

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

другий (магістерський) рівень вищої освіти

на тему: Організація та перспективи розвитку первинної (спеціалізованої та високоспеціалізованої) медичної допомоги

Виконала:

Кіхтенко Наталія Анатоліївна
здобувач вищої освіти
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Адміністративний менеджмент»

Керівник:

Калачевська Лариса Іванівна
Доктор економічних наук,
професор кафедри публічного управління та
адміністрування

Рецензент:

Шаповал Наталія Іванівна
начальник відділу економічного розвитку та
залучення інвестицій Миколаївська сільська
рада Сумського району Сумської області

Суми – 2025

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Рівень вищої освіти	другий (магістерський) рівень вищої освіти
Спеціальність	073 «Менеджмент» ОПП «Адміністративний менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Зав. кафедри Аліна БРИЧКО
«__» «_____» 20__ р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЦІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Кіхтенко Наталії Анатоліївни

1. **Тема кваліфікаційної роботи:** «Організація та перспективи розвитку первинної (спеціалізованої та високоспеціалізованої) медичної допомоги»
 2. **База практичного дослідження:** Комунальне некомерційне підприємство Миколаївської сільської ради «Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини Різдва Пресвятої Богородиці»
 3. **Науковий керівник:** Калачевська Лариса Іванівна, док. екон. наук, професор
- затверджена наказом по університету «25» листопада 2024 р. №3878/ос
4. **Строк подання здобувачем закінченого проекту (роботи)** «04» грудня 2025 р.
 5. **Вихідні дані до проекту (роботи):**

первинні та зведені документи, статутні та установчі документи, фінансова та статистична звітність; монографії, фахові наукові статті та тези доповіді міжнародних науково-практичних конференцій з питань адміністративного менеджменту

6. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- основні напрями модернізації системи медичної допомоги;
- інноваційні підходи до покращення якості та ефективності медичних послуг;
- кадрове, технічне та фінансове забезпечення розвитку медичної допомоги.

Завдання прийняв до виконання

Підпис

Наталія КІХТЕНКО
Ім*я ПРІЗВИЩЕ

Дата отримання завдання

24 листопада 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та завдань кваліфікаційної роботи, складання плану	24 листопада 2024	виконано
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	Лютий-квітень 2025	виконано
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	Травень-червень 2025	виконано
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	16-28 червня 2025	виконано
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	20 вересня 2025	виконано
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	Вересень-жовтень 2025	виконано
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	Листопад 2025	виконано
8	Доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	Листопад 2025	виконано
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	Грудень 2025	виконано
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	04 грудня 2025	виконано
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	15 грудня 2025	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	18 грудня 2025	виконано

Здобувачка _____ Наталія КІХТЕНКО

Науковий керівник _____ Лариса КАЛАЧЕВСЬКА

АНОТАЦІЯ

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТА ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (на прикладі АЗПСМ «Різдва Пресвятої Богородиці»)

Кваліфікаційна робота зі спеціальності D3 «Менеджмент» ОП «Адміністративний менеджмент» . СНАУ, Суми-2025 р. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню організаційних і управлінських механізмів у сфері медичної допомоги України, з акцентом на підвищення ефективності адміністративного менеджменту в установах первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої ланки.

У першому розділі обґрунтовано теоретико-методологічні основи адміністративного менеджменту в медичній сфері, зокрема визначено роль держави у регулюванні медичних послуг, функції управління та підходи до оптимізації управлінських процесів у закладах охорони здоров'я.

У другому розділі проведено глибокий аналіз сучасної системи надання медичної допомоги в Україні. Визначено проблеми функціонування центрів первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованих лікарень та високоспеціалізованих закладів.

Третій розділ містить практичні рекомендації щодо вдосконалення адміністративного управління, включаючи впровадження моделі управління за результатами (Value-Based Healthcare), розвиток кадрового потенціалу, розширення повноважень керівників медичних установ, удосконалення механізмів стратегічного планування, бюджетування, контролю й оцінки ефективності.

Результати дослідження мають практичну значущість для управлінців медичних установ, органів місцевого самоврядування та національних органів охорони здоров'я в контексті реалізації реформи медичної галузі.

Ключові слова: адміністративне управління, медична допомога, кадрове забезпечення, стратегічне планування, Value-Based Healthcare, управління закладами охорони здоров'я.

ANNOTATION

ORGANIZATION AND PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF PRIMARY (SPECIALIZED AND HIGHLY SPECIALIZED) MEDICAL CARE (on example of AZPSM "Christmas of the Blessed Virgin Mary")

Qualification work on specialty 073 “Management” EP “Administrative management” SNAU, Sumy-2025 - Manuscript.

The qualification thesis is devoted to the study of organizational and administrative mechanisms in Ukraine’s healthcare sector, with an emphasis on improving the efficiency of administrative management at the levels of primary, specialized, and highly specialized care.

The first chapter substantiates the theoretical and methodological foundations of administrative management in the healthcare field, particularly defining the role of the state in regulating medical services, the functions of management, and approaches to optimizing managerial processes in healthcare institutions.

The second chapter provides an in-depth analysis of the current system of healthcare delivery in Ukraine. It identifies operational issues of primary health care centers, specialized hospitals, and highly specialized institutions.

The third chapter presents practical recommendations for improving administrative management, including the implementation of value-based healthcare models, development of human resources, expanding the authority of medical facility managers, improving mechanisms of strategic planning, budgeting, control, and performance evaluation.

The research results are practically valuable for healthcare managers, local authorities, and national health bodies in the context of ongoing healthcare reform in Ukraine.

Key words: administrative management, medical care, staffing, strategic planning, Value-Based Healthcare, healthcare facility management.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	13
РОЗДІЛ 2 СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РІЗНИХ РІВНІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	24
2.1 Організаційні аспекти функціонування первинної медичної допомоги	24
2.2 Особливості надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги	30
2.3 Проблемні питання доступності та якості медичних послуг на різних рівнях	36
РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	46
3.1 Основні напрями модернізації системи медичної допомоги	46
3.2 Інноваційні підходи до покращення якості та ефективності медичних послуг	53
3.3 Кадрове, технічне та фінансове забезпечення розвитку медичної допомоги	60
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМ – адміністративний менеджмент
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМС – державна медична субвенція
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
КНП – комунальне некомерційне підприємство
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
МСБ – малі та середні бізнеси
НСЗУ – Національна служба здоров'я України
ОП – освітня програма
ОТГ – об'єднана територіальна громада
ПМД – первинна медична допомога
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
РДА – районна державна адміністрація
СНМ – система надання медичної допомоги
СНАУ – Сумський національний аграрний університет
СРСР – Союз Радянських Соціалістичних Республік
ТГ – територіальна громада
ТОВ – товариство з обмеженою відповідальністю
УМСА – Українська медична стоматологічна академія
УМС – управління медичним сервісом
ЦРЛ – центральна районна лікарня
ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

Сучасна система охорони здоров'я України перебуває у стані глибокої трансформації, що зумовлено як внутрішніми реформами, так і зовнішніми викликами. Курс держави на євроінтеграцію, розвиток цифрових технологій, впровадження страхової медицини, зростання ролі громад у сфері управління медичною інфраструктурою — усе це формує нову парадигму організації медичної допомоги. Відбувається поступовий перехід від лікувально-орієнтованої до профілактично-пацієнтоцентричної моделі, де акцент робиться не лише на лікування, а й на запобігання захворюванням, підвищення якості життя, ранню діагностику та реабілітацію.

В умовах воєнного стану, масових міграцій, руйнування інфраструктури та зростання кількості поранених і осіб із посттравматичними розладами система охорони здоров'я набуває ще більшого стратегічного значення. Медична допомога стає не лише соціальним інститутом, а й чинником національної безпеки, оскільки забезпечує життєстійкість населення, працездатність економіки й психологічну стабільність суспільства. У таких умовах особливо важливою є ефективна взаємодія між усіма рівнями медичної допомоги — первинною, спеціалізованою та високоспеціалізованою, адже від їх узгодженої роботи залежить якість, оперативність і результативність лікувального процесу.

Попри прогрес у реформуванні галузі, існує низка проблем, що гальмують реалізацію державної політики в охороні здоров'я. Це, зокрема, нерівномірна доступність послуг у містах і сільській місцевості, недостатнє матеріально-технічне забезпечення, нестача кваліфікованих кадрів, відтік медичних працівників за кордон, фрагментарність нормативно-правової бази, а також нерівномірність упровадження цифрових рішень. Додатковими викликами стали зростання кількості внутрішньо переміщених осіб, потреба в реабілітації ветеранів, забезпечення медичної допомоги в прифронтових територіях, розвиток мобільної медицини та телемедичних технологій.

Сьогодні держава зосереджує зусилля на створенні прозорої, стійкої та фінансово ефективної моделі охорони здоров'я. Її основою є система медичних гарантій, у межах якої кожен громадянин має право на гарантований пакет безоплатних медичних послуг. Водночас в умовах обмежених ресурсів важливим завданням залишається раціональне використання коштів, кадровий менеджмент і формування сучасної інфраструктури на всіх рівнях допомоги. Не менш значущою є інтеграція державних, комунальних і приватних медичних закладів у єдину інформаційну систему, що забезпечує обмін даними, координацію дій і моніторинг ефективності послуг.

Метою магістерської роботи є дослідження організаційних засад функціонування системи медичної допомоги різних рівнів, виявлення проблем і перспектив її подальшого розвитку в контексті державної політики охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети в роботі передбачено реалізацію таких завдань:

- розкрити сутність медичної допомоги як складової системи охорони здоров'я та її роль у забезпеченні добробуту населення;
- охарактеризувати основні типи медичної допомоги: первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану, їхні функції та взаємозв'язок;
- проаналізувати законодавчі та нормативні акти, що регулюють порядок надання медичних послуг в Україні;
- дослідити організаційні аспекти надання первинної медичної допомоги в сучасних умовах;
- визначити особливості функціонування спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги;
- виявити проблеми доступності та якості медичних послуг на різних рівнях;
- окреслити напрями модернізації системи медичної допомоги з урахуванням сучасних викликів;

- обґрунтувати інноваційні підходи до підвищення ефективності та якості медичних послуг;
- оцінити кадрові, матеріально-технічні та фінансові ресурси, необхідні для розвитку системи медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є система організації медичної допомоги в Україні, що включає державні, комунальні й приватні заклади, органи управління та механізми фінансування.

Предметом дослідження виступають організаційно-управлінські засади та стратегічні перспективи розвитку первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Методологічну основу роботи становлять загальнонаукові методи (аналіз, синтез, індукція, дедукція), а також спеціальні методи — статистичний, порівняльний, системний і структурно-функціональний аналіз, що дозволили дослідити ефективність організаційної моделі медичної допомоги в Україні.

Інформаційну базу становлять законодавчі й нормативно-правові акти України, дані Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я, Центру громадського здоров'я, матеріали ВООЗ, Світового банку, аналітичні звіти міжнародних організацій і наукові праці українських та зарубіжних дослідників.

Практичне значення роботи полягає у розробці рекомендацій щодо удосконалення механізмів надання медичної допомоги на різних рівнях, підвищення її якості та доступності, оптимізації кадрового забезпечення й інтеграції цифрових рішень. Отримані результати можуть бути використані органами державного управління та місцевого самоврядування в межах реалізації політики охорони здоров'я, а також у практичній діяльності закладів медичної сфери для підвищення ефективності їхньої роботи.

Публікації за темою кваліфікаційної роботи:

Кіхтенко Н.А. Система медичної допомоги різних рівнів: сучасні виклики та стратегічні пріоритети розвитку // Тренди та перспективи розвитку

мультидисциплінарних досліджень: матеріали VIII Міжнародної студентської наукової конференції (м. Одеса, 26 вересня 2025 р.) / ГО «Молодіжна наукова ліга». — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025. — С. 34–36.

Кіхтенко Н.А. *Організація первинної медичної допомоги: виклики та новаторські моделі розвитку // Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах сталого розвитку: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (м. Суми, 15–16 травня 2025 р.). — Суми: СНАУ, 2024. — С. 17–19.

Кваліфікаційна робота складається із переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Обсяг основного тексту складає з 55 сторінок, робота містить 19 таблиць, 2 рисунка; список використаних джерел налічує 43 найменування на 7 сторінках, додатки на 9 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Медична допомога є ключовою складовою системи охорони здоров'я, що забезпечує збереження, відновлення і зміцнення здоров'я населення. Вона реалізується через комплекс медичних послуг, які надаються індивіду з метою профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань або патологічних станів. Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медична допомога - це діяльність, спрямована на збереження чи відновлення здоров'я особи, що включає комплекс заходів з профілактики, діагностики, лікування, медичної реабілітації та паліативної допомоги, що надаються закладами охорони здоров'я або окремими медичними працівникам[1].

Медична допомога є багатофункціональною складовою системи охорони здоров'я, яка виконує не лише лікувальні завдання, а й профілактичні, реабілітаційні та підтримувальні. Для кращого розуміння ролі кожної функції доцільно представити їх у систематизованій формі в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 - Основні функції медичної допомоги

№	Функція	Зміст
1	Профілактична	Спрямована на запобігання захворюванням через вакцинацію, санітарно-освітню роботу, медичні огляди, скринінг
2	Діагностична	Забезпечує своєчасне виявлення хвороб, оцінку їхнього стану та динаміки шляхом лабораторних, інструментальних методів
3	Лікувальна	Має на меті усунення або полегшення симптомів хвороби шляхом медикаментозної терапії, операцій, фізіопроцедур тощо
4	Реабілітаційна	Відновлює фізичні, психічні та соціальні функції після хвороби або травми; сприяє поверненню до повноцінного життя
5	Паліативна	Орієнтована на покращення якості життя невиліковно хворих пацієнтів, полегшення болю, психологічну підтримку

Джерело: побудовано автором на основі [2]

Кожна з функцій медичної допомоги є важливою складовою безперервного процесу обслуговування населення. Профілактика зменшує навантаження на

систему охорони здоров'я, запобігаючи поширенню хвороб і скорочуючи витрати на лікування. Діагностика забезпечує своєчасне виявлення патологій і підвищує ефективність терапії. Лікувальна функція охоплює широкий спектр втручань — від первинної допомоги до складних операцій. Реабілітація набуває актуальності через зростання кількості хронічних недуг і воєнних травм, а паліативна допомога забезпечує гідність і підтримку важкохворих пацієнтів.

Функціональна багатогранність медичної допомоги визначає її центральне місце в системі охорони здоров'я. Збалансований розвиток усіх функцій забезпечує ефективність, доступність і справедливість послуг. У сучасному розумінні медична допомога — це не лише сукупність послуг, а суспільне благо, доступне кожному громадянину. Її якість оцінюється за критеріями своєчасності, безпеки, орієнтації на потреби пацієнта та рівності у доступі. Пацієнт-орієнтована модель, що впроваджується в Україні, відповідає європейським принципам гуманізації, підзвітності й прозорості. Таким чином, медична допомога виступає не лише елементом інфраструктури, а й соціальним інститутом, який гарантує реалізацію конституційного права людини на здоров'я.

Таким чином, медична допомога є не просто елементом інфраструктури, а складним соціальним інститутом, що виконує життєво важливу роль у забезпеченні добробуту суспільства та реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я.

Якість медичної допомоги безпосередньо впливає на ключові показники громадського здоров'я. У 2023 році середня тривалість життя в Україні становила 71,8 року, тоді як у країнах ЄС — 78–82 роки. Основними причинами цього залишаються обмежений доступ до якісної первинної допомоги, пізня діагностика та слабкий рівень профілактики [2]. За даними Центру громадського здоров'я, у 2022 році понад 63% смертей спричинені серцево-судинними хворобами, 13% — новоутвореннями. Майже 40% випадків можна було б попередити завдяки своєчасній діагностиці та лікуванню [3].

За оцінками Світового банку, втрата працездатності через захворювання щорічно знижує ВВП України на 3–4%, тоді як інвестиції у профілактику

забезпечують економію до 4 доларів на кожен вкладений долар. У 2023 році понад 40% дорослого населення мали хронічні захворювання [4]. Регіони з розвинутою первинною ланкою (Київ, Дніпропетровська обл.) демонструють на 12–18% нижчі показники тимчасової непрацездатності, що підтверджує зв'язок між доступністю послуг і збереженням трудового потенціалу.

Пандемія COVID-19 виявила слабкі місця первинної медицини: понад 5 млн українців перехворіли, близько 100 тис. загинули [3]. З початком війни у 2022 році пошкоджено понад 600 закладів охорони здоров'я, у прифронтових зонах створено близько 80 мобільних бригад для надання допомоги [2].

За Індексом доступу та якості медичної допомоги (HAQ Index, 2023) Україна посідає 79 місце серед 195 країн світу. Попри війну, збережено фінансування гарантованого пакету послуг через НСЗУ. У межах Програми медичних гарантій у 2023 році передбачено понад 60 безоплатних напрямів лікування — інсульти, інфаркти, онкологія, психічне здоров'я, паліатив і реабілітація.

Система охорони здоров'я України включає заклади трьох рівнів, державні органи управління (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ) і механізми фінансування. Модель стратегічного замовлення через НСЗУ забезпечує оплату послуг за результатом, що поєднує потреби населення з фінансуванням і якістю допомоги. Паралельно розвивається добровільне страхування як додаткове джерело доступу до медичних послуг.

Ефективність системи охорони здоров'я визначається якістю маршрутизації пацієнта між різними рівнями допомоги:

Первинна ланка (сімейні лікарі, терапевти, педіатри) є першим контактом із пацієнтом і забезпечує профілактику, раннє виявлення та ведення хронічних хвороб. Спеціалізована допомога (кардіологи, неврологи, гастроентерологи тощо) надається у поліклініках і стаціонарах другого рівня, а високоспеціалізована — у лікарнях третинного рівня та наукових центрах (онкологія, кардіохірургія, інтенсивна терапія). Недостатня координація між рівнями призводить до перевантаження системи та затримок у лікуванні.

Важливою складовою є інтеграція медичної допомоги з системою громадського здоров'я, що включає епіднагляд, контроль факторів ризику й профілактику. Центр громадського здоров'я МОЗ взаємодіє з первинною ланкою у питаннях вакцинації, скринінгу, раннього виявлення. Цифровізація через систему eHealth забезпечує електронні направлення, рецепти та підвищує прозорість і ефективність послуг.

Попри впровадження мультисекторальної моделі, в Україні зберігається розрив між охороною здоров'я та соціальним захистом. Вразливі групи (особи з інвалідністю, паліативні пацієнти, ВПО) часто не мають комплексного доступу до медичної й соціальної підтримки. Основні бар'єри — відсутність єдиної міжвідомчої координації, нестача мультидисциплінарних команд і фінансування. Окремі успішні ініціативи, як «соціальне таксі» чи медико-соціальні патронажі, мають локальний характер і потребують розширення [5].

Медична допомога не існує ізольовано. Вона функціонує у взаємозв'язку з іншими складовими системи охорони здоров'я: інституційною структурою управління, рівнями медичних послуг, сферою громадського здоров'я, цифровими технологіями та соціальним супроводом. Саме якість цих взаємозв'язків значною мірою визначає ефективність усієї системи охорони здоров'я та рівень задоволення потреб пацієнтів.

Інституційна структура охорони здоров'я формує нормативну, фінансову й організаційну основу медичної допомоги: МОЗ визначає політику, НСЗУ — фінансування, а заклади охорони здоров'я — безпосередньо надають послуги. Водночас спостерігаються проблеми з розподілом повноважень і координацією між рівнями управління. Недостатній обмін інформацією між первинною, спеціалізованою та високоспеціалізованою допомогою знижує ефективність маршруту пацієнта.

Громадське здоров'я — важлива складова, що має забезпечувати епіднагляд, профілактику та контроль ризиків, однак ці функції часто виконуються формально. Цифровізація через платформу eHealth покликана налагодити комунікацію між

лікарями, пацієнтами й управлінськими структурами, проте її впровадження нерівномірне й потребує підготовки кадрів.

Інтеграція медичних і соціальних послуг залишається викликом через відсутність єдиних протоколів і платформ обміну даними. Це ускладнює супровід пацієнтів, які потребують не лише лікування, а й реабілітації та соціальної підтримки.

Медична допомога — базовий елемент системи охорони здоров'я, що реалізує право громадян на охорону здоров'я та виконує профілактичні, лікувальні, реабілітаційні й паліативні функції. Її ефективність визначається якістю взаємодії між управлінськими структурами, цифровими сервісами та соціальним сектором. Належна інтеграція цих елементів забезпечить пацієнтоцентричність, ефективність і доступність медицини в Україні.

Класифікація медичної допомоги є фундаментальним інструментом для організації системи охорони здоров'я. Вона дозволяє структурувати надання послуг за рівнями складності, формами надання, функціональним призначенням та спеціалізацією. Такий поділ забезпечує ефективну маршрутизацію пацієнта, оптимальне розподілення ресурсів, підвищення якості медичних втручань і забезпечення рівного доступу до лікування (табл. 1.2).

Як видно з таблиці 1.2, за рівнем складності виділяють три основні рівні: первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу. Кожен з них відповідає певній глибині діагностики й лікування та має власну інфраструктуру.

Згідно зі ст. 35¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», первинна медична допомога (ПМД) — це базовий рівень медичної допомоги, що надається найбільш наближеними до пацієнта закладами охорони здоров'я або лікарями, і включає профілактику, діагностику та лікування найбільш поширених захворювань, а також ведення хронічних хвороб. [6] Ключовою особливістю ПМД є доступність, безперервність і перший контакт з пацієнтом. У системі охорони здоров'я саме ПМД виступає воротами до інших рівнів медичної допомоги.

Таблиця 1.2 - Класифікація медичної допомоги в системі охорони здоров'я

Критерій	Група	Характеристика
За рівнем складності	Первинна допомога	Базовий рівень. Надання медичних послуг при поширених, неускладнених станах.
	Спеціалізована допомога	Послуги вузькопрофільних фахівців. Потребує поглибленої діагностики та лікування.
	Високоспеціалізована допомога	Високотехнологічне лікування. Використання складного обладнання, складні втручання.
За доступністю	Ургентна (екстрена)	Надається негайно при загрозі життю чи здоров'ю.
	Планова	Попередньо узгоджене лікування без ознак невідкладності.
	Паліативна	Спрямована на полегшення стану при невиліковних хворобах.
	Амбулаторна	Надання допомоги без госпіталізації.
	Стаціонарна	Лікування в умовах цілодобового медичного нагляду.
	Денний стаціонар	Лікування без нічного перебування.
	Виїзна допомога	Надання послуг за межами медичного закладу.
За ступенем спеціалізації	Загальна	Наприклад, терапевтична, педіатрична допомога.
	Спеціалізована	Напрямки як онкологія, кардіологія, неврологія.
	Високоспеціалізована	Трансплантологія, нейрохірургія, інтенсивна терапія, тощо.

Джерело: побудовано автором на основі [2; 4; 14]

Первинна медична допомога (ПМД) виконує низку базових функцій, які забезпечують доступність, профілактику та раннє виявлення хвороб. Її роль полягає не лише у лікуванні, а у комплексному супроводі пацієнта протягом усього життя. Нижче подано систематизовану таблицю 1.3 основних функцій ПМД.

Таблиця 1.3 - Функції первинної медичної допомоги

Функція	Зміст функції
Профілактика	Вакцинація, санітарно-освітня робота, скринінгові програми
Рання діагностика	Виявлення захворювань на початкових стадіях з використанням базових діагностичних методів
Лікування неускладнених випадків	Надання допомоги при ГРВІ, легкій гіпертензії, неускладненому гастриті тощо
Ведення хронічних хвороб	Контроль стану при діабеті, гіпертонії, астмі, спостереження за динамікою
Супровід пацієнтів	Моніторинг загального стану, ведення медичних записів, направлення до спеціалістів

Джерело: побудовано автором на основі [14]

Первинна медична допомога (ПМД) є першим рівнем контакту з пацієнтом і основою системи охорони здоров'я. Її перевага — наближеність до населення та швидке реагування на типові медичні потреби. Профілактика зменшує навантаження на вторинну ланку, рання діагностика підвищує ефективність лікування, а ведення хронічних хвороб забезпечує стабільний контроль стану пацієнтів. Сімейний лікар координує медичний маршрут, виступаючи навігатором у системі.

ПМД в Україні представлена центрами первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), амбулаторіями сімейної медицини та фельдшерсько-акушерськими пунктами (ФАПами), що забезпечують доступність у сільській місцевості. Основні функції виконують лікарі загальної практики — сімейні лікарі, терапевти й педіатри, які працюють як у закладах, так і як ФОП. На 2024 рік понад 30 млн українців підписали декларації з лікарями первинної ланки, що підтверджує ключову роль ПМД у системі охорони здоров'я.

З 2018 року триває реформа ПМД, яка передбачає: контрактування з НСЗУ; впровадження системи eHealth (електронні рецепти, направлення, картки); підвищення кваліфікації лікарів; розширення безоплатних послуг (аналізи, ЕКГ, вакцинація); розвиток телемедицини та мобільних бригад. Це формує доступну, ефективну та профілактично орієнтовану модель охорони здоров'я.

Спеціалізована допомога (вторинний рівень) надається лікарями-спеціалістами у поліклініках і стаціонарах: кардіологія, ендокринологія, неврологія, хірургія середньої складності [7]. Високоспеціалізована допомога (третинний рівень) охоплює складні високотехнологічні втручання — нейрохірургію, трансплантацію, онкотерапію, кардіохірургію [8]. Такі послуги надаються у клініках національного чи обласного рівня, університетських лікарнях, наукових інститутах (зокрема Інститут серця МОЗ).

Отримання допомоги другого і третього рівнів відбувається за направленням від сімейного лікаря, що гарантує раціональне використання ресурсів і безперервність медичного супроводу. Таким чином, чітка взаємодія між рівнями

забезпечує якісний і послідовний маршрут пацієнта в системі охорони здоров'я України.

Таблиця 1.4 - Порівняння спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги

Критерій	Спеціалізована допомога	Високоспеціалізована допомога
Рівень системи	Вторинна ланка	Третинна ланка
Наявність направлення	Переважно з направленням від лікаря ПМД	Обов'язкове направлення, іноді з попередньою консультацією вузького спеціаліста
Складність втручань	Середній рівень складності	Високотехнологічні, складні втручання
Тип закладу	Міські/районні лікарні, діагностичні центри	Університетські клініки, наукові інститути, обласні спеціалізовані центри
Приклади послуг	Консультації вузьких спеціалістів, планові операції, УЗД, ендоскопія	Нейрохірургія, трансплантація, інтервенційна кардіологія, імунотерапія
Оснащення	Стандартне обладнання (рентген, УЗД, лабораторія)	Високотехнологічна апаратура (КТ, МРТ, ангиограф, роботизовані системи)
Кадровий склад	Лікарі-фахівці за спеціальностями	Професори, наукові співробітники, лікарі вищої категорії
Географічна доступність	У більшості регіонів	Зосереджена в обласних центрах, великих містах
Проблеми доступу	Черги, недостатній рівень оснащення у районах	Обмеженість доступу, складність логістики для пацієнтів з віддалених територій

Джерело: побудовано автором на основі [2; 7]

Як видно з таблиці 1.4, основною відмінністю між двома рівнями допомоги є ступінь складності надання послуг та рівень ресурсного забезпечення. Спеціалізована допомога надається в умовах типових лікарень і охоплює найбільш поширені захворювання, які потребують втручання вузьких спеціалістів. Її завдання — забезпечити поглиблену діагностику та планове лікування.

Високоспеціалізована допомога, натомість, є елементом високого професійного ризику, який вимагає участі мультидисциплінарних команд, інноваційного обладнання та перебування пацієнта у клінічних умовах з постійним моніторингом. Це лікування «останньої надії», яке часто має значний вплив на виживаність і якість життя пацієнтів.

У практичному аспекті важливою є система направлень, яка дозволяє уникнути нераціонального навантаження на високоспеціалізовані заклади та

гарантує послідовність у прийнятті клінічних рішень. Водночас проблема нерівномірного розміщення третинних центрів ускладнює доступ до допомоги для мешканців сільських та прифронтових регіонів.

Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога є критичними складовими багаторівневої системи охорони здоров'я. Вони забезпечують поглиблену діагностику та лікування складних випадків, але вимагають точного маршруту пацієнта, належного кадрового забезпечення та модернізації матеріально-технічної бази. В умовах реформування медицини в Україні особливого значення набуває інтеграція цих рівнів з первинною ланкою, а також подолання територіальних і логістичних бар'єрів для їх доступності.

Класифікація медичної допомоги за рівнем складності, доступності та спеціалізації є основою для побудови ефективної, логічної та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я. Кожен рівень - первинний, спеціалізований і високоспеціалізований - виконує чітко визначені функції, взаємодіє з іншими ланками та потребує відповідного кадрового, технічного й фінансового забезпечення.

Первинна допомога є основою системи, забезпечуючи профілактику, ранню діагностику та довготривалий супровід пацієнта. Спеціалізована та високоспеціалізована допомога покликані вирішувати складніші клінічні випадки та впроваджувати високі технології у лікування. Ефективна маршрутизація пацієнтів, налагоджена взаємодія між рівнями та подолання проблем доступності - ключові умови успішного функціонування всієї системи медичного обслуговування.

Правове забезпечення надання медичної допомоги в Україні базується на комплексі законодавчих та нормативно-правових актів, які визначають права громадян на охорону здоров'я, порядок організації медичної системи, механізми фінансування та стандарти лікування. Нижче подано узагальнену таблицю 1.5 основних документів, що регламентують цю сферу.

Таблиця 1.5 - Основні законодавчі та нормативні акти у сфері медичної допомоги в Україні

№	Назва документа	Сфера дії
1	Конституція України (ст. 49)	Конституційна гарантія права на медичну допомогу
2	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992)	Базове законодавство про систему охорони здоров'я
3	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017)	Фінансування медичних послуг через Програму медичних гарантій
4	Закон України «Про екстрену медичну допомогу»	Організація та надання екстреної допомоги
5	Постанова КМУ №410 від 25.04.2018 «Про затвердження Програми медичних гарантій»	Регламентация гарантованого пакету послуг, які оплачує держава
6	Наказ МОЗ №504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	Організація роботи лікарів ПМД, маршрутизація пацієнтів
7	Наказ МОЗ №1422 від 29.12.2016 «Про затвердження Порядку надання екстреної медичної допомоги»	Правила дій при наданні невідкладної допомоги
8	Клінічні протоколи та стандарти медичної допомоги (затверджуються МОЗ окремими наказами)	Єдині підходи до діагностики й лікування на національному рівні
9	Регламенти НСЗУ щодо контрагування із закладами охорони здоров'я	Фінансова взаємодія медичних закладів із державним закупівельником — НСЗУ
10	Постанови та накази щодо функціонування електронної системи охорони здоров'я (eHealth)	Правові основи електронних рецептів, направлень, реєстрів, інтеграції ПМД і СМД через IT-рішення

Джерело: побудовано автором на основі [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10]

Законодавча база охорони здоров'я України ґрунтується на принципах доступності, ефективності та пацієнтоцентричності, поєднуючи конституційні норми, спеціальні закони, урядові постанови й накази МОЗ. Вона забезпечує єдині правила для всіх учасників медичної системи.

Відповідно до статті 49 Конституції України, кожен має право на медичну допомогу, що в державних і комунальних закладах надається безоплатно. Основним нормативним актом є Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№2801-ХІІ), який визначає державну політику, права пацієнтів і медиків, механізми фінансування й контролю якості.

Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№2168-VІІІ) запровадив принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і став

основою Програми медичних гарантій. Закон «Про екстрену медичну допомогу» (№5081-VI) регламентує організацію швидкої допомоги та взаємодію служб.

Підзаконні акти деталізують механізми реалізації законів. Серед них — наказ МОЗ №504 від 19.03.2018 р. про порядок надання ПМД, №1422 від 29.12.2016 р. про екстрену допомогу, а також стандарти та клінічні протоколи. Постанови КМУ визначають обсяги Програми медичних гарантій, а НСЗУ затверджує вимоги до контрактів і контролю якості послуг.

Сучасне законодавство реагує на виклики децентралізації, цифровізації та воєнного стану. Органи місцевого самоврядування відповідають за заклади ПМД, а МОЗ і НСЗУ — за стратегічне управління та фінансування. Активно розвивається eHealth, що забезпечує електронні декларації, рецепти, направлення.

Також нормативно закріплено пріоритетне медичне обслуговування вразливих груп (ВПО, військові, люди з інвалідністю). У 2022–2024 рр. прийнято рішення щодо фінансування мобільних бригад і релокації медичних закладів у зону бойових дій.

Нормативно-правова база охорони здоров'я постійно оновлюється, формуючи гнучку та стійку систему, здатну реагувати на соціальні, економічні та безпекові виклики, забезпечуючи реалізацію права громадян на медичну допомогу.

РОЗДІЛ 2

СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РІЗНИХ РІВНІВ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1 Організаційні аспекти функціонування первинної медичної допомоги

Ефективне функціонування системи охорони здоров’я значною мірою залежить від організаційної побудови первинної медичної допомоги, яка виконує ключову роль у забезпеченні доступу населення до базових медичних послуг. Саме на цьому рівні здійснюється перший контакт пацієнта з медичною системою, реалізується широкий спектр профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів, що є основою здоров’я громади та національної безпеки.

Організаційна структура первинної медичної допомоги в Україні визначає типи закладів, через які населення отримує базові медичні послуги. Це — центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (АЗП-СМ) і фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи). Таблиця 2.1 узагальнює їх статус, функції та кількість, де доступні актуальні дані.

Таблиця 2.1 - Організаційні одиниці первинної медичної допомоги

Заклад ПМД	Роль / функції	Кількість (станом на 2023-2024 р.)
Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)	Адміністрація мережі, керівництво амбулаторіями, субпідряд ФОП тощо	Більше ніж 1 140 комунальних ЦПМСД (складають основу мережі)
Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (АЗП-СМ)	Надання ПМД для міського та селищного населення	Переважна більшість населення підписано до АЗП-СМ, понад 80% до 2021 р.
Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи)	Базовий доступ у сільській місцевості, виїзна та профілактична допомога	У 2024 р. — близько 6850, з 2017-го скорочення на 40 %

Джерело: побудовано автором на основі [15; 16; 17]

ЦПМСД виступають як юридичні особи, що об’єднують амбулаторії і координують діяльність сімейних лікарів, ФОП і первинних пунктів у межах

громади. На 2024 рік їх кількість перевищує 1 140 установ, які співпрацюють із НСЗУ у рамках Програми медичних гарантій. [15]

Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини — основний контакт для пацієнтів, особливо в містах і селищах. До 2021 року понад 80 % українців були прикріплені до сімейного лікаря, що зумовило їхню ключову роль у профілактиці, діагностиці та направленнях. [16]

ФАПи забезпечують доступність медичної допомоги у сільській місцевості. Проте їхній стан ускладнений: з 2017 року налічувалось близько 12 700, а до 2024 року їхня кількість скоротилась до приблизно 6850 — майже на 50 %. Це зменшує доступність медпослуг у низці громад. [17]

Організаційна структура ПМД охоплює три ключові типи закладів, кожен з яких надає специфічні функції: від централізованого управління до безпосереднього первинного контакту з пацієнтом та забезпечення доступу в селах. Статистика свідчить про ефективне покриття міського населення амбулаторіями, тоді як кількість ФАПів стрімко зменшується, що підриває сільську медичну інфраструктуру. Така ситуація вимагає продуманих управлінських рішень і ресурсного стимулювання для збереження балансованої мережі ПМД в межах реформ.

Первинна медична допомога (ПМД) — це перша ланка контакту пацієнта з системою охорони здоров'я. Центральну роль у її реалізації відіграють саме лікарі первинної ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри. Їхня діяльність має ключове значення для забезпечення доступності, безперервності та ефективності медичної допомоги. Таблиця 2.2 демонструє функціональне розмежування лікарів ПМД

Таблиця 2.2 - Функціональне розмежування лікарів ПМД

Категорія лікаря	Цільова група пацієнтів	Основні функції	Кількість декларацій (макс.)
Сімейний лікар	Усі вікові групи (діти, дорослі)	Універсальне ведення пацієнтів, профілактика, діагностика, лікування, направлення до вузьких спеціалістів	до 1800
Терапевт	Дорослі	Лікування хронічних та гострих хвороб у дорослих, консультування, профілактика	до 2000

Продовження таблиці 2.2

Педіатр	Діти до 18 років	Профілактика, лікування, спостереження за розвитком дитини, вакцинація	до 900
---------	------------------	--	--------

Джерело: побудовано автором на основі [6]

Сімейний лікар — універсальний фахівець, який виконує функції як терапевта, так і педіатра. Його компетенція охоплює ведення пацієнтів усіх вікових категорій, що особливо зручно для сімей. Терапевт спеціалізується виключно на дорослому населенні. Його роль особливо важлива для контролю за хронічними захворюваннями, що є поширеними у вікових групах 40+. Педіатр має поглиблену підготовку з питань дитячого здоров'я, що дозволяє якісно надавати допомогу дітям з перших днів життя. У межах реформи ПМД кожен громадянин має право обрати будь-якого лікаря незалежно від місця реєстрації — головне, щоб лікар мав вільні місця для декларацій. Це формує конкуренцію, підвищує якість обслуговування та стимулює професійний розвиток.

Розмежування функцій між лікарями первинної ланки дозволяє ефективно охоплювати потреби всього населення. Роль сімейного лікаря набуває дедалі більшої ваги в умовах інтегрованої моделі надання медичної допомоги, тоді як терапевти та педіатри залишаються важливими фахівцями для окремих вікових категорій.

Функціонування системи первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні базується на взаємодії кількох рівнів управління. Кожен із них виконує свої функції - від нормативно-правового регулювання до фінансування, моніторингу та організації на місцях. У цьому контексті основними суб'єктами управління є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та органи місцевого самоврядування. Таблиця 2.3 демонструє ролі управлінських структур у системі ПМД

Таблиця 2.3 - Ролі управлінських структур у системі ПМД

Рівень управління	Основні функції	Приклади впливу
МОЗ України	Розробка державної політики, затвердження стандартів, методичних рекомендацій, підзаконних актів	Накази щодо вакцинації, зміни у переліку послуг
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Укладення контрактів із закладами ПМД, фінансування згідно з Програмою медгарантій, моніторинг якості	Оплата за декларації, дашборди якості
Органи місцевого самоврядування	Засновники ЦПМСД, управління майном, забезпечення матеріально-технічної бази, додаткове фінансування	Ремонт амбулаторій, закупівля обладнання

Джерело: побудовано автором на основі [4; 6]

Міністерство охорони здоров'я виконує ключову нормотворчу функцію: воно формує загальну політику в сфері охорони здоров'я, розробляє накази, медичні протоколи та стандарти. МОЗ також координує міжнародну співпрацю та впровадження реформ.

НСЗУ — центральна фігура у фінансуванні на рівні ПМД. Саме цей орган укладає договори з лікарями та медичними закладами, оплачує надані послуги відповідно до кількості декларацій, відстежує якість послуг через електронні системи.

Органи місцевого самоврядування виконують виконавчі та матеріально-господарські функції. Вони є засновниками більшості ЦПМСД, здійснюють контроль за діяльністю комунальних медичних закладів, а також вирішують питання кадрового забезпечення, комунальних витрат, поточних ремонтів тощо. У деяких громадах вони також доплачують лікарям або створюють стимули для залучення фахівців у сільську місцевість.

Управління первинною медичною допомогою в Україні здійснюється на кількох рівнях, що забезпечує баланс між централізованими рішеннями та місцевою автономією. Такий підхід дозволяє адаптувати медичні послуги до потреб конкретних громад, водночас зберігаючи єдині державні стандарти якості та доступності.

Організація надання медичної допомоги на первинному рівні в Україні базується на принципах пацієнт-орієнтованості, доступності та ефективного

фінансування. Реформа системи охорони здоров'я, започаткована у 2017 році, суттєво змінила механізми взаємодії між лікарем, пацієнтом і державою.

Центральним елементом нової моделі стала автономізація закладів, вільний вибір лікаря та запровадження капітаційного фінансування.

Ключові компоненти:

1) Вільний вибір лікаря та декларація про обслуговування
З 2018 року кожен громадянин України має право обрати сімейного лікаря, терапевта або педіатра незалежно від місця реєстрації.

Для цього укладається декларація про медичне обслуговування, яка реєструється через електронну систему eHealth. Цей вибір напряму впливає на фінансування медзакладу, оскільки саме кількість підписаних декларацій є основою для нарахування коштів від НСЗУ.

2) Капітаційна модель фінансування («гроші йдуть за пацієнтом») Національна служба здоров'я України щомісяця перераховує медзакладам кошти за кожного задекларованого пацієнта. Сума залежить від вікової групи: найвищий тариф — за дітей до 5 років та літніх людей від 65 років. Це стимулює лікарів до якісного обслуговування та створює конкуренцію серед медичних установ.

3) Цифрові інструменти: eHealth, e-рецепти, електронні направлення У межах електронної системи охорони здоров'я eHealth лікарі оформлюють декларації, медичні записи, призначення та направлення.

Пацієнти отримують доступ до електронних рецептів за програмою «Доступні ліки», а також можуть бути скеровані до спеціалістів на другому рівні виключно через e-направлення. Це підвищує прозорість, зменшує черги та контролює витрати.

Таким чином, механізми організації первинної медичної допомоги в Україні ґрунтуються на вільному виборі лікаря, прозорому фінансуванні через НСЗУ та цифровізації процесів. Такий підхід не лише сприяє підвищенню якості послуг, а й стимулює конкуренцію серед лікарів та закладів. Разом із розвитком eHealth це створює підґрунтя для подальшої модернізації всієї системи охорони здоров'я.

Попри суттєвий прогрес у реформуванні первинної медичної допомоги в Україні, функціонування цієї ланки охорони здоров'я супроводжується низкою викликів. Вони проявляються як у площині кадрового забезпечення, так і в нерівномірному доступі до послуг між містом і селом. Одночасно спостерігаються й позитивні тенденції — активна цифровізація, поява мобільних форм ПМД, розширення можливостей сімейних лікарів. Зведемо ключові проблеми та перспективи в таблицю 2.4 для кращої візуалізації.

Таблиця 2.4 - Основні виклики та перспективи розвитку первинної медичної допомоги в Україні

Категорія	Проблеми / Виклики	Перспективи / Напрями розвитку
Доступність	- Відсутність лікарів у селах; - Недостатня кількість амбулаторій у віддалених ОТГ	- Розвиток телемедицини; - Впровадження мобільних амбулаторій; - Розширення мережі ЦПМСД
Кадрове забезпечення	- Нестача сімейних лікарів; - Відтік кадрів за кордон або в приватний сектор	- Програми мотивації для молодих спеціалістів; - Надання службового житла; - Підвищення зарплат
Матеріально-технічна база	- Зношене обладнання; - Відсутність базових інструментів в амбулаторіях	- Фінансування з НСЗУ на технічне оновлення; - Допомога з місцевих бюджетів та донорських програм
Управління та ІТ	- Слабке впровадження eHealth у сільських регіонах; - Низька цифрова грамотність	- Масштабування електронних сервісів (е-рецепти, е-направлення); - Навчання персоналу
Компетенції лікарів	- Обмежені повноваження сімейних лікарів; - Нерівномірна якість обслуговування	- Підвищення кваліфікації; - Делегування частини функцій (наприклад, ведення хронічних хвороб)

Джерело: побудовано автором на основі [13]

Аналіз таблиці 2.4 свідчить, що першочерговими викликами залишаються кадровий дефіцит, особливо у сільських громадах, а також обмежений доступ до сучасного обладнання. Значна частина фельдшерських пунктів функціонує без комп'ютерної техніки або належного інтернету, що унеможлиблює роботу в системі eHealth.

Водночас перспективи розвитку ПМД є обнадійливими: активне впровадження електронної системи охорони здоров'я, розширення практик

мобільних амбулаторій, а також розвиток телемедицини відкривають нові можливості для охоплення віддалених територій якісною медичною допомогою.

Виклики, що стоять перед системою ПМД в Україні, мають системний характер, але вони можуть бути подолані за умови комплексного підходу до реформи. Важливо продовжувати політику підтримки молодих спеціалістів, розширення цифрових сервісів та фінансування інфраструктури. Перспективні напрями розвитку повинні орієнтуватися на справедливий доступ до медичної допомоги незалежно від місця проживання.

Організаційна модель первинної медичної допомоги в Україні перебуває у фазі активної трансформації відповідно до принципів сучасної медицини, орієнтованої на пацієнта. Формування мережі закладів ПМД — центрів первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторій, ФАПів — дозволило закласти основу для більш доступного та наближеного до населення медичного обслуговування. Водночас ключову роль у цій моделі відіграє сімейний лікар, який забезпечує більшість контактів із пацієнтами, ведення хронічних захворювань, профілактику та направлення до спеціалістів.

Функціонування ПМД забезпечується через партнерство між місцевим самоврядуванням, НСЗУ та МОЗ, що дозволяє поєднати управлінські, фінансові та нормативні ресурси. Впровадження декларацій з лікарем, капітаційної оплати, цифрових інструментів (eHealth) поступово підвищує ефективність та прозорість системи. Разом з тим, виклики — такі як нерівномірний доступ, нестача персоналу та недостатнє технічне забезпечення — вимагають подальших кроків для забезпечення стабільного й якісного розвитку первинної ланки медицини.

2.2 Особливості надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги

Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога є ключовими ланками вторинного і третинного рівнів охорони здоров'я. Вони забезпечують надання медичних послуг пацієнтам із ускладненими або рідкісними патологіями,

що виходять за межі компетенції первинної ланки. Сучасна система організації цих рівнів допомоги в Україні передбачає багаторівневу маршрутизацію пацієнтів, інтеграцію з електронною системою охорони здоров'я та фінансування з боку Національної служби здоров'я України за визначеними пакетами послуг.

З огляду на складність діагностики, лікування та необхідність дороговартісного обладнання, спеціалізована та високоспеціалізована допомога потребують розвиненої інфраструктури, кадрового ресурсу і чітко визначених організаційних механізмів. У цьому контексті важливо не лише забезпечити належну якість послуг, а й гарантувати їх доступність для всіх категорій населення, незалежно від регіону проживання.

Спеціалізована медична допомога — це система, що забезпечує лікування та діагностику пацієнтів із більш складними станами, які не можуть бути вирішені на первинному рівні. Організація спеціалізованої допомоги вимагає чіткої структури закладів, механізмів направлення та наявності аргументованих регіональних мереж. В таблиці 2.5 представлено розподіл послуг між закладами різних рівнів, регіональні особливості доступності ключових напрямів (наприклад, кардіології, онкології) та проблему маршрутизації пацієнтів — ключову для якісного лікування.

Таблиця 2.5 - Організаційна структура та доступність спеціалізованої допомоги в Україні

Напрямок допомоги	Заклади II рівня (спеціалізована)	Заклади III рівня (високоспеціалізована)	Статистика / цифри
Онкологія	Обласні онкодиспансери	Національні інститути (Нац. інститут раку, Охматдит)	приблизно 160 000 нових випадків на рік, рівень ранньої діагностики зріс на 12 %
Кардіологія / ішемічна хвороба серця	Регіональні кардіологічні центри, міські кардіологічні кабінети	Інститут серця, університетські клініки	Показник летальності після інфаркту в Україні в 2–3 рази вищий за середній по ЄС
Інсульт / гостра неврологія	Клініки інсультного профілю II рівня	Спеціалізовані неврологічні центри	Підписано План дій Європи 2018–2030; ще триває адаптація маршрутизації

Джерело: побудовано автором на основі [13; 32]

У таблиці 2.5 видно, що спеціалізована допомога надається в лікарнях II рівня — обласних, міських, районних центрах, тоді як третинний рівень задовольняє більш складні клінічні випадки, концентруючи ресурси в національних або академічних установах. Проблема полягає в нерівномірності доступу: мешканці великих міст отримують лікування швидше, тоді як у регіонах з низьким рівнем забезпечення доступність залишається обмеженою.

Маршрутизація пацієнтів ускладнюється почасти через низький рівень направлень із первинної ланки і недостатнє запровадження регіональних протоколів (наприклад, щодо ХОЗЛ, інсульту, гострого інфаркту). Це зумовлює затримки у діагностиці, а також надмірне навантаження на заклади III рівня, особливо в столиці та обласних центрах.

Організація структури спеціалізованої допомоги має бути більш системною та адресною: необхідно формувати регіональні мережі з чітким розподілом функцій між II і III рівнями. Особливо актуально посилити ранню діагностику для онкопатології та інсульту — включно з регіональними мережею центрів. Крім того, оптимізація маршрутизації через електронні направлення і чітке регіональне планування може суттєво підвищити ефективність використання ресурсів та знизити смертність.

Високоспеціалізована медична допомога — це вершина медичної піраміди, що передбачає надання надскладних послуг із застосуванням сучасних технологій, високоточного обладнання та мультидисциплінарного підходу. Її мета — забезпечення лікування тяжких та рідкісних захворювань, які не під силу лікарям первинної чи звичайної спеціалізованої ланки. Така допомога надається в межах державних та приватних центрів третинного рівня, часто в межах держпрограм, з використанням цифрових інновацій.

Таблиця 2.6 - Сучасні підходи до високоспеціалізованої медичної допомоги

Категорія	Опис / Приклади
Інноваційні підходи	- Телемедицина: консультації між регіональними лікарями та фахівцями з НДС - Роботизована хірургія: система Da Vinci використовується в Україні з 2020-х
Ключові установи	- НДС «Охматдит» (педіатрія, онкогематологія, трансплантація кісткового мозку) - Інститут серця (кардіохірургія, імплантація дефібриляторів)

Продовження таблиці 2.6

Фінансування послуг	- Пакети НСЗУ (наприклад, «трансплантація», «інсульт», «інфаркт», «неонатальна допомога») - Співоплата (пілотні проєкти) - Держпрограми (лікування за кордоном, забезпечення препаратами для рідкісних хвороб)
---------------------	--

Джерело: побудовано автором на основі [23; 25]

Інновації відіграють вирішальну роль у трансформації високоспеціалізованої допомоги. Телемедичні консультації дозволяють оперативно визначати доцільність направлення пацієнта до центру III рівня, уникати непотрібної госпіталізації. Водночас роботизована хірургія дає змогу проводити складні операції з мінімальним травматизмом і високою точністю, що особливо актуально в онкохірургії та кардіохірургії. Фінансування таких послуг - окрема проблема. Попри наявність пріоритетних пакетів НСЗУ, доступ до складних процедур (як-от трансплантація чи інноваційна хіміотерапія) обмежений унаслідок недостатньої кількості підписаних контрактів і складної маршрутизації. Співоплата поки не має широкого впровадження, а держпрограми діють вибірково.

Розвиток високоспеціалізованої медичної допомоги в Україні тісно пов'язаний із впровадженням технологій, оновленням інфраструктури та ефективним фінансуванням. Для покращення доступу необхідне не лише оновлення технічної бази, а й розширення мережі клінік, здатних надавати такі послуги в регіонах. Окрему увагу слід приділити прозорості маршрутів пацієнтів, а також активному розвитку телемедичних рішень і підготовці кваліфікованих кадрів.

Незважаючи на позитивні зрушення в реформуванні вторинного й третинного рівнів медичної допомоги в Україні, система все ще стикається з низкою системних проблем. Ці виклики охоплюють не лише технічну чи кадрову недостатність, а й глибшу нерівність доступу між регіонами, логістичні труднощі, брак цифрової взаємодії та перевантаженість закладів. Нижче наведено ключові проблеми у табличній формі для їх системного розуміння.

Таблиця 2.7 - Основні виклики функціонування спеціалізованої медичної допомоги в Україні

Проблема	Суть / Опис	Наслідки
Кадрова нерівність між регіонами	Концентрація вузьких фахівців у великих містах, брак спеціалістів у районних лікарнях	Перевантаження обласних центрів, зниження якості допомоги на місцях
Недоступність у сільській місцевості	Відсутність стаціонарів II-III рівнів, погана логістика, низька інформованість	Пізнє звернення, прогресування хвороб, обмежений доступ до високих технологій
Черги на планові втручання	Обмежений ресурс операційних/обладнання, кадровий дефіцит, фінансова нестабільність	Очікування 3–12 місяців, ризик ускладнень при затримці лікування
Недостатня цифрова інтеграція з ПМД	Недосконалість маршрутів, відсутність повноцінної єдиного електронного запису	Затримки з направленням, дублювання діагностичних процедур

Джерело: побудовано автором на основі [10; 24; 26; 27]

Однією з найбільших проблем є кадрова концентрація у мегаполісах, що створює штучний дефіцит у сільській місцевості. Наприклад, у 2024 році на 100 тис. населення у Києві припадало понад 70 вузькопрофільних лікарів, у той час як у Житомирській чи Чернігівській областях — менш ніж 30. Транспортна недоступність, поєднана з низькою інформованістю населення, значно знижує ефективність лікування в регіонах. Бракує розробленої логістики між ПМД і центрами вторинної/третинної ланки. Також системна затримка планових втручань, спричинена недостатнім фінансуванням, застарілою інфраструктурою та низькою продуктивністю, призводить до накопичення черг. Електронні направлення та маршрути не завжди синхронізовані, що свідчить про потребу в інтегрований цифровій платформі. Система спеціалізованої допомоги в Україні потребує глибокого реформатування у бік справедливої регіональної доступності, гнучкої кадрової політики та цифрової інтеграції. Вирішення проблем нерівномірності доступу та покращення логістики між рівнями допомоги має стати одним з основних пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Для візуалізації територіальних відмінностей у доступності спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги було побудовано порівняльну діаграму на основі ключових показників для семи регіонів України. Рисунок 2.1

демонструє кількість закладів різного рівня, наявність профільних центрів, а також середній час очікування на медичні послуги.

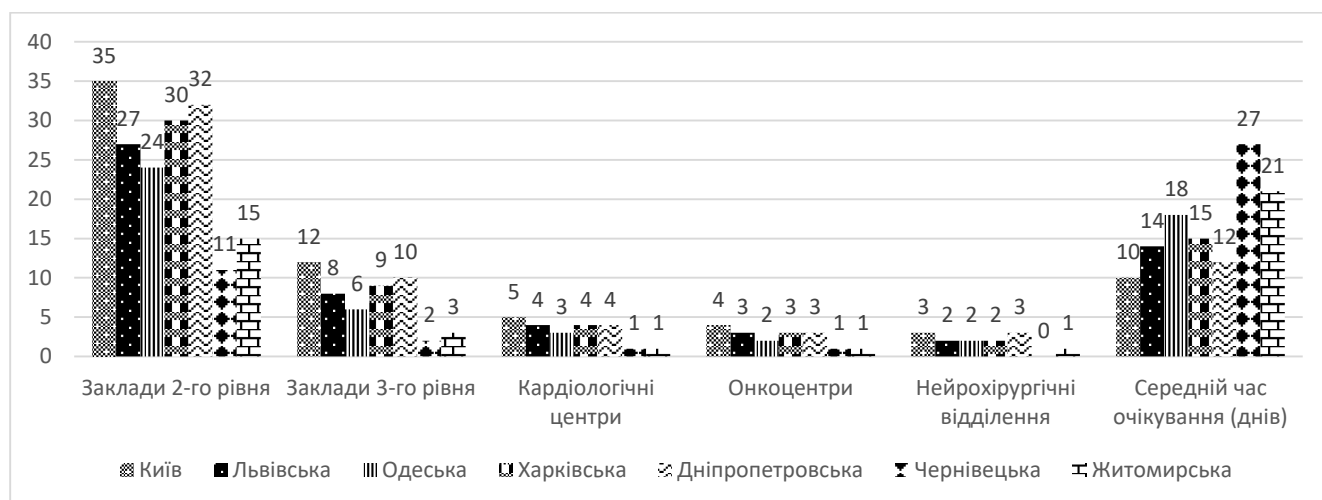


Рисунок 2.1 - Доступ до високоспеціалізованої допомоги в Україні: міжрегіональний аналіз

Джерело: створено на основі [9; 27]

Найбільше закладів другого рівня зосереджено у Києві (35), Львівській (32) та Дніпропетровській (30) областях, що свідчить про високу концентрацію спеціалізованої медичної інфраструктури у великих агломераціях. Заклади третього рівня найкраще представлені в Києві (15), тоді як у Чернівецькій області лише 2 таких установи, що обмежує доступ до високоспеціалізованої допомоги.

Щодо кардіологічних і онкологічних центрів, Київ лідирує (5 і 4 відповідно), що логічно з огляду на наявність наукових і клінічних установ державного рівня. У Чернівецькій області спостерігається дефіцит спеціалізованих підрозділів, зокрема відсутність нейрохірургічного відділення та лише по одному онко- і кардіоцентру. Цей дисбаланс прямо впливає на середній час очікування, який у Чернівецькій області становить 27 днів — найвищий показник серед усіх регіонів. У Києві цей показник найнижчий — 10 днів.

Порівняльна діаграма наочно демонструє нерівномірність у доступі до спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги в регіонах України. Великі міста мають значно розвинутішу інфраструктуру, що знижує час очікування та

покращує якість обслуговування пацієнтів. Натомість у менших регіонах, таких як Чернівецька чи Житомирська області, існує потреба в розширенні мережі закладів та підвищенні ефективності маршрутів пацієнтів. Це підкреслює необхідність продовження реформи охорони здоров'я з акцентом на регіональний баланс.

Розгляд організації спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги засвідчив важливу роль цих рівнів у забезпеченні комплексного медичного обслуговування населення. Спеціалізована допомога надається в умовах закладів другого рівня та охоплює широкий спектр галузей — від кардіології до гастроентерології, тоді як високоспеціалізована — зосереджена у високотехнологічних клініках третинного рівня, таких як Інститут серця, Охматдит, тощо. Вона включає напрями, що потребують складного обладнання, висококваліфікованих кадрів і значних фінансових ресурсів. Важливим аспектом є наявність маршрутів пацієнтів від первинної ланки до вузьких спеціалістів через електронну систему направлень.

Водночас аналіз виявив значні виклики: нерівномірність доступу між регіонами, нестачу фахівців у сільській місцевості, перевантаженість закладів і подекуди тривалі черги на планові втручання. Позитивною тенденцією є впровадження цифрових сервісів, розвиток телемедицини та нові фінансові механізми НСЗУ, які сприяють прозорому розподілу ресурсів. У подальшому розвиток спеціалізованої допомоги має ґрунтуватися на принципах регіональної збалансованості, інвестицій у кадри та інфраструктуру, а також інтеграції з первинною ланкою через сучасні інструменти електронного здоров'я.

2.3 Проблемні питання доступності та якості медичних послуг на різних рівнях

Однією з ключових проблем сучасної системи охорони здоров'я України є нерівномірний доступ населення до медичних послуг залежно від місця проживання, соціального статусу та наявності інфраструктури. Особливо гостро ця проблема проявляється у сільських територіях, де пацієнти стикаються з

обмеженою мережею медичних закладів, нестачею кадрів і транспортною ізоляцією. За даними МОЗ України, у 2024 році в країні функціонувало близько 6850 фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), що на майже 50% менше, ніж у 2017 році, коли їх налічувалося понад 12 700.

Окрім скорочення ФАПів, проблема ускладнюється кадровим дефіцитом. У сільській місцевості майже 30% посад лікарів первинної ланки залишаються вакантними, а в деяких громадах пацієнти змушені долати 20–40 км до найближчого амбулаторного пункту або лікаря. Такі обставини особливо критичні для людей похилого віку, хронічно хворих, осіб з інвалідністю та ВПО.

В умовах воєнного стану проблема загострюється. Станом на кінець 2024 року, за офіційними даними МОЗ, понад 1938 об'єктів медичної інфраструктури зазнали пошкоджень або були повністю зруйновані, що різко погіршило доступ до медичної допомоги в прифронтових та окупованих районах.

Особливе занепокоєння викликає обмежений доступ до високоспеціалізованої медичної допомоги в регіонах. Такі послуги, як трансплантація, онкологічне лікування або інтервенційна кардіологія, зосереджені переважно у великих містах (Київ, Львів, Харків, Дніпро), що створює логістичні бар'єри для жителів віддалених територій.

Також варто згадати транспортну недоступність у багатьох громадах. Відсутність громадського транспорту, низька якість доріг, відсутність послуг медичного перевезення (соціального таксі, евакуаційних бригад) позбавляє частину населення навіть теоретичної можливості дістатися до медичних установ.

Особливо вразливими залишаються внутрішньо переміщені особи (ВПО), яких в Україні налічується понад 5 мільйонів (за даними Мінсоцполітики, 2024). Значна частина з них проживає у тимчасових поселеннях або селах без медичної інфраструктури, що створює додаткове навантаження на місцеві ЦПМСД та загострює проблему нерівності.

Забезпечення рівного доступу до медичних послуг незалежно від місця проживання є ключовим завданням системи охорони здоров'я. Проте в Україні зберігається значна територіальна диспропорція, яка посилюється під впливом

демографічних, інфраструктурних та безпекових чинників. У таблиці 2.8 наведено основні бар'єри, що обмежують доступ населення до медичної допомоги на різних рівнях.

Таблиця 2.8 - Територіальні бар'єри в доступі до медичних послуг

Проблема	Характеристика	Дані / Оцінка
Скорочення ФАПів	Зменшення мережі первинної ланки у сільській місцевості	–50% за 2017–2024 рр.
Дефіцит кадрів	Нестача сімейних лікарів у віддалених громадах	До 30% вакантних ставок
Доступ до високоспеціалізованої допомоги	Концентрація у великих містах, відсутність у більшості регіонів	4–6 центрів на всю країну
Руйнування медзакладів через війну	Недоступність медичних послуг у прифронтових зонах	1900+ закладів пошкоджено або зруйновано
Відсутність транспортної інфраструктури	Відсутність громадського транспорту, соціального таксі	До 40 км відстані до лікарні в ОТГ
Уразливість ВПО	Тимчасове проживання без постійного медичного нагляду	Понад 5 млн осіб (станом на 2024 рік)

Джерело: побудовано автором на основі [24; 27; 29]

Наведені дані свідчать про глибоку децентралізацію проблем доступності медичних послуг. Скорочення ФАПів — як результат нестачі кадрів, зменшення фінансування та відсутності мотивації молодих фахівців працювати у селі — призвело до зникнення багатьох точок доступу до базової медичної допомоги. Водночас кадровий дефіцит, що досягає 30%, робить неможливою безперервну роботу навіть існуючих пунктів.

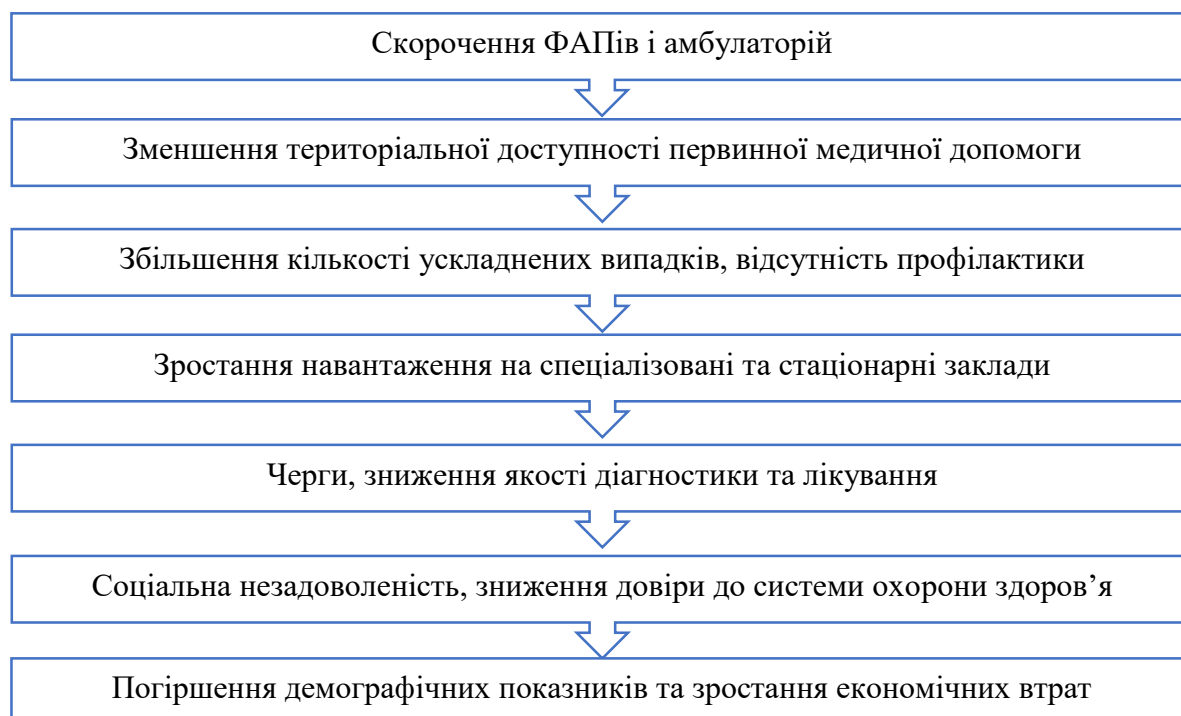
Особливо тривожним є обмеження доступу до високоспеціалізованої допомоги, яка зосереджена переважно в Києві, Львові, Дніпрі та декількох обласних центрах. Мешканці сільських районів змушені витратити значні ресурси на поїздки, або взагалі відмовляються від обстеження чи лікування.

В умовах повномасштабної війни ситуація ускладнилася через масові руйнування лікарень у східних та південних регіонах. Це призвело до критичного зниження доступності медичної допомоги у прифронтових громадах, де проблема транспортного забезпечення стала особливо актуальною.

Уразливі категорії населення — особливо ВПО — стикаються з багаторівневими бар'єрами: від відсутності медичного нагляду до нестачі інформації про можливості обслуговування за новим місцем проживання.

Територіальні бар'єри у доступі до медичних послуг мають системний характер і потребують комплексного вирішення. Розвиток транспортної інфраструктури, відновлення ФАПів, підтримка мобільних бригад та розвиток телемедицини мають стати пріоритетами державної політики у сфері охорони здоров'я. Забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги для всіх категорій населення — це не лише гуманітарний, а й стратегічний виклик, що безпосередньо впливає на здоров'я нації та стабільність регіонів.

На рисунку 2.2 представлено узагальнену причинно-наслідкову схему, яка демонструє, як структурні та кадрові дефіцити, інфраструктурні обмеження та соціальна нерівність формують низхідну динаміку зниження ефективності медичної системи в цілому.



Джерело: створено на основі [25;26; 27]

Рисунок 2.2 - Причинно-наслідкові зв'язки нерівного доступу до медичних послуг

Рисунок 2.2 ілюструє багаторівневий каскад наслідків, який починається з базових змін у первинній ланці медичної допомоги. Скорочення медичної інфраструктури у сільських районах (перший етап) призводить до зниження доступності профілактичних і лікувальних послуг, що є критично важливими для раннього виявлення хвороб.

Як наслідок, пацієнти звертаються вже на пізніх стадіях захворювань — до фахівців вторинної та третинної ланок. Це спричиняє перевантаження лікарень, подовження черг, нестачу часу на одного пацієнта, що в кінцевому підсумку впливає на якість медичної допомоги.

В умовах воєнного часу ситуація ускладнюється ще більше. Руйнування медичних закладів, обмеження логістики, нестача фахівців та медичного транспорту роблять ці наслідки не лише системними, а й тривалими у часі. Вони формують замкнене коло зниження ефективності медичної системи, яке складно подолати без стратегічного втручання на державному рівні.

Кінцевим етапом цього ланцюга є втрата довіри населення до системи охорони здоров'я, що позначається на кількості звернень, показниках тривалості життя, працездатності населення та зрештою — на соціально-економічному розвитку територій.

Причинно-наслідкові зв'язки демонструють, що нерівність доступу до медичних послуг має системний характер і провокує не лише медичні, а й соціально-економічні наслідки. Розірвати цей негативний ланцюг можливо лише шляхом інтегрованого підходу до розвитку системи охорони здоров'я: відновлення інфраструктури, зміцнення первинної ланки, підтримка вразливих громад, розвиток телемедицини та мобільних служб. Вчасні заходи дозволять не лише покращити показники здоров'я, а й зміцнити соціальну стійкість регіонів.

Якість медичної допомоги є основним критерієм ефективності системи охорони здоров'я, адже саме вона безпосередньо впливає на здоров'я населення, рівень довіри до медичних установ, витрати бюджету та міжнародні рейтинги країни у сфері охорони здоров'я. В умовах реформ, воєнного стану та обмежених

ресурсів в Україні простежується нерівномірна якість надання медичних послуг на різних рівнях — від первинної до високоспеціалізованої допомоги.

Таблиця 2.9 - Основні проблеми якості медичної допомоги за рівнями

Рівень допомоги	Ключові проблеми	Наслідки
Первинна медична допомога (ПМД)	Формальність профілактики, брак комунікації, неповнота супроводу хронічних хвороб	Ріст запущених випадків, перевантаження вторинної ланки
Спеціалізована допомога (СМД)	Черги, брак обладнання, відтік кадрів, регіональна нерівномірність	Погіршення діагностики, зниження якості консультацій
Високоспеціалізована допомога	Територіальна недоступність, перенавантаження, технічні та кадрові проблеми	Втрата шансів на виживання для важких пацієнтів, затримки лікування

Джерело: побудовано автором на основі [26; 27; 36]

Попри активну реформу з 2018 року, проблеми якості ПМД залишаються системними:

1) Частина лікарів не володіє повним спектром компетенцій для ведення хронічних пацієнтів.

2) Формальність профілактичної функції: багато скринінгових програм виконуються «для звітності», а не як інструмент виявлення патологій.

3) Нерівномірна якість консультацій між приватними ФОП і комунальними закладами.

За даними НСЗУ, у 2024 році понад 32% скарг пацієнтів надійшли саме на рівень ПМД, включаючи відсутність зворотного зв'язку, відмову в направленнях та неповноту обстеження.

Спеціалізований рівень (СМД). Черги до вузьких спеціалістів у міських лікарнях сягають 2–4 тижнів. Часто відсутнє сучасне обладнання для якісної діагностики (особливо у районах): лише 60% поліклінік мають цифровий рентген, менше 45% — УЗД-апарати нової генерації. Відсутність мотивації до підвищення кваліфікації у лікарів СМД через низьке фінансування та перевантаженість.

У 2022–2024 роках частина спеціалістів змінила місце роботи або виїхала за кордон, що призвело до дефіциту лікарів другої ланки в 12 областях України, згідно з даними МОЗ.

Високоспеціалізований рівень (третинна допомога):

1) Обмежена кількість закладів: менше 30 установ в Україні надають високоспеціалізовану допомогу, зосереджених у 6 містах.

2) Високий рівень навантаження: у Київських центрах рівень заповнення ліжок у відділеннях кардіохірургії та онкології перевищує 90%, що ускладнює планову госпіталізацію.

3) Відсутність клінічних протоколів або їх неактуальність — проблема в окремих діагностичних напрямках.

4) Частина обладнання закуплена, але не введена в експлуатацію через відсутність підготовлених кадрів або неробочий стан приміщень (станом на 2023 рік — понад 80 одиниць техніки простоє у лікарнях третинного рівня, за звітом Рахункової палати).

Низька або нестабільна якість медичних послуг на кожному рівні медичної допомоги в Україні створює ланцюговий ефект, який впливає на загальну результативність медичної системи. Якщо первинна ланка не виконує функцію раннього виявлення та ефективного скерування, тягар лягає на спеціалізовані й високоспеціалізовані заклади. У свою чергу, нестача обладнання та персоналу на цих рівнях поглиблює системну кризу. Для подолання проблем якості необхідне комплексне втручання: від перепідготовки кадрів, оновлення клінічних протоколів — до технічної модернізації закладів і справедливої оплати праці медиків. Особливого значення набуває моніторинг якості послуг, який має стати не формальністю, а інструментом стратегічного управління.

Окрім територіальних та якісних проблем, значною перешкодою для розвитку системи охорони здоров'я в Україні є інституційні та управлінські бар'єри. Вони охоплюють слабку координацію між рівнями медичної допомоги, недосконалі механізми маршрутизації пацієнтів, фрагментованість інформаційних систем і недостатнє фінансування. Такі чинники знижують ефективність навіть там, де є відносно хороша інфраструктура чи кадри, і створюють додаткові ризики для пацієнтів.

Таблиця 2.10 — Інституційні бар'єри у системі охорони здоров'я України

Проблема	Сутність	Наслідки для пацієнтів / системи
Недосконала маршрутизація пацієнтів	Затримки, дублювання направлень, відсутність прозорих алгоритмів	Втрата часу, ризик ускладнень, зростання витрат
Слабкий обмін інформацією між рівнями	Немає єдиної бази даних, повторні аналізи й обстеження	Зниження довіри, додаткові витрати пацієнтів
Фрагментованість eHealth	Часткова інтеграція лікарень, нестача навченого персоналу	Неефективне використання цифрових інструментів
Фінансова нерівність	Недостатні виплати малим громадам за договорами з НСЗУ	Ризик скорочення мережі, зниження доступності
Відсутність інтеграції з соцпослугами	Немає спільних протоколів для ВПО, осіб з інвалідністю, паліативних пацієнтів	Фрагментарність допомоги, підвищення соціальних ризиків

Джерело: побудовано автором на основі [9; 10; 26; 29; 38]

Недосконала система маршрутизації пацієнтів. У багатьох громадах зберігається ситуація, коли направлення від лікаря первинної ланки видаються із затримками або не відповідають клінічним потребам. Це призводить до повторних візитів, затягування лікування і зростання витрат.

Слабка комунікація між рівнями медичної допомоги. Відсутність інтегрованої інформаційної системи ускладнює обмін даними. Пацієнти часто змушені повторно здавати аналізи чи проходити обстеження, що створює надлишкове навантаження та витрати.

Фрагментованість цифровізації (eHealth). Хоча електронні рецепти та направлення активно впроваджуються, станом на 2024 рік лише близько 73% лікарень України були повністю інтегровані в систему eHealth. У сільських громадах цей показник ще нижчий — близько 52%.

Фінансові диспропорції. Система фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» через НСЗУ забезпечила певний прогрес, однак для закладів у малонаселених громадах контрактні обсяги часто не покривають реальних витрат. Це створює загрозу закриття невеликих амбулаторій.

Відсутність інтеграції медичних і соціальних послуг. Пацієнти з інвалідністю, паліативні хворі та ВПО потребують комплексного підходу

(медицина + соціальний супровід). В Україні такі послуги функціонують розрізнено, без єдиних протоколів дій між МОЗ, Мінсоцполітики та громадами.

Інституційні та системні бар'єри є прихованою, але однією з найсерйозніших загроз для ефективності медичної допомоги в Україні. Вони проявляються навіть там, де є кваліфіковані лікарі й достатня матеріальна база. Подолання цих проблем вимагає:

- 1) налагодження єдиної цифрової платформи eHealth з повною інтеграцією всіх закладів;
- 2) створення чітких маршрутів пацієнта та стандартів комунікації між рівнями допомоги;
- 3) реформування фінансування для підтримки сільських і малих закладів;
- 4) розробки медико-соціальних міжвідомчих протоколів, які забезпечать комплексний супровід вразливих категорій населення.

Лише комплексне вирішення інституційних і системних проблем дозволить забезпечити реальну доступність та якість медичної допомоги, незалежно від регіону чи соціального статусу пацієнта.

У другому розділі було проведено комплексний аналіз організації медичної допомоги на різних рівнях в Україні з акцентом на проблеми доступності та якості. Встановлено, що сучасна система охорони здоров'я стикається з багаторівневими викликами, які мають як територіальний, так і інституційний характер.

Виявлено значні територіальні та соціально-економічні диспропорції. Скорочення мережі ФАПів, дефіцит медичних кадрів у сільських громадах, відсутність належної транспортної інфраструктури та руйнування медичних закладів унаслідок війни формують бар'єри для базового доступу до послуг. Особливо уразливими залишаються внутрішньо переміщені особи, люди похилого віку та особи з інвалідністю.

Досліджено проблеми якості медичної допомоги на різних рівнях. Первинна ланка часто не виконує профілактичної функції, спеціалізований рівень характеризується чергами та браком сучасного обладнання, а високоспеціалізовані заклади зосереджені лише у великих містах і працюють у режимі постійного

перенавантаження. Нерівномірна якість послуг створює ланцюговий ефект, який знижує ефективність усієї системи.

Загалом, результати аналізу свідчать, що система медичної допомоги в Україні має структурні та функціональні проблеми, які взаємопов'язані та взаємопосилюють одна одну. Подолання цих викликів можливе лише за умови комплексного підходу, який передбачає: розвиток інфраструктури та телемедицини, підвищення кваліфікації кадрів, оновлення обладнання, удосконалення маршрутів пацієнтів, цифрову інтеграцію та справедливий розподіл фінансових ресурсів.

Таким чином, розділ 2 показав, що забезпечення рівного доступу та належної якості медичних послуг є стратегічним завданням охорони здоров'я України, від реалізації якого залежить не лише стан здоров'я населення, а й соціально-економічна стабільність країни.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

3.1 Основні напрями модернізації системи медичної допомоги

Стан інфраструктури охорони здоров’я в Україні залишається однією з найслабших ланок системи. Значна частина медичних закладів збудована ще у 60–80-х роках ХХ століття та не відповідає сучасним стандартам ані за умовами перебування пацієнтів, ані за рівнем обладнання. Воєнні дії 2022–2024 рр. додатково загострили проблему: сотні лікарень зруйновані або потребують капітальної реконструкції. У таких умовах модернізація інфраструктури та впровадження нових технологій стають ключовим напрямом реформування медичної допомоги.

Таблиця 3.1 - Основні напрями інфраструктурної та технологічної модернізації системи охорони здоров’я

Напрямок модернізації	Стан проблеми (2023–2024 рр.)	Пропоновані заходи
Відновлення медичних закладів	1900+ пошкоджено, 297 повністю зруйновано	Капітальна реконструкція, створення опорних лікарень
Сільська медична інфраструктура	Брак амбулаторій і ФАПів у громадах	Розвиток мережі ПМД, мобільні амбулаторії
Оснащення обладнанням	40% обладнання застаріло	Закупівля МРТ, КТ, цифрових рентгенів, сучасних лабораторних комплексів
Телемедицина	72% підключених закладів до eHealth (у селах — лише 52%)	Дистанційні консультації, моніторинг пацієнтів, розвиток онлайн-сервісів
Електронні сервіси	Часткова інтеграція	Повна цифровізація — е-рецепт, е-лікарняний, електронний документообіг

Джерело: побудовано автором на основі [11; 43]

За даними МОЗ, станом на початок 2024 року пошкоджено або зруйновано понад 1 978 об'єктів охорони здоров'я, з них понад 297 — повністю знищено. Найбільших втрат зазнали заклади первинної медичної допомоги, особливо у прифронтових областях. Зруйновані амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи) та центри ПМД залишили мільйони мешканців сіл і малих громад без доступу до базових медичних послуг. За таких умов пріоритетним напрямом державної політики стає відновлення саме первинної інфраструктури, адже вона є найближчою до пацієнта та формує основу для профілактики, ранньої діагностики й безперервності лікування.

Розвиток мережі опорних лікарень у межах госпітальних округів є одним із ключових завдань на 2024–2025 роки. Такі лікарні мають стати центрами надання вторинної допомоги з сучасним обладнанням, кадровим забезпеченням і цифровими інструментами управління. Вони повинні забезпечити покриття для щонайменше 200 тис. мешканців у кожному окрузі та працювати у взаємодії з ЦПМСД, що дозволить створити ефективну маршрутизацію пацієнтів і зменшити навантаження на обласні клініки.

Матеріально-технічний стан системи охорони здоров'я залишається складним. Близько 40 % медичного обладнання у лікарнях України станом на 2024 рік є морально або фізично застарілим, а частина апаратури не відповідає стандартам ВООЗ. Ситуація особливо критична у районних лікарнях і сільських амбулаторіях, де часто відсутнє навіть базове діагностичне устаткування — рентген- або УЗД-апарати, лабораторні аналізатори, сучасні дефібрилятори. Для розв'язання цієї проблеми у 2024 році держава зосередилася на закупівлях цифрових рентгенів, МРТ, КТ, лабораторних систем, телемедичного обладнання, а також на програмі енергомодернізації лікарень.

Завдяки підтримці Європейського Союзу, Світового банку та ВООЗ, у 2024 році до України було передано понад 100 пересувних амбулаторій, здатних обслуговувати віддалені села, зокрема на деокупованих територіях. Також діє пілотний проєкт «Мобільна клініка», що об'єднує медиків, психологів і соціальних працівників у єдину команду.

Важливим напрямом модернізації системи є цифровізація та інтеграція медичних даних. За інформацією НСЗУ, на початок 2024 року близько 65 % закладів охорони здоров'я були підключені до електронної системи eHealth, проте інтеграція залишається нерівномірною: у великих містах показник сягає 80–90 %, тоді як у сільських громадах — лише близько 40 %. Така цифрова нерівність створює ризики для якісного ведення пацієнтів і ускладнює контроль за медичними даними.

Подальший розвиток телемедицини та онлайн-консультацій є стратегічно важливим для відновлення медичних послуг у зонах, де доступ до лікарів обмежений. У 2024 році розширено функціонал електронного рецепта, запроваджено електронні лікарняні та дистанційні консультації через eHealth-платформу. Це дозволяє пацієнтам отримувати консультації без фізичного візиту, а лікарям — відстежувати хронічних пацієнтів у режимі реального часу.

Інфраструктурна та технологічна модернізація є фундаментом реформи охорони здоров'я. Без сучасної матеріальної бази, цифрових інструментів і належного медичного обладнання навіть найкращі управлінські рішення не дадуть бажаного ефекту. Тому у 2024 році ключовими завданнями держави визначено:

- завершення реконструкції зруйнованих лікарень і амбулаторій;
- створення мережі опорних лікарень у госпітальних округах;
- розвиток мобільних амбулаторій і телемедичних пунктів;
- оновлення лабораторного та діагностичного обладнання;
- запровадження єдиної цифрової екосистеми охорони здоров'я.

Кадровий потенціал системи залишається одним із найгостріших викликів. За оцінками МОЗ, на початок 2024 року в Україні бракує близько 30 тис. лікарів і понад 50 тис. медичних сестер. Найдефіцитніші спеціальності — сімейні лікарі, анестезіологи, кардіологи, лікарі невідкладної допомоги. Проблема має як кількісний, так і якісний вимір: близько 35 % лікарів передпенсійного віку, а рівень оновлення кадрів — найнижчий за останнє десятиліття.

У відповідь на ці виклики МОЗ спільно з ВООЗ та програмою USAID у 2024 році реалізувало ініціативи з підвищення кваліфікації медпрацівників, спрощення

процедур інтернатури, створення регіональних симуляційних центрів для практичної підготовки фахівців. Запровадження механізмів стимулювання для лікарів, які працюють у сільській місцевості (житло, транспорт, надбавки), є ключовим напрямом кадрової політики.

Таким чином, відновлення, модернізація та кадрове оновлення становлять триєдину основу розвитку медичної системи України у 2024 році. Від того, наскільки швидко держава зможе відновити матеріальну базу, забезпечити лікарів сучасними технологіями та створити гідні умови праці, залежить не лише якість медичних послуг, а й загальна стійкість національної системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.2 - Ключові проблеми кадрової політики та шляхи їх подолання

Проблема	Стан / Дані (2024 р.)	Пропоновані заходи
Дефіцит лікарів і медсестер	–32 тис. лікарів, –53 тис. середнього персоналу	Державні програми залучення кадрів, пільги для роботи в селах
Виїзд кадрів за кордон	9% медпрацівників виїхали під час війни	Конкурентні зарплати, соцгарантії, міжнародні проекти
Низька мотивація	Середня зарплата лікаря приблизно 21 тис. грн	Підвищення оплати, житлові програми, медичне страхування
Недосконала освіта та БПР	Лише 12% лікарів щорічно підвищують кваліфікацію	Розвиток практичної підготовки, міжнародні стажування
Слабкість сімейної медицини	25% пацієнтів скаржаться на якість консультацій	Поглиблене навчання сімейних лікарів, доступ до телемедицини

Джерело: побудовано автором на основі [26; 27; 29; 30]

Найбільш гострою є нестача сімейних лікарів у сільській місцевості: до 30% вакансій залишаються незаповненими. Війна призвела до виїзду за кордон близько 9% лікарів та медсестер, переважно з прикордонних та прифронтових регіонів. У ряді спеціальностей (анестезіологія, реаніматологія, онкологія, хірургія) спостерігається критичний дефіцит фахівців, що ускладнює надання якісної допомоги.

Зарплати медичних працівників залишаються неконкурентними: у 2024 році середня зарплата лікаря складала близько 21 тис. грн, тоді як у країнах ЄС — у 4–

6 разів більше. Соціальні гарантії (житло, кредити, страхування) на практиці майже відсутні. Це знижує мотивацію молодих фахівців працювати у державному секторі.

Медична освіта в Україні залишається орієнтованою переважно на теоретичні знання, тоді як практична складова недостатньо розвинена. Система безперервного професійного розвитку (БПР) діє формально: не всі лікарі мають доступ до якісних тренінгів, онлайн-курсів чи міжнародних стажувань. Лише близько 12% лікарів щороку проходять підвищення кваліфікації на сучасному рівні, що нижче за стандарти ВООЗ (не менше 30%).

Реформа первинної ланки підвищила роль сімейного лікаря, однак кадровий дефіцит та відсутність достатньої підготовки ускладнюють виконання профілактичних функцій. За даними НСЗУ, кожен п'ятий пацієнт в Україні скаржиться на якість консультацій у сімейного лікаря, що свідчить про необхідність посилення освітніх програм.

Кадрова та освітня політика є одним із найбільш критичних напрямів модернізації системи охорони здоров'я. Без належного кадрового забезпечення та високого рівня підготовки медичних працівників жодні структурні чи фінансові реформи не дадуть очікуваного результату.

Пріоритетами мають стати:

- 1) створення мотиваційних умов праці (зарплати, соціальні гарантії, житло);
- 2) системний розвиток безперервного професійного навчання з інтеграцією міжнародного досвіду;
- 3) посилення ролі сімейної медицини як ключового елементу первинної допомоги;
- 4) комплексні державні програми повернення та утримання кадрів у країні.

Лише поєднання фінансових, соціальних та освітніх заходів дозволить забезпечити стабільне кадрове підґрунтя для якісної та доступної медицини в Україні.

Фінансова стабільність і належне управління є основою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я. В Україні медична галузь традиційно страждає від недостатнього та нераціонального фінансування, а також від проблем

управління — низької прозорості, дублювання функцій, фрагментованості управлінських рішень. Незважаючи на впровадження Програми медичних гарантій та діяльність НСЗУ, значна частина закладів охорони здоров’я відчуває фінансовий дефіцит. Одночасно бракує сучасних управлінських підходів, таких як стратегічне планування, електронний документообіг і моніторинг якості послуг.

Таблиця 3.3 - Основні проблеми фінансування та управління в системі охорони здоров’я

Проблема	Стан / Дані (2024 р.)	Пропоновані рішення
Низький рівень фінансування	3 % ВВП замість рекомендованих 7%	Збільшення частки держбюджету, ефективніше використання коштів
Диспропорції у фінансуванні	Недостатні контракти НСЗУ для сільських закладів	Перегляд тарифів, адресні дотації громадам
Відсутність стратегічного управління	Брак стратегічних планів у більшості закладів	Впровадження менеджменту, KPI, моніторинг результатів
Недостатня цифровізація управління	Лише 45% лікарень мають е-документообіг	Повна інтеграція eHealth, електронний документообіг
Відсутність інтеграції соцпослугами	Відсутні алгоритми взаємодії МОЗ–Мінсоц–громади	Єдині протоколи міжвідомчої співпраці
Залежність від донорів	Значна частка фінансування від міжнародних партнерів	Створення механізмів сталого внутрішнього фінансування

Джерело: побудовано автором на основі [9; 26; 28; 29]

У 2024 році видатки на охорону здоров’я в Україні становили менше 3% ВВП, тоді як рекомендації ВООЗ — не менше 7% ВВП. Це призводить до хронічного недофінансування лікарень, затримок з виплатами заробітних плат і обмежених можливостей для закупівлі обладнання.

Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» покращив прозорість, але для сільських і малих громад контрактні обсяги від НСЗУ часто є заниженими. Це створює ризик скорочення мережі малих амбулаторій і загострює територіальну нерівність.

Значна частина закладів охорони здоров’я працює без стратегічних планів розвитку. Управлінські рішення часто дублюються на рівні громада–область–МОЗ. Лише близько 45% лікарень станом на 2024 рік використовують електронний документообіг, що знижує ефективність і прозорість управління.

Відсутні єдині алгоритми взаємодії між медичними установами, органами соцзахисту та громадами. Це особливо критично для ВПО (понад 5 млн осіб) та паліативних пацієнтів, які потребують комплексної підтримки.

Значну частину коштів на відновлення медичної інфраструктури у 2022–2024 рр. забезпечували донори (ЄС, ВООЗ, Світовий банк, USAID). Однак без внутрішніх реформ навіть зовнішнє фінансування не може забезпечити сталий розвиток.

Фінансова та управлінська модернізація є критично важливими для подальшого розвитку системи охорони здоров'я. Без збільшення державного фінансування до рівня міжнародних стандартів та оптимізації управління реформи залишатимуться неповними.

Основні пріоритети:

- 1) підвищення частки витрат на медицину у ВВП;
- 2) створення справедливої системи фінансування для сільських і малих громад;
- 3) впровадження стратегічного планування та управлінських інструментів (KPI, аудит, е-документообіг);
- 4) забезпечення повної цифровізації управління і прозорого контролю;
- 5) інтеграція медичних і соціальних послуг для вразливих категорій населення.

У поєднанні з інфраструктурною та кадровою модернізацією ці заходи здатні забезпечити стійку трансформацію української системи охорони здоров'я, наблизивши її до європейських стандартів.

Модернізація системи охорони здоров'я в Україні потребує комплексного підходу, що поєднує інфраструктурно-технологічні зміни, кадрову та освітню політику і фінансово-управлінські реформи. Відновлення зруйнованих закладів, розвиток опорних лікарень, впровадження телемедицини та цифрових сервісів мають стати базою для забезпечення доступності послуг. Подолання кадрового дефіциту, створення системи безперервного професійного розвитку та мотиваційних умов праці дозволить утримати фахівців і підвищити якість

допомоги. Збільшення фінансування до міжнародних стандартів, справедливий розподіл ресурсів між громадами, стратегічне управління та інтеграція медичних і соціальних послуг забезпечать сталість та ефективність реформ. У сукупності ці заходи створять підґрунтя для наближення української медицини до європейських стандартів та підвищення довіри населення до системи охорони здоров'я.

3.2 Інноваційні підходи до покращення якості та ефективності медичних послуг

Цифровізація є ключовим трендом у розвитку сучасних систем охорони здоров'я. В умовах обмежених ресурсів, територіальної нерівності та кадрового дефіциту саме цифрові рішення дають можливість забезпечити доступність і підвищити якість медичних послуг. В Україні вже зроблено важливі кроки у цьому напрямі: створено національну систему eHealth, впроваджено електронний рецепт та електронний лікарняний, однак потенціал цифрових інновацій реалізовано лише частково.

Таблиця 3.4 - Цифрові інновації в системі охорони здоров'я України

Напрямок	Досягнення (2022–2024 рр.)	Проблеми / Виклики	Перспективи розвитку
eHealth	29 млн пацієнтів, е-рецепт, е-лікарняний, онлайн-запис	Часткова інтеграція закладів, низьке охоплення у селах	Повна цифровізація, єдина база даних
Телемедицина	720 тис. консультацій, «віртуальні лікарні»	Слабка інфраструктура у громадах, нестача кадрів	Масове використання у ПМД, дистанційний моніторинг хворих
AI та big data	Пілоти з онкології й туберкульозу, аналіз зображень	Відсутність стандартів, ризики конфіденційності	AI-діагностика, прогнозування епідемій
Медичні реєстри	Початкове формування реєстрів пацієнтів та ліків	Фрагментованість даних	Єдина інтегрована база для аналітики й управління ресурсами

Джерело: побудовано автором на основі [10; 26; 38]

Станом на 2024 рік в Україні понад 29 млн громадян зареєстровано в електронній системі охорони здоров'я eHealth, що становить майже 80 % усього

населення країни. Цей показник демонструє суттєвий прогрес у впровадженні цифрових технологій у медичну сферу, адже ще у 2020 році користувачів системи було менше 10 млн. Електронна система забезпечує не лише облік пацієнтів, а й інтеграцію лікарів, аптек, лабораторій та державних установ у єдину цифрову мережу.

Е-рецепт став базовим інструментом цифрової медицини. У 2024 році українські лікарі виписали понад 50 млн електронних рецептів, зокрема близько 20 % — на препарати програми «Доступні ліки». Це дозволило скоротити кількість помилок при виписуванні препаратів і мінімізувати корупційні ризики. Паралельно активно розвивається система електронних лікарняних — за рік оформлено понад 12 млн електронних документів, що суттєво спростило взаємодію між лікарями, роботодавцями та Фондом соціального страхування.

Онлайн-запис до лікаря через сервіси eHealth і «Дія» став звичною практикою для більшості міських поліклінік і центрів ПМД. Це дозволило скоротити черги, зменшити бюрократію та створити нову культуру взаємодії пацієнта з медичною системою. Водночас, у сільських громадах цифрове охоплення залишається нижчим — лише близько 52 % медичних закладів повністю інтегровані в eHealth. Основними бар'єрами є нестача техніки, слабке інтернет-покриття та недостатня цифрова грамотність персоналу.

Телемедицина стала одним із найдинамічніших напрямів розвитку. У 2024 році в Україні проведено понад 520 тис. телемедичних консультацій, з яких близько половини припадають на кардіологію, ендокринологію та психіатрію. Серед ініціатив, що впроваджуються на рівні держави, — створення «віртуальних лікарень», які об'єднують фахівців різних профілів у мультидисциплінарні команди. Такі лікарні забезпечують дистанційний супровід пацієнтів із хронічними хворобами, контролюють показники тиску, рівень цукру, серцеву діяльність за допомогою носимих пристроїв.

Телемедицина має особливе значення для прифронтових і сільських територій, де доступ до лікарів обмежений через воєнні дії або логістичні труднощі. Вона дозволяє проводити екстрені консультації, передавати медичні знімки,

результати аналізів і швидко отримувати рішення від спеціалістів обласних клінік. Застосування телемедицини сприяє також зниженню кількості повторних госпіталізацій та економії бюджетних коштів, адже дистанційний контроль обходиться у 3–4 рази дешевше за стаціонарне лікування.

Важливим трендом 2024 року стало використання штучного інтелекту (AI) та великих даних (Big Data) у сфері охорони здоров'я. Алгоритми AI вже допомагають лікарям аналізувати знімки МРТ, КТ і рентгенографії, виявляючи патології на ранніх стадіях. У 2024 році МОЗ спільно з міжнародними партнерами реалізувало пілотні проєкти зі штучного інтелекту для ранньої діагностики онкології, туберкульозу та COVID-ускладнень. Використання Big Data дозволяє моделювати поширення інфекцій, оцінювати ефективність лікування, прогнозувати потребу в медичних послугах і лікарських засобах.

Разом із тим залишаються виклики — захист персональних даних пацієнтів, відсутність єдиних технічних стандартів для інтеграції AI у клінічну практику та потреба в нормативному врегулюванні використання машинного навчання у медицині. МОЗ готує зміни до законодавства, які мають визначити відповідальність за некоректне застосування алгоритмів і встановити критерії сертифікації програмних рішень.

Фрагментованість медичних баз даних — ще одна системна проблема. На сьогодні існує понад 50 окремих реєстрів, зокрема реєстри хвороб, лікарів, ліцензій, вакцинованих тощо, які не завжди сумісні між собою. Формування єдиних національних медичних реєстрів пацієнтів, захворювань і лікарських засобів є стратегічним завданням на 2025 рік. Це дозволить не лише поліпшити аналітику, а й забезпечити прозорість у використанні бюджетних коштів, ефективніше планувати закупівлі та прогнозувати навантаження на систему.

Цифрові технології, телемедицина та штучний інтелект формують основу нової моделі охорони здоров'я в Україні. Їх застосування підвищує ефективність управління, скорочує витрати, зменшує адміністративне навантаження на лікарів і розширює можливості пацієнтів. Застосування таких рішень особливо важливе для

людей з інвалідністю, ВПО, мешканців тимчасово окупованих або прифронтових територій, які отримують консультації дистанційно.

У перспективі 3–5 років Україна має всі передумови для переходу до пацієнтоорієнтованої цифрової медицини, де пацієнт стає активним учасником процесу лікування. Це означає зміщення акценту від лікування до профілактики, індивідуальний підхід до кожного випадку, тісну інтеграцію медичних і соціальних послуг, а також використання цифрових інструментів для моніторингу стану здоров’я.

Таким чином, розвиток eHealth, телемедицини, систем штучного інтелекту та єдиних медичних реєстрів — це не лише технологічна модернізація, а глибинна трансформація всієї філософії охорони здоров’я, що поступово інтегрує українську медицину у європейський та світовий цифровий простір, підвищуючи довіру громадян до державної системи медичної допомоги.

Таблиця 3.5 - Пацієнтоорієнтовані інновації в системі охорони здоров’я

Напрямок	Стан проблеми / Дані (2024)	Пропоновані рішення
Превентивна медицина	Лише 35% проходять профілактику	Масові програми скринінгів, вакцинації, моніторинг ризиків
Сімейна медицина	28 млн декларацій, але нерівна якість	Мультидисциплінарні команди, розширення компетенцій лікарів
Індивідуалізація лікування	Недостатнє використання електронних карт	Алгоритми персоналізованої терапії, менеджмент хронічних хвороб
Інтеграція медичних і соцпослуг	Лише 25% громад мають механізми інтеграції	Модель «єдиного вікна», єдині протоколи між МОЗ та Мінсоцполітики

Джерело: побудовано автором на основі [9; 29; 31; 36]

Лише 35% українців проходять профілактичні огляди щороку (для порівняння: у країнах ЄС цей показник перевищує 70%). Перехід до превентивної моделі передбачає регулярні скринінги, вакцинацію, моніторинг ризиків для здоров’я. Це дозволить знизити витрати на лікування ускладнених випадків та підвищити якість життя населення.

Сімейний лікар має координувати увесь шлях пацієнта: від профілактики до направлення на спеціалізовану допомогу. Станом на 2023 рік понад 28 млн українців підписали декларацію з лікарем ПМД, але якість супроводу суттєво

відрізняється між регіонами. Розвиток мультидисциплінарних команд (лікар + медсестра + соціальний працівник) підвищує ефективність сімейної медицини.

Все більше значення набувають програми індивідуального менеджменту пацієнтів (особливо з хронічними та паліативними станами). Використання електронних карт пацієнтів та алгоритмів персоналізованого лікування дає змогу підвищити ефективність терапії.

Для ВПО, людей з інвалідністю та паліативних пацієнтів важливою є наявність «єдиного вікна» — коли медичні та соціальні послуги поєднані. Станом на 2024 рік лише близько 25% громад в Україні мають дієві механізми такої інтеграції. Розвиток цієї практики дозволить знизити навантаження на лікарні та підвищить рівень соціальної безпеки населення.

Пацієнтоорієнтовані моделі надання медичних послуг здатні змінити всю систему охорони здоров'я, зробивши її більш гнучкою, справедливою та ефективною. Превентивна медицина, розвиток сімейної ланки, індивідуалізація лікування та інтеграція соціальних і медичних послуг є ключовими інструментами для підвищення якості життя населення. Для України це не лише підвищення стандартів медичного обслуговування, але й створення нової філософії — де пацієнт є активним учасником процесу збереження власного здоров'я.

Фінансові механізми та управлінські інструменти є не менш важливими, ніж інфраструктура та кадри, адже саме вони визначають ефективність використання ресурсів і сталість реформи охорони здоров'я. Традиційна система фінансування в Україні тривалий час базувалася на кошторисному принципі та не стимулювала заклади до підвищення якості послуг. Сучасні інноваційні підходи спрямовані на створення прозорих і результативних механізмів фінансування, а також на запровадження нових управлінських практик, орієнтованих на ефективність і відповідальність.

Одним із найбільш перспективних підходів у сфері фінансування медицини є модель *value-based healthcare*, що передбачає оплату за результат лікування, а не за кількість наданих процедур чи послуг. Такий підхід орієнтує медичні заклади на досягнення конкретних позитивних клінічних результатів. Наприклад, у

кардіології це може проявлятися у зниженні кількості повторних госпіталізацій після інфаркту, а у хірургії — у швидшому та якіснішому відновленні пацієнта після операції. Таким чином, система фінансових стимулів зміщується від кількісних показників до якісних, що сприяє підвищенню ефективності медичної допомоги.

Важливим інструментом розвитку системи є державно-приватне партнерство (ДПП). У більшості розвинених країн цей механізм дозволяє залучати приватні інвестиції для будівництва, реконструкції та оснащення лікарень, тоді як держава забезпечує нормативно-правову підтримку та контроль за якістю наданих послуг. Для України, яка стикається із завданням масштабного відновлення медичної інфраструктури після війни, цей підхід має особливе значення. Уже у 2023 році стартували окремі проєкти в межах ДПП за підтримки міжнародних партнерів, зокрема будівництво модульних лікарень у Харківській області.

Ще одним перспективним напрямом є розвиток добровільного медичного страхування (ДМС), яке може стати важливим додатковим джерелом фінансування поряд із Програмою медичних гарантій. За даними Нацкомфінпослуг, у 2025 році ринок ДМС в Україні зріс на 25%, що свідчить про зростання попиту серед населення. Водночас постає завдання гармонійного поєднання державної та страхової медицини, аби уникнути соціальної нерівності й забезпечити рівний доступ громадян до послуг.

Окремої уваги заслуговують сучасні управлінські практики, які дозволяють підвищити ефективність функціонування медичних закладів. Серед них — впровадження системи КРІ, що дозволяє оцінювати результативність роботи не лише за кількістю пролікованих пацієнтів, а й за якістю надання послуг. Важливим кроком є також перехід на електронний документообіг і централізований моніторинг, які забезпечують прозорість та зменшують корупційні ризики. Додатковим механізмом зміцнення довіри може стати залучення незалежних аудиторів для оцінки ефективності використання коштів і контролю за якістю медичних послуг.

Інновації у фінансуванні та управлінні дозволяють зробити систему охорони здоров'я більш ефективною, прозорою та стійкою. Перехід до оплати за результат, розвиток державно-приватного партнерства, поширення добровільного медичного страхування та запровадження сучасних управлінських інструментів дадуть змогу оптимізувати використання ресурсів і підвищити якість послуг. Для України ці підходи є критично важливими не лише у післявоєнному відновленні, а й для стратегічної інтеграції у європейський простір охорони здоров'я.

Інноваційні підходи в охороні здоров'я України охоплюють три взаємопов'язані напрями: цифрові технології та телемедицину, що забезпечують доступність і підвищують ефективність діагностики та лікування; пацієнтоорієнтовані моделі, які зміщують акцент на профілактику, індивідуальний супровід і інтеграцію медичних та соціальних послуг; а також нові фінансові й управлінські механізми, що підвищують прозорість і результативність системи. У сукупності ці інновації створюють умови для формування сучасної, гнучкої й справедливої системи охорони здоров'я, яка відповідає європейським стандартам і здатна забезпечити стійкий розвиток навіть у кризових умовах.

3.3 Кадрове, технічне та фінансове забезпечення розвитку медичної допомоги

Розвиток системи охорони здоров'я в Україні неможливий без збалансованого поєднання трьох ключових складових – кадрового, технічного та фінансового забезпечення. Саме ці компоненти визначають здатність медичної системи не лише реагувати на виклики сьогодення, а й стабільно функціонувати в довгостроковій перспективі.

Людський потенціал є центральним чинником у забезпеченні ефективності медичної системи. За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на 2024 рік в Україні спостерігається дефіцит близько 30 тисяч лікарів і понад 50 тисяч працівників середнього медичного персоналу [2]. Найгостріше нестача кадрів проявляється у сільській місцевості та малих громадах, де відсутність житла,

низький рівень заробітної плати та обмежені можливості для професійного розвитку призводять до відтоку молодих спеціалістів.

У відповідь на це МОЗ спільно з НСЗУ розпочало реалізацію програм стимулювання лікарів первинної ланки. Серед них – грантові ініціативи на облаштування житла в сільських громадах, підвищення тарифів для амбулаторій, що обслуговують понад 2000 декларацій, а також пілотні проєкти контрактування лікарів на основі показників ефективності (KPI). У 2024 році у 15 областях впроваджено модель індивідуального контракту лікаря із закладом, що дозволяє поєднувати стабільну базову оплату з бонусами за результативність [10].

Важливою складовою кадрової політики є безперервний професійний розвиток (БПР). З 2021 року діє електронна система eLearning МОЗ, через яку щороку проходять навчання понад 120 тисяч медичних працівників. Поширення дистанційних форм навчання, симуляційні центри при медичних університетах і міжнародні програми підвищення кваліфікації (зокрема, у співпраці з ВООЗ і Світовим банком) стали базою для формування нової культури професійної освіти [6].

Разом з тим кадрове питання не може розглядатись ізольовано. Воєнні дії, мобілізація, міграція медичних працівників за кордон значно вплинули на доступність послуг. За даними ВООЗ, близько 10 % українських лікарів у 2022–2024 роках виїхали або тимчасово працюють за межами України. Тому держава змушена формувати гнучкі кадрові моделі: використання мобільних команд, дистанційних консультацій, медичних волонтерських мереж. Саме людський фактор є головним ресурсом для збереження системи охорони здоров'я у кризових умовах.

Матеріально-технічна база медичних закладів є фундаментом реалізації реформ. Станом на 2024 рік понад 40 % медичного обладнання в лікарнях застаріло, а близько 15 % не відповідає міжнародним стандартам якості [3]. У регіонах, які постраждали від бойових дій, ситуація критична – значна частина техніки втрачена або непридатна до експлуатації.

За офіційними даними МОЗ, пошкоджено або зруйновано понад 1978 об'єктів охорони здоров'я, із них 297 повністю знищено [4]. Уряд розробив програму відновлення медичної інфраструктури, пріоритетом якої є сільські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи) та центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Саме ці установи забезпечують перший контакт пацієнта з системою охорони здоров'я і визначають рівень довіри до медицини.

У 2024 році МОЗ спільно з Європейським Союзом та Світовим банком реалізувало масштабний проєкт із технічної модернізації. В рамках програми EU4Health було передано понад 100 пересувних амбулаторій, оснащених телемедичними комплексами, цифровими рентген-апаратами та лабораторним обладнанням. Крім того, триває програма закупівлі МРТ, КТ та систем штучного інтелекту для раннього виявлення онкозахворювань і туберкульозу.

Важливою складовою технічного оновлення є цифровізація. Станом на 2024 рік близько 65 % закладів охорони здоров'я підключено до системи eHealth, проте інтеграція залишається нерівномірною: у сільській місцевості цей показник не перевищує 52 % [8]. Розвиток телемедицини, електронного рецепта, онлайн-запису та електронних медичних карток створює основу для підвищення ефективності управління медичними ресурсами.

У межах програми «Велике відновлення» відбудовується мережа опорних лікарень у госпітальних округах, які мають стати центрами надання вторинної допомоги. У 2024 році таких лікарень функціонує понад 240, і ще близько 70 перебувають у стадії реконструкції [5]. Їх оснащення сучасним обладнанням є передумовою забезпечення високого рівня медичної допомоги на регіональному рівні.

Фінансова стійкість — це основа життєздатності медичної системи. У 2024 році видатки на охорону здоров'я становили менше 3 % ВВП, що є нижчим від середнього рівня для країн ЄС (7–9 % ВВП) [1]. Основним механізмом фінансування залишається Програма медичних гарантій (ПМГ), через яку держава

компенсує вартість послуг, наданих пацієнтам за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

У 2024 році бюджет ПМГ перевищив 240 млрд грн, що на 12 % більше, ніж у 2023 році [9]. Проте навіть цього обсягу недостатньо для повного покриття потреб. Частка власних витрат громадян на медичні послуги залишається високою — понад 45 % загального фінансування охорони здоров'я [7]. Це свідчить про необхідність поступового впровадження змішаної моделі фінансування, яка поєднує державні кошти, місцеві бюджети, страхові програми та державно-приватне партнерство.

Особливої уваги потребує фінансування сільських та прифронтових громад. Для підтримки цих регіонів у 2024 році створено Фонд медичної відбудови, який акумулює донорську допомогу та кошти міжнародних фінансових організацій. Завдяки цьому у громадах Дніпропетровської, Харківської, Чернігівської та Миколаївської областей відновлено понад 70 медичних об'єктів, зокрема амбулаторії, ФАПи та мобільні пункти [11].

Сучасна фінансова політика в медицині орієнтується не лише на збільшення видатків, а й на підвищення ефективності їх використання. У рамках цифровізації управління запроваджується аудит ефективності витрат (value-based healthcare), який дозволяє оцінювати медичні заклади не за кількістю пролікованих випадків, а за досягнутими результатами лікування. Такий підхід стимулює інвестиції у профілактику, реабілітацію та ранню діагностику, що зменшує навантаження на бюджет у довгостроковій перспективі.

Таким чином, кадровий, технічний і фінансовий потенціали є взаємопов'язаними елементами стійкості системи охорони здоров'я. Без достатньої кількості кваліфікованих кадрів неможливо забезпечити ефективне використання технічних ресурсів, а без фінансової стабільності — підтримати належний рівень мотивації та інновацій. В умовах воєнного стану та економічної нестабільності саме поєднання людського професіоналізму, технологічного оновлення та раціонального фінансування стає ключем до відновлення й розвитку української медицини.

Україна має потенціал побудувати сучасну, пацієнтоорієнтовану систему охорони здоров'я європейського зразка. Для цього необхідно посилювати інвестиції у підготовку кадрів, модернізувати обладнання, підвищувати ефективність розподілу бюджетних ресурсів і продовжувати впровадження цифрових технологій у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було встановлено, що сучасна система охорони здоров'я повинна базуватися на принципах доступності, якості та справедливості. Аналіз наукової літератури та міжнародного досвіду показав, що найбільш ефективними є ті моделі, які інтегрують медичну допомогу з соціальними послугами, активно застосовують цифрові технології та мають стає фінансове підґрунтя. Зокрема, країни ЄС демонструють позитивні результати завдяки розвитку сімейної медицини, широкому застосуванню телемедицини, а також моделі value-based healthcare, яка орієнтує систему на кінцеві результати лікування. Водночас українська система охорони здоров'я перебуває на етапі трансформації та стикається з численними викликами, що потребують адаптації найкращих міжнародних практик із врахуванням національних умов.

Аналіз стану охорони здоров'я в Україні (розділ 2) дозволив виділити кілька ключових проблем:

1) Територіальна та соціально-економічна нерівність у доступі до медичних послуг, що особливо гостро проявляється у сільських громадах і на територіях, наближених до зони бойових дій.

2) Скорочення мережі закладів (ФАПів, амбулаторій), дефіцит медичних кадрів та проблеми з транспортною доступністю унеможливають своєчасне надання допомоги.

3) Якість медичних послуг залишається неоднорідною: відсутні єдині стандарти, низький рівень оснащення закладів, нерівномірна підготовка медперсоналу, а також недостатній контроль за результатами лікування.

4) Вразливі категорії населення (ВПО, люди з інвалідністю, літні люди) мають значні бар'єри у доступі до послуг через як соціально-економічні, так і організаційні чинники.

Таким чином, українська система охорони здоров'я потребує не лише точкових змін, а комплексної модернізації, що охоплюватиме всі рівні та напрями.

Розділ 3 показав, що модернізація охорони здоров'я України має спиратися на три ключові напрями:

Інфраструктурно-технологічна модернізація. Вона передбачає відбудову зруйнованих закладів, розвиток опорних лікарень, впровадження сучасного медичного обладнання та цифрових рішень (eHealth, електронні реєстри, телемедицина). Технічне оновлення є базовою умовою для надання послуг на рівні європейських стандартів.

Кадрова політика. Подолання дефіциту лікарів і середнього персоналу, створення мотиваційних програм для роботи в сільських та прифронтових громадах, впровадження системи безперервного професійного розвитку та міжнародних стажувань — це ключові умови підвищення якості медичної допомоги. Важлива роль належить розвитку сімейної медицини як «воротаря» системи.

Фінансово-управлінська модернізація. Необхідне поступове збільшення фінансування охорони здоров'я до рівня не менше 7% ВВП (рекомендація ВООЗ), розвиток нових фінансових моделей (value-based healthcare, добровільне медичне страхування, державно-приватне партнерство). Паралельно слід удосконалювати управління через KPI, електронний документообіг, незалежний аудит і прозорість у використанні коштів.

Крім того, значний потенціал мають інноваційні підходи: цифровізація, розвиток телемедицини, персоналізована медицина, інтеграція медичних і соціальних послуг, що дозволяє зробити систему більш пацієнтоорієнтованою та ефективною.

Комплексний аналіз підтвердив, що модернізація охорони здоров'я України повинна здійснюватися одночасно в кількох площинах — кадровій, технічній, фінансовій, організаційній та цифровій. Лише така багатовекторність дозволить сформувати стійку систему, здатну протистояти викликам війни та післявоєнного відновлення.

Основні стратегічні пріоритети:

- 1) Забезпечення рівного доступу до медичних послуг незалежно від місця проживання чи соціального статусу.
- 2) Підвищення якості медичної допомоги через стандартизацію, контроль результатів та розвиток сімейної медицини.
- 3) Впровадження цифрових технологій та інновацій (телемедицина, AI, big data, єдині медичні реєстри).
- 4) Формування сталої системи фінансування з орієнтацією на ефективність і прозорість.
- 5) Розвиток міжнародного партнерства та інтеграція у європейський медичний простір.

Таким чином, реформа системи охорони здоров'я в Україні є не просто бажаною, а критично необхідною умовою для забезпечення національної безпеки, соціальної стабільності та європейської інтеграції. Успішна реалізація модернізаційних та інноваційних заходів дозволить створити сучасну, ефективну та пацієнтоорієнтовану систему, здатну гарантувати громадянам високий рівень медичної допомоги навіть у кризових умовах. Це стане фундаментом для підвищення якості життя населення та зміцнення держави у післявоєнний період.

12.12.2025 р.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // *Відомості Верховної Ради України*. – 1996. – № 30. – Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>. (дата звернення: 10.08.2025).
- 2) Про основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // *Відомості Верховної Ради України*. – 1993. – № 4. – Ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (дата звернення: 09.08.2025).
- 3) Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // *Відомості Верховної Ради України*. – 2018. – № 5. – Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. (дата звернення: 12.08.2025).
- 4) Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI // *Відомості Верховної Ради України*. – 2013. – № 9. – Ст. 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>. (дата звернення: 15.08.2025).
- 5) Про затвердження Програми медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України № 410 від 25.04.2018 // *Урядовий кур'єр*. – 2018. – № 84. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п#Text>. (дата звернення: 09.08.2025).
- 6) Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018 // *Офіційний вісник України*. – 2018. – № 30. – Ст. 1085. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0438-18#Text>. (дата звернення: 14.08.2025).
- 7) Про затвердження Порядку надання екстреної медичної допомоги: Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 // *Офіційний вісник України*. – 2017. – № 13. – Ст. 384. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0230-17#Text>. (дата звернення: 15.08.2025).
- 8) Про затвердження стандартів медичної допомоги при COVID-19: Наказ МОЗ України № 152 від 28.02.2020 // *Офіційний вісник України*. – 2020. – № 26. –

Ст. 946. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28022020--152>. (дата звернення: 16.08.2025).

9) Регламенти Національної служби здоров'я України (НСЗУ) // Офіційний сайт НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua>. (дата звернення: 12.08.2025).

10) Електронна система охорони здоров'я (eHealth): Постанова КМУ № 411 від 25.04.2018 «Про створення електронної системи охорони здоров'я» // *Урядовий кур'єр*. – 2018. – № 84. URL: <https://ehealth.gov.ua>. (дата звернення: 18.08.2025).

11) Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році: Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок від 22.12.2023 № 1394 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1394-2023-п> (дата звернення: 18.08.2025).

12) Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1013-2016-р> (дата звернення: 15.08.2025).

13) Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План від 17.01.2025 № 34-р // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-р> (дата звернення: 05.08.2025).

14) Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 28.12.2020 № 1671-р // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1671-2020-р> (дата звернення: 01.08.2025).

15) Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2018. URL:

<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-26012018-%E2%84%96-148> (дата звернення: 18.08.2025).

16) Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0348-18> (дата звернення: 11.08.2025).

17) Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0347-18> (дата звернення: 11.08.2025).

18) Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 (zareestrovaniy v Min'yosti 29.11.2012 za № 2001/22313) // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z2001-12> (дата звернення: 12.08.2025).

19) Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України щодо створення умов для впровадження міжнародних протоколів: Наказ МОЗ України від 29.12.2016 № 1422 (zareestrovaniy v Min'yosti 28.04.2017 za № 565/30433). Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2017. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/files/1422_2016.pdf (дата звернення: 16.08.2025).

20) Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ МОЗ України від 20.02.2017 № 165 (у редакції наказу МОЗ від 18.12.2017 № 1621) // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0226-17> (дата звернення: 18.08.2025).

21) Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)»: Наказ МОЗ України від 12.09.2024 № 1581. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-12092024--1581> (дата звернення: 11.08.2025).

22) Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання послуг у сфері охорони здоров'я особам, що пережили сексуальне насильство: Наказ МОЗ України від 23.07.2025 № 1177. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2025. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/files/1177_2025.pdf (дата звернення: 02.08.2025).

23) Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рак шийки матки»: Наказ МОЗ України від 07.07.2025 № 1075. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2025. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/rak-shijky-matky> (дата звернення: 05.08.2025).

24) Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік / МОЗ України. – Київ, 2023. – 78 с. – URL: <https://moz.gov.ua/uploads/d8718889-1326-4060-a2fe-5f7e6359426f/Щорічн-звіт-2022.pdf> (дата звернення: 08.08.2025).

25) Звіт Національної служби здоров'я України за 2022 рік / НСЗУ. – Київ, 2023. – 60 с. – URL: https://edata.e-health.gov.ua/e-data/files/NSZU_2022_Report.pdf (дата звернення: 09.08.2025).

26) Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery: спільний звіт ВООЗ та Світового банку. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. – 92 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/397410> (дата звернення: 15.08.2025).

27) Health systems in action: Ukraine: аналітичний огляд системи охорони здоров'я України / Європейське регіональне бюро ВООЗ, Європейська обсерваторія з систем і політик охорони здоров'я. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. – 24 с. – URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024> (дата звернення: 09.08.2025).

28) На шляху до здоровішої України: аналітичний звіт ВООЗ щодо досягнення цілей сталого розвитку у сфері здоров'я. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. – 112 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340956> (дата звернення: 10.08.2025).

29) Безперервність основних послуг з охорони здоров'я під час війни в Україні: результати оцінювання 2022–2023 рр. / Всесвітня організація охорони здоров'я. – Copenhagen: BOOЗ, 2023. – 46 с. – URL: https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/factsheet_ukraine_final__new-logo_eng-ukr.pdf (дата звернення: 15.08.2025).

30) Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions (Overview) / Bredenkamp C., Dale E., Doroshenko O. та ін. – Washington, D.C.: The World Bank, 2022. – 38 с. – URL: <https://documents.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf> (дата звернення: 14.08.2025).

31) STEPS survey: Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine, 2019 / World Health Organization. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020. – 132 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336405> (дата звернення: 12.08.2025).

32) Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України: статистичний збірник / Державна служба статистики України. – Київ: Держстат України, 2021. – 200 с. – URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publzdorov_u.htm (дата звернення: 18.08.2025).

33) Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні, 2016–2019: спільний звіт БООЗ та Світового банку. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020. – 84 с. – URL: <https://iris.who.int/handle/10665/336792> (дата звернення: 07.08.2025).

34) UkraineWorld. What Ukraine's Healthcare Reform Is About. 20 жовтня 2017. URL: <https://ukraineworld.org/en/articles/russian-aggression/what-ukraines-healthcare-reform-about> (дата звернення: 09.08.2025).

35) World Health Organization; The World Bank. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 17

листопада 2024. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964> (дата звернення: 11.08.2025).

36) Wilkens J., Harris M., Kolesnyk P. Primary health care in Ukraine is a cornerstone... *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12 березня 2025. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12090254/> (дата звернення: 14.08.2025).

37) Reformsguide.org.ua. Law on Healthcare Reform Came into Force. 30 січня 2018. URL: <https://reformsguide.org.ua/news/law-on-healthcare-reform-came-into-force/> (дата звернення: 17.08.2025).

38) Dzhygyr Y., Dale E. Procedural fairness and the resilience of health financing reforms in Ukraine. *PLOS Global Public Health*, 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10645049/> (дата звернення: 14.08.2025).

39) VoxUkraine. White Book of Reforms 2025. Chapter 14. Healthcare reforms. 12 червня 2025. URL: <https://voxukraine.org/en/white-book-of-reforms-2025-chapter-14-healthcare-reforms> (дата звернення: 11.08.2025).

40) ZOIS Berlin. How Nursing is Overlooked in Ukraine's Healthcare Crisis. 11 червня 2025. URL: <https://www.zois-berlin.de/en/publications/zois-spotlight/how-nursing-is-overlooked-in-ukraines-healthcare-crisis> (дата звернення: 10.08.2025).

41) Wikipedia. Emergency medicine reform in Ukraine since 2016. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medicine_reform_in_Ukraine_since_2016 (дата звернення: 06.08.2025).

42) Wikipedia. Healthcare in Ukraine. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Ukraine (дата звернення: 12.08.2025).

43) Wikipedia. National Health Service of Ukraine. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_of_Ukraine (дата звернення: 11.08.2025).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

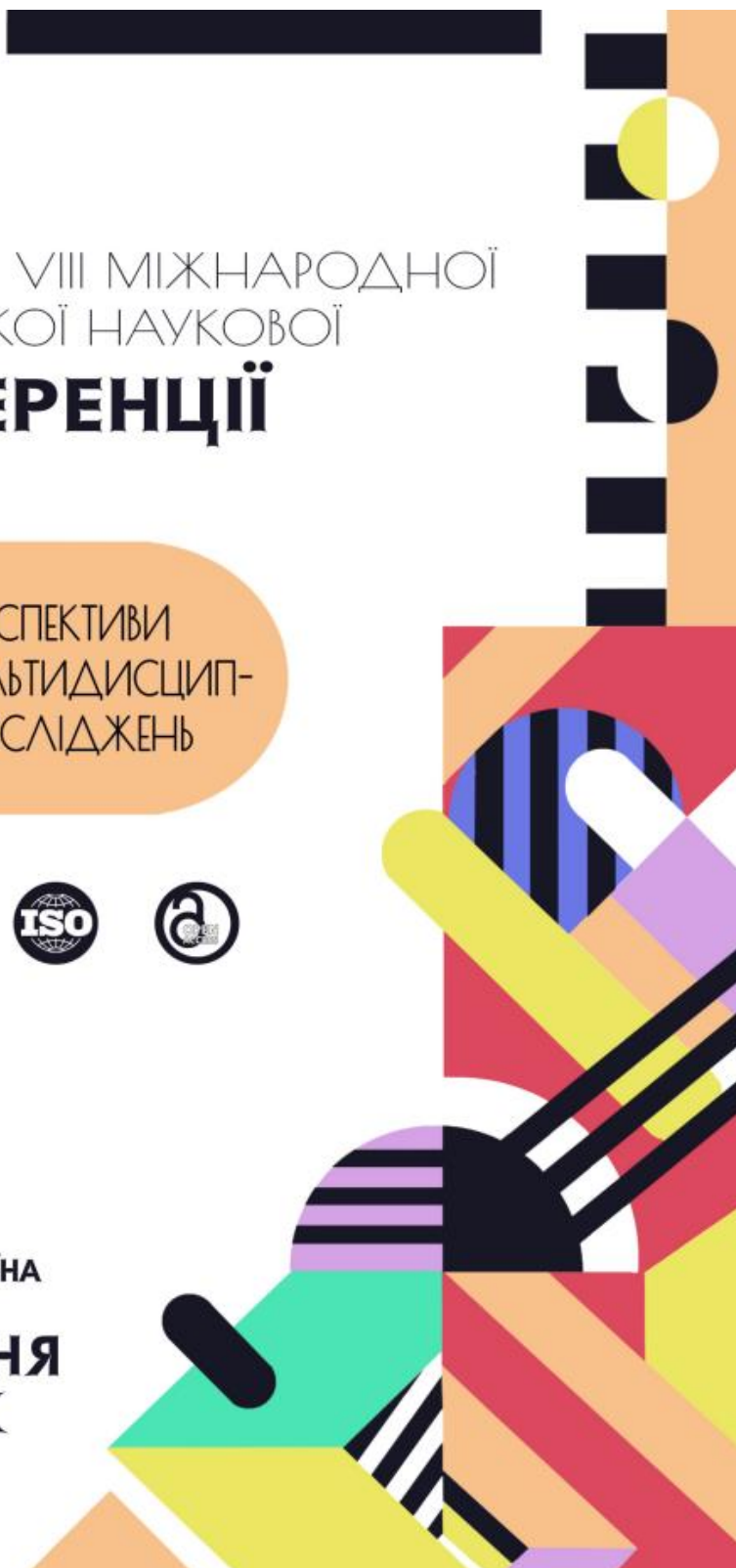
МАТЕРІАЛИ VIII МІЖНАРОДНОЇ
СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

ТРЕНДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
РОЗВИТКУ МУЛЬТИДИСЦИП-
ЛІНАРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ



М. ОДЕСА, УКРАЇНА

**26 ВЕРЕСНЯ
2025 РІК**



Тренди та перспективи розвитку мультидисциплінарних досліджень

СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РІЗНИХ РІВНІВ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ	
Кіхтенко Н.А., Науковий керівник: Калачевська Л.І.	34
СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ МОЛОДІ ЯК ЧИННИК ДЕМОКРАТИЗАЦІЇ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
Козицька А.О., Науковий керівник: Бражко О.В.	37

СЕКЦІЯ 6. МІЖНАРОДНІ ВІДНОСИНИ

INSTAGRAM ЯК ПЛАТФОРМА КУЛЬТУРНОЇ ДИПЛОМАТІЇ: МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ДЛЯ УКРАЇНИ	
Марунчак К.-М.Б.	40
ГЛОБАЛІЗАЦІЯ ЯК ЧИННИК ТРАНСФОРМАЦІЇ СВІТОВОГО РИНКУ ТОВАРІВ ТА ПОСЛУГ	
Шимін С.В., Науковий керівник: Макарова Т.Л.	42
МІЖНАРОДНІ ВІДНОСИНИ	
Чабан А.Р., Науковий керівник: Катеруша О.В.	44

СЕКЦІЯ 7. ПРАВО ТА МІЖНАРОДНЕ ПРАВО

LEGAL SUPPORT FOR LOGISTICS CONNECTIONS BETWEEN UKRAINE AND SWITZERLAND AS A CENTRAL HUB FOR UKRAINE'S INTEGRATION INTO EUROPEAN TRANSPORT CORRIDORS	
Melnychuk D., Scientific supervisor: Klepikova O.	46
THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES TO FUTURE LAW ENFORCEMENT OFFICERS	
Bereda M.V., Scientific supervisor: Krasnopol'skyi V.	48
ДОМАШНЄ НАСИЛЬСТВО: КРИМІНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ	
Благороденко М.О., Клікін М.М., Науковий керівник: Чорна А.Г.	50
ЗНАЧЕННЯ МОТИВУ ТА МЕТИ У КВАЛІФІКАЦІЇ КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ ПРОТИ ВЛАСНОСТІ	
Кішкінова К., Науковий керівник: Березняк В.	52
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ КОДИФІКАЦІЇ КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВА УРСР 1960-Х РОКІВ	
Романчук К.С., Науковий керівник: Слісаренко О.М.	55
ОСОБЛИВОСТІ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПІДОЗРУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
Подрез О.О., Науковий керівник: Неклеса О.В.	58
ПРОБЛЕМИ КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ В УМОВАХ ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ	
Пантюхіна А.О., Науковий керівник: Березняк В.С.	60
РОЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПРАВ ЛЮДИНИ НА БАЛКАНСЬКОМУ ПІВОСТРОВІ ПІД ЧАС ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ	
Заверуха В.С., Науковий керівник: Іваницький А.М.	62

Тренди та перспективи розвитку мультидисциплінарних досліджень

Кіхтенко Наталія Анатоліївна, здобувач вищої освіти факультету економіки та менеджменту

Сумський національний аграрний університет, Україна

Науковий керівник: Калачевська Лариса Іванівна, д-р. екон. наук, професор, професор кафедри публічного управління та адміністрування

Сумський національний аграрний університет, Україна

СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РІЗНИХ РІВНІВ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

Система охорони здоров'я в Україні перебуває у процесі глибокої трансформації, метою якої є оптимізація використання ресурсів, розширення доступу до послуг та забезпечення більш високого рівня задоволеності пацієнтів [1]. Центральне місце в цій реформі займає розвиток первинної медичної допомоги (ПМД), яка є першим пунктом взаємодії громадян із медичною системою. Однак важливо також підтримувати ефективність спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, що зосереджена на діагностиці та лікуванні складних захворювань [2].

Первинна медична допомога функціонує через мережу центрів медико-санітарної допомоги, амбулаторій та практику сімейних лікарів [3]. Вона базується на кількох ключових принципах:

- акцент на профілактичних заходах та своєчасному виявленні хвороб;
- укладання декларацій між пацієнтами та сімейними лікарями чи лікарями загальної практики;
- фінансування за моделлю «гроші слідують за пацієнтом», яке реалізується через Національну службу здоров'я України (НСЗУ).

Спеціалізована допомога надається через консультативні заклади, диспансери або стаціонари другого рівня [4]. Третинний рівень високоспеціалізованої допомоги забезпечується в університетських клініках, науково-дослідних інститутах і національних медичних центрах [5]. Ця ланка має свої особливості:

- залучення вузькопрофільних спеціалістів і використання сучасного медичного обладнання;
- застосування клінічних протоколів, розроблених відповідно до міжнародних стандартів;
- можливість проведення складних високотехнологічних процедур, таких як кардіохірургія чи трансплантація органів.

Для наочності наведено порівняльну таблицю (табл. 1) [6, 7].

Таблиця 1

Порівняльна характеристика рівнів медичної допомоги

Критерій	Первинна медична допомога	Спеціалізована медична допомога	Високоспеціалізована медична допомога
Рівень	1-й контакт із системою охорони здоров'я	2-й рівень (консультативно-діагностичний та стаціонарний)	3-й рівень (університетські клініки, НДІ, національні центри)

Продовження табл. 1

Критерій	Первинна медична допомога	Спеціалізована медична допомога	Високоспеціалізована медична допомога
Заклади	Центри первинної медичної допомоги, амбулаторії	Лікарні другого рівня, диспансери, консультативні поліклініки	Університетські клініки, інститути, високотехнологічні центри
Персонал	Лікарі загальної практики/сімейні лікарі	Вузькопрофільні фахівці	Вузькопрофільні фахівці високої кваліфікації, науковці
Основні послуги	Профілактика, раннє виявлення, базове лікування	Діагностика та лікування складніших випадків	Високотехнологічні операції, трансплантації, складні діагностичні процедури
Фінансування	НСЗУ	НСЗУ, місцеві бюджети	Держбюджет, спецпрограми, гранти
Приклади послуг	Вакцинація, контроль хронічних хвороб	Кардіологічна допомога, онкоскринінг	Трансплантація органів, складні втручання

Попри те, що реформа приносить позитивні зрушення, залишається чимало невирішених проблем, серед яких:

- незбалансований розподіл матеріальних і кадрових ресурсів між регіонами;
- брак медичних кадрів, особливо в сільській місцевості;
- необхідність удосконалення логістики та маршрутизації пацієнтів;
- недостатній рівень впровадження електронних сервісів та розвитку телемедицини.

Актуальні перспективні напрями розвитку сфери охорони здоров'я в Україні охоплюють кілька важливих стратегічних аспектів. Зокрема, увагу зосереджено на розбудові мережі первинної медичної допомоги з акцентом на профілактику, створенні госпітальних округів та центрів компетенцій, впровадженні електронних систем охорони здоров'я й телемедицини. Значну роль у процесі реформ відіграє зміцнення кадрового потенціалу через мотиваційні програми, розширення державно-приватного партнерства із залученням інвестицій, а також адаптація клінічних протоколів до міжнародних стандартів.

Система первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги наразі зазнає активних трансформацій. Успішна реалізація окреслених ініціатив дозволить не лише підвищити якість медичних послуг і оптимізувати їх фінансування, а й забезпечити рівномірний та справедливий доступ населення до медичних ресурсів незалежно від регіону проживання.

Список використаних джерел:

1. What is Primary Health Care?: Understanding Its Principles. *Verve College - Strive For Greatness*. URL: <https://vervecollege.edu/principles-of-primary-health-care/>
2. Primary health care. *World Health Organization (WHO)*. URL: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

Тренди та перспективи розвитку мультидисциплінарних досліджень

3. Principles of Primary Health Care - Therefore principles of PHC are rules or guidelines that govern - Studocu. *Studocu*. URL: <https://www.studocu.com/row/document/university-of-nairobi/principles-of-human-nutrition/principles-of-primary-health-care/11137512>
4. Про види медичної допомоги. *Охорона праці*. URL: <https://ohoronapraci.kiev.ua/article/news/providi-medicnoi-dopomogi>
5. Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти): Наказ МОЗ України від 06.07.2015 № 408. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1104-15#Text>
6. Contributors to Wikimedia projects. National Health Service of Ukraine - Wikipedia. *Wikipedia, the free encyclopedia*. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_of_Ukraine
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 28 серп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

ДОДАТОК Б



Сумський
Національний
Аграрний
Університет

III МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE

**МАРКЕТИНГ ТА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ СИСТЕМ
В УМОВАХ СТАЛОГО РОЗВИТКУ**

**MARKETING AND COMPETITIVENESS OF
SOCIO-ECONOMIC SYSTEMS IN THE
CONDITIONS OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT**

**Збірник тез доповідей
Book of abstracts**



**15-16 травня 2025 р.
May 15-16, 2025**

**м. Суми, Україна
Sumy, Ukraine**

ЗМІСТ CONTENTS

РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОЦЕСИ В УМОВАХ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

<i>Варакін Д.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ CRM-СИСТЕМИ ЯК СПОСОБУ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ ТА ВНУТРІШНІМИ БІЗНЕС-ПРОЦЕСАМИ В УКРАЇНСЬКІЙ ІТ-КОМПАНІЇ.....	10
<i>Жук Р.</i> ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗБУТОМ В УМОВАХ СТАЛОГО РОЗВИТКУ.....	13
<i>Кіхтенко Н.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ВИКЛИКИ ТА НОВАТОРСЬКІ МОДЕЛІ РОЗВИТКУ.....	17
<i>Лишенко В.</i> ВИДИ ТА МЕТОДИ СОЦІАЛЬНО-ВІДПОВІДАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ	20
<i>Лишенко М.</i> ІННОВАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЧЕРЕЗ ЦИФРОВІ ТА ТЕХНОЛОГІЧНІ ІНСТРУМЕНТИ.....	22
<i>Макарова В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ МОНИТОРИНГУ ЗЕМЕЛЬ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	25
<i>Петухова М.</i> ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ БРЕНДУ ТЕРИТОРІЇ (НА ПРИКЛАДІ М. СУМИ)	28
<i>Телетов О.</i> ОСОБЛИВОСТІ МАРКЕТИНГУ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ СИСТЕМ В УМОВАХ СТАЛОГО РОЗВИТКУ АГРАРНОЇ ГАЛУЗІ	31
<i>Шиян Д.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПОПИТУ В ДОМОГОСПОДАРСТВАХ УКРАЇНИ У ПЕРЕДВОЄНИЙ ПЕРІОД	35

РОЗДІЛ 2. КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ ПРОДУКЦІЇ ТА СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ

<i>Білошанка Ю.</i> ВИБІР КОНКУРЕНТНОЇ МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ ЯК ОСНОВА УПРАВЛІННЯ ПОРТФЕЛЕМ БІЗНЕСУ	39
<i>Веселій І.</i> УПРАВЛІННЯ ТОВАРНИМ АСОРТИМЕНТОМ: СТРАТЕГІЇ ФОРМУВАННЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ	42
<i>Захарова О.</i> ОЦІНКА ТА МЕТОДИКА КЛАСИФІКАЦІЇ ТОВАРНОГО АСОРТИМЕНТУ	46
<i>Кіріченко А.</i> СТРАТЕГІЧНЕ МАРКЕТИНГОВЕ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ: КЕЙС АГРАРНОГО СЕКТОРУ	49
<i>Лисянський С.</i> ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ	53

УДК 614.2

КІХТЕНКО Наталія

студент ОП Адміністративний менеджмент

Сумський національний аграрний університет

Науковий керівник: КАЛАЧЕВСЬКА Лариса д.с.н, професор

Сумський національний аграрний університет

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ВИКЛИКИ ТА НОВАТОРСЬКІ МОДЕЛІ РОЗВИТКУ

Система охорони здоров'я розділяється на: первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) рівнів. З огляду на збільшення попиту на медичні послуги в умовах старіння населення та епідемії хронічних захворювань, на часі постають питання ефективної організації та інтеграції всіх трьох рівнів допомоги, а також впровадження інноваційних підходів для підвищення доступності, якості та безперервності догляду.

Первинна ланка медичної допомоги є основою системи охорони здоров'я, надає доступність та якість медичних послуг першого контакту – амбулаторне лікування, діагностика, консультацій сімейного лікаря. Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає первинну медичну допомогу як найбільш інклюзивний, справедливий та економічно ефективний спосіб досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я [1].

Незалежно від регіону та структури системи охорони здоров'я, пацієнт може звернутися до фельдшера, медичної сестри, сімейного лікаря чи терапевта та педіатра. Пацієнти можуть бути направлені на вторинне або третинне лікування, залежно від характеру їхньої медичної проблеми. Первинна медична допомога може надаватися в амбулаторіях, фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктах, пунктах здоров'я, медичних пунктах тимчасового базування лікаря або заклади невідкладної допомоги.

Невідкладна допомога - це вид вторинної медичної допомоги, яка

Збірник тез доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції
«Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах сталого розвитку»

необхідна протягом короткого часу для лікування небезпечного, але швидкоплинного захворювання, нещасного випадку або іншого медичного стану [2, с.133]. Цей рівень охоплює широкий спектр медичних закладів: від амбулаторних спеціалізованих клінік до стаціонарних відділень. Це включає в себе ургентну допомогу, пологові відділення, надання спеціалізованих консультацій фахівцями (терапевтами, хірургами, ендокринологами, кардіологами та іншими), а також забезпечення роботи відповідних лабораторних та діагностичних служб.

Третинна медична допомога – це вузькоспеціалізовані медичні послуги, що надаються у спеціалізованих закладах, обладнаних найновішою технікою та укомплектований висококласними фахівцями. Кілька прикладів послуг третинної медичної допомоги – лікування важких опіків, нейрохірургія, трансплантація органів, онкологічні операції, інтенсивна терапія новонароджених та ін. Тут лікуються пацієнти з надзвичайно серйозними, нечастими або ж комплексними захворюваннями [3].

Сучасні системи охорони здоров'я стикаються з низкою спільних викликів, що позначаються на всіх рівнях медичної допомоги. Насамперед, світові демографічні зміни (старіння населення, збільшення кількості хронічних неінфекційних захворювань) зумовлюють надмірне навантаження на медичні послуги: зростає потреба у довготривалій, комплексній підтримці людини протягом усього її життя.

По-друге, кадрові виклики, згідно з оцінками ВООЗ, до 2030 р. дефіцит кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я становитиме 11 мільйонів осіб, здебільшого в країнах із низьким рівнем доходу і рівнем доходу нижче середнього [4]. Відчутний дефіцит працівників особливо боляче б'є по сільській місцевості та віддалених куточках країни.

Цифровий розрив і готовність до інновацій також є викликом. Цифрові інновації, безперечно, розширюють горизонти (електронні картки пацієнтів, телемедичні консультації, аналітика великих даних), проте на практиці, у

Збірник тез доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції
«Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах сталого розвитку»

лікарнях та амбулаторіях, постають технічні перешкоди: проблеми узгодження форматів даних, занепокоєння щодо збереження конфіденційності медичної інформації. Наприклад, в період COVID-19, чимало медичних установ усвідомили, що виявилися неготовими до швидкого впровадження телемедичних сервісів через «недосконалу інфраструктуру та недостатньо налагоджені механізми оплати» таких послуг.

У відповідь на виклики, які стоять перед світовою системою, спостерігається дедалі більша зацікавленість в новаторських моделях надання медичних послуг, таких як: телемедицина, цифровізація, мультидисциплінарні, інтегрована мережа.

У сукупності ці новації сприяють формуванню гнучкої, доступної та дієвої моделі охорони здоров'я.

Список літератури

1. Declaration of Alma-Ata. *World Health Organization (WHO)*. URL: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-almaata#:~:text=their%20full%20participation%20and%20at,where%20people%20live%20and%20work>
2. Hopayian K. Health care systems: Primary, secondary, tertiary and quaternary care // *Journal of Family Medicine & Medical Science Research*. – 2022. – Vol. 11, No. 4. – P. 133.
3. Перелік послуг з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту : Наказ МОЗ України від 28.08.2017 № 967/58. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1161-17#Text>
4. Кадровые ресурсы здравоохранения. *World Health Organization (WHO)*. URL: https://www.who.int/ru/health-topics/health-workforce#tab=tab_1