контролювати проміжні результати й відповідно коригувати подальші виплати (тобто замість “видачі все і одразу” – часткові виплати за етапами). Цей досвід демонструє: моніторинг не лише вказує на те, що щось іде не за планом, але й дає основу для оперативної трансформації механізмів оплати, розподілу коштів, та гнучкості контрактів – саме щоб підвищити ефективність і мінімізувати втрати ресурсів.

Аналогічні приклади є і у міжнародній практиці. У межах програми гуманітарних грошових трансферів (Humanitarian Cash Transfers, НСТ) UNICEF в Україні провів ретроспективну оцінку періоду з 2022 до середини 2023 року, щоб перевірити, наскільки програма була релевантною, ефективною та здатною адаптуватися до змін у кризовому Звіт “Evaluation of UNICEF’s Humanitarian Cash Transfer Response to Ukraine Crisis, 2024” показав, що UNICEF успішно доставив грошові трансфери 220 959 домогосподарствам із запланованих 265 000, тобто охоплення становило близько 83 % цільової групи [37]. Водночас оцінка виявила, що з появою нових фронтів чи недавно звільнених зон треба було переналаштовувати географічне фокусування підтримки: деякі території стали більш вразливими або менш доступними, і програма змушена була змінити

маршрути доставок або залучити нових партнерів для доступу. У звіті зазначено, що у 2023 році НСТ перенаправила свою діяльність до нових, раніше недоступних зон, одночасно виконуючи вже взяті на себе зобов'язання щодо домогосподарств, які мали отримати допомогу в попередній фазі. Крім того, із-за виявлених ризиків безпеки та перешкод до доставки у деяких регіонах, програма адаптувала свої процедури моніторингу та управління ризиками – збільшила частоту перевірок, включила віддалені моніторингові підходи (remote monitoring) та удосконалила механізми зворотного зв'язку з бенефіціарами, щоб своєчасно реагувати на відгуки чи проблеми [82]. У результаті коригування, реалізація програми стала більш орієнтованою на динамічні зміни контексту, що підвищило її релевантність і ефективність у нових умовах [103].

Обидва приклади – український та міжнародний – ілюструють ключову роль моніторингу й оцінки як не просто «контрольних точок», а як дієвих інструментів управління в кризовому середовищі:

Одним із ключових інноваційних рішень у сфері управління гуманітарним фінансуванням стала платформа One Grant Management System (OneGMS), розроблена ОСНА . Вона охоплює повний життєвий цикл грантів, зокрема таких інструментів, як pooled funds та CERF (Central Emergency Response Fund – центральний фонд екстреної допомоги) [80]. Зведені фонди дозволяють об'єднувати внески від кількох донорів у єдиний фонд, з якого кошти розподіляються на гуманітарні потреби, забезпечуючи оперативність реагування та кращу координацію дій гуманітарних акторів. У свою чергу, CERF є глобальним механізмом екстреного фінансування, що дозволяє виділяти кошти на першочергову допомогу в надзвичайних ситуаціях протягом 24–72 годин після запиту. Платформа OneGMS створена для того, щоб централізувати та цифровізувати всі ключові етапи управління грантами: подання заявок, процеси затвердження, перевірки, проміжну й фінальну звітність. Усе це реалізовано в єдиному онлайн-середовищі, що дає змогу користувачам відстежувати актуальний статус проєктів, посилюючи прозорість, підзвітність і загальну ефективність гуманітарної діяльності.

Згідно з даними платформи CBPF (Country-Based Pooled Funds національні об'єднані фонди), такі країни як Норвегія та Південна Корея виділяють суттєво більші обсяги фінансування саме для України у порівнянні зі своїми внесками на підтримку інших кризових регіонів.

Приведені приклади демонструють, що інструменти фінансування, логістики та постачання не просто забезпечують «функціонування», а активні зміни в управлінні:

- Через OneGMS стало можливим швидке перенаправлення ресурсів між проектами, коли виявлялася критична потреба в інших напрямках, без зайвої бюрократії.
- Логістичні адаптації дозволяли коригувати маршрути та графіки доставки на підставі моніторингу стану доріг, безпекових ризиків або доступності складів.

Платформні системи постачання давали змогу реагувати на нові запити чи зміну географії потреб у режимі реального часу, що підтримувало гнучкість і релевантність інтервенцій.

У 2024 році гуманітарна діяльність в Україні набула нових управлінських акцентів, зокрема завдяки систематичному моніторингу, оцінці ефективності та адаптивному плануванню. Оцінка програми Plan International (2023–2024) показала, що регулярний моніторинг дозволяє виявляти затримки у доставці допомоги та необхідність адаптації до змінних умов безпеки. На основі результатів оцінки були внесені управлінські зміни — зокрема, ухвалено рішення змістити акцент на мобільні клініки та впровадити гнучкіші логістичні рішення, що забезпечило оперативніше реагування на потреби постраждалих громад. [53, 39].

Моніторингові механізми також підтвердили актуальність проблем, пов'язаних із масовим внутрішнім переміщенням населення (3,6–3,7 млн ВПО), руйнуванням соціальної та енергетичної інфраструктури та економічною вразливістю, що, за даними UNICEF, спричинила зростання рівня дитячої бідності до 70 %. Такі результати аналітики лягли в основу Winter Response Plan

2025–2026, де одним із ключових управлінських принципів визначено “надійну рамкову систему моніторингу та звітності” і застосування гнучких механізмів планування для адаптації до швидких змін. [21, 98, 95]. Також географічна нерівність і зміни фронтових зон означають, що потреби поширюються швидко, а доступ до них часто блокується безпековими ризиками. Змінювана лінія фронту змушує адаптувати маршрути доставки допомоги, логістику, складські мережі – усе це збільшує складність управління ресурсами. Хоча запропоновані управлінські стратегії ґрунтуються на загальних викликах, останні звіти й плани України підтверджують, що без їхнього впровадження гуманітарна відповідь ризикує бути менш ефективною чи запізнилою [99].

Оцінки Refugees International та Transparency International Ukraine підкреслили, що прозорість і локалізація управлінських процесів підвищують ефективність гуманітарних проєктів. Зокрема, міста, які публікують дані про гуманітарну допомогу (Миколаїв, Запоріжжя, Чернівці), демонструють кращу координацію та довіру громад [102, 76].

Важливим управлінським інструментом залишається комунікація з громадами як елемент моніторингу потреб і корекції рішень. Звіти Ground Truth Solutions засвідчили, що через низьку обізнаність щодо каналів зворотного зв'язку (74 % респондентів не знали, як залишити фідбек) організації почали змінювати свої підходи — запровадили гарячі лінії, чат-боти, соціальні мережі для інформування та прийому звернень. У межах механізму ВООЗ RCCE-IM налагоджено комунікацію з населенням щодо ризиків для здоров'я та безпечної поведінки під час обстрілів, а у проєкті ГО “Мережа правового розвитку” (LDN Link) фідбек громад призвів до управлінського рішення — розширити юридичну допомогу та запровадити онлайн-консультації [27, 89, 52].

Успішні гуманітарні проєкти в Україні не лише демонструють ефективність міжнародної допомоги, а й підтверджують важливість координації, адаптивності та локальної участі в процесах реагування. Моніторинг перебігу цих проєктів відкриває управлінські уроки: він дозволяє бачити, де дії йдуть відповідно до плану, а де виникають відхилення, скорочення чи перешкоди; дає

змогу швидко реагувати як на зовнішні зміни (наприклад, зміна безпекового статусу територій), так і на внутрішні – бракуючі матеріали, затримки в логістиці, невірне розуміння потреб громади. Таким чином, моніторинг стає не просто контролем, а рушієм змін.

Для досягнення ЦСР важливо, щоб гуманітарні проекти не лише зменшували негайні страждання, але й створювали передумови для довгострокової стійкості: щоб люди отримали змогу відновити джерела доходу, щоб послуги, які організовані у проекті, були інтегровані в місцеві або державні системи, щоб громади мали змогу підтримувати результати навіть після завершення зовнішнього фінансування. Моніторинг допомагає відслідковувати ці аспекти – чи залишились умови після завершення проекту; чи працюють механізми, започатковані під час проекту; чи задовольняються потреби найбільш вразливих груп - і тільки за таких умов гуманітарна відповідь може бути не лише короткочасною допомогою, а й вкладом у сталий розвиток.

1.3 Методологічні підходи до імплементації та моніторингу Цілей сталого розвитку в Україні

У вересні 2015 року в рамках 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку відбувся Саміт ООН зі сталого розвитку. Підсумковим документом Саміту “Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року” 17 ЦСР та 169 завдань [17]. Завдання національного розвитку, індикатори для моніторингу їх виконання та цільові орієнтири для досягнення до 2030 року було відображено в Національній доповіді “Цілі сталого розвитку: Україна” [8].

У 2019 році Президент України своїм указом підтримав досягнення ЦСР та результатів їх адаптації з урахуванням специфіки розвитку України, викладених у Національній доповіді “Цілі сталого розвитку: Україна”. В свою чергу, Урядом внесено зміни до Регламенту Кабінету Міністрів України, якими встановлено, що у процесі формування та реалізації державної політики України враховується необхідність досягнення ЦСР [11]. Таким чином, на державному рівні Цілі

сталого розвитку закріплено у якості орієнтирів для розроблення програмних та прогнозних документів. У липні 2020 року Україна на Політичному форумі високого рівня зі сталого розвитку під егідою Економічної і соціальної ради ООН представила світовій спільноті перший Добровільний національний огляд стану досягнення ЦСР. Для забезпечення дієвої координації імплементації ЦСР на національному рівні створено міжвідомчу робочу групу з питань забезпечення досягнення ЦСР, затверджено Положення про неї та її посадовий склад [12]. За результатами роботи Урядом схвалено розпорядження “Деякі питання забезпечення досягнення ЦСР в Україні” (від 29 листопада 2024 р. № 1190), яким затверджено національні завдання, індикатори їх досягнення, цільові значення до 2030 року та визначено координаторів по кожній ЦСР [2].

Нові національні завдання та індикатори були визначені, зокрема, з урахуванням воєнного стану: завдання щодо відбудови та відновлення пошкоджень наслідків збройної агресії російської федерації, розмінування замінованих територій, екологічної кризи, спричиненої в тому числі збройною агресією росії, наявності та облаштування укриттів тощо. Слід зауважити що формулювання національних індикаторів відрізняється від представлений в офіційному списку ООН [17]. Державна служба статистики України спільно з VoxUkraine за підтримки Програми розвитку ООН в Україні на базі Добровільного національного огляду щодо Цілей Сталого Розвитку здійснила оцінку прогресу досягнення ЦСР [7]. В свою чергу розпорядженням встановлено, що Державна служба статистики забезпечує збір та оприлюднення даних за індикаторами. В цьому контексті слід зазначити, що з 2019 року діє система моніторингу досягнення ЦСР, яка розміщена на сайті Державної служби статистики та дозволяє візуалізувати оцінку поточного прогресу [13]. Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади за участю державних органів та інших відповідальних за розрахунок даних за індикаторами досягнення ЦСР забезпечують збір даних за індикаторами та розробляють метадані, за формою, затвердженою розпорядженням [17]. Враховуючи, що подальша модель оцінки, яка наводиться у роботі, стосується гуманітарного

проекту щодо SDG 3 Good Health and Well-Being, тому цей показник буде приводитись з ілюстративною метою.

У межах Цілі сталого розвитку 3.6 «До 2030 року значно зменшити кількість смертей і травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод» визначено індикатор 3.6.1 – коефіцієнт смертності від дорожніх травм на 100 000 осіб. Цей показник є важливим для оцінки ефективності заходів, спрямованих на зниження смертності внаслідок дорожньо-транспортних пригод, зокрема через впровадження інноваційних практик реанімації, лікування та реабілітації постраждалих. В Україні цей індикатор відображає рівень смертності внаслідок дорожньо-транспортних пригод на 100 000 осіб. Згідно з даними Державної служби статистики України, у 2021 році цей показник становив 10,1 смертей на 100 000 осіб. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення системи надання медичної допомоги постраждалим, зокрема шляхом впровадження інноваційних практик у реанімації, лікуванні та реабілітації.

Зниження рівня смертності внаслідок дорожньо-транспортних пригод є важливим аспектом забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я Universal Health Coverage – (УНС). Досягнення цього показника сприяє покращенню доступу до якісної медичної допомоги для всіх верств населення, що є основною метою УНС. Таким чином, зниження смертності від дорожньо-транспортних пригод не лише відповідає міжнародним стандартам, але й сприяє реалізації національних стратегій у сфері охорони здоров'я.

Показник 3.9.1 «Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %» є важливим індикатором Цілі сталого розвитку 3 «Міцне здоров'я і благополуччя», завдання 3.9 «Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я». Цей показник відображає частку витрат домогосподарств на медичні послуги в загальних витратах на охорону здоров'я в країні.

Згідно з даними Державної служби статистики України, у 2015 році частка витрат населення становила 48,78%, у 2016 році – 52,29%, у 2017 році – 47,45%, у 2018 році – 49,74%, у 2019 році – 49,22%. Ці дані свідчать про значну фінансову навантаженість на населення, що може свідчити про необхідність реформування

системи фінансування охорони здоров'я для забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення [19]. Урахування національних показників, таких як частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я та дорожньо-транспортний травматизм, є важливим елементом у розрахунку індексу охоплення послугами універсального охоплення здоров'я. Цей індекс обчислюється як геометричне середнє багатьох індикаторів, що охоплюють розвиток екстреної медичної допомоги, реабілітаційних програм та заходів з профілактики, репродуктивне, материнське, новонароджене та дитяче здоров'я, інфекційні хвороби, неінфекційні хвороби, а також доступність і якість медичних послуг. В Україні, за даними Світового банку, індекс охоплення послугами УНС у 2021 році становив 76,00 [5]. Цей показник є важливим для оцінки доступності та якості медичних послуг, що надаються населенню, а також для визначення прогресу країни в досягненні Цілі сталого розвитку 3.8 «Досягнення універсального охоплення послугами охорони здоров'я».

У контексті досягнення ЦСР, зокрема ЦСР 3 «Міцне здоров'я і благополуччя», важливим є розуміння того, що глобальні індикатори складаються з проксі-індикаторів, які відображають різні аспекти системи охорони здоров'я та її ефективності. Ці проксі-індикатори використовуються в різних інструментах моніторингу та оцінки діяльності гуманітарних проєктів, що дозволяє здійснювати комплексний підхід до оцінки та покращення системи охорони здоров'я. Особливо це стосується оцінки стану здоров'я населення та охоплення медичними послугами, кожен з яких становить близько 40% від усіх визначених індикаторів, тоді як індикатори якості становлять 20%. Однак, незважаючи на їхню кількість, ці проксі-індикатори часто є спрощеними методологічними абстракціями, що не завжди відображають усю складність та багатогранність показників ЦСР [69]. Ця спрощеність може призвести до значної втрати важливих нюансів даних, що суперечить амбіціям Порядку денного до 2030 року щодо інноваційних статистичних вимірювань складних проблем [69]. Цей недолік підкреслює необхідність глибших досліджень кожного кластера режимів охорони здоров'я для виявлення розбіжностей, визначення

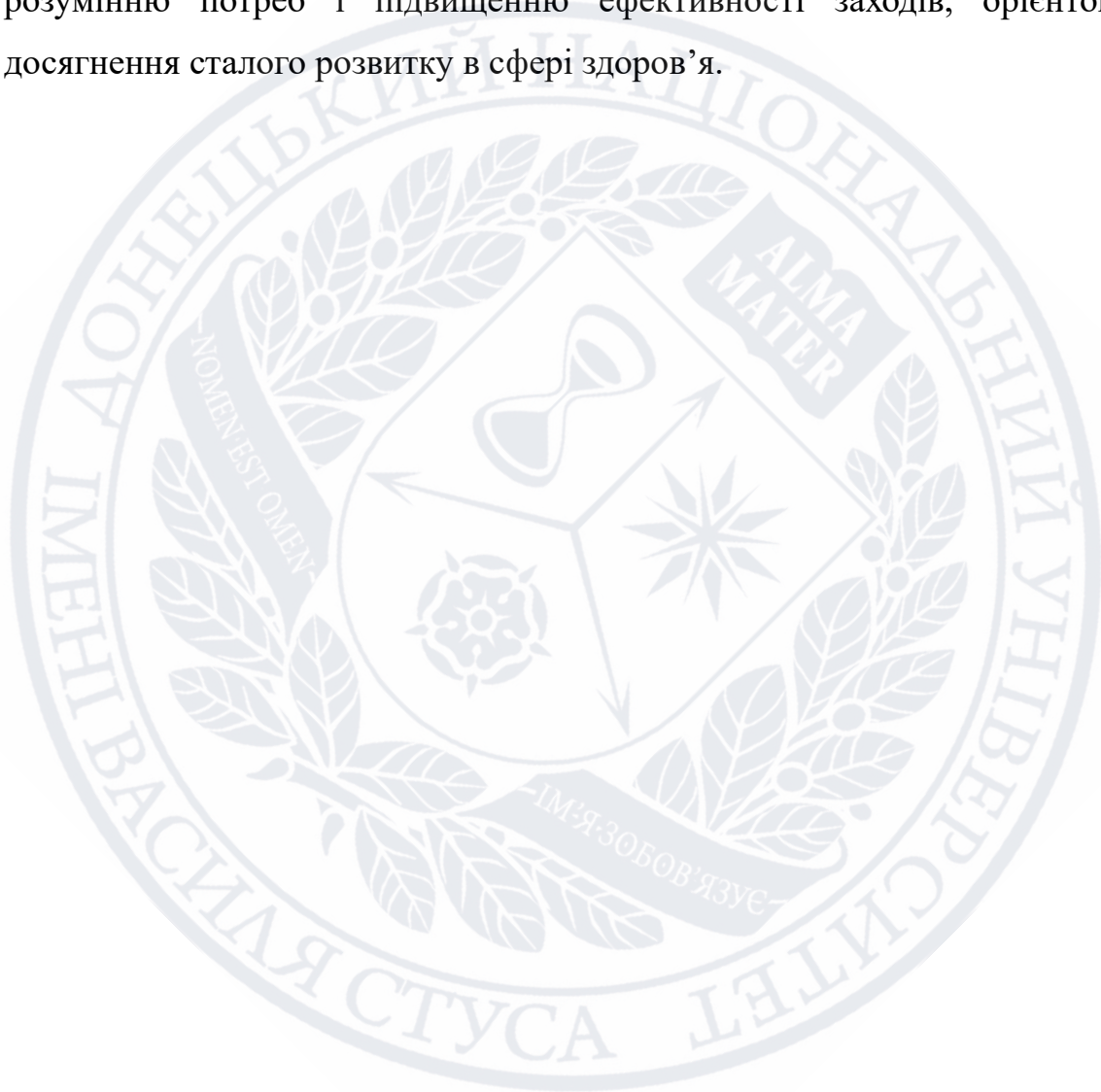
закономірностей та уточнення пріоритетів держав щодо конкретних тематичних сфер. Такий аналіз є критично важливим для подолання розриву між амбітними цілями SDG та практичною реалізацією моніторингових індикаторів, які часто не повністю відображають складність надання медичних послуг [69]. На додаток, прямі вимірювання надання послуг не завжди можливі, що змушує використовувати проксі-індикатори, які охоплюють або можливості, або результати для здоров'я, корельовані з наданням послуг [32]. Для того щоб гуманітарний проєкт сприяв досягненню ЦСР, його необхідно оцінювати та координувати на різних етапах впровадження. Такий підхід дозволяє забезпечити відповідність цілей проєкту глобальним стандартам та адаптувати стратегії втручання до місцевих умов [40].

Висновки до першого розділу

1. Кластерна система гуманітарної відповіді, впроваджена після повномасштабного вторгнення в Україну у 2022 році, стала ключовим інструментом координації багатосекторних проєктів. Вона забезпечує інтеграцію різних гуманітарних ініціатив у сферах охорони здоров'я, житла, продовольчої безпеки та захисту, сприяючи уникненню дублювань і покращенню ефективності. Використання стандартизованих оцінок потреб і спільне планування відповідають принципам гуманності та нейтральності, що є основою для підвищення охоплення та якості допомоги, а також сприяє досягненню ЦСР, особливо ЦСР 3 «Міцне здоров'я і благополуччя».

2. Моніторинг і оцінка гуманітарних проєктів в Україні відіграють критичну роль у підвищенні адаптивності та ефективності втручань. Застосування цифрових технологій, дистанційного зондування та інтегрованих платформ сприяє прозорості, оперативності управління ресурсами та гнучкості реагування на зміни безпекового і логістичного контексту. Цей підхід дозволяє коригувати стратегії в реальному часі, оптимізувати розподіл ресурсів і підтримувати сталість результатів, що є необхідною умовою для успішної імплементації ЦСР у кризових ситуаціях.

3. Імплементация та моніторинг ЦСР в Україні, зокрема ЦСР 3, відбуваються в умовах значних руйнувань, переміщень населення і економічної нестабільності. Незважаючи на адаптацію національних індикаторів до воєнного стану, існують виклики у точності та комплексності оцінки, зокрема через спрощеність проксі-індикаторів. Важливим є інтегрований підхід до збору даних, який поєднує гуманітарні методики та національні системи, що сприяє кращому розумінню потреб і підвищенню ефективності заходів, орієнтованих на досягнення сталого розвитку в сфері здоров'я.



РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ МІЖНАРОДНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1 Організація гуманітарних проєктів у системі кластерної відповіді ООН (на прикладі медичних закладів м. Харків)

У сучасних умовах збройного конфлікту медичні заклади м. Харків працюють у режимі надзвичайного навантаження, стикаючись із масовими надходженнями постраждалих та необхідністю діяти в умовах обмежених ресурсів. Існуюча система охорони здоров'я регіону потребує посилення спроможності для забезпечення безперервного доступу до якісних послуг, що є передумовою досягнення цілей сталого розвитку, зокрема SDG 3.8 та SDG 3.d [63]. Відповіддю на ці виклики став запуск цільового гуманітарного проєкту, спрямованого на комплексне зміцнення лікарень через поєднання матеріальної підтримки, організаційних змін та розвитку людського капіталу.

Досліджуваний гуманітарний проєкт реалізується із залученням міжнародного експертного складу та базується на стандартах ВООЗ. Його ключовою метою є створення стійкої системи реагування на травми та невідкладні стани. Проєкт передбачає не точкове проведення тренінгів, а системне втручання, що включає аудит потреб закладів, розробку внутрішніх протоколів та масштабне навчання персоналу за спеціалізованими програмами. Саме для реалізації цих завдань було розроблено специфічну управлінську рамку.

Запропонована модель реалізації гуманітарного проєкту поєднує теорію змін та комплексне навчання персоналу на основі п'яти взаємодоповнюючих програм: ETC (European Trauma Course; Європейський курс з Травми), TDTR (Tactical Decision–Making and Trauma Resuscitation – тактичне прийняття рішень та реанімація при травмах), ALS (Advanced Life Support – розширена підтримка життя), BLS (Basic Life Support – базова підтримка життя), MCM (Mass Casualty Management – управління масовими випадками). Така модель забезпечує

як підвищення клінічної готовності медичних працівників, так і оптимізацію організаційних процесів закладів.

Запропонований комплекс навчань охоплює як клінічні, так і організаційні аспекти реагування, що дозволяє одночасно підвищити якість медичних послуг (SDG 3.8) та готовність системи охорони здоров'я до криз (SDG 3.d).

- Клінічний блок (BLS, ALS): базові та розширені навички реанімації, ведення критичних пацієнтів і невідкладних станів. Очікуваний ефект – зростання доступності та якості спеціалізованої допомоги, скорочення летальності, підвищення індексу охоплення послугами.
- Організаційно-кризовий блок (ETC, TDTR, MCM): алгоритмічне сортування постраждалих, командна взаємодія, планування реагування при масових поступленнях і інтеграція SOP. Очікуваний ефект – прискорення початкових фаз реагування, зменшення хаосу під час кризових подій, безперервність роботи системи навіть при пікових навантаженнях, підвищення Emergency Preparedness Index.

Удосконалення системи екстреної та невідкладної допомоги знижує ризик ускладнень і пов'язаних із ними фінансових витрат. Таким чином, навчальні інтервенції сприяють одночасному підвищенню індексу УНС (3.8.1) і зниженню частки катастрофічних витрат (3.8.2). Важливою складовою є інтеграція таких програм у систему управління якістю, що забезпечує не лише короткотермінові клінічні результати, але й сталість змін.

Оцінка фінансових показників лікарень у цьому контексті є ключовим індикатором ефективності проєкту. Якщо після впровадження освітніх програм і процесних інновацій заклади демонструють зменшення непродуктивних витрат, оптимізацію використання ресурсів і збільшення обсягу якісно наданих послуг, це свідчить про позитивний вплив на економічну стійкість системи охорони здоров'я. Оскільки фінансові результати лікарень безпосередньо пов'язані з рівнем витрат пацієнтів, їх покращення підтверджує, що проєкт відповідає цілям SDG 3.8 і є дієвим інструментом наближення до універсального медичного покриття.

Окремої уваги заслуговує взаємозв'язок між фінансовими показниками діяльності закладів охорони здоров'я та епідеміологічними індикаторами, що безпосередньо корелюють із концепцією УНС. Оптимальна траєкторія розвитку системи полягає у поєднні високого охоплення та низького фінансового навантаження [16]. Саме тому ефективність проєкту доцільно оцінювати через фінансові результати лікарень у поєднанні зі змінами стану здоров'я населення. Поєднання цих двох блоків створює синергію, коли підготовлений персонал діє в умовах чітких внутрішніх процедур, що забезпечує стійке підвищення результатів за ключовими індикаторами SDG 3.8 та 3.d.

Інформацію про зміст тренінгів та період проведення навчальних заходів сформовано на основі даних з Ukraine Health Cluster Partners Training Calendar 2025 онлайн-ресурс, що забезпечує узгодженість планування з актуальними гуманітарними ініціативами у сфері охорони здоров'я [44].

Для вирішення цих проблем у межах гуманітарного проєкту передбачено залучення фінансування, експертно-тренерського складу з міжнародним досвідом, розроблених відповідно до стандартів ВООЗ методичних матеріалів та доступу до статистичних і фінансових даних НСЗУ. На основі цих ресурсів здійснюється комплекс заходів, до яких входить попередній аналіз потреб медичних закладів, розробка та впровадження внутрішніх стандартних операційних процедур, організація цільових навчальних інтервенцій, проведення тестування знань і навичок до та після тренінгів, впровадження симуляційних сценаріїв і здійснення фінансового та операційного моніторингу результатів. Реалізація таких заходів дозволяє досягти конкретних вимірюваних результатів. У короткостроковій перспективі очікується суттєве підвищення компетентності персоналу, скорочення часу до початку надання допомоги та поліпшення командної взаємодії між підрозділами закладів. Подібні інтервенції призводять до помітного зростання ефективності реагування вже протягом перших місяців після впровадження [50]. У середньостроковій перспективі прогнозується підвищення індексу УНС та індексу готовності до надзвичайних ситуацій, що безпосередньо відображає поліпшення доступності та якості медичних послуг

для населення. Крім того, очікується зменшення кількості летальних випадків унаслідок невідкладних станів, що розглядається як опосередкований, але важливий показник результативності проєкту.

У довгостроковому вимірі, як показує досвід Міжнародного комітету Червоного Хреста в Лівані та Йорданії, комплексне поєднання підготовки персоналу та впровадження організаційних змін забезпечує формування стійкої та готової до криз системи охорони здоров'я, здатної функціонувати навіть за умов обмежених ресурсів [57]. Це створює передумови для масштабування моделі в інші регіони України та забезпечує сталість прогресу у досягненні SDG 3.8 і 3.d на національному рівні.

Міжнародний досвід свідчить, що комплексні програми з підготовки персоналу та оптимізації організаційних процесів мають мультиплікативний ефект. Заклади, які впровадили поєднання кадрового зміцнення та внутрішніх SOP, продемонстрували на 30–50% швидше відновлення після кризових подій та зниження рівня летальності серед критичних пацієнтів [63]. Всесвітня організація охорони здоров'я у своєму звіті «Health Emergency and Disaster Risk Management Framework» підтверджує, що підвищення компетентності персоналу у поєднанні з організаційними реформами є одним із найефективніших інструментів зростання Emergency Preparedness Index [45].

Щодо SDG 3.8, дослідження демонструє, що інвестиції в якість медичних послуг через навчання та стандартизацію процесів безпосередньо збільшують UHC Service Coverage Index на 3–7 пунктів упродовж двох років у країнах із середнім рівнем доходу [50]. Подібні результати зафіксовано у проєктах Міжнародного комітету Червоного Хреста в Лівані та Йорданії, де комплексна підготовка персоналу та впровадження стандартних операційних процедур забезпечили до 25% зростання охоплення населення якісними медичними послугами [57].

Крім того, модель передбачає інтеграцію результатів у систему моніторингу на основі фінансових та операційних дашбордів, що відповідає рекомендаціям OECD/DAC Evaluation Criteria щодо вимірювання ефективності

гуманітарних проєктів [79]. Такий підхід дозволяє не лише оцінювати вплив на УНС та готовність, але й обґрунтовувати подальші донорські інвестиції шляхом надання прозорих доказів економічної доцільності інтервенцій.

Очікується, що впровадження цієї моделі у медичних закладах Харкова призведе до:

- Зростання УНС індексу за рахунок збільшення частки населення, яке отримує своєчасну та якісну допомогу.
- Підвищення Індексу готовності, що свідчить про посилену здатність системи реагувати на кризові події.
- Скорочення часу реагування на надзвичайні ситуації та зниження кількості летальних випадків від невідкладних станів.
- Зміцнення стійкості системи охорони здоров'я, що дозволяє підтримувати належний рівень послуг навіть в умовах обмежених ресурсів та загроз безпеці.

Теорія змін після впровадженн япроєкту проілюстрована у Додатку А. Відповідно до неї навчання лікарів сучасним навичкам і практикам надання допомоги при невідкладних станах сприяє формуванню нових клінічних підходів у лікувальній практиці. Після проходження навчання лікарі ефективніше надають допомогу, частіше застосовують сучасні діагностичні методи та проводять обґрунтовані лікувальні втручання. У результаті таких змін відбувається підвищення якості медичних послуг і раціоналізація клінічного прийняття рішень.

Збільшення обсягу діагностичних призначень і лікувальних втручань сприяє підвищенню рівня фінансування медичних закладів, що, у свою чергу, зменшує фінансове навантаження на домогосподарства. Цей ефект відображається у покращенні показника SDG 3.9.1 – “Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %.” Водночас підвищення якості діагностики та лікування веде до зменшення кількості ускладнень і смертності, зокрема серед пацієнтів із невідкладними станами, включаючи травматичні

випадки, що сприяє покращенню показника SDG 3.6.1 – “Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків на 100 000 населення.”

Зазначені показники виступають проксі-індикаторами для ширших завдань SDG 3.8 (Universal Health Coverage, Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я) та SDG 3.d (Health Emergency Preparedness, Підготовленість системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій), які формують концептуальну основу аналізу впливу навчальних програм на підвищення готовності системи охорони здоров'я та розширення доступу до якісної медичної допомоги. Таким чином, реалізація програм професійного навчання лікарів опосередковано сприяє досягненню Цілі сталого розвитку №3 – “Міцне здоров'я і благополуччя.” Обрана для вивчення модель є не лише масштабованою та універсальною для впровадження в інших регіонах України, але й методологічно цінною з точки зору наукового та практичного аналізу впливу гуманітарних проєктів на досягнення SDG 3.8 та SDG 3.d. Її інтегрований характер – поєднання навчальних інтервенцій із впровадженням управлінських інструментів – створює сприятливі умови для комплексного моніторингу та оцінки ефективності.

Модель придатна для використання як дослідницька платформа, оскільки включає чітко визначені вхідні ресурси, процеси та результати, що дозволяє простежити логічний ланцюг впливу на ключові індикатори. Це особливо актуально для адаптації міжнародних методик до українського контексту та розробки локальних інструментів оцінки, які можуть доповнити наявні системи моніторингу прогресу за ЦСР.

Таким чином, модель має подвійну цінність: практичну – як ефективний механізм зміцнення системи охорони здоров'я, та дослідницьку – як базу для вдосконалення методів збору й аналізу даних, необхідних для подання точних і репрезентативних показників у глобальні SDG-дошки.

2.2 Аналіз відкритих та сучасних методологічних підходів до контролю гуманітарних проєктів у контексті ЦСР 3.8 і 3.d

У контексті найбільшого збройного конфлікту сучасності в Україні, наше дослідження було спрямоване на вивчення та систематизацію сучасних методів оцінки освоєння значних фінансових ресурсів, спрямованих на гуманітарні проєкти в країні. Ми прагнули зрозуміти, яким чином сьогодні здійснюється моніторинг і оцінка ефективності цих проєктів, які інструменти, платформи та методології використовуються для забезпечення прозорості, підзвітності та об'єктивності у визначенні їхнього впливу. Особлива увага приділялась тому, як спонсори, виконавці проєктів та міжнародна спільнота можуть незалежно аналізувати пов'язані дані, щоб упевнитися у правильності використання коштів та відповідності напрямків діяльності до цілей сталого розвитку (ЦСР). Вивчення існуючих можливостей глобального моніторингу та локальних систем звітування дозволяє не лише відслідковувати прогрес окремих ініціатив, а й формує загальну картину руху людства у напрямку досягнення ЦСР у сфері здоров'я та гуманітарної допомоги.

Найбільш об'єктивним методом вимірювання впливу гуманітарних проєктів та оцінки руху суспільства у досягненні ЦСР є використання даних, отриманих із глобальних дашбордів та офіційних статистичних платформ. Ця інформація проходить багаторівневий процес подання, верифікації та узагальнення, що забезпечує її надійність і робить її офіційним відображенням результативності в системі Організації Об'єднаних Націй. Водночас варто зазначити, що до моменту включення показників у глобальні індикатори розвитку, вони формуються на основі субагрегованих індикаторів та проміжних звітів. Останні відображаються у різних системах національного та міжнародного звітування і виступають важливою ланкою у формуванні загальної аналітичної картини. У цьому розділі здійснюється аналіз можливостей оцінювання ефективності досліджуваного проєкту на основі таких фінальних звітів та субагрегованих показників, із подальшою екстраполяцією результатів на глобальні рамки моніторингу ЦСР.

Прикладом офіційних глобальних джерел є платформа Global Health Observatory, на якій Всесвітня організація охорони здоров'я регулярно публікує значення Індексу УНС, а також показники фінансового захисту населення для окремих країн. Використання цих даних дозволяє зіставити локальні результати проєкту з міжнародними стандартами та глобальними тенденціями, що забезпечує вищий рівень об'єктивності оцінки та інтеграцію в систему моніторингу прогресу щодо досягнення ЦСР [90, 101]. Аналогічно, інша платформа UNSD SDG Global Database містить офіційну статистику за індикаторами 3.8.1–3.8.2. І отже відповідно до даних з цих джерел є змога оцінити прогрес України.

Попри те, що офіційні глобальні джерела даних забезпечують найвищий рівень достовірності та виступають остаточною інструментом вимірювання прогресу, їх використання має суттєве обмеження – значна часова затримка у звітуванні. Періодичність оновлення таких індикаторів може сягати кількох років, що істотно знижує їхню придатність для оперативного моніторингу та оцінки безпосереднього впливу конкретного проєкту чи втручання. Для дослідників, донорів, а також кінцевих бенефіціарів така затримка унеможливує своєчасне отримання релевантних даних і, відповідно, швидке коригування стратегій та ресурсного забезпечення. Таким чином, використання лише глобальних показників є недостатнім і потребує доповнення локальними та проміжними індикаторами, які дозволяють отримати більш гнучку та актуальну оцінку ефективності гуманітарних ініціатив.

Іншим об'єктивним підходом до оцінювання прогресу за ЦСР 3.d.1 може бути використання Індексу ядерних спроможностей IHR (IHR Core Capacity Index), що розраховується ВООЗ на основі даних щорічної самооцінки (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool, (SPAR) кожної держави. Цей індикатор узагальнює рівень виконання п'ятнадцяти ключових спроможностей, передбачених Міжнародними медико-санітарними правилами (2005), і виступає офіційним глобальним мірилом готовності країн до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я [101, 71].

Наша модель проєкту спрямована на підвищення саме таких показників, як National legislation, policy and financing (закони, політики та фінансування для охорони здоров'я), Human resources (кадровий потенціал), National health emergency framework (національна система реагування на надзвичайні ситуації), Health service provision (готовність та доступність медичних послуг). Наприклад, активне навчання персоналу з ALS/BLS та проведення симуляцій масових надходжень сприяє зміцненню компонентів, пов'язаних із керівництвом у надзвичайних ситуаціях та системами виявлення інцидентів [59].

Дані SPAR та Joint External Evaluation (JEE), спільне зовнішнє оцінювання) виступають інтегральною рамкою для співвіднесення результатів проєкту із глобальними ЦСР, оскільки вони забезпечують стандартизовану та порівняльну оцінку готовності систем охорони здоров'я на міжнародному рівні [26]. Використання цих інструментів дозволяє відобразити прогрес країни у контексті п'ятнадцяти ядерних спроможностей ІНР і визначити, наскільки локальні ініціативи – такі як навчання персоналу, симуляції масових надходжень або зміцнення інфраструктури лікарень – сприяють досягненню глобально визначених стандартів. Таким чином, SPAR і JEE не лише виконують функцію «дзеркала» для порівняння з іншими державами, а й слугують орієнтиром для оцінки ефективності конкретних проєктних втручань і формування пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я. Динаміка змін за SPAR в Україні у 2021–2024 рр [34].

На відміну від SPAR, який є інструментом самооцінки держави та може містити елемент суб'єктивності, JEE передбачає незалежну експертну перевірку виконання ядерних спроможностей ІНР. Це робить його більш об'єктивним джерелом для аналізу готовності системи охорони здоров'я [96]. За результатами SPAR за 2021 рік, інтегральний рівень готовності України за сьомою базовою спроможністю (С8: National health emergency framework) був оцінений у 87 %, що відображало достатньо високий рівень функціональної спроможності. Деталізовані компоненти цієї спроможності мали однакові значення: С8.1 – Planning for emergency preparedness and response mechanism (планування

механізмів готовності та реагування на надзвичайні ситуації) – 80 %, C8.2 – Management of health emergency response operation (управління операціями реагування у сфері охорони здоров'я) – 80 %, C8.3 – Emergency resource mobilization (мобілізація ресурсів у надзвичайних ситуаціях) – 80 %. Це відображало відносно високий рівень готовності до надзвичайних ситуацій.

Водночас у межах проведеного JEE за цей самий період результати виявилися значно нижчими: за напрямом Emergency Preparedness (R.1.1 та R.1.2) Україна отримала лише 1 бал із 5, а за Emergency Response Operations (R.2.1–R.2.3) – 3 бали з 5. Таким чином, тоді як SPAR демонстрував готовність на рівні 80–87 %, JEE вказував на фактичну оцінку лише 20–60 % від максимальної можливої. Цей розрив наочно показує, що SPAR може формувати уявлення про вищий рівень готовності, ніж він є насправді, тоді як JEE точніше відображає наявні прогалини та реальні можливості країни у сфері реагування на надзвичайні ситуації [90, 59].

JEE, завдяки стандартизованій міжнародній методології та участі незалежних експертів, забезпечує більш об'єктивну оцінку сильних і слабких сторін системи охорони здоров'я. Це дозволяє не лише співвіднести локальні результати з глобальними ЦСР, а й реально оцінити ефективність втручань, наприклад, у сфері тренінгів для медичного персоналу, розвитку системи екстреного реагування чи забезпечення безперервності медичних послуг [58, 87]. Таким чином, хоча SPAR забезпечує регулярність та ширше охоплення, саме JEE є більш надійним джерелом для оцінки впливу гуманітарних проєктів та кореляції їх результатів із глобальними стандартами сталого розвитку.

На рівні міста чи громади, особливо в умовах війни, реально виміряти не всі показники: частина з них (зокрема законодавство та фінансування) належить до компетенції державного рівня. Це ще раз підтверджує доцільність комбінованого використання SPAR та JEE залежно від цілей дослідження і рівня втручання. Водночас є певні обмеження: дані публікуються з часовим лагом у кілька років і охоплюють насамперед національний рівень, що ускладнює оцінку впливу конкретного гуманітарного проєкту або локального втручання. Для

донорів і дослідників це означає відсутність оперативного інструменту для корекції заходів і ресурсів відповідно до реальних потреб на місцях.

На субнаціональному рівні наближене оцінювання можливе завдяки інструменту HeRAMS Ukraine, який фіксує функціональний стан окремих медичних закладів та їхню спроможність забезпечувати ключові послуги. Таким чином, якщо SPAR демонструє національну картину, то дані HeRAMS можуть слугувати *проху*-індикаторами для оцінки готовності за показником 3.d.1 на рівні громад та окремих лікарень. HeRAMS – глобальна онлайн-платформа, яка забезпечує регулярне (кожні кілька місяців) оновлення даних про доступність ресурсів і послуг охорони здоров'я та їхню зручну візуалізацію для осіб, які приймають рішення на національному, регіональному та глобальному рівнях див Рисунок 2.4 [48, 46]. HeRAMS України розгорнуто з листопада 2022 р. – це стандартизована система для регулярного моніторингу наявності медичних ресурсів і послуг [47]. У перших звітах (базове сканування) оцінювали до 4000 закладів у найураженіших регіонах, включаючи Харківську область [48]. За підсумками вересня 2024 р. HeRAMS охоплювала вже понад 11 600 закладів в усіх контрольованих урядом територіях України [46]. Таким чином, дані HeRAMS містять інформацію про мережу закладів Харкова і області, що дає змогу формувати локальний профіль готовності.

Анкетування HeRAMS охоплює розділи, що відображають критичну готовність лікарень: функціонування відділень екстреної допомоги та ізоляційних зон, операційних блоків, відділень інтенсивної терапії та травматології. Доступність базових діагностичних потужностей (рентген, УЗД, КТ) також визначається як важливий показник готовності. Хоча у HeRAMS немає прямого питання щодо планів реагування, непрямі індикатори – зокрема, «раннє виписування післяопераційних пацієнтів у разі масових травм» – фактично свідчать про наявність протоколів реагування на масові поступлення. Додатково оцінюється облаштування ізоляційних зон для епідемічних сценаріїв [6]. Кадрова складова представлена менш детально, оскільки інструмент не

фіксує даних щодо тренінгів, проте враховує чисельність протренованого персоналу [49].

Наш проєкт безпосередньо впливав на підвищення саме цих індикаторів HeRAMS. Проведення тренінгів ALS/BLS та симуляцій масових надходжень сприяло зміцненню готовності відділень екстреної допомоги й формуванню протоколів реагування на масові події. Зміцнення інфраструктури лікарень і підтримка їхніх діагностичних можливостей посилило здатність закладів до безперервного надання медичних послуг навіть в умовах війни. Таким чином, результати локальних втручань можуть бути оцінені та проаналізовані через застосування субнаціонального інструменту HeRAMS.

Таким чином, як проксі показники до SDG 3.d.1 можна брати ті поля HeRAMS, які стосуються готовності інфраструктури та послуг: наявності відділень невідкладної та інтенсивної терапії, операційних, лабораторій, засобів зв'язку і транспорту, процедур масового реагування [49]. Ці елементи безпосередньо відображають спроможність системи реагувати на надзвичайні медичні ситуації.

HeRAMS в Україні має послідовне оновлення даних, що дає змогу відстежувати зміни в часі. Наприклад, у порівняльному звіті січень 2024 vs січень 2025 проаналізовано, як змінилася доступність ключових послуг (зокрема травматологічної допомоги) [49]. Подібні статус-оновлення (січень, березень, липень, жовтень 2024) та «знімки» (snapshots) показують поступову еволюцію показників. На субрегіональному рівні (Харків) можна відокремити дані по закладах Харківської області (і, за потреби, міста Харкова), оскільки у звітах явнок зазначено включення Харківської області з самого початку.

В Україні, з огляду на безпекову ситуацію та цілеспрямовані атаки на медичні заклади, дані не публікуються онлайн. Натомість подаються квартальні звіти за окремими доменами, що унеможлиблює аналіз кожного закладу в реальному часі, як це реалізовано в інших країнах. Це створює певні обмеження для дослідників та донорів, яким потрібна більш деталізована та оперативна інформація.

Кластер охорони здоров'я є важливим механізмом координації зусиль різних учасників (уряд, міжнародні та неурядові організації) для оптимізації ресурсів, запобігання дублюванню зусиль та забезпечення надання медичних послуг. Він здійснює систематичне звітування та оцінку проектів, що дозволяє відстежувати прогрес, оцінювати вплив на здоров'я населення та формувати ефективні стратегії управління. Кластер тісно взаємодіє з ОСНА, використовуючи загальні механізми збору та аналізу даних для узгодження дій із національними та міжнародними стандартами.

Дашборд ОСНА Ukraine Humanitarian Response 2025 є інтегрованим інструментом моніторингу та звітування, що забезпечує прозорість і підзвітність гуманітарних програм. Він відображає охоплення допомогою за категоріями населення (ВПО, непереміщене населення), статтю, віком, регіоном та вразливими групами, а також динаміку надання допомоги й відповідність стратегічним цілям гуманітарного плану. Географічна візуалізація допомагає визначати регіональні диспропорції та приймати управлінські рішення.

Системи дашбордів Ukraine Health Cluster Response Monitoring 2025 виконують аналогічну функцію у сфері охорони здоров'я. Вони дозволяють відстежувати показники охоплення послугами, діяльність партнерів та використання ресурсів у реальному часі, інтегруючи дані за статтю, віком, статусом та географією. Це дає змогу оцінювати інклюзивність допомоги та планувати цільові інтервенції відповідно до ЦСР 3.8 та 3. Таким чином, дашборд виступає як інструмент прозорості, підзвітності та прийняття управлінських рішень але з меншою затримкою від реалізації проекту.

У підсумку, дашборд ОСНА забезпечує огляд загальної динаміки покриття потреб населення під зонтиком усіх кластерів, однак він є надто узагальненим: неможливо виокремити внесок конкретного проекту чи деталізувати дані для вузьких інтервенцій у сфері охорони здоров'я. Це обмежує його практичну цінність для оцінки цільових результатів.

Натомість у дашборді Кластеру охорони здоров'я відображається деталізація кожної проведеної активності, включно з кількістю протренованих

лікарів за місяцями. Водночас саме тут виникають методологічні обмеження: повторне навчання одних і тих самих лікарів призводить до дублювання показників, що спотворює дані та ускладнює реальне вимірювання прогресу. Оскільки ці дані використовуються як проксі-показники для оцінки ЦСР, така похибка може призвести до некоректних інтерпретацій. Попри це, перевагою є найменша серед розглянутих систем часова затримка у відображенні результатів, що робить дашборд Кластеру більш придатним для оперативного моніторингу.]

Вибір відповідних проксі-індикаторів, які точно відображають вплив гуманітарних втручань на стан здоров'я населення та охоплення медичними послугами, є складним завданням, що вимагає глибокого аналізу та адаптації до контексту [32, 94]. Проксі-індикатори – це опосередковані показники, які використовуються для оцінки складних або важко вимірюваних аспектів. Вони допомагають у зборі та аналізі даних, необхідних для моніторингу прогресу в досягненні ЦСР. Наприклад, показники, що стосуються доступу до медичних послуг, фінансування охорони здоров'я, рівня смертності від хвороб, можуть слугувати проксі-індикаторами для оцінки загального стану здоров'я населення. Для ефективного використання проксі-індикаторів можливо застосовувати стандартизовані інструменти моніторингу та оцінки.

2.3 Визначення бар'єрів у системі моніторингу, оцінки та звітування гуманітарних проєктів

Оцінка результативності гуманітарних проєктів в Україні стикається з низкою системних бар'єрів та проблем, які впливають на якість даних, обґрунтованість прийняття рішень та ефективність використання ресурсів.

Основні з них:

1. Відсутність єдиних методологічних стандартів M&E серед партнерів

Незважаючи на існування глобальних рекомендацій (IASC, SPHERE), партнерські організації застосовують різні підходи до збору та обробки даних. Це призводить до розбіжностей у визначенні показників ефективності, якості

опитувань бенефіціарів та підходів до перевірки даних [86]. Такі розбіжності в методологіях ускладнюють агрегацію та порівняння даних між різними проектами, що заважає всебічному розумінню загального впливу програми та підзвітності [88]. Крім того, складність у підтримці стандартизованих процесів збору даних, часто через ситуативні підходи та різноманітні канали комунікації, посилює ці розбіжності, особливо в умовах конфліктів, що швидко розвиваються [62]. Крім того, динамічний характер гуманітарних операцій у поєднанні з проблемами збору даних у зонах конфлікту часто призводить до неструктурованого та непослідовного збору даних, що ще більше ускладнює надійний моніторинг та оцінку. Більше того, відсутність стандартизованих інструментів для вимірювання факторів реалізації та розуміння їх психометричних властивостей ще більше ускладнює ретельну оцінку гуманітарних заходів у таких умовах [38].

2. Недостатня якість первинних даних (Field-level Data Quality Gaps)

- Проблеми з повнотою даних: не всі партнери регулярно заповнюють 3W/ActivityInfo, особливо місцеві НУО з обмеженими ресурсами.
- Дублювання бенефіціарів: відсутність єдиного підходу до унікальної ідентифікації отримувачів допомоги призводить до завищення статистичних показників [86].
- Суб'єктивність в опитуваннях PDM: опитування часто проводяться через партнерські організації, що може вплинути на об'єктивність отриманих відповідей [33]. Крім того, відсутність надійних систем управління даними та цифрової грамотності серед медичних працівників у партнерських організаціях часто ставить під загрозу цілісність та надійність зібраних даних, що призводить до невідповідностей та неточностей [70]. Ця проблема особливо гостра в гуманітарних умовах, де збір даних часто обмежується складними географічними умовами та надзвичайними ситуаціями, що призводить до неповних або неточних записів, які не придатні для ретельних досліджень. Ці невідповідності у зборі та звітуванні даних ще більше посилюються фрагментованим керівництвом та різноманітними зацікавленими сторонами,

залученими до надання гуманітарної допомоги, що призводить до відсутності гармонізованих інформаційних систем та надмірної залежності від менш детальних, агрегованих даних [65, 75].

3. Відсутність інтеграції гуманітарного M&E з національною статистикою

Системи збору даних гуманітарних кластерів (ОСНА, UNHCR, WHO) існують паралельно з державними інформаційними системами (наприклад, eHealth, реєстри Мінсоцполітики). Відсутність автоматизованої інтеграції призводить до фрагментації інформації та ускладнює верифікацію даних [36].

4. Обмежений зворотний зв'язок від кінцевих бенефіціарів

Формальні механізми Feedback & Complaints (гарячі лінії, фідбек-бокси) часто недоступні або не використовуються вразливими групами (особи похилого віку, люди з інвалідністю, жителі “сірої зони”). Це обмежує можливість реального врахування потреб бенефіціарів у корекції програм [30].

5. Відсутність довгострокових індикаторів результативності

Переважна більшість гуманітарних проєктів фокусуються на індикаторах активності, таких як кількість розданих наборів або проведених тренінгів. Натомість індикатори результативності, які б дозволили оцінити сталі зміни у житті бенефіціарів, часто не включаються до планів моніторингу через складність їх вимірювання в умовах конфлікту [55].

Окрім зазначених методологічних розбіжностей та проблем з первинними даними, аналіз поточної ситуації в Україні дозволяє виокремити додаткові групи бар'єрів, що мають системний характер і безпосередньо пов'язані зі специфікою ведення бойових дій, інституційною спроможністю локальних акторів та етичними дилемами збору даних. В умовах активних бойових дій та постійних ракетних обстрілів безпека персоналу стає визначальним фактором, що суттєво лімітує можливості моніторингу та оцінки. Класичні методи верифікації, такі як прямі візити на місця реалізації проєктів, стають неможливими для багатьох територій, наближених до лінії зіткнення, зокрема у Харківській, Херсонській та Донецькій областях. Це змушує організації переходити до стратегії дистанційного управління, яка, попри свою безальтернативність у поточному

контексті, створює суттєві прогалини в достовірності даних [92]. Дистанційний моніторинг здебільшого покладається на залучення третіх сторін або на звіти місцевих партнерів, що часто призводить до втрати контексту, оскільки зовнішні аудитори можуть фіксувати факт передачі допомоги, але не завжди здатні об'єктивно оцінити її якість чи відповідність культурним потребам через брак довіри з боку місцевого населення [29]. Окрім того, виникає ризик спотворення інформації при проходженні через ланцюг посередників, кожен з яких може викривляти дані – о свідомо, для приховування недоліків, або несвідомо, через помилки інтерпретації.

Іншим вагомим викликом є технологічні бар'єри, що парадоксальним чином виникають на тлі високої цифровізації гуманітарної сфери. Використання відкритих платформ для збору даних без належних протоколів шифрування наражає бенефіціарів на небезпеку, особливо в умовах війни, коли витік персональних даних внутрішньо переміщених осіб може мати фатальні наслідки. Відсутність у багатьох локальних неурядових організацій чітких політик кібербезпеки та навичок роботи з чутливою інформацією створює критичну вразливість системи моніторингу [84]. Водночас спостерігається цифровий розрив серед самих бенефіціарів, оскільки орієнтація на онлайн-опитування та чат-боти для отримання зворотного зв'язку автоматично виключає з процесу моніторингу найбільш вразливі категорії, такі як люди похилого віку, мешканці сільської місцевості без стабільного інтернет-з'єднання та особи з низьким рівнем цифрової грамотності. Це призводить до викривлення вибірки, коли результати оцінки відображають думку більш адаптованого населення, ігноруючи потреби тих, хто перебуває у найтяжчому становищі [51].

Ефективність системи моніторингу та оцінки також прямо залежить від людського капіталу, однак український гуманітарний сектор стикається з критичним дефіцитом кваліфікованих фахівців у цій сфері. Локальні організації, які взяли на себе основний тягар реагування, часто не мають у штаті окремих фахівців з моніторингу, тому цю функцію ситуативно виконують проєктні менеджери або соціальні працівники, для яких збір статистики є додатковим

навантаженням. Це призводить до явища «втоми від звітування», коли перевантаження персоналу паперовою роботою знижує мотивацію та уважність, провокуючи формальне заповнення звітів замість реального аналізу [61].

Суттєвим бар'єром є також дисбаланс у відносинах між донорами та виконавцями, що проявляється у жорсткій архітектурі звітності, яка часто не відповідає динамічним умовам українського контексту. Міжнародні донори вимагають дотримання суворих логіко-структурних матриць, розроблених на етапі планування проєкту, однак в умовах війни ситуація змінюється настільки швидко, що заплановані індикатори часто стають нерелевантними. Процедура зміни індикаторів є надмірно бюрократизованою, тому виконавці змушені звітувати за застарілими показниками, що спотворює реальну картину ефективності [83]. Крім того, спостерігається феномен надмірного звітного тиску на локальні організації, які можуть мати декілька донорів, кожен з яких вимагає звітування у своєму унікальному форматі. Це призводить до того, що значна частина робочого часу персоналу витрачається на адаптацію одних і тих самих даних під різні вимоги, замість аналізу якості наданих послуг, що прямо суперечить зобов'язанням щодо гармонізації звітності.

Процес збору даних, особливо якісних, стикається із серйозними етичними викликами та ризиком ре-травматизації респондентів. Неналежно підготовлені інтерв'юери можуть ставити чутливі питання людям, що пережили окупацію чи насильство, виключно заради заповнення індикаторів проєкту, що є неприпустимим з етичної точки зору. Багато бенефіціарів демонструють ознаки «втоми від оцінювання», коли одні й ті самі домогосподарства опитуються десятками різних організацій без надання відповідної допомоги. Це підриває довіру до гуманітарної спільноти та призводить до відмов від участі в моніторингу або надання завідомо неправдивих відповідей задля швидшого завершення розмов [25]. Нарешті, суттєвий вплив на якість даних має мовний та термінологічний бар'єр. Багато інструментів моніторингу розробляються англійською мовою, і нюанси перекладу спеціалізованих термінів часто губляться або інтерпретуються працівниками на місцях по-різному [66]. Це

призводить до семантичної неузгодженості даних, коли отримані відповіді можуть бути фактологічно точними, але змістовно хибними через різне розуміння понять бенефіціарами та інтерв'юерами. Підсумовуючи, система моніторингу та оцінки в Україні функціонує в умовах безпрецедентного тиску, і подолання цих бар'єрів вимагає зміни філософії партнерства та переходу до адаптивних моделей, орієнтованих на потреби людини.

Висновки до другого розділу

1. Запропонована модель реалізації гуманітарного проекту у медичних закладах Харкова інтегрує клінічні та організаційні навчальні інтервенції, що сприяє підвищенню якості медичних послуг (SDG 3.8) та готовності системи до надзвичайних ситуацій (SDG 3.d). Підвищення компетентності медперсоналу та впровадження стандартних операційних процедур зменшують час реагування, покращують командну взаємодію і скорочують летальність. Економічний ефект від оптимізації ресурсів підтверджує доцільність моделі як інструменту для сталого розвитку системи охорони здоров'я в кризових умовах.

2. Моніторинг і оцінка гуманітарних проектів в Україні базуються на глобальних і локальних інформаційних системах, таких як Global Health Observatory, SPAR, JEE та HeRAMS. Незважаючи на часові затримки офіційних глобальних даних, інтеграція субнаціональних проксі-індикаторів дозволяє оперативно оцінювати вплив проектів на універсальне покриття медичних послуг і готовність системи до надзвичайних ситуацій. Це підвищує прозорість, обґрунтованість рішень і сприяє адаптивності гуманітарних втручань відповідно до ЦСР 3.

3. Основні бар'єри оцінки ефективності гуманітарних проектів – відсутність єдиних стандартів моніторингу, низька якість первинних даних, розділення гуманітарної та національної статистики, обмежений зворотний зв'язок від бенефіціарів та дефіцит довгострокових індикаторів результативності.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Обґрунтування необхідності впровадження додаткових показників оцінки управління проєктами гуманітарної допомоги

Ефективність гуманітарних проєктів традиційно відображається у звітності через кількість охоплених бенефіціарів, виконані заходи та відповідність цілям сталого розвитку. Водночас подібні показники, хоча й важливі для моніторингу, не завжди відображають реальний вплив на стан здоров'я населення та спроможність системи охорони здоров'я. Справжня результативність має оцінюватися за змінами ключових експертних показників кожної сфери впливу, що безпосередньо свідчать про покращення або погіршення, наприклад, здоров'я, а також за фінансовими показниками діяльності медичних закладів при розгляді щодо досягнення SDG 3. Одним з положень, що підлягали вивченню було, як результати впровадження проєкту оптимізують фінансові показники роботи лікарні та як це водночас впливає на показники здоров'я населення. При синхронізованій зміні цих індикаторів можна говорити про досягнення довгострокового і системного ефекту гуманітарного втручання.

Аналіз сучасних методів оцінки та моніторингу гуманітарних проєктів в Україні свідчить про необхідність перегляду і розширення існуючих підходів для підвищення їхньої адаптивності, оперативності та узгодженості з глобальними цілями сталого розвитку, зокрема 3.8 та 3.d. Наразі застосовувані інструменти, такі як глобальні дашборди та міжнародні індикатори, забезпечують надійність і масштабність інформації, однак суттєво обмежені часовою затримкою оновлення та недостатньою деталізацією на субнаціональному рівні. Це ускладнює швидке реагування і коригування стратегій у контексті динамічних умов гуманітарних криз. Отже, стратегічним завданням є інтеграція локальних та проміжних показників у систему моніторингу, що дозволить отримувати більш своєчасні та

релевантні дані, які відображають реальні зміни на рівні громад та окремих медичних закладів.

На основі аналізу SPAR і JEE, які дають різні, але взаємодоповнюючі оцінки готовності системи охорони здоров'я, доцільно впровадити комбінований підхід, що поєднує регулярну самооцінку з незалежною експертною перевіркою. Це сприятиме більш об'єктивному виявленню слабких місць та пріоритетних напрямів для гуманітарних втручань. Важливо посилити роль субнаціональних інструментів, зокрема HeRAMS, які забезпечують часте оновлення даних про функціональний стан медичних закладів і дають змогу формувати оперативний локальний профіль готовності, що критично у воєнних та кризових умовах. Водночас слід розробити нові проксі-показники, які відобразатимуть не лише фізичний стан інфраструктури, а й кадровий потенціал, якість навчань і вплив на готовність реагування.

Варто також наголосити на необхідності розширення спектру індикаторів, які повинні комплексно відображати якість, доступність та фінансову стійкість медичних послуг, а також рівень кадрової підготовки і системної готовності до надзвичайних ситуацій. Зокрема, застосування індикаторів, що інтегрують дані про фінансову ефективність закладів (як приклад – аналіз змін у джерелах фінансування та структурі витрат), дозволить більш точно оцінювати вплив проєктів на стабільність та розвиток медичних установ. Показники, що характеризують зміну якості надання медичних послуг у невідкладних станах, мають враховувати не лише обсяги наданої допомоги, а й клінічні результати, такі як смертність, що є ключовим для оцінки відповідності ЦСР 3.6.1.

Загалом, стратегічними напрямами вдосконалення управління гуманітарними проєктами в Україні слід визначити: посилення інтеграції багаторівневих індикаторів із врахуванням локального контексту; розвиток цифрових технологій для оперативного моніторингу; удосконалення методології оцінки результатів із акцентом на якість і стійкість системи охорони здоров'я; а також формування комплексної системи координації, яка забезпечує прозорість, підзвітність та ефективне використання ресурсів. Впровадження цих напрямів

створить міцну основу для підвищення результативності гуманітарних ініціатив та максимальної відповідності завданням сталого розвитку.

Обґрунтування потреби в нових показниках базується на виявлених обмеженнях поточних систем моніторингу. Зокрема, затримка оновлення глобальних індикаторів і недостатня деталізація локальних даних роблять неможливим своєчасне коригування проєктних заходів. Нові показники, повинні бути спрямовані на подолання цих прогалин через запровадження цифрових інструментів моніторингу, що фокусуються на оперативності, комплексності та адаптивності оцінювання. Вони мають враховуватимуть як фінансові, так і якісні аспекти медичної допомоги, а також кадрові ресурси і системну готовність, що дозволить досягти більш глибокого розуміння ефективності впроваджуваних гуманітарних втручань та їхнього внеску у досягнення цілей сталого розвитку в Україні.

Ціль 3.8 ЦСР спрямована на досягнення УНС, що передбачає забезпечення доступу всього населення до широкого спектра якісних медичних послуг без фінансових труднощів [1]. Для моніторингу прогресу використовуються два взаємодоповнювальні індикатори: 3.8.1 – індекс покриття базових медичних послуг (УНС Index), який обчислюється як геометричне середнє 14 показників (профілактика, материнське здоров'я, контроль інфекційних і неінфекційних хвороб, доступність тощо) [2]; та 3.8.2 – частка населення з катастрофічними витратами на охорону здоров'я, що перевищують 10% або 25% сімейного бюджету [3]. Прогрес у досягненні УНС передбачає одночасне підвищення індексу покриття та зменшення рівня катастрофічних витрат, що у графічному представленні відповідає переміщенню системи в умовний «верхньо-правий квадрант» – поєднання зростання доступності послуг зі зменшенням фінансового навантаження на домогосподарства. Універсальне охоплення медичними послугами передбачає забезпечення всього населення необхідною медичною допомогою без виникнення значного фінансового тягаря для домогосподарств [67].

Ефективність діяльності медичних закладів значною мірою визначається їх фінансовим станом, що безпосередньо впливає на доступність і якість наданих послуг. Реалізація цього підходу потребує не лише розвиненої системи організації медичної допомоги, але й стабільного фінансування закладів. Як зазначає [81], «фінансова стійкість лікарень є критично важливою для забезпечення якісного медичного обслуговування, оскільки вона дозволяє інвестувати в розвиток інфраструктури та кадрового потенціалу». Дослідження також підтверджують існування прямого зв'язку між фінансовими показниками медичних закладів і їх здатністю надавати широкий спектр послуг: заклади з кращим фінансовим станом частіше впроваджують інноваційні технології та сучасні методи лікування, що позитивно впливає на стан здоров'я населення [31]. Водночас недофінансування медичних установ спричиняє зростання частки домогосподарств, які витрачають значну частину доходу на лікування, що створює ризики для соціального благополуччя [64].

В Україні функціонує система звітування щодо оплати та контрагування надавачів медичних послуг через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Основними джерелами даних є державні портали та відкриті матеріали, які містять інформацію про кількість законтрагованих закладів, обсяг наданих послуг та проведених оплат. Такі показники відображають фінансовий стан і ефективність діяльності медичних установ.

За своєю сутністю показники ЦСР, що відображаються у світових системах моніторингу, формуються не лише на основі кінцевих результатів окремих проєктів, які зазвичай виражаються у кількісних показниках – таких як кількість бенефіціарів або підвищення середнього рівня знань після проходження навчання. Важливішим аспектом є виявлення та вимірювання тих змін, які безпосередньо впливають на якість життя населення, сприяють зміцненню системи охорони здоров'я та підвищують її стійкість до кризових викликів. У межах дослідження, орієнтованого на медичну сферу, акцент було зроблено на ЦСР №3 – «Міцне здоров'я і благополуччя». Пошук аналітичних орієнтирів здійснювався через оцінку кінцевих результатів і проміжних показників (outputs),

що відображають прогрес у досягненні показників 3.6.1 – «Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків на 100 000 населення» та 3.9.1 – «Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %». Зазначені показники водночас є проксі-індикаторами для ширших завдань SDG 3.8 (Universal Health Coverage) та SDG 3.d (Health Emergency Preparedness), що формують концептуальну основу подальшого аналізу.

3.2 Рекомендації щодо вибору та використання проксі-показників для оцінки результатів гуманітарного проєкту на відповідні сфери впливу

Для селекції та застосування проксі-показників для оцінювання впливу гуманітарних інтервенцій на багатовимірний добробут (на прикладі сфери охорони здоров'я), проведено емпіричний аналіз фінансової, кадрової та клінічної звітності медичних закладів Харківської області. Через порівняння даних до та після реалізації проєкту вивчали здатність комплексу фінансово-статистичних метрик об'єктивно відображати якісні зміни в системі надання допомоги в умовах обмеженого доступу до прямих індикаторів.

З метою отримання об'єктивних даних щодо змін у наданні медичної допомоги при невідкладних станах, зокрема у випадках травматичних ушкоджень, було підготовлено офіційний запит до НСЗУ відповідно до положень Закону України «Про звернення громадян». Запит був спрямований на отримання інформації, необхідної для аналізу динаміки надання медичної допомоги при травмах, включно з такими показниками: кількість зареєстрованих випадків, обсяги їх оплати з державного бюджету через механізм фінансування НСЗУ, розподіл цих випадків за пакетами медичних послуг та рівнями невідкладності звернень, а також кількість летальних наслідків унаслідок травм у КНП ХОР «ОКЛ» та Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» Харківської міської ради (КНП «МКБЛ № 25» ХМР). Для проведення аналізу було відібрано відповідні коди захворювань, що охоплюють категорію травматичних ушкоджень. Для проведення аналізу були

відібрані лише ті лікувальні пакети НСЗУ, які переважно застосовуються при лікуванні травматичних ушкоджень, а саме: хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, а також стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних втручань. Повний текст запиту наведено у Додатку 4, а отримані від НСЗУ дані використано для порівняння показників діяльності лікарні до та після реалізації проєкту з часовим інтервалом в один рік. Повні результати аналізу та вихідні таблиці даних подано у Додатку 5 та у відкритому науковому репозиторії [1].

У межах гуманітарного проєкту для аналізу було обрано чотири лікарні, що забезпечило комплексний підхід до оцінки медичної допомоги. Водночас аналіз показників продемонстрував істотний вплив зовнішніх факторів. Зокрема зафіксовано зміну чисельності лікарів, спостерігалися затримки у звітуванні до НСЗУ, а також різкі коливання у кількості наданих послуг. Для поглибленого дослідження було обрано Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» як репрезентативний приклад. Це дало змогу оцінити вплив гуманітарних ініціатив на фінансові результати та якість надання медичних послуг. Аналіз фінансової звітності закладу за 2024–2025 роки, що охоплюють період до та після реалізації проєкту, виявив істотні зміни у структурі доходів та джерел фінансування. Загальні надходження у 2025 році зросли більш ніж удвічі у порівнянні з аналогічним періодом 2024 року (з 413,8 млн грн до 845,1 млн грн). Така позитивна динаміка може бути зумовлена як збільшенням обсягів наданої медичної допомоги, так і розширенням залучених джерел фінансування (рис.3.1, рис 3.2). Відбулася істотна трансформація у структурі фінансування. У 2024 році провідним джерелом залишалася Програма медичних гарантій, яка становила 75,2% усіх доходів (313,7 млн грн). Інші джерела мали обмежений обсяг: місцеві бюджети – 9,2%, благодійна допомога – 9,0%, державний бюджет – 4,8%. Таким чином, фінансова модель закладу залишалася високозалежною від одного джерела. У 2025 році структура фінансування стала більш збалансованою: частка Програми медичних гарантій знизилася до 31,0% (263,3 млн грн), водночас зросли надходження з місцевих

бюджетів (30,1%) та благодійної допомоги (29,0%). Державний бюджет збільшив частку до 8,8%. Це свідчить про зменшення залежності від одного джерела і формування багатоканальної моделі фінансування.

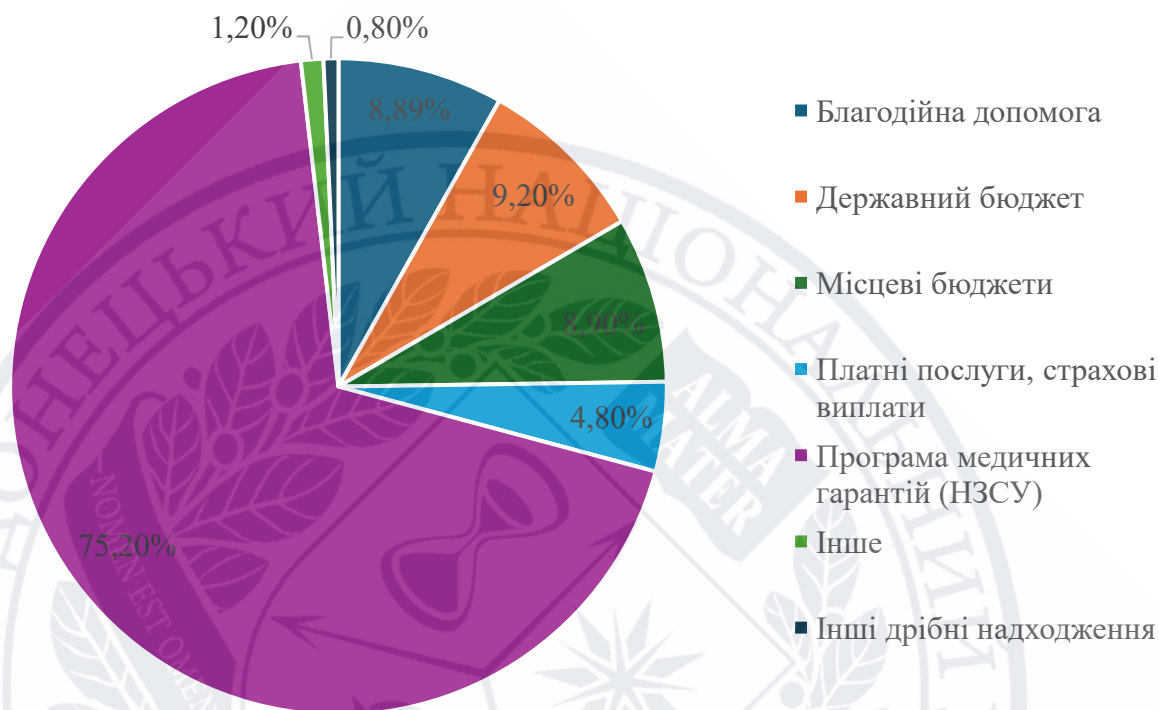


Рисунок 3.1 – Джерела надходжень до бюджету КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 році відповідно до даних НЗСУ

Джерело: [9]

Зміни простежуються і у фінансуванні спеціалізованої медичної допомоги: якщо у 2024 році її забезпечувала переважно Програма медичних гарантій (75,2%), то у 2025 році ресурси були розподілені рівномірніше між трьома ключовими напрямками – Програмою медичних гарантій (31%), місцевими бюджетами (29,9%) та благодійною допомогою (28,9%). Це підтверджує поступовий перехід від моноджерельної моделі до диверсифікованої системи фінансування, що підвищує стійкість закладу. Деталізовані дані структури доходів КНП ХОР «ОКЛ» у 2024–2025 роках наведені у Додатку Б.

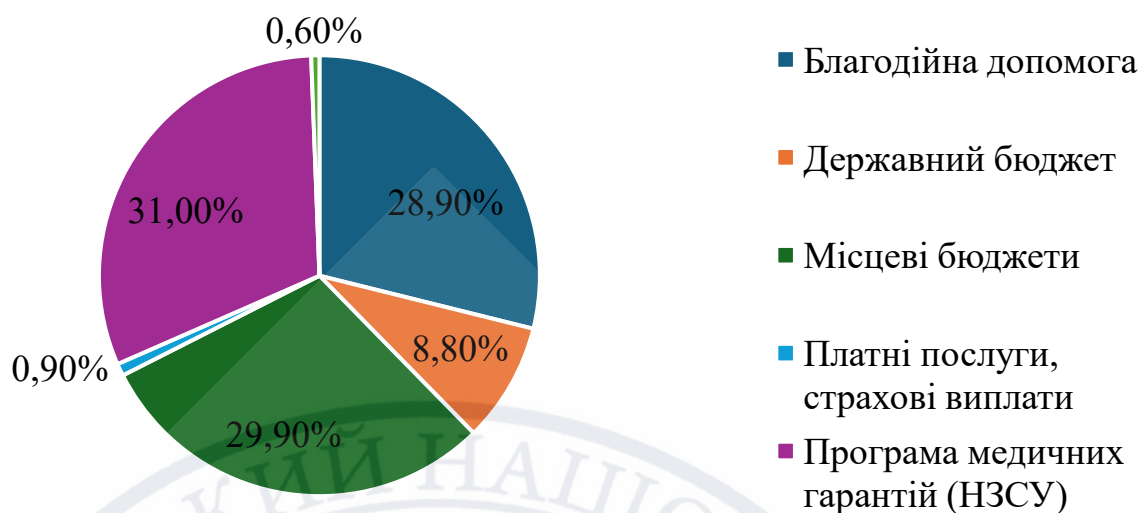


Рисунок 3.2 – Джерела надходжень до бюджету КНП ХОР «ОКЛ» у 2025 році. Розроблено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: [9]

Аналіз динаміки витрат КНП ХОР «ОКЛ» у 2024–2025 роках демонструє помітні зміни у фінансовій структурі (НСЗУ, 2025) (рис. 3.3, рис. 3.4). Зокрема, витрати на оплату праці зросли з 174,5 млн грн у 2024 році до 189,9 млн грн у 2025 році.

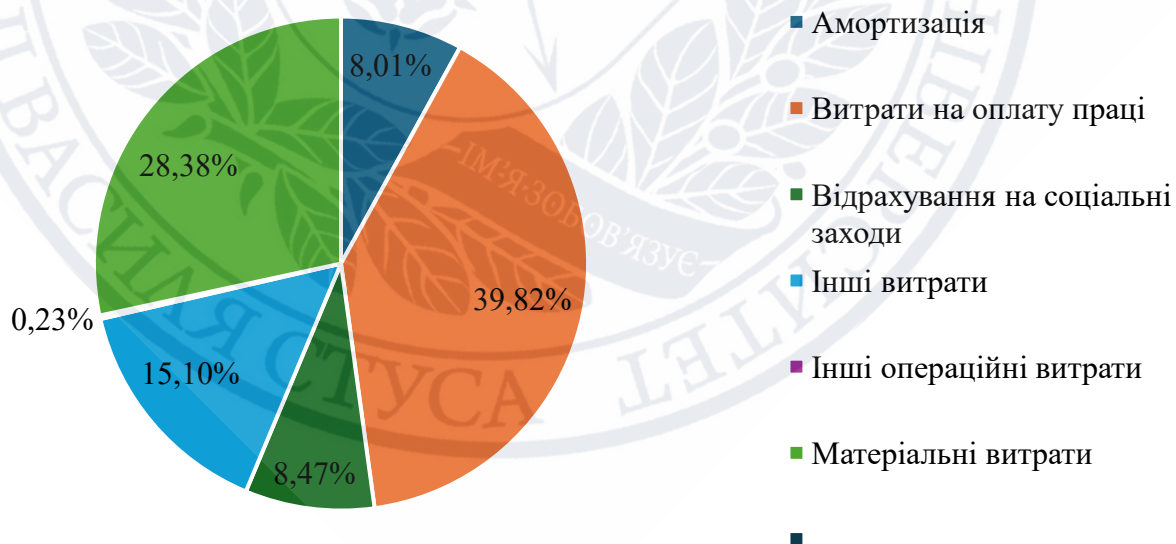


Рисунок 3.3 – Структура витрат КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 році. Розроблено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: [9]

Детальні показники структури витрат КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 та 2025 подано у Додатку Б.

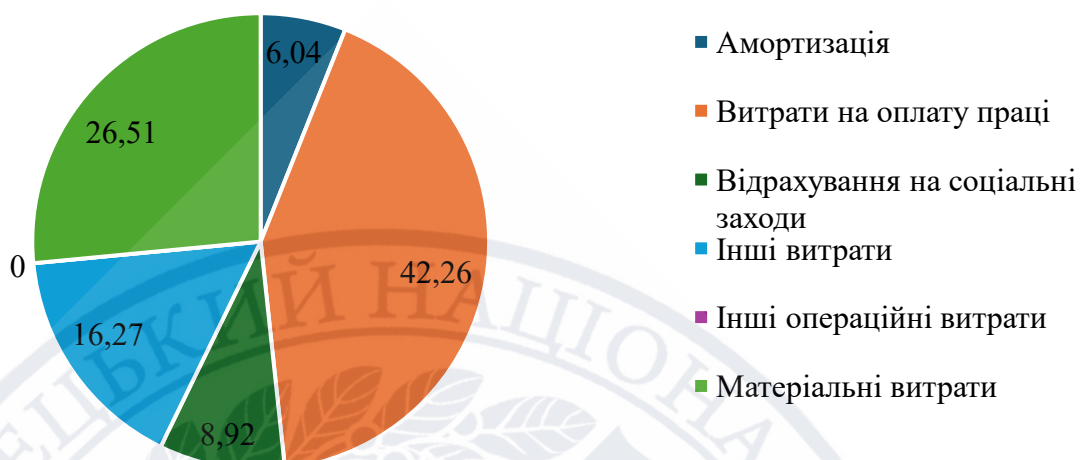


Рисунок 3.4 – Структура витрат КНП ХОР «ОКЛ» у 2025 році. Розроблено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: [9]

Порівняльний аналіз структури витрат за досліджуваний період (2024–2025 рр.) демонструє чітку тенденцію до зростання частки видатків на персонал. Зокрема, питома вага витрат на оплату праці у структурі собівартості збільшилася з 39,82% до 42,26%, що свідчить про пріоритетність збереження кадрового потенціалу та виконання соціальних зобов'язань. Водночас спостерігається скорочення частки матеріальних витрат з 28,38% до 26,51%, а також зменшення амортизаційних відрахувань з 8,01% до 6,04%. Зростання частки інших витрат (з 15,10% до 16,27%) на тлі зниження матеріальної складової може вказувати на зростання вартості супутніх послуг або зміну облікової політики, проте загальний тренд вказує на «соціалізацію» бюджету закладу.

Особливу увагу заслуговує аналіз оплати праці лікарів наведений у Таблиці 3.1, яка створена на основі даних НСЗУ 2025 р [9].

Загальний фонд заробітної плати зріс лише з 9 066,1 тис. грн у 2024 році до 9 070,6 тис. грн у 2025 році, що є статистично незначним. Кількість лікарських

ставок майже не змінилася (з 439,5 до 438), а середній розмір оплати залишився стабільним: 20,6 тис. грн у 2024 році та 20,7 тис. грн у 2025 році (НСЗУ, 2025). Це свідчить про збереження кадрової стабільності, але водночас може обмежувати мотивацію лікарів у довгостроковій перспективі.

Висновки аналізу підтверджують, що гуманітарний проєкт сприяв диверсифікації джерел фінансування та зміцненню матеріально-технічної бази закладу. Поєднання державного фінансування з позабюджетними ресурсами дало змогу забезпечити безперервність надання послуг і підвищити фінансову автономію. Водночас стабільність фонду оплати праці на тлі інфляційного тиску створює ризики для утримання висококваліфікованих кадрів. Це підкреслює необхідність комплексної стратегії розвитку, спрямованої на підвищення ефективності фінансування, розвиток власних джерел доходів та посилення кадрової мотивації.

Порівняльний аналіз даних за вересень 2024 року та квітень 2025 року засвідчує помірні зміни у фінансових показниках та суттєвіші трансформації в кадровій структурі медичного закладу. Обсяг витрат НСЗУ на оплату послуг практично не змінився, зменшившись на 0,32 відсотка, що свідчить про стабільний рівень фінансування. Натомість загальна чисельність персоналу скоротилася на 4,84 відсотка, що може вказувати на оптимізаційні процеси або структурне переформатування закладу. Незважаючи на це, середня виплата за основним показником по області зросла на 0,61 відсотка, що свідчить про певну компенсацію скорочення чисельності підвищенням середнього рівня оплати. Структура витрат на оплату праці демонструє зростання фінансової ваги витрат на керівників та іншого персоналу відповідно на 10,4 та 15,4 відсотка. Одночасно відбулося зниження частки середнього медичного персоналу майже на п'ять відсотків. Такі зміни свідчать про перерозподіл фонду оплати праці, який може бути пов'язаний із конкретними управлінськими рішеннями, змінами функціональних навантажень або перетвореннями у внутрішній структурі підрозділів.

Таблиця 3.1 – Порівняння оплати праці лікарів у вересні 2024 та квітні 2025 відповідно до даних НСЗУ

Показник	2024	2025
1	2	3
Витрати, млн грн	31,49	31,39
Загальна кількість працівників	1983,5	1887,5
Структура витрат на оплату праці		
Лікарі	28,79%	28,90%
Керівники	0,96%	1,06%
Середній персонал	35,50%	33,89%
Молодший персонал	14,77%	14,71%
Інший персонал	14,22%	16,41%
Структура персоналу (за кількістю)		
Лікарі	23,08%	23,21%
Керівники	0,37%	0,37%
Середній персонал	33,61%	31,47%
Молодший персонал	23,15%	23,09%
Інший персонал	16,81%	17,86%
Кількість працівників за групами		
Керівники	7	7
Лікарі	329	436,8
Середній персонал	478	637,8
Молодший персонал	429	454,8
Інший персонал	444	327,8
Середня ВОП (зарплата) за групами		
Керівники	53	48,3
Лікарі	33,6	39,1
Середній персонал	28,4	28,7
Молодший персонал	17,5	18,3
Інший персонал	16,4	16,3

Джерело: складено автором на основі [9].

У структурі персоналу за кількістю спостерігається помірна стабільність, хоча частка середнього медичного персоналу зменшилася на 6,37 відсотка, тоді

як частка іншого персоналу та лікарів дещо зросла. Це дає підстави припустити певні зміни у розподілі ролей або необхідність у зміні кадрового профілю відповідно до актуальних потреб закладу. Ситуація із середньою оплатою за групами працівників характеризується різноспрямованими тенденціями. Найбільше зростання спостерігається серед лікарів, чия середня оплата підвищилася на 16,4 відсотка. Зростання оплати у середнього та молодшого персоналу є стриманим і коливається в межах одного п'яти відсотків. Водночас оплата керівників зменшилася майже на дев'ять відсотків. Такі зміни здатні впливати на мотивацію окремих професійних груп, а також можуть відображати корекцію управлінських підходів до винагородження.

Кількість працівників за групами змінювалася нерівномірно. Спостерігається істотне збільшення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу на понад 30 відсотків, тоді як чисельність іншого персоналу зменшилася на 26 відсотків. Це свідчить про активну зміну кадрової політики, спрямовану на зміцнення основних клінічних підрозділів та одночасне скорочення адміністративно-допоміжних напрямів.

Узагальнюючи, зміни між двома періодами свідчать про те, що медичний заклад здійснював структурну перебудову як у кадровій, так і у фінансовій площинах. Незмінний рівень фінансування за програмою медичних гарантій при суттєвих змінах у штаті та диференціації оплати праці вказує на адаптацію організації до змінених внутрішніх і зовнішніх вимог. Зростання оплати лікарів і водночас зменшення кількості іншого персоналу формує тенденцію до посилення клінічної складової діяльності закладу, що може підвищити ефективність медичної допомоги, але також потребує подальшого моніторингу для оцінки впливу на навантаження та якість послуг.

Порівняльний аналіз динаміки звернень демонструє різну структуру надання медичної допомоги між КНП «МКБЛ № 25» Харківської міської ради та КНП ХОР «ОКЛ» (ОКЛ).

У КНП «МКБЛ № 25» ХМР у 2024 році було зафіксовано 123 випадки надання допомоги, із яких 14 пов'язані з викликами екстреної медичної

допомоги. У 2025 році ці показники становили відповідно 115 і 11 випадків, що свідчить про незначне зменшення кількості звернень ($-6,5\%$) та стабільно низьку частку невідкладних випадків у загальній структурі госпіталізацій. Натомість у КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 році зареєстровано 494 випадки, з яких лише 10 були екстреними, тоді як у 2025 році кількість усіх випадків зменшилась до 372, але частка невідкладних звернень істотно зросла до 148 випадків, тобто більш ніж у 14 разів. Такі зміни свідчать, що структура звернень до обласної лікарні відповідає профілю закладу надкласерного рівня, де очікується концентрація складних та невідкладних пацієнтів. Отже, включення КНП ХОР «ОКЛ» до проекту є обґрунтованим і стратегічно виправданим, тоді як у разі ретельного планування на етапі проектування КНП «МКБЛ № 25» ХМР можна було б не включати, оскільки частка невідкладних випадків у її діяльності залишається мінімальною.

Порівняльний аналіз фінансових показників двох медичних закладів Харківської області – КНП «МКБЛ № 25» ХМР та КНП ХОР «ОКЛ» – за 2024–2025 роки, з урахуванням того, що витрати відображають обсяг коштів, отриманих за Програмою медичних гарантій (ПМГ), дає змогу глибше оцінити рівень якості надання медичної допомоги та інтенсивність лікувальної діяльності закладів (рис. 3.5, 3.6 та 3.7).



Рисунок 3.5 – Порівняння кількості випадків надання медичної допомоги та звернень за екстреною допомогою (швидкою) у КНП «МКБЛ № 25» ХМР у 2024 та 2025 роках.

Джерело: побудовано автором на основі даних НСЗУ 2025 р [14].

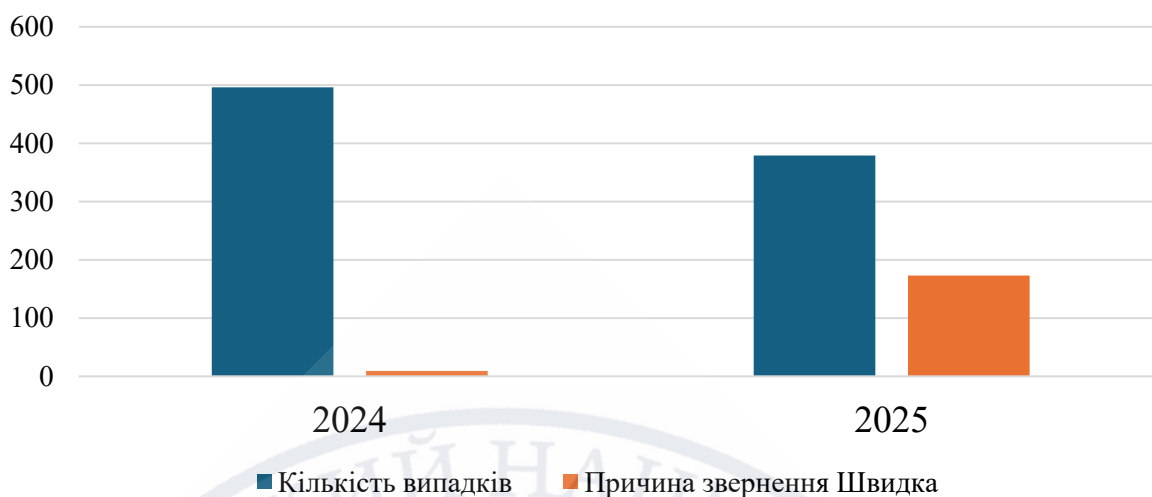


Рисунок 3.6 – Порівняння кількості випадків надання медичної допомоги та звернень за екстреною допомогою (швидкою) у КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 та 2025 роках.

Джерело: побудовано автором на основі даних НСЗУ 2025 р [9].



Рисунок 3.7 – Порівняння загальної вартості (у грн) наданих медичних послуг та витрат за випадками, пов'язаними з екстреними зверненнями, у КНП «МКБЛ № 25» ХМР у 2024 та 2025 роках.

Джерело: побудовано автором на основі даних НСЗУ 2025 р [9].

У КНП «МКБЛ № 25» ХМР загальна вартість наданих медичних послуг за 2024 рік була близько 780 000 грн, а у 2025 році цей показник дещо зріс і перевищив 800 000 грн. У той же час, витрати, пов'язані з екстреними

зверненнями («Причина звернення – Швидка»), у 2024 році становили близько 100 000 грн, а у 2025 році цей показник дещо знизився. У КНП ХОР «ОКЛ» загальна вартість наданих послуг у 2024 році була приблизно 6 000 000 грн, а у 2025 році з невеликим зниженням залишилась близько цієї позначки. Однак слід звернути увагу на суттєве зростання витрат, пов'язаних з екстремними зверненнями: якщо у 2024 році цей показник був дуже низьким, то у 2025 році він збільшився майже в 10 разів. Це свідчить про збільшення інтенсивності та складності проведених діагностичних та лікувальних процедур у таких випадках.



Рисунок 3.8 – Порівняння загальної вартості (у грн) наданих медичних послуг та витрат за випадками, пов'язаними з екстремними зверненнями, у КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 та 2025 роках. Створено автором на основі даних НСЗУ 2025 р [9].

Джерело: побудовано автором на основі даних НСЗУ 2025 р [9].

У КНП «МКБЛ № 25» ХМР зростання загальної вартості послуг разом зі стабільністю або незначним зниженням витрат на екстрені випадки може свідчити про більш активне лікування та обстеження планових пацієнтів, що позитивно впливає на фінансові результати закладу з ПМГ, але не пов'язане з нарощуванням екстреної допомоги.

Попередній аналіз фінансування та розподілу фінансових ресурсів між лікувальними закладами, відібраними для участі у проєкті, на основі відкритих джерел надає важливу інформацію щодо пріоритетних напрямків їх діяльності. Така оцінка є корисною для визначення доцільності та ефективності гуманітарних втручань, а також сприяє ідентифікації ключових бенефіціарів, які отримують найбільшу вигоду від реалізації подібних заходів. Це, в свою чергу, може оптимізувати стратегічне планування та спрямувати ресурси у найбільш релевантні сфери медичної допомоги.

Аналізуючи фінансові показники, що відображені на діаграмах (рис. 3.9 та 3.12) вартості наданих медичних послуг за окремими випадками, пов'язаними з екстреними зверненнями («Причина звернення – Швидка»), у двох лікувальних закладах Харківської області – КНП ХОР «ОКЛ» та КНП «МКБЛ № 25» ХМР – за 2024 та 2025 роки, можна окреслити низку суттєвих тенденцій і порівнянь.



Рисунок 3.9 – Порівняння вартості (у грн) наданих медичних послуг та витрат за випадками, пов'язаними з окремими зверненнями, у КНП «МКБЛ № 25» ХМР у 2024 та 2025 роках. Створено автором на основі даних НСЗУ 2025 р [9].

Джерело: побудовано автором на основі [9].

У КНП ХОР «ОКЛ» загальна вартість одного випадку зросла з приблизно 15 000 грн у 2024 році до 18 000 грн у 2025 році. Аналогічна динаміка спостерігається і у витратах, пов'язаних саме з екстреними випадками: у 2024

році цей показник був близько 12 000 грн, а у 2025 році збільшився майже до 15 000 грн. Це свідчить про посилення інтенсивності застосування діагностичних процедур, медичних маніпуляцій та втручань під час надання екстреної допомоги, що відображається у збільшенні оплати з Програми медичних гарантій. Зростання витрат на екстрені випадки вказує на більш комплексний підхід до обстеження та лікування пацієнтів, які звертаються з невідкладними станами, а також на підвищення вартості таких послуг.

У КНП «МКБЛ № 25» ХМР також спостерігається зростання вартості одного випадку: загальна вартість збільшилася з приблизно 10 000 грн у 2024 році до 11 000 грн у 2025 році. Особливо помітним є зростання вартості випадків, пов'язаних з екстремими зверненнями, яке з 2024 року (близько 7 000 грн) до 2025 року підвищилося до приблизно 10 000 грн. Така динаміка свідчить про активізацію застосування діагностичних досліджень та лікувальних втручань під час екстрених випадків, що забезпечує більш якісне обстеження і лікування пацієнтів, а відповідно й зростання фінансового ресурсу, отриманого лікарнею в межах Програми медичних гарантій.



Рисунок 3.10 – Порівняння вартості (у грн) наданих медичних послуг та витрат за випадками, пов'язаними з окремими зверненнями, у КНП ХОР «ОКЛ» у 2024 та 2025 роках. Створено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: побудовано автором на основі [9].

Порівняння двох закладів демонструє, що КНП ХОР «ОКЛ» має суттєво вищий рівень витрат як загалом на випадок, так і безпосередньо на випадки екстреної допомоги, що відображає більший обсяг і складність застосованих медичних процедур. Це може бути пов'язано з більшою спеціалізацією лікарні, вищим рівнем технологічного оснащення та більш комплексним підходом до лікування пацієнтів у невідкладних станах. У той же час КНП «МКБЛ № 25» ХМР демонструє стабільне зростання витрат, що свідчить про поступове підвищення якості та інтенсивності медичного обслуговування екстрених випадків.

Отже, в обох закладах у 2025 році відбулося збільшення вартості наданих медичних послуг за екстреними випадками, що прямо корелює з більш активним застосуванням діагностичних та лікувальних процедур, які оплачуються з Програми медичних гарантій. Такий тренд свідчить про покращення комплексності медичної допомоги пацієнтам, які звертаються з екстреними станами, і вказує на підвищення ефективності використання ресурсів у межах фінансування системи охорони здоров'я. При цьому значущі відмінності у рівні та динаміці витрат між лікарнями відображають різний профіль їх діяльності та потенційно різні можливості у наданні екстреної медичної допомоги.

Зростання вартості одного випадку надання медичних послуг, а також збільшення витрат, оплачених з Програми медичних гарантій, свідчить про активніше застосування діагностичних досліджень, медичних маніпуляцій і втручань під час екстреної допомоги. Це відображає прогрес у покращенні доступності та якості медичних послуг, що є ключовим аспектом ЦСР 3.8 – забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я (Universal Health Coverage). Крім того, підвищення витрат на екстрені випадки відповідає цілям ЦСР 3.d, які спрямовані на посилення підготовленості систем охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій. Збільшення ресурсів, спрямованих на екстрену медичну допомогу, покращує здатність лікарень оперативно реагувати на невідкладні стани, що є важливим компонентом системи безпеки здоров'я. Показник 3.9.1 – «Частка витрат населення у загальних видатках на охорону

здоров'я, %», який є проксі для оцінки фінансової захищеності громадян, у цьому контексті може бути інтерпретований через призму фінансування медичних послуг з державних програм, що зменшує навантаження на населення. Зростання оплати з Програми медичних гарантій вказує на зменшення прямого фінансового тягаря для пацієнтів, що є критерієм покращення фінансової доступності медичної допомоги. Отже, аналіз фінансових показників лікарень у Харківській області демонструє позитивні зрушення у напрямку досягнення ЦСР № 3, зокрема у сфері підвищення якості, доступності та фінансової захищеності медичної допомоги. Водночас ці дані слугують важливою базою для подальшого моніторингу та оцінки впливу гуманітарних і системних втручань на покращення здоров'я населення та зміцнення системи охорони здоров'я в регіоні.

Після детального аналізу фінансових показників та вартості медичних послуг за екстремними випадками, наступним етапом дослідження є оцінка змін у показниках смертності у високопрофільній лікарні Харкова (Рисунок 3.13). Цей аналіз також спрямований на оцінку прогресу у досягненні Цілі сталого розвитку № 3 – «Міцне здоров'я і благополуччя», зокрема в контексті у досягненні показників 3.6.1 – «Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків на 100 000 населення» що є проксі-індикаторами для завдань SDG 3.d (Health Emergency Preparedness). Аналіз було здійснено виключно для обласної лікарні, оскільки у МКБЛ №25 кількість випадків смертей протягом досліджуваного періоду залишалася на рівні нуля. Аналіз змін у показниках смертності в КНП ХОР «ОКЛ» Харкова до 2024 року та після реалізації проекту комплексного навчання персоналу з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги демонструє незначне збільшення як загальної смертності, так і смертності серед осіб працездатного віку (15–64 роки).

Загальний показник смертності зріс із 4,03 % у 2024 році до 4,49 % у 2025 році, тоді як смертність у віковій групі 15–64 років зросла з 2,62 % до 2,90 % відповідно. Проте статистичний аналіз із застосуванням χ^2 -тесту свідчить про відсутність значущих змін у рівнях смертності. Значення p-value для загальної смертності становить 0,7517, що значно перевищує загальноприйнятий поріг

значущості (0,05), вказуючи на те, що підвищення показника ймовірно є випадковим. Для смертності у віковій групі 15–64 років p -value дорівнює 0,0638, що наближається до порогового значення, але все ще не свідчить про статистично значущу різницю (рис. 3.11).

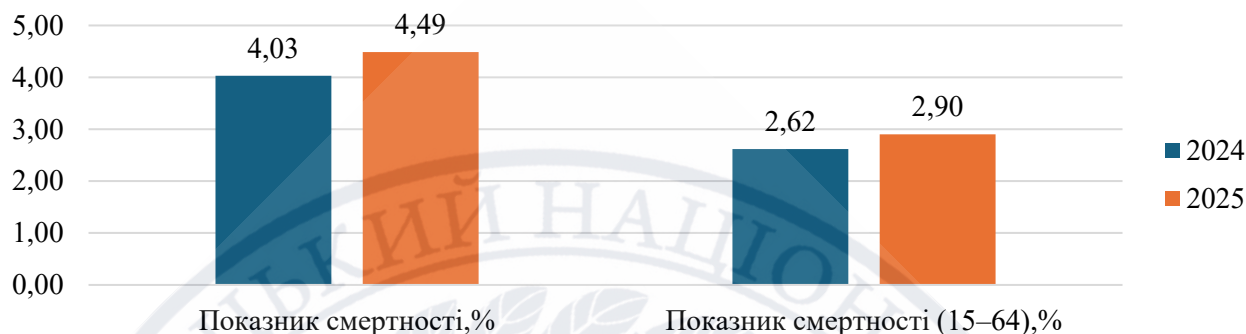


Рисунок 3.11 – Показники смертності (%) у КНП ХОР «ОКЛ» за 2024 та 2025 роки: загальна смертність та смертність у віковій групі 15–64 роки».

Створено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: побудовано автором на основі [1].

Ці результати свідчать про те, що, хоча після впровадження навчального проєкту спостерігається тенденція до зростання смертності, вона не є статистично обґрунтованою. Це свідчить, що реалізація проєкту комплексного навчання персоналу з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги не призвела до зниження показників смертності, а отже, не наблизила досягнення цілі сталого розвитку SDG 3.6.1. Можливі причини відсутності покращень є різноманітними. По-перше, може бути надто рано оцінювати ефективність проєкту, оскільки зміна клінічних практик та покращення якості екстреної допомоги потребують більше часу для впровадження і стійких результатів. По-друге, існують потенційні організаційні бар'єри, такі як недостатній рівень ресурсного забезпечення, обмеження у кадровому складі або неузгодженість між навчальними програмами і реальними клінічними протоколами. По-третє, можливі помилки у моніторингу та зборі даних, неточність у класифікації випадків або недостатня статистична потужність дослідження можуть впливати на інтерпретацію результатів.

Для оцінки впливу гуманітарних проєктів у складних умовах, зокрема в умовах збройного конфлікту в Україні, важливо обирати такі проксі-показники, які максимально точно відображають реальні зміни у відповідних сферах впливу — здоров'я, освіти, економічній стабільності, соціальній захищеності, доступі до базових послуг, безпеці, працевлаштуванні та якості навколишнього середовища — в рамках багатовимірного добробуту. Водночас ці показники мають бути доступними для оперативного отримання та аналітичної обробки. Обрані у цьому дослідженні показники, зокрема фінансові надходження та структура джерел фінансування, кадрові зміни, динаміка надання медичних послуг, зокрема екстреної допомоги, а також зміни у показниках смертності — є ключовими індикаторами, що дають змогу комплексно оцінити ефективність впроваджених гуманітарних втручань у домені здоров'я.

Фінансова складова демонструє не лише обсяги ресурсів, які залучені до системи підтримки населення, але й рівень її фінансової стійкості та диверсифікації. Кадрові показники — чисельність, структура персоналу і рівень оплати праці — відображають стабільність та мотивацію працівників у ключових сферах (зокрема охорона здоров'я, освіта, соціальні служби), що є основним ресурсом системи добробуту населення. Стабільність загальної кількості фахівців у поєднанні зі зростанням оплати праці свідчить про спрямованість на збереження кваліфікованих кадрів, хоча і вказує на потенційні виклики у довгостроковій мотивації персоналу. Динаміка надання послуг — особливо екстреної медичної допомоги, освітніх програм, соціальної підтримки — є прямим маркером доступності та якості допомоги у кризових умовах. Зростання кількості та вартості екстрених випадків у медичній сфері, а також зміни у доступі до інших соціальних послуг відображають посилення здатності системи задовольняти потреби населення, що відповідає цілям ЦСР (зокрема 3, 4, 8, 10).

Аналіз показників смертності, рівня освіти, зайнятості та соціального захисту є критичним для оцінки такого цільовий стану у ЦСР, як здоров'я. Такі показники слід розглядати у довгостроковій перспективі, адже покращення

соціальних і клінічних результатів часто потребує тривалого часу для формування сталих змін.

Використання цих проксі-показників дозволяє подолати основні виклики, притаманні моніторингу гуманітарних проєктів у кризових умовах: часові затримки офіційної статистики, обмеженість доступу до детальних даних, а також необхідність інтеграції різнорівневих джерел інформації. Комбінований підхід, що включає аналіз фінансових, кадрових, клінічних, освітніх, соціальних та демографічних показників, дає змогу отримати більш об'єктивну та всебічну оцінку впливу проєктів, сприяє прийняттю обґрунтованих управлінських рішень і плануванню подальших втручань.

Висновки до третього розділу

1. Впровадження додаткових проксі-показників для оцінки гуманітарних проєктів є необхідним для підвищення точності та оперативності моніторингу. Вони краще відображають реальні зміни у сфері охорони здоров'я, зокрема фінансову стійкість, якість послуг та кадровий потенціал. Такий комплексний підхід сприяє своєчасному коригуванню стратегій, підвищенню ефективності втручань та наближенню досягнення Цілей сталого розвитку, особливо SDG 3.8 і 3.d.

2. Застосування комплексного набору проксі-показників, що охоплюють фінансові, кадрові, клінічні, соціальні та демографічні аспекти, є ключовим для об'єктивної оцінки результатів гуманітарних проєктів у складних кризових умовах. Так, у КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» кількість загальних випадків лікування знизилась із 494 до 372, але екстрені звернення зросли більш ніж у 14 разів — з 10 до 148, а вартість екстрених послуг збільшилась із 12 000 до 15 000 грн за випадок, що свідчить про підвищення складності та якості медичної допомоги. У КНП МКБЛ № 25 кількість випадків майже не змінилась, а вартість екстрених послуг зросла з 7 000 до 10 000 грн. Аналіз смертності показав незначне зростання загальної смертності (4,03 % до

4,49 %) та смертності серед 15–64 років (2,62 % до 2,90 %), але статистично значущих змін не виявлено ($p > 0,05$). Використання таких релевантних і реалістичних проксі-показників забезпечує всебічну оцінку ефективності проєктів, сприяє прийняттю зважених управлінських рішень і наближає досягнення Цілей сталого розвитку.



ВИСНОВКИ

1. Управління гуманітарними проєктами у міжнародному середовищі забезпечуються кластерною системою та Циклом гуманітарного реагування (НРС). Реформа 2005 року інституціалізувала лідерство секторів і стандарти обміну даними. Український контекст після 2022 року підтвердив ефективність кластерів як платформи для інтегрованого планування гуманітарної відповіді.

2. Аналіз реалізації гуманітарних проєктів засвідчує необхідність багаторівневої, триангуляційної оцінки. Отже, поєднання глобальних індикаторів, JEE/SPAR і HeRAMS із ретельним добором проєксі, дедуплікацією та контекстуалізацією забезпечує валідну оцінку ефективності та узгодженість із заходами в масштабах держави.

3. Оцінювання результативності гуманітарних проєктів у сфері охорони здоров'я Харківської області обмежується системними бар'єрами, що зумовлює фрагментацію, знижує порівнюваність і підзвітність, посилює ризики упередженості, а часові лаги й надмірна агрегованість погіршують оперативність управлінських рішень.

4. Стратегічні напрями вдосконалення управління гуманітарними проєктами в Україні мають базуватися на інтеграції багаторівневих індикаторів, що відображають як локальний контекст, так і глобальні цілі сталого розвитку, зокрема ЦСР 3.8 та 3.d. Впровадження нових, адаптивних індикаторів, дозволить підвищити релевантність і своєчасність даних.

5. Інтеграція дашбордів ОСНА/Health Cluster із транзакційною звітністю НСЗУ підвищує прозорість, своєчасність і зіставність, дозволяючи відстежувати покращення системи за рахунок низького фінансового тягаря. Триангуляція УНС-індикаторів з фінансовою стійкістю лікарень і показниками невідкладної допомоги підсилює обґрунтованість рішень і узгодженість заходів.

6. Визначені бар'єри у системі моніторингу, оцінки та звітування гуманітарних проєктів в Україні суттєво обмежують якість та релевантність

зібраних даних, що впливає на ефективність прийняття рішень і прозорість звітності.

7. Стратегічне вдосконалення управління гуманітарними проектами в Україні вимагає фундаментальної зміни парадигми оцінювання: переходу від формальної звітності до вимірювання реального впливу на компоненти добробуту залежно від ЦСР.

8. Рекомендовано застосовувати проксі-показники, що охоплюють фінансові, кадрові та клінічні аспекти, оскільки саме вони найкраще відображають реальні зміни у відповідних сферах впливу гуманітарних проектів.. Результати апробації доводять необхідність використання розроблених проксі-показників, оскільки вони забезпечують глибшу оцінку перебігу проекту в спеціальних умовах. На відміну від стандартної звітності, застосування нових метрик дозволило виявити приховану інтенсифікацію допомоги: зафіксовано зростання вартості екстреного випадку до 15 тис. грн та збільшення лікарського складу на 32,7%, що свідчить про якісну трансформацію послуг. Більше того, саме спеціалізовані індикатори дозволили коректно інтерпретувати відсутність статистично значущих змін смертності ($p > 0,05$) на тлі 14-кратного зростання потоку важких хворих. Це підтверджує, що запропонована система оцінювання є більш чутливою до специфіки кризового реагування та значно точніше відображає реальну ефективність гуманітарних втручань.

СПИСОК ИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дані ЕСОЗ щодо госпіталізацій за діагнозами МКХ-10 у КНП «Обласна клінічна лікарня» та КНП «МКБЛ № 25» за вказані періоди 2024–2025 років}. 2025. URL: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.30453734.v1> .
2. Деякі питання забезпечення досягнення Цілей сталого розвитку в Україні: Розпордження Кабінету Міністрів України від 29.11.2024 р. № 1190-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-zabezpechennia-dosiahnennia-tsilei-staloho-rozvytku-v-ukraini-i291124-1190> (дата звернення: 01.10.2025) .
3. Дієтрих О., Петерс Т., Сент-Фар Гарно В. та ін. An Open-Source Tool for Mapping War Destruction at Scale in Ukraine using Sentinel-1 Time Series // arXiv. 2024. URL: <https://arxiv.org/abs/2406.02506> (дата звернення: 01.10.2025).
4. Звіт про спільну зовнішню оцінку основних можливостей Міжнародних медико-санітарних правил України. Женева: ВООЗ, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-2019.6> (дата звернення: 03.10.2025) .
5. Індикатор 3.8.1: Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я. Світовий банк. 2023. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.SRVS.CV.XD> (дата звернення: 03.10.2025). Індикатор 3.8.1.
6. Інструмент самооцінки державами-учасницями (e-SPAR). Женева: ВООЗ, 2022. URL: <https://extranet.who.int/e-spar/> (дата звернення: 03.10.2025).
7. Міністерство економіки оприлюднило добровільний національний огляд щодо цілей сталого розвитку. Київ: Мінекономіки України, 2023. URL: <https://me.gov.ua/News/Detail?lang=uk-UA&id=b9157c23-7066-4dd1-968f-1f1d0a4da4ad> (дата звернення: 03.10.2025).
8. Національна доповідь CSR України / Кабінет Міністрів України. Київ, 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/natsionalna-dopovid-csr-Ukrainy.pdf> (дата звернення: 29.09.2025).

9. Національна служба здоров'я України. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою “Медичні гарантії” [Інтерактивний дашборд]. Київ: НСЗУ, 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/oplati-nadavacam-medicnoyi-dopomogi-za-programoiu-me> (дата звернення: 13.11.2025).

10. Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року: резолюція, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 25 вересня 2015 р. URL: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (дата звернення: 03.10.2025).

11. Про внесення змін до Регламенту Кабінету Міністрів України: постанова Кабінету Міністрів України від 18 липня 2007 р. № 950. Офіційний вісник України. 2007. № 52. Ст. 2099.

12. Про утворення міжвідомчої робочої групи з питань забезпечення досягнення цілей сталого розвитку: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.08.2023 № Т-290823. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennia-mizhvidomchoi-robochoi-hrupy-z-pytan-zabezpechennia-dosiahnennia-tsilei-staloho-t290823> (дата звернення: 01.10.2025). міжвідомчої робочої .

13. Сайт цілей сталого розвитку в Україні. Київ: Держстат України, 2023. URL: <https://sdg.ukrstat.gov.ua/uk/> (дата звернення: 03.10.2025).

14. Статистика наданих послуг за договорами із НСЗУ [Інтерактивний дашборд]. Київ: НСЗУ, 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanix-poslug-za-dogovorami-iz-nszu-pr> (дата звернення: 13.11.2025). України.

15. Тринадцята загальна програма роботи 2019–2023. Женева: ВООЗ, 2018. URL: <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019-2023> (дата звернення: 03.10.2025)

16. Цілі сталого розвитку. Ціль 3: Забезпечити здорове життя та сприяти добробуту для всіх у будь-якому віці [Електронний ресурс] / ООН. 2024. URL: <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (дата звернення: 03.10.2025).

17. Цілі сталого розвитку: альбом. Київ: Кабінет Міністрів України, 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/ind.80/bookmtd-goalsalbum110pagesok-3.pdf> (дата звернення: 03.10.2025).
18. Цілі сталого розвитку: Україна: Національна доповідь 2017. Київ: Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, 2017. 176 с. URL: <https://ukraine.un.org/uk/SDGs> (дата звернення: 03.10.2025).
19. Ціль 3.9.1: Сайт цілей сталого розвитку в Україні. Київ: Держстат України, 2023. URL: <https://sdg.ukrstat.gov.ua/uk/3-9-1/> (дата звернення: 03.10.2025).
20. Чотирнадцята загальна програма роботи 2025–2028: Проєкт. Женева: ВООЗ, 2024. URL: <https://www.who.int/about/what-we-do/fourteenth-general-programme-of-work-2025-2028-draft> (дата звернення: 03.10.2025).
21. 10 things you should know about the humanitarian situation in Ukraine. [S. 1.]: NRC, 2025. URL: <https://www.nrc.no/perspectives/2025/10-things-you-should-know-about-the-humanitarian-situation-in-ukraine> (дата звернення: 29.09.2025).
22. Achievements Report 2022. [S. 1.]: EU4Youth, 2023. URL: <https://euneighbourseast.eu/wp-content/uploads/2023/06/eu4youth-achievements-report-2022-final-1.pdf> (дата звернення: 29.09.2025).
23. ActivityInfo Ukraine Platform Guide. [S. 1.]: ActivityInfo, 2024. URL: <https://www.activityinfo.org/ukraine> (дата звернення: 03.10.2025).
24. Altare C., Weiss W., Ramadan M. et al. Measuring results of humanitarian action: adapting public health indicators to different contexts. *Confl Health*. 2022. Vol. 16. Article 54. DOI: 10.1186/s13031-022-00487-5.
25. Assessment fatigue in Ukraine: A growing concern. ACAPS Thematic Report. Geneva: ACAPS, 2023. URL: https://www.acaps.org/fileadmin/Data_Product/Main_media/20230515_acaps_thematic_report_ukraine_assessment_fatigue.pdf (дата звернення: 27.05.2024).
26. Benchmarks for Strengthening Health Emergency Capacities [Електронний ресурс] / WHO. URL: <https://extranet.who.int/sph/who-benchmarks-strengthening-health-emergency-capacities> (дата звернення: 09.10.2025).

27. Call for communication: Ukraine Round 1 Survey (March 2023). [S. 1.]: Ground Truth Solutions, 2023. URL: https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2023/07/GTS_Ukraine_R1_March_2023.pdf (дата звернення: 29.09.2025).
28. Cluster Coordination Reference Module. 3rd edition. Geneva: IASC, 2020. 72 p. URL: <https://interagencystandingcommittee.org> (дата звернення: 29.09.2025).
29. Daky O., O'Bagy J. Remote Management in Ukraine: Challenges and Opportunities for Localization. Kyiv: Kyiv School of Economics Institute, 2024. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2024/02/Remote_Management_Report.pdf (дата звернення: 12.05.2024).
30. Data integration challenges in humanitarian response. Kyiv: UNDP Ukraine, 2024. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/en/home/library/data-integration.html> (дата звернення: 03.10.2025).
31. Dubas-Jakóbczyk K., Kocot E., Tambor M. et al. The association between hospital financial performance and the quality of care – a scoping review protocol. Systematic Reviews. 2021. Vol. 10, No. 221. DOI: 10.1186/s13643-021-01778-3.
32. Dye C. Health and economic development: Expanded health systems for sustainable development. Science. 2018. Vol. 359(6382). P. 1337–1339. DOI: 10.1126/science.aaq1081.
33. Enock Rukundo, Sune Dueholm Müller, David K. Tumusiime et al. HMIS Support for Child Nutrition and Growth: Lessons Learned from Rwanda. Research Square. 2024. PREPRINT (Version 1). DOI: 10.21203/rs.3.rs-5209967/v1.
34. e-SPAR database. WHO. 2025. URL: <https://extranet.who.int/e-spar/> (дата звернення: 09.10.2025).
35. Evaluation of Humanitarian Action Guide. London: ODI/ALNAP, 2016. 174 p. URL: <https://www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-guide> (дата звернення: 29.09.2025).

36. Evaluation of Level 3 Response in Ukraine. Geneva: UNHCR, 2023. URL: <https://www.unhcr.org/publications/evaluation-unhcr-s-level-3-response-ukraine> (дата звернення: 09.10.2025).
37. Evaluation of UNICEF's Humanitarian Cash Transfer Response to Ukraine Crisis. Київ: UNICEF Ukraine, 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/hct-response-study-2024> (дата звернення: 29.09.2025).
38. Falb K., Kullenberg S., Yuan C. T. et al. Five recommendations to advance implementation science for humanitarian settings: the next frontier of humanitarian research. *Confl Health*. 2024. Vol. 18. Article 41. DOI: 10.1186/s13031-024-00597-2.
39. Gaps and Needs Analysis (GNA) 2024. Kyiv: Logistics Cluster Ukraine, 2024. URL: https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/logcluster-web-prod-files/public/2024-12/Logistics%20Cluster_Ukraine_GNA_report_2024_241226.pdf (дата звернення: 29.09.2025).
40. Garchitorena A., Miller A. C., Cordier L. F. et al. District-level health system strengthening for universal health coverage: evidence from a longitudinal cohort study in rural Madagascar, 2014-2018. *BMJ Global Health*. 2020. Vol. 5. e003647. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003647.
41. Global Humanitarian Overview (GHO) 2024. Женева: ОСНА, 2024. URL: <https://gho.unocha.org/> (дата звернення: 03.10.2025).
42. Global Protection Cluster. Chapter 2: Humanitarian Programme Cycle. [S. l.]: Global Protection Cluster, 2025. URL: https://globalprotectioncluster.org/sites/default/files/2025-06/02_humanitarian_programme_cycle_designed.pdf (дата звернення: 29.09.2025).
43. Guidance on the Humanitarian Programme Cycle for Protection Clusters. [S. l.]: Global Protection Cluster / UNHCR, 2024. URL: <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/Global%20Protection%20Cluster%20%20Guidance%20on%20the%20Humanitarian%20Programme%20Cycle%20for%20Protection%20Clusters.pdf> (дата звернення: 29.09.2025).

44. Health Cluster. (2025). Ukraine Health Cluster Partners Training Calendar 2025. URL: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizGlyZmU2NjgtODFhNi00ZTlhLWlZOWItYTlkYTlhNTc3ZWEzIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsmiOjh9> (дата звернення: 03.10.2025).
45. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Женева: WHO, 2019. 56 с.
46. Health Resources and Services Availability Monitoring System (HeRAMS) [Електронний ресурс] / WHO. URL: <https://www.who.int/initiatives/herams> (дата звернення: 09.10.2025).
47. HeRAMS Ukraine Baseline Report 2023: Operational status of the health system, November 2022 - May 2023. Kyiv: WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/initiatives/herams> (дата звернення: 09.10.2025).
48. HeRAMS Ukraine comparative analysis report January 2024 versus January 2025. Kyiv: WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/herams-ukraine-comparative-analysis-report-jan-2024-vs-jan-2025-en> (дата звернення: 09.10.2025).
49. HeRAMS Ukraine status update snapshot February 2025 (Ukrainian version). Kyiv: WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/herams-ukraine-status-update-snapshot-2025-02-ua> (дата звернення: 09.10.2025).
50. Hogan D. R., Stevens G. A., Hosseinpoor A. R., Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Global Health*. 2018. Vol. 6(2). P. e152–e168. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30472-2.
51. Holloway K. The Digital Divide in Humanitarian Response: Lessons from Ukraine. London: ODI, 2023. 28 p. URL: <https://odi.org/en/publications/digital-divide-ukraine> (дата звернення: 18.05.2024).
52. How Humanitarian Coordination Response Works in Kherson and Mykolaiv oblasts. [S. l.]: Legal Development Network, 2024. URL: <https://ldn.org.ua/en/event/how-humanitarian-coordination-response-works-in-kherson-and-mykolaiv-oblasts/> (дата звернення: 29.09.2025).

53. Humanitarian Aid for Ukraine: ServiceNow-based Supply Chain for Humanitarian Assistance. [S. 1.]: Teiva Systems / MEDUA Aid, 2023. URL: <https://teivasystems.com/case-studies/medua-supply-chain-for-humanitarian-assistance> (дата звернення: 29.09.2025).
54. Humanitarian Programme Cycle (HPC) – landing page / guidance document. [S. 1.]: CCCM Cluster, 2024. URL: https://www.cccmcluster.org/sites/default/files/2024-04/5_-hpc-landing_page_1.pdf (дата звернення: 29.09.2025).
55. Humanitarian Programme Cycle (HPC) Tools. New York: OCHA, 2023. URL: <https://www.humanitarianresponse.info> (дата звернення: 29.09.2025).
56. Humanitarian Response Plan: Ukraine 2023–2024. Geneva: OCHA, 2023. 146 p. URL: <https://response.reliefweb.int/ukraine> (дата звернення: 29.09.2025).
57. Improving hospital readiness for mass casualty incidents: experiences from Lebanon and Jordan. Женева: ICRC, 2020. 24 с.
58. Indicator 9A706FD. WHO. URL: <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD> (дата звернення: 09.10.2025).
59. Indicator FDBB8E8 [Електронний ресурс] / WHO. URL: <https://data.who.int/indicators/i/9A84EA5/FDBB8E8> (дата звернення: 09.10.2025).
60. Key Operational IASC Guidance. [S. 1.]: IASC, 2023. URL: https://emergencymanual.iom.int/sites/g/files/tmzbd11956/files/2023-04/key_operational_iasc_guidance_executive_and_operational_summaries.pdf (дата звернення: 29.09.2025).
61. Knox Clarke P. Report on the efficiency of the humanitarian response in Ukraine. London: ALNAP, 2022. URL: <https://www.alnap.org/help-library/ukraine-response-efficiency> (дата звернення: 20.05.2024).
62. Konrad R., Sorokotyaha S., Walker D. Humanitarian response by grassroots associations during a military conflict. Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management. 2024. Vol. 14(2). P. 140–159. DOI: 10.1108/JHLSCM-06-2022-0075.

63. Kruk M. E., Ling E. J., Bitton A. et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ*. 2018. Vol. 357. j2323. DOI: 10.1136/bmj.j2323.
64. Kuzior A., Krawczyk D., Didenko I., Sidelnik N., Vasylieva T. Interaction between health insurance, household income, and public health financing in Ukraine. *Problems and Perspectives in Management*. 2022. Vol. 20, No. 4. P. 436–450. DOI: 10.21511/ppm.20(4).2022.33.
65. Ladadwa R., Hariri M., Alatras M. M. et al. Health information management systems and practices in conflict-affected settings: the case of northwest Syria. *Global Health*. 2024. Vol. 20. Article 45. DOI: 10.1186/s12992-024-01052-w.
66. Language barriers in the humanitarian response in Ukraine. [S. 1.]: Translators Without Borders, 2022. URL: <https://translatorswithoutborders.org/ukraine-language-assessment> (дата звернення: 02.06.2024).
67. Li X., Mohanty I., Zhai T. et al. Catastrophic health expenditure and its association with socioeconomic status in China: evidence from the 2011–2018 China Health and Retirement Longitudinal Study. *Int J Equity Health*. 2023. Vol. 22. Article 194. DOI: 10.1186/s12939-023-02008-z.
68. Making Cash for Shelter Work in Ukraine. [S. 1.]: ZOA International, 2024. URL: <https://www.zoa-international.com/paper-making-cash-for-shelter-work-in-ukraine> (дата звернення: 29.09.2025).
69. Martins A. L. J., Paes-Sousa R. The paradox of growing technical capacities with low global governance: a review of Voluntary National Reviews' SDG health-related indicators. *Global Health*. 2024. Vol. 20. Article 50. DOI: 10.1186/s12992-024-01051-x.
70. Masefield S. C., Megaw A., Barlow M. et al. Repurposing NGO data for better research outcomes: a scoping review of the use and secondary analysis of NGO data in health policy and systems research. *Health Research Policy and Systems*. 2020. Vol. 18, No. 63. DOI: 10.1186/s12961-020-00577-x.
71. Metadata on SDG 3.d.1. New York: UN Statistics Division, 2024. URL: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0D-01.pdf> (дата звернення: 09.10.2025).

72. Methodological recommendations on monitoring and evaluation (M&E) of the effectiveness of strategy, programme and project implementation (Ukraine). Kyiv: EU NEIGHBOURS east / UNDP, 2023. URL: <https://euneighbourseast.eu/news/publications/ukraine-methodological-recommendations-on-monitoring-and-evaluation-me-of-the-effectiveness-of-strategy-programme-and-project-implementation/> (дата звернення: 01.10.2025).

73. Molnár D. E., Pallay K., Molnar D. I., Darcsi K. Refugee situation in Ukraine and the situation of temporary internally displaced persons in the border settlements of the Berehove district in 2022. *Tér és Társadalom*. 2023. Vol. 37, No. 4. P. 82–99. DOI: 10.17649/TET.37.4.3497.

74. Monitoring and Evaluation (M&E) [Електронний ресурс] / ALNAP. 2019. URL: <https://alnap.org/help-library/monitoring-and-evaluation-me> (дата звернення: 29.09.2025).

75. Muhoza P., Saleem H., Faye A. et al. Key informant perspectives on the challenges and opportunities for using routine health data for decision-making in Senegal. *BMC Health Serv Res*. 2021. Vol. 21. Article 594. DOI: 10.1186/s12913-021-06610-1.

76. Multi-year Strategy 2025–2027: Ukraine Strategy. Київ: UNHCR Ukraine, 2025. URL: <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/2025-01/Ukraine%20-%20Strategy%202025.pdf> (дата звернення: 29.09.2025).

77. Occupied Palestinian Territory Humanitarian Fund Annual Report 2023. [S. l.]: OCHA oPt, 2024. URL: <https://www.ochaopt.org/content/occupied-palestinian-territory-humanitarian-fund-annual-report-2023> (дата звернення: 03.10.2025).

78. OCHA Humanitarian Dashboards – Ukraine. [S. l.]: OCHA, 2023. URL: <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/ukraine> (дата звернення: 03.10.2025).

79. OECD DAC Criteria for Evaluating Development Assistance. Paris: OECD Publishing, 2019. 24 p.

80. OneGMS: All-in-one platform for OCHA's humanitarian funds. New York: OCHA, 2024. URL: <https://www.un.org/en/delegate/onegms-all-one-platform-ocha%E2%80%99s-humanitarian-funds> (дата звернення: 29.09.2025).

81. Owolabi O. R., Olatoye F. O., Elufioye O. A., Okunade B. Reviewing healthcare financial management: Strategies for cost-effective care. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2024. Vol. 21, No. 02. P. 958–966. DOI: 10.30574/wjarr.2024.21.2.0523.

82. Post-distribution monitoring of humanitarian cash transfers in frontline areas in Q4 2023. Київ: UNICEF, 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/post-distribution-monitoring-of-humanitarian-cash-transfers> (дата звернення: 29.09.2025).

83. Ramalingam B., Wild L., Buffardi A. L. Making adaptive rigour work: Principles and practices for strengthening M&E for adaptive management. ODI Working Paper. 2023. No. 563. URL: <https://odi.org/en/publications/making-adaptive-rigour-work> (дата звернення: 23.05.2024).

84. Raymond N. A., Al Achkar Z., Hamelecke W. Digital threats to humanitarian action: Data protection and cybersecurity in armed conflict. [S. l.]: The engine room, 2022. URL: <https://www.theengineroom.org/digital-threats-humanitarian-action/> (дата звернення: 15.05.2024).

85. REACH MSNA Ukraine Methodology. [S. l.]: REACH, 2024. URL: <https://www.reach-initiative.org/ukraine-msna> (дата звернення: 03.10.2025).

86. Real-time evaluation of humanitarian response in Ukraine. [S. l.]: Groupe URD, 2022. URL: <https://www.urd.org/en/publication/report-of-the-evaluation-of-the-humanitarian-response-to-the-war-in-ukraine-2022> (дата звернення: 09.10.2025).

87. Results Report 2020–2021. Country Report: Ukraine. Женева: WHO, 2022. URL: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-2021/2021/ukraine> (дата звернення: 03.10.2025).

88. Reynolds C. W., Hsu P. J., Telem D. Implementation science in humanitarian assistance: applying a novel approach for humanitarian care

optimization. Implementation Sci. 2024. Vol. 19. Article 38. DOI: 10.1186/s13012-024-01367-7.

89. Risk communication, community engagement and infodemic management in humanitarian emergencies: lessons from the Ukraine war. Geneva: WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/28-02-2024-risk-communication--community-engagement-and-infodemic-management-in-humanitarian-emergencies--lessons-from-the-ukraine-war> (дата звернення: 29.09.2025).

90. SDG Indicators [Електронний ресурс] / UN Statistics Division. URL: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/> (дата звернення: 09.10.2025).

91. Shelter Cluster Ukraine IM Toolkit. Kyiv: Shelter Cluster, 2023. URL: <https://sheltercluster.org/ukraine/documents/im-toolkit> (дата звернення: 03.10.2025).

92. Stoddard A., Harvey P., Czwarno M., Breckenridge M.-J. Humanitarian Access in Ukraine: A review of the operational environment and the international response. [S. 1.]: Humanitarian Outcomes, 2023. URL: <https://www.humanitarianoutcomes.org/publications/humanitarian-access-ukraine> (дата звернення: 10.05.2024).

93. Strengthening Rapid Education Response Toolkit. [S. 1.]: Global Education Cluster, 2024. URL: <https://www.educationcluster.net/operational-support-0/toolkit/strengthening-rapid-education-response-toolkit> (дата звернення: 01.10.2025).

94. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: WHO / World Bank, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.global monitoring report. World .

95. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. Женева: WHO / World Bank, 2023. URL: <http://hdl.handle.net/10986/40348> (дата звернення: 03.10.2025).

96. UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) [Електронний ресурс] / WHO. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator->

[details/GHO/uhc-index-of-service-coverage](#) (дата звернення: 03.10.2025). (SDG 3.8.1).

97. Ukraine ACT201 Sub-Appeal: Response to the COVID-19 Pandemic in Ukraine. Женева: ACT Alliance, 2021. URL: <https://actalliance.org/wp-content/uploads/2021/11/Ukraine-ACT201-UKR.pdf> (дата звернення: 01.10.2025).

98. Ukraine Situation Appeal 2025. Київ: UNHCR Ukraine, 2025. URL: <https://data.unhcr.org/en/documents/download/114594> (дата звернення: 29.09.2025).

99. Ukraine Winter Response for Vulnerable Families with Children 2024/2025. Київ: UNICEF Ukraine, 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/winter-response-2024-2025> (дата звернення: 29.09.2025).

100. UN Ukraine SDG Progress Report 2024. Київ: UN Ukraine, 2024. URL: <https://ukraine.un.org/en/sdgs> (дата звернення: 03.10.2025). Progress Report .

101. Universal Health Coverage [Електронний ресурс] / WHO. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major> (дата звернення: 09.10.2025).

102. Updated damage assessment finds \$524 billion needed for recovery in Ukraine over next decade. Київ: UNDP Ukraine, 2024. URL: <https://www.undp.org/ukraine/press-releases/updated-damage-assessment-finds-524-billion-needed-recovery-ukraine-over-next-decade> (дата звернення: 29.09.2025). billion needed .

103. Winterization assistance 2024/2025 – Ukraine. Київ: UNICEF, 2024. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/winterization-assistance-2024-2025> (дата звернення: 29.09.2025).

104. World Health Organization; World Bank. 2023. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. © World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/40348> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



ДОДАТОК А

ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ №3
“МІЦНЕ ЗДОРОВ’Я І БЛАГОПОЛУЧЧЯ

SDG 3.8

Покращення доступу до
медичної допомоги та
фінансового захисту

SDG 3.d

Зміцнення готовності
системи охорони здоров’я до
надзвичайних ситуацій

SDG 3.9.1

Збільшення фінансування
від держави. Зниження
витрат родин

SDG 3.6.1

"Зменшення
смертності від
нешасних випадків

Навчальні програми

Тренінги та симуляції

Рисунок А1. Теорія змін. Розроблено автором.

ДОДАТОК Б

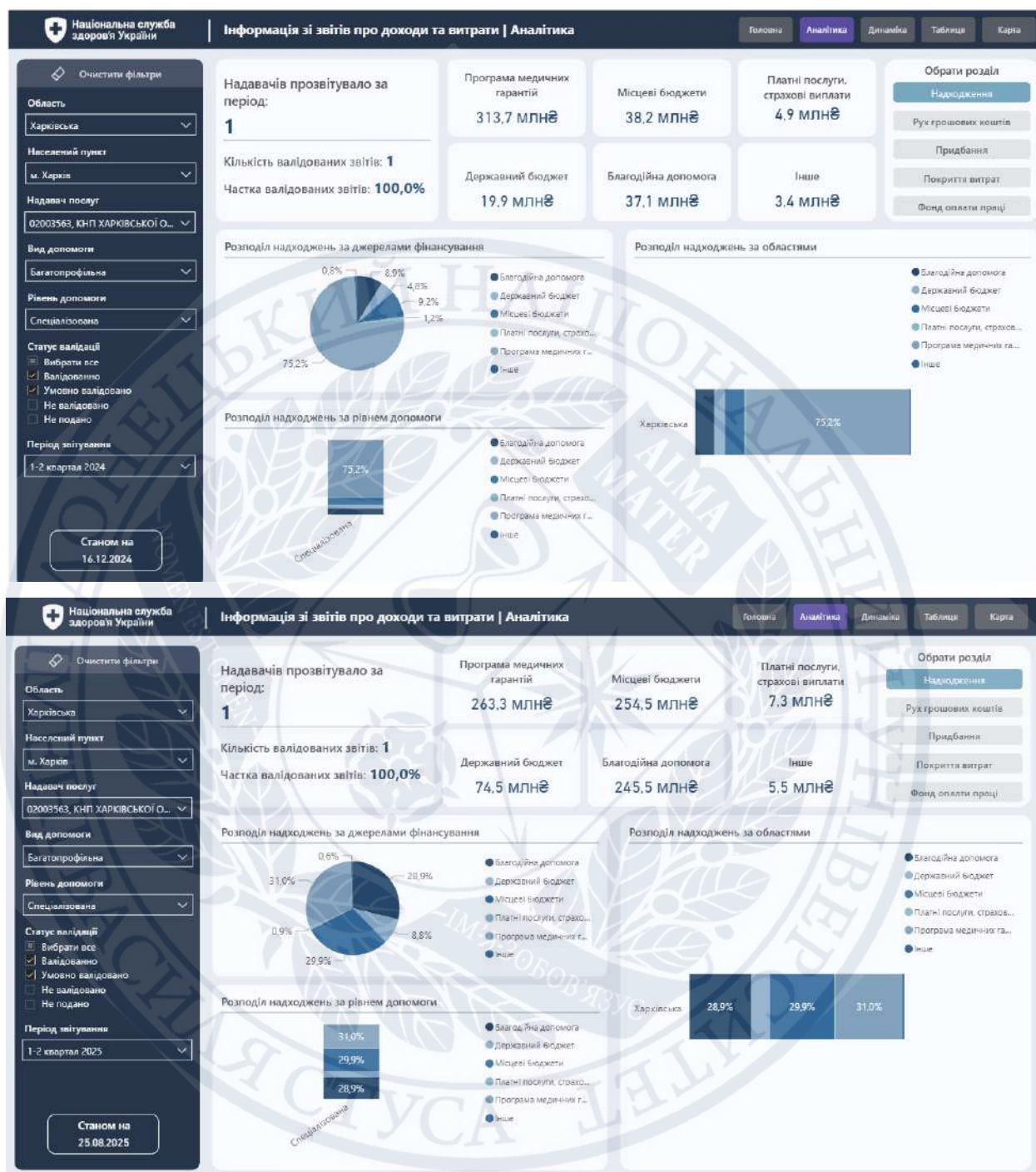


Рисунок Б1 – Структура доходів КНП «ОКЛ» у 2024–2025 роках відповідно до даних НСЗУ 2025 р. Створено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: [9].

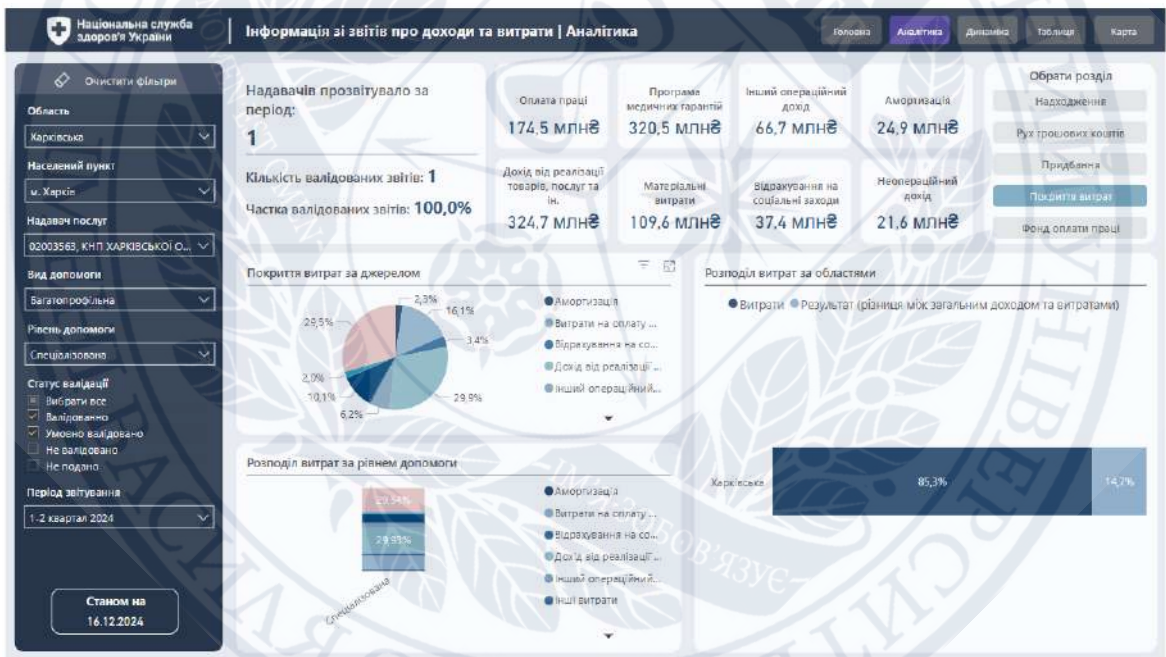
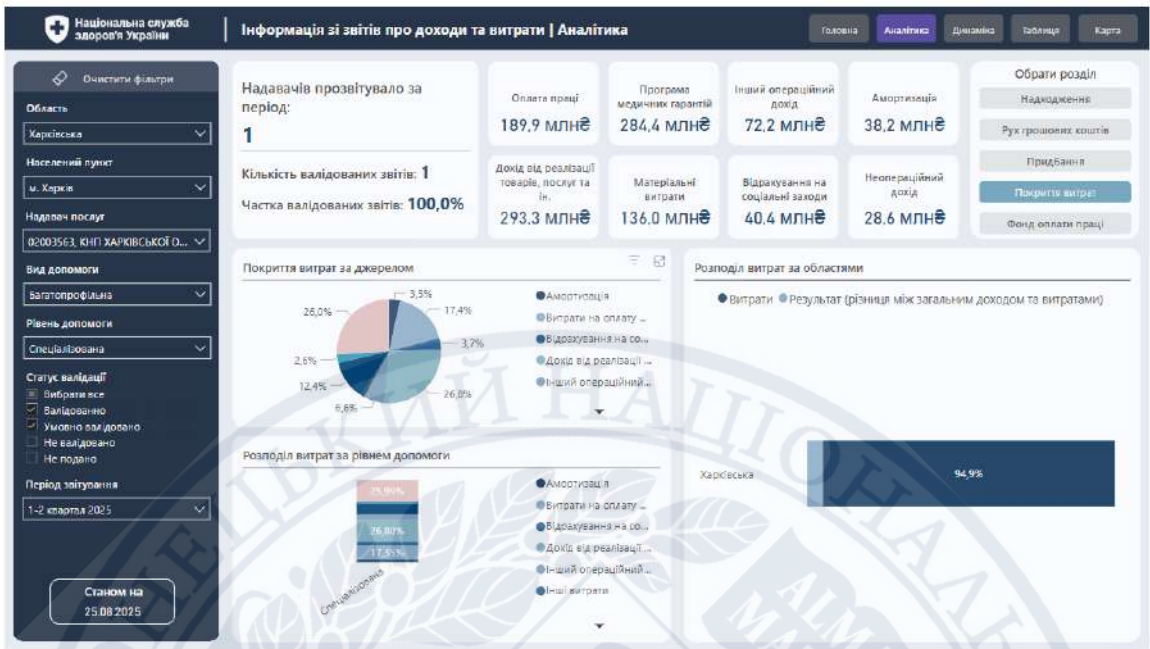


Рисунок Б2 – Порівняння структури витрат КНП “ОКЛ» у 2024–2025 роках відповідно до даних НСЗУ 2025 р. Створено автором на основі даних НСЗУ 2025 р

Джерело: [9].

ДОДАТОК В

Звернення до Національної служби здоров'я України

1. До: Національної служби здоров'я України

Від: Кондратюк Вячеслав Миколайович, [здобувач освіти, магістр 073], [Донецький національний університет імені Василя Стуса]

Дата: [21 09 2025]

Тема: Запит про доступ до публічної інформації – дані по травматичним випадкам (01.08.2024–30.09.2024) та (01.08.2025–30.09.2025)

2. Шановні пані та панове,

3. Відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації» прошу надати у форматі Excel (.xlsx) агреговані дані за період 01.08.2024–30.09.2024 для наступних діагностичних блоків МКХ-10: S00–S09; S10–S19; S20–S29; S30–S39; S70–S79; T00–T07; T08–T14; T66–T78; T79–T79; V01–V99 по наступних закладах:

4. КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», м. Харків

5. КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25», м. Харків

6. Просимо надати (агреговано, без персональних даних) по кожній комбінації заклад × кодова група × період наступні показники:

7. Кількість госпіталізацій у стаціонарі – визначення: випадки, що призвели до поступлення у стаціонар з основним або супутнім діагнозом у вказаних кодових групах.

8. Кількість госпіталізацій, оплачених пакетом «ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ» та загальна сума оплати (UAH) для цих випадків.

9. Кількість госпіталізацій поза Програмою медичних гарантій (ПМГ) (самофінансування, благодійність, інші джерела) та загальна сума витрат поза ПМГ (UAH).

10. Розподіл за способом надходження: доставлено бригадою екстреної медичної допомоги – кількість; самозвернення у невідкладному стані – кількість.

11. Кількість внутрішньолікарняних смертей серед цих госпіталізацій (будь ласка, вкажіть, чи смертність визначена за основним діагнозом або за будь-яким діагнозом у медичній карті).

12. Додаткові вимоги:

13. Розбивка за віковими групами: 0–4; 5–14; 15–24; 25–44; 45–64; 65–74; ≥75.

14. Формат відповіді: Excel (.xlsx). Рекомендована структура аркуша (колонки):

Заклад | Код групи | Вікова група | Кількість госпіталізацій | К-ть, оплачених ПМГ | Сума ПМГ (UAH) | К-ть поза ПМГ | Сума поза ПМГ (UAH) | Швидка (к-ть) | Самозвернення (к-ть) | Внутрішньолікарняні смерті.

• Якщо якісь дані не можуть бути надані у розрізі окремого закладу з причин захисту персональних даних або інших обмежень – прошу надати максимально можливу агрегацію та вказати правову підставу обмеження.

Мета запиту: незалежний епідеміологічний аналіз спроможності надання допомоги при травмі та оцінка фінансового навантаження на систему охорони здоров'я (виконання магістерської роботи).

Прошу надати відповідь у строки, передбачені чинним законодавством. Для зворотного зв'язку:

Кондратюк Вячеслав Миколайович

E-mail: kondratuk2007@gmail.com

Тел.: +380982771618

ДОДАТОК Г

Відповідь Національної служби здоров'я України


НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, тел.: (044) 426-67-77, (044) 290-06-91

 E-mail: info@nszu.gov.ua, сайт: www.nszu.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 42032422

від _____ 20__ р. № _____ На № _____ від _____ 20__ р.

Вячеславу КОНДРАТЮКУ

kondratuk2007@gmail.com

Шановний Вячеславе Миколайовичу!

Національна служба здоров'я України розглянула Ваші запити від 21.09.2025 № б/н та від 15.10.2025 № б/н та в межах компетенції повідомляє таке.

Надаємо у додатку до цього листа статистичну інформацію з електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) щодо кількості пролікованих випадків (госпіталізацій) за вказаними основними або додатковими діагнозами відповідно до наданих груп діагнозів за МКХ-10 по закладам КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» та КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» за періоди 01.08.2024 - 30.09.2024 та 01.08.2025 - 30.09.2025.

Звертаємо увагу, що оскільки медичний запис містить в собі один основний діагноз та декілька додаткових діагнозів, однозначне віднесення такого пролікованого випадку до наведених у запиті груп діагнозів може бути лише за основним діагнозом, натомість за додатковим діагнозом один і той же пролікований випадок може бути віднесений одночасно до деяких груп, які наведені у запиті.

При цьому вартість наданих послуг за Програмою медичних гарантій розраховується за один унікальний пролікований випадок в залежності від віднесення такого випадку до пакета медичних послуг та відповідної послуги в рамках пакета.

Керуючись наведеним, інформація надана за такими рівнями групування: рік, місяць, ЗОЗ, пакет медичних послуг, причина звернення (доставлені бригадою екстреної медичної допомоги, самозвернення, інші), тип виписки («смерть» або інші), вікова група пацієнта і містить інформацію про:

загальну унікальну кількість пролікованих випадків, які містять будь-який з діагнозів зі списку (основний або додатковий);

загальну унікальну кількість пролікованих випадків, які містять будь-який з діагнозів зі списку (основний або додатковий), які зараховані за Програмою медичних гарантій;

вартість наданих послуг за проліковані випадки, які містять будь-який з діагнозів зі списку (основний або додатковий), які зараховані за Програмою медичних гарантій;



СЕД АСКОД Національна служба здоров'я України
 ДОКУМЕНТ № 47693/10-10-23 від 21.10.2025
 Сертифікат 3FAA9288338ECC0030400000063AD2800224A0C00
 Підписувач Рибень Олександр Яковимирович
 дійсний з 04.12.2024 17:39:01 по 04.12.2026 17:39:01

загальну унікальну кількість пролікованих випадків, які містять будь-який з діагнозів зі списку у якості основного, які зараховані за Програмою медичних гарантій;

вартість наданих послуг за проліковані випадки, які містять будь-який з діагнозів зі списку у якості основного, які зараховані за Програмою медичних гарантій;

за наведеними групами діагнозів - загальну унікальну кількість пролікованих випадків, які містять будь-який з діагнозів з групи (основний або додатковий), у тому числі загальну унікальну кількість пролікованих випадків, які містять будь-який з діагнозів з групи у якості основного та загальну унікальну кількість пролікованих випадків, які містять будь-який з діагнозів з групи у якості додаткового.

Повідомляємо, що медичні послуги, які були надані за рахунок інших джерел (платно, за страховкою), на етапі визначення послуги не відносяться до пакетів медичних послуг за Програмою медичних гарантій.

При цьому, відповідно до даних ЕСОЗ був виявлений лише один медичний запис з наведеними у запиті діагнозами, який не був віднесений до жодного пакета медичних послуг за Програмою медичних гарантій.

Щодо медичних послуг, які були віднесені до пакета медичних послуг, але не були зараховані за Програмою медичних гарантій – це медичні записи, які містять невідповідності виявлені за результатом перевірки таких послуг (дублі, інші невідповідності, такі як записи про надані послуги пацієнту, який визнаний мертвим за даними ДРАЦС тощо).

Додаток: файл «Запит 2 лікарні_діагнози травми_20.10.2025» у форматі Excel.

Заступник Голови
з питань цифрового розвитку, цифрових
трансформацій і цифровізації

Олександр РЯБЕЦЬ