

Cite: Rynhach, Nataliia, & Shevchuk, Pavlo (2026). Rozrobka ta vprovadzhennia polityky okhorony zdorov'ia v krainakh kolyshnoi Yuhoslavii, shcho perezhlyly konflikty: dosvid dlia Ukrainy [Health Policy Development and Implementation in Post-Conflict Countries of the Former Yugoslavia: Insights for Ukraine]. *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika — Demography and Social Economy*, 2 (64), 3—21. <https://doi.org/10.15407/dse2026.02.003>



<https://doi.org/10.15407/dse2026.02.003>

УДК 314.84 (477)

JEL Classification: J11

НАТАЛІЯ РИНГАЧ, д-р наук з держ. упр., голов. наук. співроб.

Інститут демографії та досліджень якості життя імені Михайла Птухи НАН України
01032, Україна, Київ, бул. Т. Шевченка, 60

E-mail: n_rynkach@ukr.net

ORCID: 0000-0002-5916-3221

Scopus ID: 57203427877, 57203426714

ПАВЛО ШЕВЧУК, канд. екон. наук, старш. наук. співроб.

Інститут демографії та досліджень якості життя імені Михайла Птухи НАН України
01032, Україна, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 60

E-mail: pavlo-shevchuk@ukr.net

ORCID: 0000-0003-1158-4438

Scopus ID: 56845578800

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ КОЛИШНЬОЇ ЮГОСЛАВІЇ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ КОНФЛІКТИ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

Повномасштабне вторгнення РФ у 2022 р. призвело до суттєвого зниження доступності медичних послуг в Україні через порушення функціонування закладів охорони здоров'я (руйнування або обмеження режиму роботи в умовах небезпеки для життя, браку електро-, водо- та теплопостачання), дефіциту кадрів (унаслідок загибелі або вимушеної міграції медичних працівників). Війна порушила ключові процеси громадського здоров'я, зокрема вакцинацію та санітарно-епідеміологічний нагляд, погіршила фізичне та ментальне здоров'я населення, спричинила зростання передчасної смертності, якій можна було б запобігти. У повоєнний період Україна неминує зіткнеться з наслідками руйнування інфраструктури та виснаження ресурсів, що зумовлює не-

© Видавець ВД «Академперіодика» НАН України, 2026. Стаття опублікована на умовах відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

© Publisher PH «Akademperiodyka» of the NAS of Ukraine, 2026. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

обхідність урахування досвіду інших країн із відновлення системи охорони здоров'я та реалізації демографічної політики. Тому для України є актуальним досвід країн колишньої Югославії, які в 1991—2001 рр. пережили серію збройних конфліктів.

Метою цієї статті є узагальнення висновків наукових публікацій про впровадження конкретних програм і реформ системи охорони здоров'я, реалізованих у країнах колишньої Югославії, в яких відбувалися воєнні дії наприкінці XX ст.; виокремлення спільних для різних країн причин більшої чи меншої результативності реформ системи охорони здоров'я; пошук і формулювання прийнятного для України досвіду. Це дослідження було здійснене методом систематичного пошуку наукових публікацій у бібліографічних базах даних PubMed та Web of Science, а також у GoogleScholar за критеріями відповідності меті цього дослідження та повноти аналізу реформ. Також виконано контент-аналіз нормативно-правової бази країн колишньої Югославії. Виявлено, що успішні реформи систем охорони здоров'я мали спільні риси: запровадження обов'язкового медичного страхування, зміцнення первинної медичної допомоги та реалізацію цільових національних програм профілактики й лікування неінфекційних захворювань. Досвід Словенії продемонстрував, що перехід до соціального страхування, розвиток первинної ланки та послідовна політика у сфері неінфекційних захворювань можуть забезпечити стаке зниження смертності. Показано, що країни, де реформи не дали очікуваних результатів, характеризувалися хронічним недофінансуванням, неефективним використанням ресурсів без глибоких організаційних змін, збереженням неформальних платежів і відтоком медичних кадрів. Високі показники смертності від причин, яким можна запобігти, свідчать не лише про дефіцит інвестицій, а й про слабкість комунікації з населенням щодо профілактики та своєчасного звернення по допомогу. Додатковими бар'єрами для стратегічного розвитку стали політична нестабільність і часта зміна керівництва галузі. На основі аналізу досвіду повоєнних реформ систем охорони здоров'я у країнах колишньої Югославії можна запропонувати для України: максимально швидко відновлення універсального охоплення послугами охорони здоров'я з акцентом на ланці первинної медичної допомоги; дієву співпрацю у процесі відбудови системи охорони здоров'я центральної влади, місцевого самоврядування та вітчизняних професійних асоціацій; своєчасне аргументоване звернення по допомогу до міжнародних донорів та її раціональне використання; організацію ефективних заходів фізичної і психологічної реабілітації; розробку і впровадження кампаній для підвищення інформованості населення з питань здоров'я та усвідомлення відповідальності за власне здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, політика охорони здоров'я, війни у Югославії, післявоєнне відновлення, досвід реформ.

Постановка проблеми й актуальність дослідження. За інформацією Уп-псальської Програми даних про конфлікти (UCDP), кількість збройних протистоянь у світі має тенденцію до зростання з 2011 р. [1]. Повномасштабне вторгнення РФ до України в 2022 р. призвело до фізичного пошкодження та знищення закладів охорони здоров'я та смерті сотень медичних працівників [2], обмеження функціонування в умовах постійних тривог, браку електро-, водо- та тепlopостачання тощо. Також дефіцит фахівців охорони здоров'я зумовили як масова міграція у пошуках безпеки за кордон, так і порушення процесу професійної підготовки (зниження кількості осіб, котрі навчаються у навчальних медичних закладах різних рівнів). Спостерігається й зменшення доступності послуг охорони здоров'я, зокрема через проблеми транспортного сполучення, вартості медикаментів і

послуг, вимушене закриття окремих закладів тощо. Війна створила додатковий тиск на систему охорони здоров'я (СОЗ) та поглибила наявні проблеми [3, с. 256], особливо на тлі перевантаження під час пандемії *Covid-19*. В умовах війни порушуються ключові для громадського здоров'я процеси своєчасної і повної вакцинації згідно з Національним календарем щеплень, процеси санітарно-епідеміологічного нагляду тощо. Потенційні позитивні результати профілактичних заходів, скринінгових програм не спостерігаються у країні, що воює, через обмеженість їх кількості та повноти як із об'єктивних, так і суб'єктивних причин. Стрес, в якому перебувають упродовж тривалого часу практично всі мешканці України, окрім суттєвого впливу на фізичне здоров'я, ослаблює імунітет і зменшує здатність організму до опору; перебування у складних життєвих обставинах впливає на здоров'я ментальне, провокує депресію та наміри суїциду.

Неможливість забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я, діагностики й ефективного лікування під час паралельного зростання потреб населення у медичній допомозі та виснаження ресурсів СОЗ неминуче позначається на зростанні рівня смертності. Насамперед це стосується передчасної смертності, якій можна було б запобігти за умови своєчасного звертання й адекватного ефективного втручання (*preventable / avoidable mortality*). Вимушене відкладання отримання необхідної допомоги, або взагалі її брак чи недостатній обсяг і якість у поєднанні зі зниженням прихильності людей до лікування також відбивається на перебігу хвороб, сприяючи погіршенню тяжкості та ризику виникнення інвалідності або смерті.

Проте війни не тривають нескінченно. Після війни країна неминуче стикається з проблемами зруйнованої інфраструктури, втрати медичних працівників, погіршеного фізичного та ментального здоров'я населення тощо. Тому повоєнний досвід окремих країн у розробці та впровадженні заходів демографічної політики у сфері охорони здоров'я є актуальним для України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Існує багато досліджень щодо викликів і проблем, з якими стикається СОЗ у повоєнних умовах [4]. Вони переважно стосувались країн, які знаходяться на початку епідеміологічного переходу, тому увага в них зосереджена передусім на заходах зі зниження смертності дітей у віці до п'яти років, материнської смертності [5—6], доступності кваліфікованої акушерської допомоги [7] та поширення вакцинації [8—9]. Великого значення надано скороченню смертності населення від малярії [10]. В умовах України більш важливими напрямками визнається зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань¹ (НІЗ).

¹ Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року (від 17 січня 2025 р. № 34-р). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 16.02.2026).

Розбудова СОЗ у країнах колишньої Югославії краще відповідає потребам зниження смертності в Україні. Проте реформи у сфері охорони здоров'я цих країн почалися майже 30 років назад. Відтоді розвиток науки та технологій уможливив нові підходи до підвищення якості медичних послуг, поширення їх доступності, покращення ефективності функціонування та резильєнтності СОЗ загалом.

Новизна. Здійснено огляд наукової літератури та синтез основних напрямків політики в сфері охорони здоров'я в країнах колишньої Югославії з погляду відповідності до сучасних реалій України.

Метою цієї роботи є узагальнення висновків наукових публікацій про впровадження конкретних програм і реформ СОЗ, реалізованих у країнах колишньої Югославії, де відбувались активні воєнні дії наприкінці ХХ ст.; виокремлення спільних для різних країн причин більшої чи меншої результативності реформ СОЗ; пошук і формулювання прийнятних для України досвідів.

Дані та методи дослідження. Пошук наукових публікацій здійснено в бібліографічних базах даних *PubMed* та *Web of Science*, а також у *Google Scholar* за критеріями відповідності меті цього дослідження та повноти аналізу реформ. Виконано також контент-аналіз нормативно-правової бази країн колишньої Югославії у сфері охорони здоров'я за період 1991—2019 рр. У цьому дослідженні використано дані про смертність і тривалість життя за оцінкою Відділу економічних і соціальних справ ООН [11] для методологічної зіставності.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Автори обрали для аналізу досвід країн колишньої Соціалістичної Федеративної Республіки Югославія (СФРЮ), що пережили впродовж 1991—2001 рр. серію кровопролитних воєн через міжетнічні протиріччя і різні бачення майбутнього (прагнення до відділення й незалежності чи до збереження єдності країни). Це призвело до низки збройних конфліктів, наслідком яких стали значна кількість жертв — за оцінками 140 000 осіб [12], масштабні економічні збитки для всього регіону та розпад СФРЮ на окремі незалежні держави. Постраждали і країни-агресори, і ті, на кого ця агресія була спрямована. Відповідно зазнала збитків СОЗ на території всіх без винятку країн, що поставило уряди і суспільство перед нагальною необхідністю реагування на негативні зрушення у сфері охорони здоров'я, спричинені війною та зламом старих механізмів управління й організації СОЗ, її удосконалення або реформування, розробки нормативно-правової бази тощо.

Після Десятиденної війни 1991 р., вже в 1992 р. Закон про охорону здоров'я та медичне страхування *Словенії* запровадив як систему обов'язкового медичного страхування, так і можливість добровільного медичного страхування та відновлення приватної практики [13, с. 21]. Водночас було введено в дію сувору систему отримання направлення до спеціаліста друго-

го рівня [14, с. 18]. У березні 1992 р. створено Інститут медичного страхування Словенії (*HIIS*), який є державною установою для надання обов'язкового медичного страхування й обов'язкового страхування довгострокового догляду. Основним завданням Інституту є забезпечення ефективного збору та розподілу коштів, щоб гарантувати застрахованим особам якісне медичне обслуговування [15]. Також у 1990-х рр. у співробітництві з ВООЗ було розпочато Загальнонаціональне комплексне втручання у боротьбу з НІЗ (*CINDI*) та програму «Здорові школи» [16, с. 105—106], стабільне фінансування якого з 2002 р. забезпечується вже національною інституцією *HIIS* [17, с. 354]. Хоча ці ініціативи називали загальнонаціональними, проте діяли на рівні місцевих громад, міст і шкіл [16, с. 106].

У 2002 р. у Словенії започатковано програму раннього виявлення факторів ризику серцево-судинних захворювань, у 2008 р. — раннього виявлення раку молочної залози та програму скринінгу раку товстої кишки [Там само, с. 106]. Закон про запобігання курінню запровадив з 2007 р. повну заборону паління в громадських місцях [Там само, с. 136]. Поправка до Закону про охорону здоров'я та медичне страхування від 2008 р. передбачає звільнення від співоплат для груп з низьким рівнем доходу та збільшення внесків для торговців і фермерів [Там само, с. 143].

Хоча вже в 2005 р. у Словенії було розпочато програму *eHealth*, проте вона гальмувалася внаслідок низки регуляторних, фінансових, інституційних і технологічних факторів [13, с. 99]. Прогресу досягнуто лише після 2013 р. У 2015 р. вся координація *eHealth*-проектів передана до створеного Центру медичної інформатики Національного інституту громадського здоров'я [Там само, с. 157]. З 2017 р. функціонує система електронних направлень і цифрове планування медичних прийомів на вторинному та третинному рівнях [18, с. 129].

Сімейна медицина в Словенії зосереджується на профілактиці та координації догляду за пацієнтами з хронічними захворюваннями. Після пілотних проєктів у 2014—2016 рр. за підтримки Норвезького фінансового механізму у 2018 р. МОЗ Словенії розширив таку практику на всю країну [Там само, с. 134]. Центри первинної медичної допомоги в громадах проводять скринінг та консультування й оцінку поточного стилю життя пацієнтів групи ризику [Там само, с. 94].

Співпраця Управління громадського здоров'я МОЗ та Національного інституту громадського здоров'я забезпечує наукову підтримку розробки політики громадського здоров'я та сприяє впровадженню програм [Там само, с. 20]. Варто підкреслити, що такий зв'язок є більш резильєнтним в умовах частих змін уряду (за 2018—2021 рр. у Словенії змінилося п'ять міністрів охорони здоров'я) [Там само, с. 127].

У Словенії після війни спостерігалось стійке зростання середньої очікуваної тривалості життя при народженні (СОТЖ). Підкреслимо, що

темпи зниження низки інших показників смертності часто перевищували аналогічні середні показники по ЄС.

Це дає змогу назвати цю країну взірцем реформування СОЗ. Такий успіх зумовлений системним підходом, який включає фінансування, посилення первинної медичної допомоги, впровадження цільових програм боротьби з НІЗ (центри сприяння здоров'ю, медичні команди на рівні громад, ефективний скринінг, який максимально повно охоплює всі рекомендовані міжнародними стандартами статеві-вікові групи населення) тощо. Це засвідчує, що комплексна, забезпечена ресурсами та стратегічно планована і систематично впроваджувана програма реформ реально сприяє стійкому покращенню здоров'я населення. Досвід Словенії показує важливість узгодженого, довгострокового бачення розвитку СОЗ.

Війна за незалежність у *Хорватії* тривала з березня 1991 р. до листопада 1995 р. Проте вже під час війни в 1993 р. ухвалений Закон про охорону здоров'я, яким було централізовано фінансування системи під управлінням Хорватського інституту медичного страхування (*HZZO*) [19, с. 13]. Ця установа і досі лишається основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Хорватії [Там само].

Центральним елементом Реформи охорони здоров'я 2001 р. став Закон страхування здоров'я 2002 р. Він «був спрямований на покращення фінансової стабільності шляхом зменшення покриття обсягу основних послуг і реорганізації системи співоплати» [Там само, с. 31]. Деякі категорії, які були звільнені від співоплати до 2002 р., були скорочені [Там само, с. 31—34]. Крім цього, передбачалося покращення ефективності та якості надання послуг та зміцнення профілактичних послуг і первинної медико-санітарної допомоги [Там само, с. 90]. Поправки до цього Закону, внесені в 2005 р., передбачали зменшення участі *HZZO* в транспортних витратах і витратах на поховання [Там само, с. 33]. Також у 2002 р. була розроблена програма розвитку управлінського потенціалу «Здорові округи». Ця програма спирається на концепції та навчальні курси Центрів із контролю захворювань (*CDC*) США. Головна мета програми — розширення можливостей місцевих фахівців і влади в управлінні та плануванні в галузі громадського здоров'я [Там само, с. 22].

Стратегія розвитку СОЗ Хорватії на 2006—2011 рр. [Там само, с. 93] визначала політичні підвалини для майбутніх реформ, а саме: доступність (географічна, економічна та своєчасна), ефективність, справедливість, якість, безпека, солідарність. Для досягнення цих цілей мали бути виконані передумови, які включали повну інформатизацію СОЗ, партнерство між медичним персоналом і пацієнтами, прозорість у наданні медичних послуг, децентралізацію прийняття рішень і відповідальності, виважений підхід до вартості медичної допомоги, нерозривність і координацію між сегментами охорони здоров'я [Там само, с. 93].

6 травня 2009 р. в Хорватії набув чинності закон про заборону паління в громадських місцях. Він тривав 156 днів, після чого був послаблений, а перехідний період продовжений до 9 квітня 2010 р. [20]. Інші заходи для зменшення тютюнопаління на рівні всього населення включали: заборону паління в громадському транспорті, прямої та непрямой реклами, попередження на пакуванні, підвищення акцизу [21, с. 15].

Після війни за незалежність 1991—1995 рр. Хорватія досягла помітних успіхів у реформуванні СОЗ, що призвело до істотного зростання СОТЖ. Проте показник усе ще залишається нижчим за середній рівень по ЄС. Це свідчить, що ефективність запроваджених реформ та управління окремими програмами потребують подальшого покращення для зменшення розриву в охороні здоров'я з більш розвиненими країнами ЄС.

Війна в **Боснії і Герцеговині** (БіГ) позначилася негативно на якості та доступності медичних послуг унаслідок як масової еміграції медичного персоналу [22, с. 330], так і порушення процесу підготовки медичних працівників на національному рівні [23, с. 213]. Як відповідь на цей виклик відразу після війни дієву допомогу надав Департамент сімейної медицини Королівського університету Канади, який спільно з Коледжем Джорджа Брауна в Торонто розробив і впровадив програму додаткової підготовки лікарів-практиків і медсестер [24, с. 2]. Після війни реформи СОЗ зосередилися саме на відбудові первинної медичної допомоги за підтримки Канадської агенції міжнародного розвитку (CIDA) шляхом запровадження груп сімейної медицини, які включають одного лікаря та одну або дві медсестри. Важливим для України досвідом є також впровадження на первинному рівні центрів психічного здоров'я та фізичної реабілітації для осіб, які отримали інвалідність унаслідок війни [23, с. 212]. Посилення первинної медичної допомоги одночасно супроводжувалось удосконаленням вторинної, зокрема, раціоналізацією стаціонарного лікування за підтримки Комісії з медичного страхування Австралії та Світового Банку.

Складний політичний устрій БіГ позначається на структурі управління СОЗ. Так, у Федерації Боснії і Герцеговини (ФБіГ) управління СОЗ децентралізоване, а фінансування медицини здійснюється за рахунок бюджетів кантонів. Натомість у окрузі Брчко та Республіці Сербській (РС) СОЗ централізована [Там само, с. 215]. Відповідно, в країні діють 14 Міністерств охорони здоров'я та 13 фондів медичного страхування [25, с. 8].

Доступ до медичної допомоги є безкоштовним для всіх громадян БіГ, як і ліки зі затвердженого «життєво важливого» списку ліків і діагностичних тестів для людей похилого віку й осіб із інвалідністю [24, с. 8]. Оскільки, згідно з Конституцією, фінансування первинної медичної допомоги у ФБіГ здійснюється за рахунок кантонів, багатші кантони мають можливість забезпечити розширений перелік. Однак «передача таких пільг між різними кантонами є не завжди прийнятною» [Там

само, с. 8]. Ця проблема відсутня за умов централізованої СОЗ в РС та окрузі Брчко.

Для покращення якості медичних послуг у 2002 р. в РС була заснована, а з 2003 р. почала функціонувати Агенція з сертифікації, акредитації та покращення охорони здоров'я. У ФБіГ аналогічна Агенція з якості та акредитації в охороні здоров'я створена в 2005 р. Ці організації проводять обов'язкові та добровільні програми для медичних працівників, а також відстежують показники якості та безпеки в лікарнях і закладах первинної медичної допомоги [25, с. 11].

У **Сербії** в 1992 р. було ухвалено Закон про охорону здоров'я, який запроваджував високоцентралізовану систему фінансування й управління [26, с. 14]. Проте, як констатували V. Bjegović-Mikanović зі співавторами (2019), в умовах соціально-економічних санкцій ООН, війни, міжнародної ізоляції, економічної кризи та гіперінфляції можливостей для радикальних змін в охороні здоров'я не було [26, с. 14].

Лише в 2000 р. почато розроблення, а в 2002 р. — ухвалено стратегічний документ «Політика охорони здоров'я Сербії» [Там само, с. 147]. Ціллю програми в 2004—2010 рр. було «посилення профілактики з метою зниження рівня захворювань, яким можна запобігти, і загальних витрат на охорону здоров'я» [Там само]. У 2005 р. ухвалено низку законів, які визначили основні напрямки реформ СОЗ: Закон про охорону здоров'я, Закон про медичне страхування, Закон про палати медичних працівників [Там само, с. 148].

Конституція 2006 р. посилила роль місцевої влади. Проте місцева влада виявилася неспроможною взяти на себе відповідальність за фінансування та контроль надання послуг первинної медико-санітарної допомоги [Там само, с. 150]. Це призвело до нової спроби централізації, згідно із Законом про охорону здоров'я 2019 р. Зазначимо, що Міністерство охорони здоров'я Сербії зберігало за собою право на власність лікарень ще за законом від 2005 р. [Там само, с. 27]. Натомість Закон 2019 р. передав решту власності на національний (або республіканський) рівень, зокрема, Секретаріату з питань охорони здоров'я, соціальної політики та демографії Автономного краю Воеводина [Там само, с. 28]. За цим Законом відповідальність за охорону здоров'я на рівні автономного краю, муніципалітету чи міста включає: моніторинг стану здоров'я населення, функціонування служби охорони здоров'я, реалізацію встановлених пріоритетів у сфері охорони здоров'я, створення умов для доступності та рівного користування первинною медичною допомогою, забезпечення коштів для діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги на відповідних територіях, співпрацю з гуманітарними та професійними організаціями, спілками та асоціаціями у справах розвитку охорони здоров'я тощо [Там само, с. 28—29]. Ми наголошуємо на важливості останнього положення Закону, адже

саме своєчасне мотивоване звернення за міжнародною донорською підтримкою може стати суттєвою допомогою для повоєнної України. Значна співпраця вже триває. Так, одним із завдань проекту за підтримки Швейцарії через Швейцарську агенцію розвитку та співробітництва (SDC) «Діємо для здоров'я» є «розробка і впровадження національних комунікаційних кампаній з метою збільшення рівня обізнаності і зміни поведінки українців щодо факторів ризику неінфекційних захворювань» [27].

Найпомітнішою реформою у сфері надання послуг визнають запровадження концепції «обраного лікаря» [26, с. 151] в 2005 р., що було підтверджено Законом 2019 р. «Обраними лікарями» є лікар загальної практики, педіатр, гінеколог і стоматолог [Там само].

Рада з контролю за тютюном заснована в 2006 р., проте припинила свою діяльність після 2011 р. [Там само, с. 124]. У 2005 р. встановлено акцизи на продукти з тютюном, але в 2012 р. їх скасовано; заходи боротьби з тютюнопалінням були фрагментарними [Там само]. Унаслідок цього за період 2006—2013 рр. споживання тютюну зросло [Там само, с. 11, 157]. Хоча в 2010 р. Уряд Сербії ухвалив новий Закон про захист від пасивного куріння, результати обстеження в 2013 р. показали необхідність покращення контролю за виконанням чинних правових норм [Там само, с. 169].

У 2008 р. створено Агентство з акредитації закладів охорони здоров'я (AZUS) [Там само, с. 21]. З 2010 р. Міністерство охорони здоров'я Сербії прийняло до AZUS Республіканський науковий комітет, який розробляє клінічні рекомендації, гарантує якість і безпеку медичного обслуговування через регламентований регулярний процес акредитації, перевіряє дотримання медичних стандартів тощо [Там само].

Після 2012 р. реформи були зосереджені на «покращенні інфраструктури та технологій і впровадження інтегрованої системи медичної інформації» [Там само, с. 177]. Найважливішим у цьому напрямку став Закон про медичні записи та звітність у сфері охорони здоров'я 2014 р. [Там само, с. 38]. У червні 2014 р. в Міністерстві охорони здоров'я створено відділ електронної охорони здоров'я [Там само, с. 153]. Однак експерти оцінювали СОЗ Сербії як фінансово нестійку в довгостроковій перспективі [Там само, с. 156].

Останнє десятиліття ХХ ст. в **Чорногорії** було позначено системною кризою, і в цей період жодних реформ в охороні здоров'я не запроваджено. Лише в 2000 р. знято міжнародні санкції, але «інфраструктура охорони здоров'я залишалася недофінансованою та перебувала в хаосі» [28, с. 1900].

Із Законом про охорону здоров'я від 9 квітня 2004 р. почала реалізовуватись реформа 2004—2012 рр. Її метою було підвищення ефективності СОЗ у Чорногорії, зокрема первинної медичної допомоги [29, с. 27]. За цей період кількість лікарів первинної медичної допомоги скоротилась на 5 %, а медсестер — на 35 %; натомість збільшилась чисельність лікарів загальної

практики («обраних лікарів») на 28 %, що покращило їхню доступність для населення [30, с. 31]. У наступні роки кількість лікарів загальної практики у розрахунку на 100 тис. населення продовжила зростати, що сприяло резильєнтності СОЗ Чорногорії під час пандемії *Covid-19* [Там само, с. 36]. Щодо професійної підготовки лікарів висловлено побоювання, чи будуть вони здатні задовольнити специфічні потреби старіючого населення. Тому перерозподіл завдань, переосмислення ролі медсестер і безперервна медична освіта набувають важливого значення [Там само, с. 38]. Підкреслимо, що ці проблеми є спільними з тими, які існують уже сьогодні й очікують на Україну в найближчі кілька десятиліть.

У 2004 р. в Чорногорії ухвалено антитютюновий закон, контролювати дотримання вимог якого владі не вдалось, як і досягти суспільного прийняття та схвалення. В 2011 р. запроваджені акцизи на тютюн і алкоголь [Там само, с. 447]. У 2012 р. — податки за дозвіл паління в приміщенні для ресторанів, що створило своєрідну «лазівку» для власників ресторанного бізнесу як прийом для виходу з неприємного становища зменшення прибутків «вільного від тютюну» закладу. В 2019 р. «Закон про обмеження використання тютюнових продуктів» окреслив нові обмеження щодо паління в громадських місцях, рекламу та попередження про шкоду для здоров'я на пакуванні тютюнових виробів.

Програма економічних реформ 2022—2024 рр. запровадила значні реформи медичного страхування, перейшовши від системи, базованої на внесках, до системи, що повністю фінансується з податків [31, с. 8]. Це істотно покращило становище уразливих груп населення та підвищило доступність гарантованих медичних послуг.

Північна Македонія вирізняється серед інших республік колишньої Югославії. В цій країні реформи СОЗ почалися до вторгнення косівських сепаратистів у 2001 р. Зокрема, згідно із Законом про медичне страхування 2000 р. засновано Фонд медичного страхування (*HIF*) як незалежну установу, відповідальну за закупівлю послуг у державних і приватних постачальників від імені користувачів [32, с. 18].

У 2004—2007 рр. усі постачальники первинної медичної допомоги були зобов'язані перейти у приватну власність, щоб мати право продовжувати надавати послуги в рамках програми *HIF* на основі нової моделі капітаційної оплати [Там само, с. 13]. Це посилило роль *HIF* та зменшило фінансові витрати пацієнта (*out-of-pocket*).

Із 2003 р. запроваджена низка антитютюнових законів, як-от заборона реклами, обмеження вмісту смол, підвищення цін на тютюнові вироби. У 2010 р. було заборонено палити в громадських місцях. Проте в 2018 р. ця заборона пом'якшена дозволом палити у спеціально призначених місцях і на відкритих терасах [33, с. 9]. У 2019 р. збільшені податки на нагрітий тютюн і рідини для електронних цигарок [Там само, с. 77].

У 2006 р. *HIF* почав випуск електронних карт здоров'я, які надають доступ до особистої інформації про застраховану особу, що міститься в централізованій базі даних [32, с. 72]. До червня 2014 р. їх було випущено 1,5 мільйона, що охопило 80 % застрахованих осіб [Там само, с. 72]. Із 2006 р. лікарі первинної медичної допомоги зобов'язані надавати *HIF* регулярні звіти для фінансової оцінки за допомогою спеціального програмного забезпечення [Там само, с. 29].

У 2009 р. запроваджена інформаційна система «*Moj Termin*» («моє на- правлення») для скорочення часу очікування в закладах третинної медич- ної допомоги [Там само]. На її основі в 2013 р. більш удосконалена система «*Moj Termin*» поширилась на загальнонаціональному рівні [Там само]. На- правлення пацієнтів підтримуються цією системою в реальному часі за- лежно від діагнозу та згідно з можливостями (графік роботи, кількість вільних ліжок-місць, наявність і завантаженість лікарів відповідної спеціа- льності, наявність необхідного обладнання тощо) найближчого медичного закладу [Там само, с. 15]. У 2015 р. засновано Директорат *e-health*, відпові- дальний за збирання даних, складання звітів щодо здоров'я населення у співпраці зі Статистичною службою країни та Інститутом громадського здоров'я [Там само, с. 29—30].

Подальший прогрес у цифровізації СОЗ у Північній Македонії віді- грав важливу роль у забезпеченні рівного доступу до важливих медичних послуг в умовах обмежень під час пандемії *Covid-19* [Там само, с. 101]. Зо- крема, в 2020—2021 рр. була реалізована інтеграція між цивільними реє- страми та даними про здоров'я в режимі реального часу (наприклад, для пацієнтів із діабетом і хронічною хворобою нирок), а також створений реєстр доступних медичних працівників [Там само, с. 100]. У другій поло- вині 2020 р. до стандартних послуг, передусім у первинній медичній допо- мози, додано телемедичні консультації [Там само, с. 101]. У 2022 р. доступ до телемедицини був розширений на деякі спеціалізовані спостереження за допомогою *UNICEF* та *USAID* [Там само]. У 2021 та 2022 рр. додано нові модулі моніторингу вакцинації та процедур скринінгу [Там само, с. 100].

У 2012 р. в Північній Македонії створено Мережу здоров'я (*Health Network*), яка дає змогу стратегічного планування ресурсів по всій країні. Вона забезпечує «рівність географічного доступу до медичної допомоги, зо- крема до стаціонарного лікування та спеціалізованої діагностики та ліку- вання» [32, с. 15].

Ці реформи сприяли стійкому поліпшенню показників здоров'я насе- лення в Північній Македонії. СОТЖ доволі стійко зростала до пандемії *Covid-19*, а в 2022—2023 рр. цей тренд було відновлено [11]. Попри ці по- зитивні зміни, передчасна смертність від хвороб системи кровообігу, но- воутворень, діабету та хвороб органів дихання у віці 30—69 років у Північ- ній Македонії була вищою ніж у середньому по ЄС [33, с. 112].

Таблиця 1. Порівняльна таблиця ключових реформ СОЗ у країнах колишньої Югославії

Сфера політики СОЗ	БіГ	Північна Македонія	Сербія	Словенія	Хорватія	Чорногорія
Реформа фінансування	Децентралізація в ФБіГ; централізація в РС	Централізована, через Фонд медич- ного страхування	Обов'язкове медич- не страхування	Обов'язкове та добровільне ме- дичне страхуван- ня	Обов'язкове страхуван- ня на основі заробіт- ної плати	Єдиний фонд медичного страхування
Первинна медична допомога	Впровадження груп сімейної медицини за підтримки міжнарод- них донорів	Мережа для стра- теїчного плануван- ня та справедливо- го географічного розподілу медич- них закладів	Дозволена приватна практика	Медичні центри на рівні громад. Посилення лан- ки сімейної меди- цини	Приватизація загаль- ної практики. Контрак- ти на основі державно- приватного партнер- ства	Поступове по- силення пер- винної медич- ної допомоги
Управління	Децентралізоване на рівні кантонів у ФБіГ. Централізоване з частково автоном- ними регіональни- ми офісами у РС	Запроваджено сис- тему діагностично- споріднених груп	Пілотні проекти діа- гностично- спорідне- них груп. Централі- зація листів очіку- вання	Система діагнос- тично спорідне- них груп. Авто- номія лікарень із сильним контро- лем	Запроваджено систему діагностично-спорід- нених груп. Децентра- лізація прийняття рі- шень і відповідальності	Контракти з лі- карнями на ос- нові результа- тів діяльності
Профілактика	Відновлення програм вакцинації в другій половині 1990-х рр. Антитютюнове зако- нодавство	Посилення прог- рам вакцинації, за- провадження скри- нінгу окремих ви- дів раку	Скринінгові програ- ми. Антитютюнове законодавство	Скринінгові про- грами раку та сер- цево-судинних захворювань	Національна програма скринінгу раку. Націо- нальна стратегія мен- тального здоров'я	Профілактика на базі первин- ної медичної допомоги
Цифровізація	Фрагментована, на рівні окремих суб'єк- тів	Запроваджена сис- тема <i>e-Health sys- tem</i> електронних направлень	Електронні рецепти, електронні направ- лення, система елек- тронних медичних карток пацієнтів	Національна плат- форма <i>e-Health</i> , електронних ре- цептів і направ- лень	Національна платфор- ма <i>e-Health</i> , електрон- ні направлення. Цент- ральна інформаційна система здоров'я	Інтегрована інформаційна СОЗ

Джерело: розроблено за даними [13, 18—19, 21, 23, 26, 31—33].

Повоєнні реформи СОЗ у країнах колишньої Югославії можна згрупувати в п'ять основних напрямків: реформа фінансування, посилення ролі первинної медичної допомоги, управління лікарнями, цифровізація, профілактичні програми (табл. 1).

Ми не маємо достовірних поточних статистичних даних щодо ситуації в Україні зі смертністю (щодо СОТЖ, смертності за причинами, за окремими віковими групами тощо). Однак ще до війни, як і у Македонії, ці показники також були вищими ніж у розвинених країнах Європи. Вірогідно, що у роки війни ситуація лише погіршилась. В умовах широкомасштабної війни, окрім зрозумілого підвищення загальної смертності (насамперед унаслідок неприродних причин) різко посилюється як сила впливу, так і розповсюдженість основних факторів ризику хронічних НІЗ. Передусім це стосується поведінкових факторів ризику НІЗ, як-от недостатня фізична активність, нездорове харчування (брак овочів і фруктів, надмірне споживання солі та цукру, фастфуду тощо), куріння тютюну та надмірне вживання алкоголю.

Війна для більшості українців, які існують у стані хронічного стресу, обмежила (а для певної частини і взагалі зробила неможливим) дотримання принципів здорового способу життя, особливо для тих, які перебувають у зоні бойових дій, на прифронтовій території, вимушених переселенців тощо.

Війна детермінує зростання поширеності вживання тютюну, алкоголю та речовин, що викликають залежність. Наприклад, за результатами опитування, проведеного в 2024 р. у Дніпропетровській, Львівській, Полтавській, Рівненській областях зростання рівня вживання алкоголю відбулось за рахунок вікової групи 41—59 років як чоловіків, так і жінок [27, с. 12].

Різде порушення життєдіяльності через відключення електричного струму, теплопостачання (особливо морозною зимою 2026 р.), перехід на роботу вдома призвело до обмеження фізичної активності, значно посиливши дію такого чинника ризику НІЗ як гіподинамія.

Досвід Північної Македонії також показує, що стабільне керівництво та посилення державних структур мають важливе значення для ефективного впровадження запланованих реформ в охороні здоров'я [33, с. 106].

На основі аналізу досвіду повоєнних реформ СОЗ у країнах колишньої Югославії можна рекомендувати для України насамперед максимально можливе швидке відновлення універсального охоплення послугами охорони здоров'я (*Universal health coverage*) з акцентуванням на забезпеченні покращення якості первинної медичної допомоги.

Одним із інструментів відбудови СОЗ є розширення можливостей місцевого самоврядування, краще обізнаного з проблемами і потребами мешканців конкретних територій, за умови збереження відповідальності та контролю центральних органів виконавчої влади за забезпеченням реалі-

зації конституційно затвердженого права на охорону здоров'я у процесі впровадження законодавчо затвердженої стратегії розвитку СОЗ.

Важливим для збільшення спроможності України подолати повоєнні виклики, що постали перед національною СОЗ, є залучення до процесу відновлення міжнародних донорів, благодійних інституцій, професійних асоціацій та громадських організацій. Необхідним для збереження і розвитку кадрового ресурсу СОЗ вбачається розроблення стимулів для повернення в Україну медичних працівників, які були вимушені шукати притулку під час воєнних дій у інших країнах та одночасно — визнання і відзначення самовідданої праці представників медичної спільноти на фронті й у тилу.

Суттєвою складовою мають бути розробка і впровадження на національному, регіональному та місцевому рівнях комунікаційних заходів для підвищення інформованості населення з питань здоров'я за конкретними темами, з акцентуванням на усвідомленні важливості здорового вибору для себе і близького оточення, співпраці з фахівцями громадського здоров'я з метою збереження та зміцнення власного здоров'я, профілактики виникнення / прогресування захворювань та забезпечення активного довголіття. Передусім інформаційно-просвітницькі заходи мають стосуватись таких важливих тем як хронічні НІЗ; ментальне здоров'я, насамперед пост-травматичний синдром; реабілітаційні заходи (фізична і психологічна реабілітація) тощо. У плануванні інформаційних кампаній як обов'язкової складової державних цільових програм різної спрямованості мають бути передбачені індикатори для оцінювання їх результативності (наприклад, зміни рівня обізнаності з певних питань, зрушення поведінки, охоплення профілактичними заходами, скринінгом, прихильність до виконання рекомендацій тощо), а також їх економічної ефективності (*cost / benefit*).

Висновки. Країни колишньої Югославії, де відбувались воєнні дії, зіткнулися з серйозним пошкодженням інфраструктури СОЗ, значною втраченою кваліфікованих медичних працівників унаслідок еміграції та внутрішніх переміщень, на тлі економічної нестабільності, виснаженні національних і місцевих ресурсів, а також соціально-економічних санкцій ООН для таких країн як Сербія і Чорногорія. Це призвело до обмеженого фінансування і порушеного функціонування СОЗ та очікуваного загального погіршення показників здоров'я населення під час конфліктів 1991—2001 рр. та відразу після їх припинення.

Після 1990 р. країни колишньої Югославії поступово перейшли до моделей соціального медичного страхування з універсальним охопленням та оптимізацією фінансування. Пріоритетом стало покращення первинної медичної допомоги та зниження витрат на стаціонарне лікування. Також докладалися зусилля для передачі деяких аспектів управління охороною здоров'я місцевим органам влади. Були ухвалені закони для регулювання

приватного сектору охорони здоров'я. Спільною темою стало впровадження електронних систем і цифровізація медичних послуг.

Успішні програми та реформи, які призвели до позитивних результатів, мають спільні ознаки: перехід до обов'язкового медичного страхування, зміцнення первинної медичної допомоги та цільові національні програми профілактики та лікування НІЗ. Досвід Словенії у переході до системи соціального страхування, розвитку первинної медичної допомоги та розгортанні ефективних стратегій боротьби з НІЗ засвідчив реалістичність досягнення сталого зниження смертності населення.

У країнах, де реформи СОЗ не мали бажаних результатів, можна виокремити подібні характеристики. До них належать неефективне використання фінансових та інших ресурсів без фундаментальних організаційних змін, недофінансування, збереження високого рівня неформальних платежів і селективна еміграція з відтоком медичних працівників. Високий рівень НІЗ та підвищені показники смертності від хвороб, яким можна запобігти, у деяких країнах засвідчують не лише неефективність і брак інвестицій в охорону здоров'я, зокрема первинну медичну допомогу, а і недостатній обсяг зусиль і неефективність способів комунікацій з населенням і фахівцями з метою підвищити рівень усвідомлення суспільством власної відповідальності за здоров'я, важливості дотримання засад здорового життя, профілактики та своєчасного звернення по медичну допомогу. Не виключно факт ведення воєнних дій, а й політична нестабільність, надто часті зміни урядів і очільників інституцій СОЗ (міністрів охорони здоров'я, керівників національних служб, центрів тощо) перешкоджає стратегічному розвитку галузі.

Повоєнний досвід країн колишньої СФРЮ є корисним для України через відносно невелику відстань у часі від закінчення воєнних дій на їх території, певну історичну й етнічну схожість (значна частина слов'янського населення з соціалістичним минулим, зі схожими традиціями, менталітетом і практиками харчування, тютюнопаління та вживання спиртних напоїв), та може бути використаний для розбудови СОЗ в Україні, яку важливо критично осмислити ще до закінчення війни.

Враховуючи зміни, що відбулися з часу збройних конфліктів (1991—2001 рр.) на території колишньої Югославії як на політичній арені світу, так і у розвитку технологій, слід підкреслити необхідність у найближчій та середньостроковій перспективі посилити зусилля та збільшити ресурси, спрямовані на підвищення резильєнтності сучасної національної СОЗ та забезпечення стабільності її функціонування в умовах воєнних дій, що тривають. Одночасно з упровадженням електронних систем і цифровізацією медичних послуг варто гарантувати надійний захист персональних даних і вдосконалити можливості онлайн-взаємодії між фахівцями різних спеціальностей і населенням. У довгостроковій перспективі, під час відновлення зруйнованої інфраструктури, доцільно використати також досвід

Ізраїлю з гарантування безпеки функціонування об'єктів в умовах потенційних загроз та екстремальних ситуацій і врахувати його під час розроблення сучасних захищених проєктів.

REFERENCES / ЛІТЕРАТУРА

1. Uppsala Conflict Data Program (2026). <https://ucdp.uu.se/>
2. Attacks on Health Care in Ukraine (2026). <https://www.attacksonhealthukraine.org/>
3. Wilkens, J., Harris, M., & Kolesnyk, P. (2025). Primary health care in Ukraine is a cornerstone in both health reform and response to the full-scale invasion. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 43 (2), 255—257. <https://doi.org/10.1080/02813432.2025.2477787>
4. Bogale, B., Scambler, S., Mohd Khairuddin, A. N., & Gallagher, J. E. (2024). Health system strengthening in fragile and conflict-affected states: A review of systematic reviews. *PLoS ONE*, 19 (6), 1—33. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305234>
5. Jawad, M. et al. (2021). Implications of armed conflict for maternal and child health: A regression analysis of data from 181 countries for 2000—2019. *PLoS Medicine*, 18 (9), 1—18. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003810>
6. Chol, C. et al (2018). Health system reforms in five sub-Saharan African countries that experienced major armed conflicts (wars) during 1990—2015: a literature review. *Global Health Action*, 11 (1), 1—15. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1517931>
7. Chi, P. C., & Urdal, H. (2018). The evolving role of traditional birth attendants in maternal health in post-conflict Africa: A qualitative study of Burundi and northern Uganda. *SAGE Open Medicine*, 1—9. <https://doi.org/10.1177/2050312117753631>
8. Mbaeyi, C. (2023). Polio vaccination activities in conflict-affected areas. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 19 (2), 1—8. <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2237390>
9. Baig, R., Aborode, A. T., & Novman, S. et al. (2022). COVID-19 vaccination in conflict-affected areas in Nigeria: challenges and recommendations. *Medicine, Conflict and Survival*, 38 (1), 13—19. <https://doi.org/10.1080/13623699.2021.2017441>
10. Pattanshetty, S., Dsouza, V. S., & Shekharappa, A. et al. (2024). A Scoping Review on Malaria Prevention and Control Intervention in Fragile and Conflict-Affected States (FCAS): A Need for Renewed Focus to Enhance International Cooperation. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 14 (1), 4—12. <https://doi.org/10.1007/s44197-023-00180-7>
11. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024, Online Edition. <https://population.un.org/wpp/>
12. Transitional Justice in the Former Yugoslavia (2009). ICTJ.org. International Center for Transitional Justice. <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-FormerYugoslavia-Justice-Facts-2009-English.pdf>
13. Albreht, T. et al. (2016). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 18 (3), 1—207. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/200a7130-e888-456a-8c27-5112360083fc/content>
14. Integrated, person-centred primary health care produces results: case study from Slovenia (2020). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/28d994bb-94c0-49a1-abdb-7b66c6e269b5/content>
15. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2025). <https://www.zzzs.si/en/about-us/>
16. Albreht, T. et al. (2009). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 11 (3), 1—168. http://www.hpi.sk/Documents/HIT/Slovenia_2009.pdf
17. Johansen, A., Vrackob, P., & West, R. (2020). The evolution of community-based primary health care, Slovenia. *Bulletin of the WHO*, 98 (5), 353—359. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.239616>

18. Albreht, T. et al. (2021). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 23 (1), i-188. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/21e0bc6e-cc04-4b28-b3b8-e1de9c8d2ecf/content>
19. Voncina, L. et al. (2006). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8 (7), 1—108. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9241bd18-31c5-44a5-9815-a3382adc54a2/content>
20. Croatia Smoking Ban Restarts on April 9 (2010). *Balkan Insight*. <https://balkaninsight.com/2010/03/11/croatia-smoking-ban-restarts-on-april-9/>
21. Satylganova, A. (2016). Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. *Croatia Country Assessment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.researchgate.net/publication/315493980_Better_non-communicable_disease_outcomes_challenges_and_opportunities_for_health_systems_Croatia_Country_Assessment_Copenhagen_WHO_Regional_Office_for_Europe_2016
22. Ivankovic, A. et al. (2010). Health Status of Population in Federation of Bosnia and Herzegovina in 15 Years of Transitional Period. *Collegium Antropologicum*, 34, Suppl. 1, 325—333. <https://hrcak.srce.hr/51788>
23. Masic, I. et al. (2006). Health Care System in Federation of Bosnia and Herzegovina. *Materia Socio Medica*, 18 (4), 212—218. https://www.researchgate.net/profile/Izet-Masic/publication/257359509_Health_Care_System_in_federation_of_Bosnia_and_Herzegovina/links/00b7d5250317238d9f000000/Health-Care-System-in-federation-of-Bosnia-and-Herzegovina.pdf
24. Hodgetts, G., Brown, G., & Batić-Mujanović, O. et al. (2020). Twenty-five years on: re-visiting Bosnia and Herzegovina after implementation of a family medicine development program. *BMC Family Practice*, 21, Art. 7, 1—12. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1079-4>
25. Health Systems in Action: Bosnia and Herzegovina (2022). *European Observatory on Health Systems and Policies*. WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/70491093-87da-4c27-8a1a-880eef7af631/content>
26. Bjegovic-Mikanovic, V. et al. (2019). Serbia: health system review. *Health Systems in Transition*, 21 (3). <https://iris.who.int/bitstreams/3aa04311-94f3-4211-9471-b083684b3151/download>
27. Awareness, attitudes, and behavior toward non-communicable diseases in Ukraine in 2024 (2024). Research agency CBR (Consumer and Business Research) as part of the Ukrainian-Swiss project “Act for Health”. <https://www.actforhealth.in.ua/materialy/obiznanist-stavleniya-i-povedinka-shchodo-neinfekciynih-zahvoryuvan-v-ukrayini-u-2024-roci>
[Обізнаність, ставлення і поведінка щодо неінфекційних захворювань в Україні у 2024 році (2024). Компанія CBR (Consumer and Business Research) у межах україно-швейцарського проєкту «Діємо для здоров'я»].
28. Kunitz, S. J. (2004). The Making and Breaking of Yugoslavia and Its Impact on Health. *American Journal of Public Health*, 94 (11), 1894—1904. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1894>
29. Scepanovic, L. (2023). Health personnel and the reform of primary health care in Montenegro. *Serbian Journal of the Medical Chamber*, 4 (1), 27—40. <https://doi.org/10.5937/smcl4-42596>
30. Knezevic, R. (2015). Montenegro. In: Economic crisis, health systems and health in Europe, 445—447. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/whohps41/pdf/>
31. Mosca, I., & Tille, F. (2025). Health Systems in Action (HSiA) Insights — Montenegro, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7f5a6e58-f5dc-4400-a45c-1543bd05d368/content>

32. Milevska Kostova, N. et al. (2017). The Former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 19 (3). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/62d8e90f-c309-4204-b352-826c5bafd422/content>
33. Milevska Kostova, N. et al. (2024). North Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 26 (6). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/caa115d0-3bb6-4f87-9386-6b9e1078b28c/content>

Стаття надійшла до редакції журналу: 24.02.2026

Стаття прийнята до друку після рецензування: 06.04.2026

Дата публікації: 23.06. 2026

Nataliia Rynhach, Dr. Sc. (Public Administration), Chief Researcher
Mykhailo Ptoukha Institute for Demography and Life Quality Research of the NAS of Ukraine
01032, Ukraine, Kyiv, Blvd Tarasa Shevchenka, 60
E-mail: n_rynhach@ukr.net
ORCID: 0000-0002-5916-3221
Scopus ID: 57203427877, 57203426714

Pavlo Shevchuk, PhD (Economics), Leading Researcher
Mykhailo Ptoukha Institute for Demography and Life Quality Research of the NAS of Ukraine
01032, Ukraine, Kyiv, Blvd Tarasa Shevchenka, 60
E-mail: pavlo-shevchuk@ukr.net
ORCID: 0000-0003-1158-4438
Scopus ID: 56845578800

HEALTH POLICY DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION IN POST-CONFLICT COUNTRIES OF THE FORMER YUGOSLAVIA: INSIGHTS FOR UKRAINE

The full-scale invasion of Ukraine by the Russian Federation in 2022 led to a significant reduction in the availability of medical services in Ukraine due to the disruption of healthcare facilities. It included the destruction of facilities restrictions on operations in life-threatening situations and a lack of electricity, water and heating. Staff shortages were also a factor, due to the death or forced migration of medical workers. The war has disrupted vital public health processes, including vaccination programmes, sanitation measures, and epidemiological surveillance. It has also negatively impacted the physical and mental health of the population, resulting in an increased premature and avoidable mortality. In the post-war period, Ukraine will inevitably face the consequences of damaged infrastructure and depleted resources. Drawing on the experience of other countries will therefore be essential for rebuilding the healthcare system and shaping effective demographic policies. Therefore, the experience of the countries of the former Yugoslavia, which underwent a series of armed conflicts between 1991 and 2001 is relevant for Ukraine.

This article aims to summarise the conclusions of scientific publications on specific programmes and reforms implemented in the healthcare systems in countries of the former Yugoslavia were that affected by armed conflict at the end of the 20th century. It also aims to identify common reasons for the greater or lesser effectiveness of healthcare system reforms in these countries, and to seek and formulate applicable experiences for Ukraine. This study employed a systematic search of the PubMed and Web of Science bibliographic databases, as well as Google Scholar, to identify academic publications based on criteria relating to the study's objectives and the comprehensiveness of the reform analysis. A content analysis of the legal frameworks of countries in the former Yugoslavia was also conducted. It has been found that successful healthcare reforms shared several features: compulsory health in-

surance, a focus on primary healthcare strengthening, and targeted national programmes for preventing and treating non-communicable diseases. Slovenia's experience has demonstrated that transitioning to social insurance, improving primary care, and implementing consistent policies on non-communicable diseases can reduce mortality long-term. It has been shown that in countries where reforms have not yielded the expected results, they were characterised by chronic underfunding, inefficient resource allocation, a lack of substantial organisational change, the persistence of informal payments, and the emigration and displacement of medical staff. High mortality rates from avoidable causes suggest a combination of inadequate investment and poor communication with the population regarding prevention and timely access to care. Frequent changes in leadership in the healthcare sector, alongside political instability, have created additional obstacles to strategic development. Based on an analysis of the experience of post-war healthcare reforms in the countries of the former Yugoslavia, the following recommendations can be proposed for Ukraine: the fastest possible restoration of universal healthcare coverage with an emphasis on primary care; effective cooperation between the central government, local authorities and domestic professional associations in the process of rebuilding the healthcare system; timely and reasoned initiation of requests for assistance from international donors, and the rational use of this assistance; organisation of effective physical and psychological rehabilitation measures; development and implementation of public awareness campaigns on health issues and personal responsibility for own health.

Keywords: healthcare system, healthcare policy, Yugoslav Wars, post-war reconstruction, reform experience.