



УДК 351.77

[https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9\(15\)-45-58](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9(15)-45-58)

Костюк Віра Степанівна кандидат економічних наук, доцент кафедри економіки, Уманський національний університет садівництва, вул. Інститутська, 1, м. Умань, 20300, тел.: (098) 878-78-00, <https://orcid.org/0000-0002-5311-9617>

Ревуцька Алла Олександрівна кандидат економічних наук, доцент кафедри економіки, Уманський національний університет садівництва, вул. Інститутська, 1, м. Умань, 20300, тел.: (067)283-40-22, <https://orcid.org/0000-0003-3959-2739>

Пархоменко Людмила Андріївна кандидат економічних наук, доцент кафедри економіки, Уманський національний університет садівництва, вул. Інститутська, 1, м. Умань, 20300, тел.: (098) 293-00-60, <https://orcid.org/0000-0001-6840-0818>

Фротер Оксана Сергіївна кандидат економічних наук, доцент кафедри економіки, Уманський національний університет садівництва, вул. Інститутська, 1, м. Умань, 20300, тел.: (096)704-45-98, <https://orcid.org/0000-0002-6770-9618>

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК ПРІОРИТЕТ СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

Анотація. Дана стаття присвячена висвітленню наукових положень забезпечення розвитку системи охорони здоров'я жителів територіальних громад з обґрунтуванням ключових моментів у воєнний та післявоєнний періоди. В процесі дослідження обґрунтовано сутність поняття «система охорони здоров'я», висвітлено генезис підходів до забезпечення функціонування та розвитку різних систем охорони здоров'я у світі, різних її моделей для розуміння та окреслення основних принципів побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні в цілому. Особлива увага приділена проблемам реформування охорони здоров'я в процесі переходу від централізованого управління медичною сферою до децентралізації, тобто в умовах формування і функціонування територіальних громад.

Виокремлено ключові засади медичної реформи на так званому інфраструктурному етапі в територіальних громадах України. Наголошується, що завершується процес планування госпітальних округів з акцентом на формування кластерів, а це породжує подальші практичні аспекти



імплементатії інфраструктурного етапу медичної реформи в територіальних громадах. В умовах формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в рамках інфраструктурного етапу медичної реформи особливу увагу приділяють аспектам подальшого контракування в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ). Для них актуальною є подальша співпраця з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та підходи до управління такими закладами, а саме: реорганізація, злиття та оптимізація. Досліджено напрями реформування системи фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Констатується, що війна внесла свої корективи у реалізацію медичної реформи, проте реформа системи охорони здоров'я продовжується, і перед громадами постають нові виклики і можливості. Виокремлено ключові завдання медичного забезпечення громад в період російської воєнної агресії і визначено основні шляхи забезпечення здоров'я громадян у післявоєнний період.

Ключові слова: охорона здоров'я, територіальна громада, місцеві бюджети, фінансове забезпечення охорони здоров'я, медична реформа.

Kostyuk Vira Stepanivna PhD in Economics, Associate Professor of Department of Economics, Uman National University of Horticulture, Institutaska St., 1, Uman, 20300, tel.: (098) 878-78-00, <https://orcid.org/0000-0002-5311-9617>)

Revutska Alla Oleksandrivna PhD in Economics, Senior Lecturer of the Department of Economics, Uman National University of Horticulture Institutaska St., 1, Uman, 20300, tel.: (067)283-40-22, <https://orcid.org/0000-0003-3959-2739>

Parhomenko Liudmyla Andriivna PhD in Economics, Associate Professor of Department of Economics, Uman National University of Horticulture, Institutaska St., 1, Uman, 20300, tel.: (098) 293-00-60, <https://orcid.org/0000-0001-6840-0818>)

Froter Oksana Serhiivna PhD in Economics, Senior Lecturer of the Department of Economics, Uman National University of Horticulture, Institutaska St., 1, Uman, 20300, tel.: <https://orcid.org/0000-0002-6770-9618>

HEALTH CARE AS A PRIORITY OF SOCIAL DEVELOPMENT OF TERRITORIAL COMMUNITIES

Abstract. This article is devoted to the coverage of scientific provisions for ensuring the development of the health care system for residents of territorial communities with the justification of key points in the war and post-war periods. In



the course of the study, the essence of the concept of «health care system» is substantiated, the genesis of approaches to ensuring the functioning and development of various health care systems in the world, its various models for understanding and outlining the basic principles of building an effective health care system in Ukraine as a whole is highlighted. Particular attention is paid to the problems of health care reform in the process of transition from centralized management of the medical sphere to decentralization, that is, in the context of the formation and functioning of territorial communities.

The key principles of medical reform at the so-called infrastructural stage in the territorial communities of Ukraine are highlighted. It is noted that the process of planning hospital districts is being completed with an emphasis on the formation of clusters, and this gives rise to further practical aspects of the implementation of the infrastructure stage of medical reform in territorial communities. In the context of the formation of a capable network of health care facilities within the framework of the infrastructure stage of medical reform, special attention is paid to aspects of further contracting within the framework of the Medical Guarantees Program (MGP). Further cooperation with the National Health Service of Ukraine (NHSU) and approaches to the management of such institutions, namely: reorganization, merger and optimization, are relevant for them. The directions of reforming the system of financial provision of health care are studied.

It is stated that the war has made adjustments to the implementation of medical reform, but the reform of the health care system continues, and communities face new challenges and opportunities. The key tasks of medical support of communities during the period of Russian military aggression are highlighted and the main ways to ensure the health of citizens in the post-war period are identified.

Keywords: health care, territorial community, local budgets, financial support of health care, medical reform.

Постановка проблеми. Дослідження питань соціального розвитку територіальних громад, і особливо охорони здоров'я, є актуальною проблемою сьогодення, оскільки кожен українець, що проживає в сільській, селищній чи міській громаді, як її мешканець, потребує рівних можливостей в доступності до всіх видів медичної допомоги. «Люди бажають, щоб органи влади гарантували реалізацію їхнього права на загальний доступ до якісної медичної допомоги без страху фінансових труднощів, вони бажають мати дієвий захист на випадок надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та можливість благополучно жити у здоровому суспільстві, в якому дії у сфері громадського здоров'я та відповідна державна політика сприяють поліпшенню життя в умовах економіки добробуту» [1]. Розвиток охорони здоров'я жителів територіальних громад в умовах російсько-української війни



і особливо в післявоєнний період повинен сприяти задоволенню потреб в якісних, доступних медичних послугах військових з інвалідністю, постраждалих цивільних від дій агресора, ветеранів війни і членів їхніх родин. Всі вони заслуговують на високоякісні медичні послуги, що в свою чергу сприятиме зміцненню здоров'я людського капіталу, який виступає основним фактором відновлення української економіки, що понесла значні прямі та опосередковані втрати внаслідок воєнної агресії з боку Росії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичною основою дослідження стали праці вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені вивченню особливостей розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн світу та України. Основні моделі систем охорони здоров'я вивчали зарубіжні дослідники У.Беверидж, Р. Салтман, Дж. Фигейрас, К.Бреденкамп[2], Е.Дале, Л.Хаукінс та інші. Проблемам реформування в медичній сфері присвятили свою увагу і багато українських вчених. Зокрема, дослідженням проблем охорони здоров'я та реформуванням цієї галузі займалися Бойчук Ю. [3], Барзилович А. [4], Заярський М.І, Крячкова Л., Лехан В. [5], Шевчук Р. [6], Юрочко Т. [7] та ін. Важливі аспекти формування та функціонування територіальних громад висвітлювалися такими українськими ученими як Тимечко І.[9], Гасюк І., Баюк М.[8]. Однак, незважаючи на значну увагу вчених до проблем функціонування та фінансування охорони здоров'я, питання визначення ролі територіальних громад в розвитку системи охорони здоров'я досі залишаються актуальними і потребують подальшого дослідження при виникненні нових обставин російсько-української війни.

Мета статті - дослідження теоретичних засад охорони здоров'я на рівні територіальних громад в умовах російсько-української війни та пошук шляхів побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні в післявоєнний період.

Виклад основного матеріалу. Одним з пріоритетів соціального розвитку територіальних громад є охорона здоров'я. Завдання кожної територіальної громади – суттєво покращити якість медичних послуг, що надаються місцевому населенню. Щоб правильно оцінити якість медичних послуг, варто звернутись до визначення ВООЗ, де виділяють сім параметрів: ефективність, безпечність, своєчасність, справедливість, орієнтованість на пацієнта, фінансова ефективність, інтегрована допомога. Якщо коротко охарактеризувати кожен з даних параметрів, то можна відмітити, що ефективність означає найшвидше та найоптимальніше досягнення очікуваного результату, а також уникнення надмірного та неправильного догляду.

Важливим параметром якості медичних послуг є безпечність, що означає уникнення шкоди для пацієнтів від допомоги, яка має на меті



допомогти їм. Проте безпека пацієнтів залишається однією з найбільш серйозних проблем у будь-якій системі охорони здоров'я. Так, ймовірність того, що людина постраждає під час подорожі літаком, становить 1 на мільйон, в той же час ймовірність того, що пацієнт постраждає під час надання медичної допомоги, становить 1 на 300. За статистикою, навіть галузі промисловості з підвищеним ризиком, такі як авіаційна або атомна промисловість, мають набагато кращі показники безпеки, ніж сектор охорони здоров'я. У США помилки медиків займають 5-е місце серед причин смертності [14]. У цей же час в Україні за 2020 рік їх не зареєстровано зовсім. Звісно ж, це зовсім не означає, що в Україні ідеальна медична система. Причиною статистичної відсутності медичних помилок в Україні є брак системи обліку та реєстрації цих помилок.

Особливого значення серед параметрів якості медичних послуг набуває скорочення часу очікування та шкідливих затримок для пацієнтів, тобто своєчасність надання медичної допомоги.

Орієнтованість на пацієнта: надання допомоги, яка чутлива до потреб пацієнта. Залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. У 21,7% домогосподарств, у яких хто-небудь з осіб при потребі не отримав медичну допомогу, хворі не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості таких домогосподарств було 25,3%).[14].

Для створення системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення та для усунення нерівності в доступі до якісного медичного обслуговування проводиться медична реформа, основний акцент якої направлений на створення нової моделі охорони здоров'я, коли гроші йдуть за пацієнтом. Метою реформи є поліпшення показників здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат на охорону здоров'я «з кишені» пацієнтів. Реформа повинна була впроваджуватися шляхом модернізації та інтеграції системи надання послуг, запровадження змін до механізмів оплати надавачам медичних послуг, які б стимулювали ефективність, а також шляхом покращення якості медичних послуг. Кульмінацією реформи став новий закон про фінансування системи охорони здоров'я «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15], яким було запроваджено гарантований пакет медичних послуг під назвою Програма медичних гарантій (ПМГ) і створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) в ролі стратегічного закупівельника послуг для цієї програми. На кінець 2020 р. 68 відсотків сукупних державних видатків на охорону здоров'я було консолідовано в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ)[2]. Проте, органи місцевого самоврядування (ОМС) досі відіграють важливу роль у фінансуванні, оскільки вони відповідають за оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я, власниками яких вони є, а



також можуть надавати додаткові ресурси для фінансування поточних і капітальних витрат. Оскільки наявні ресурси, а також готовність спрямовувати їх на охорону здоров'я значно відрізняються в різних громадах, фінансування на рівні ОМС також є джерелом нерівності. Для зменшення нерівності уряд міг би розглянути включення вартості комунальних послуг закладів охорони здоров'я до ПМГ. Крім того, фінансування медичних закладів четвертинної ланки медичної допомоги можна було би інтегрувати до ПМГ.

Прототипом української медичної реформи була взята Британська система охорони здоров'я. Ця система фінансується з коштів платників податків і надає безкоштовно більшість медичних послуг будь-кому, хто легально живе у цій країні. Фінансовою основою є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів. Національна система надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування. Не всі послуги Національної системи охорони здоров'я є безкоштовними. У вигляді прямих платежів пацієнти оплачують приватне лікування, безрецептурні лікарські засоби, офтальмологічну та стоматологічну допомогу. За стоматологічні послуги і рецептурні препарати із пацієнтів стягуються співплатежі, від яких звільнені громадяни віком до 16 і понад 60 років, а також незаможні верстви населення. Щодо ліків, то за рецептом лікаря будь-які з них мають стандартну ціну, незважаючи на собівартість. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ і 100% зарплати лікарів, медичних сестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування (18%) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ[10].

Хто сьогодні повинен взяти на себе функції по реформуванню охорони здоров'я – держава чи органи місцевого самоуправління? Звернемось до досвіду не зарубіжного, а власного, до II половини XIX ст. Саме до компетенції виборних земських установ – земських зборів та земських управ – входили медична опіка і санітарна справа. В Україні земства були введені з 1865 по 1870 рік у 5 лівобережних і степових губерніях, та в 1911 – 1912 рр. у трьох правобережних. Фінансувалася земська медицина за рахунок окремих податків, прибутків із земських підприємств та з відрахувань із загальнодержавного скарбу.

У 1870 р. 70 повітових земств України витратили на охорону здоров'я 300 тис. крб., а в 1912 р. – вже 10 млн. крб. Фінансування земських медичних закладів відбувалося за рахунок загального оподаткування населення; лікування було безкоштовним, лише деякі земства збирали незначну оплату. Ріст земської медицини наведені у таблиці 1.



Таблиця 1.

Земські медичні заклади України у 1870-1912рр.

№	Медичні установи та персонал	1870р.	1890р.	1910-1912рр.
1.	Лікарські дільниці	107	667	808
2.	Лікарні	73	273	576
3.	Ліжка в лікарнях	1576	3843	9013
4.	Лікарі	154	405	947
5.	Фельдшери і акушерки	641	1541	3099

Принципово не займаючись приватною практикою, земські лікарі тим самим відкидали західноєвропейську концепцію медичної допомоги у вигляді ринкових взаємин між лікарем та пацієнтом.

Праця лікаря в земстві не була особистою послугою за рахунок хворого, не була також і благодійним вчинком, вона була суспільною службою, що пристойно оцінювалася. Лікар мав відпустку до чотирьох місяців за казенний кошт, яку використовував насамперед для фахового вдосконалення.

У 1913 р. Україна посідала I місце в Російській імперії за приростом населення – 20,7 осіб на 1000 душ населення. За переписом населення СРСР 1926 року перше місце серед етносів Радянського Союзу займали українці – 81,2 млн.чол. За даними 1869 року у Російській імперії було зареєстровано 12,5 млн. українців. За неповні шістьдесят років майже вшестеро побільшало українців, не дивлячись на декілька воєн та революцій. Такі позитивні результати – це і функціонування земських медичних закладів.

I власний історичний досвід, і світовий дали можливість теоретично обґрунтувати та розпочати медичну реформу, яка в територіальних громадах України вступила в наступний, так званий інфраструктурний етап. У реформі на даний момент задіяні ті території, де не ведуться активні бойові дії. Однак, відразу після деокупації та стабілізації ситуації розпочнеться формування спроможної мережі лікарень в звільнених областях.

Під час реформування первинного рівня медичної допомоги змінили принцип фінансування та управління закладами охорони здоров'я. Інфраструктурний етап докорінно змінює мережу закладів охорони здоров'я, де мешканці будь-якої громади будуть отримувати медичну допомогу. Кожна область визначена як єдиний госпітальний округ, який складається з госпітальних кластерів. Мережа закладів включає три типи лікарень, які визначені у ЗУ 2347-IX[16], а саме:

- загальна лікарня – територіально найближчий ЗОЗ, що обслуговує територію, на якій проживає від 40-80 тис. населення. Має базовий перелік медичних послуг, 6-11 медичних сервісів: терапія, гінекологія, травматологія, консультативна поліклініка, відновлювальна реабілітація тощо;
- кластерний ЗОЗ, що за прогнозами буде обслуговувати від 150 тис. населення з радіусом доїзду до лікарні з території обслуговування до 90 хв.



Такі заклади будуть потужними та багатопрофільними, матимуть від 13 медичних сервісів і зможуть надавати якнайширший перелік пріоритетних послуг;

- надкластерний ЗОЗ – це найпотужніший заклад регіону, зазвичай обласна лікарня, під парасоллю якої будуть об'єднані всі вузькоспеціалізовані заклади регіону.

Завершується процес планування госпітальних округів з акцентом на формування кластерів, а це породжує подальші практичні аспекти імплементації інфраструктурного етапу медичної реформи в територіальних громадах. В умовах формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я в рамках інфраструктурного етапу медичної реформи особливу увагу власники тих спеціалізованих закладів охорони здоров'я, які потенційно не увійдуть до спроможної мережі приділяють аспектам подальшого контракування в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ). Для них актуальною є подальша співпраця з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та підходи до управління такими закладами, а саме:

- реорганізація через об'єднання декількох закладів охорони здоров'я з різними місцями надання медичних послуг;

- злиття менш потужного закладу охорони здоров'я з більш потужним;

- оптимізація за браком необхідного фінансового ресурсу в місцевому бюджеті для того, щоб фінансувати подальше функціонування таких закладів охорони здоров'я.

Безумовно, війна внесла свої корективи у реалізацію реформи. Проте реформа системи охорони здоров'я продовжується, і перед громадами постають нові виклики і можливості

І в мирний час, і за воєнного стану охорона здоров'я беззаперечно залишається одним з пріоритетних напрямків соціальної діяльності територіальних громад, які визначають заклади охорони здоров'я як головні об'єкти критичної інфраструктури. Адже здорова нація і якісний людський капітал є тією основою, на якій будується успішна економіка будь-якої держави. Саме тому для збереження та покращення тривалості і якості життя населення одним з ключових завдань територіальних громад і конкретно органів місцевої влади особливо під час воєнного стану є забезпечення берперейного функціонування системи охорони здоров'я та задоволення медичних потреб населення. Цьому сприяло те, що з початку війни Міністерство охорони здоров'я прийняло ряд першочергових рішень які дозволили закладам охорони здоров'я територіальних громад спростити доступ громадян до медичних послуг в складних воєнних умовах. Це стосується спрощення правил користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти і т.д.). Заклади охорони здоров'я



отримали можливість не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це робити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки. Також Національна служба здоров'я України внесла зміни в методику виплат за договорами в рамках пакету медичних гарантій – зафіксовано місячні виплати на рівні 1/12 бюджету річного договору на рівні спеціалізованої медичної допомоги та на рівні, що відповідає кількості укладених декларацій з вибору лікаря станом на 1 березня 2022 року для первинної медичної допомоги.

Варто відзначити, що на реалізацію програми медичних гарантій у 2023 році передбачено 142,7 млрд грн. Базова капітаційна ставка на 2023 рік встановлена у розмірі 786,65 гривень. До базової капітаційної ставки у 2023 році застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта. При розрахунку основних показників бралось до уваги, що кількість громадян, які отримають медичні послуги (з врахуванням внутрішньо-переміщених осіб) у 2023 році складе 39,3 млн осіб. Проте, науковці стверджують, що фактично кількість населення України складає від 29 до 31млн. осіб.

Для територіальних громад надважливими сьогодні є два питання, відповіді на які дадуть можливість визначити стратегічні пріоритети розвитку. По-перше, які з напрямів медичних послуг у конкретній громаді є критично важливими? По-друге, які ресурси, зовнішні і внутрішні, потрібні для забезпечення стабільного надання цих послуг?

Для всіх громад, що мають на своїх територіях пункти долікарської допомоги, важливим є питання діяльності фельдшерських пунктів та пунктів здоров'я, а саме збільшення фінансування в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ) для пакету «Первинна медична допомога», особливо там, де є низька щільність населення та ускладнені логістичні умови. Представники деяких громад пропонують введення сільського коефіцієнту, проте це суперечить принципу реформи, за якою передбачається оплата саме медичної послуги.

Україна і сьогодні, і після перемоги потребує значних фінансових коштів для системи охорони здоров'я. Без зовнішньої допомоги вирішити цю проблему буде дуже складно. Прикладом такої допомоги є співпраця з Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), що є провідною установою Уряду США з виконання програм міжнародної економічної та гуманітарної допомоги. Ця організація працює за такими напрямками, як зміцнення системи охорони здоров'я, боротьба з туберкульозом та ВІЛ/СНІД, вакцинація, підтримка психічного здоров'я, реабілітація. USAID щороку інвестує близько 100 млн.доларів у розвиток української системи охорони здоров'я. Варто звернутись до світового досвіду в пошуках додаткових джерел



фінансування охорони здоров'я. Так, Цільова група високого рівня з міжнародного фінансуванню систем охорони здоров'я обгрунтувала, що більшення акцизного збору з тютюнових виробів на 50% дозволить зібрати додатково 1,42 млрд.дол. в 22 країнах з низьким доходом. Якщо ці кошти будуть направлені на потреби охорони здоров'я, це дозволить збільшити бюджетні витрати на 25%, а в деяких країнах на 50%. Підвищення податків на алкоголь до 40% від роздрібної ціни знизить споживання більше ніж на 10% і податкові надходження збільшаться більше ніж в три рази і досягнуть 38% від усіх видатків на охорону здоров'я.

Однією з проблем на рівні територіальних громад залишається функціонування комунальних аптек, низький рівень використання та недостатня логістична доступність програми «Доступні ліки», що стримує одержання фармацевтичних послуг жителями громади. Обласним державним адміністраціям доручено забезпечити розподіл закуплених лікарських засобів та медичних виробів згідно з обсягами відповідних медичних послуг, що підлягають оплаті за програмою медичних гарантій у 2023 році, між усіма надавачами медичних послуг, які уклали договір з Національною службою здоров'я.

Традиційно на адміністрацію медичного закладу, що надає послуги з охорони здоров'я, покладають ще й відповідальність за харчування, прибирання, обслуговування обладнання тощо. Ці послуги найчастіше стають дотаційними та б'ють по кишені місцевого бюджету. Водночас рівень цих послуг залишає бажати кращого. Для розв'язання цього питання застосовують бізнесову модель, а саме, значну кількість адміністративних функцій у медичних закладах виконують аутсорсингові компанії. Наприклад, це стосується харчування, прибирання території, обслуговування будівель, електромереж.

Після передачі частини послуг на аутсорс у 98% випадків вони стали коштувати громаді дешевше, а їхня якість істотно покращилася. У деяких громадах послуга харчування медичним закладам стала коштувати менше на 40%, ніж це було раніше. На послугах охорони вдається зекономити близько 50% раніше витрачених грошей. Медичні заклади відмовилися від охоронників: значно практичніше виявилось користуватися сигналізацією.

Проте, ті лікарні, які свого часу передали харчування та інші послуги на аутсорсинг, але були чи й досі залишаються тимчасово окупованими стикнулись з особливими викликами. В умовах окупації більшість приватних підприємств та бізнесменів були змушені згорнути свою діяльність, а отже не могли виконувати свої зобов'язання згідно укладених договорів.

Процес відновлення та відбудови країни після війни, забезпечення сталого функціонування територіальних громад включає в себе таку важливу



складову, як здоров'я та працездатність нації. Тому створювати умови та можливості для цього необхідно вже зараз. Адже коли Україна переможно закінчить війну, потреба в якісних, доступних медичних послугах зросте в рази, що обумовлено збільшенням військових з інвалідністю та постраждалих цивільних від дій агресора. Ветерани війни і члени їхніх родин заслуговують на високоякісні послуги. Відповідно, медична система повинна бути готова надати кваліфіковану безбар'єрну медичну допомогу, забезпечити доступ до необхідних послуг і програм в першу чергу за місцем проживання пацієнтів, а це означає, на рівні територіальної громади.

Особливої уваги з боку територіальних громад потребує забезпечення медичними послугами тимчасово переміщених осіб (ТПО). За даними ООН, від початку повномасштабного вторгнення російських військ в Україну 5,4 млн. українців стали внутрішньо переміщеними особами[10]. Громади допомагають співвітчизникам і поширюють пільги, які існують на території громади за кошти місцевого бюджету (пільгові медикаменти, вироби медичного призначення, соціальні пільги, працевлаштування і т.д.), на ТПО, які мають тимчасову реєстрацію. Важливо подбати про соціально-медичну підтримку таких людей, оскільки війна, крім фізичної руйнації, призводить ще й до масштабної гуманітарної катастрофи.

Висновки. Підбиваючи підсумки, треба зазначити, що територіальні громади проявляють найбільшу зацікавленість в практичній реалізації інфраструктурного етапу медичної реформи. Це відображає їхнє стратегічне бажання підлаштуватися під нові реалії та впровадити нові підходи до управління як на первинній, так і на спеціалізованій ланці медичної допомоги. Громадам необхідно закріпити бачення розвитку сфери охорони здоров'я у документах громади, місцевих програмах та визначитись із мінімумом медичних послуг, який необхідний мешканцям громади, із маршрутами пацієнтів до отримання цих послуг. Це дасть змогу впоратись із тими викликами, що ставить перед ними критично важлива фаза медичної реформи.

Література:

1. Європейська програма роботи, 2020–2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Бреденкамп К., Далє Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я. та ін. (2022). Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро і Світовий банк. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366374>.
3. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: *колективна монографія* заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г. 2017. 488 с.



4. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.2.134
5. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С.5-11.
6. Шевчук Р. В. (2022). Проблеми реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Публічне урядування*, (3 (31), 95-101. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3\(31\)-13](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(31)-13)
7. Юрочко Т. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні – Режим доступу: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11_Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf
8. Гасюк І.Л., Баюк М.І. Критерії і індикатори соціально-економічного розвитку територіальних громад: вибір і застосування /Актуальні питання у сучасній науці. № 7(13).2023.С.139-150. [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-7\(13\)-139-150](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-7(13)-139-150)
9. Тимечко Ірина. Територіальна громада у транскордонному просторі: чинники, закономірності, пріоритети розвитку: монографія. Львів: ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього НАН України». 2019. с. 7–8. ISBN 978-966-02-8971-0
10. Резолюція WHA58.33. Стійке фінансування охорони здоров'я, загальне охоплення і медико-соціальне страхування. В кн.: *Fifty-eighth World Health Assembly, Женева, 16–25 May, 2005*. Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
11. Світова статистика охорони здоров'я 2023: моніторинг здоров'я для ЦСР, цілей сталого розвитку. <https://resources.relabhs.org/uk/resource/world-health-statistics-2023-monitoring-health-for-the-sdgs-sustainable-development-goals-uk/>
12. Вторгнення РФ в Україну має руйнівні наслідки: ООН про оцінку впливу війни на людей/<https://pon.org.ua/novyny/10457-vtrata-roboty-znyzhennia-rivnia-zhyttia-ta-psykhologichnogo-zdorovia-oon-pro-naslidky-viiny-v-ukraini.html> (дата звернення 08.08.2023)
13. Мешко Є., Гарасюк В. Розбудова системи якості медичної допомоги в громадах. <https://decentralization.gov.ua/news/16920>
14. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств)/ https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/gdvdg/Arh_snsz_u.htm
15. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>,
16. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

References:

1. Yevropeiska prohrama roboty, 2020-2025: Spilni dii dlia mitsnishohgo zdorovia.Kopenhaghen:Yevropeiske biuro VOOZ; (2021). [European Programme of Work, 2020–2025: Joint Action for Better Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>] [in Ukrainian].
2. Bredenkamp, Caryn, Dale, Elina, Doroshenko, Olena, Dzhygyr, Yuriy, Habicht, Jarno. et al. (2022). Reforma finansuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini: prohgres ta maibutni napriami.VOOZ. YeRBiSB. [Reform of the financial system of health care in Ukraine: progress and future. Vsesvitnya organizatsiya ohoroni zdorov'ya. European Regional Bureau and World Bank]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366374> [in Ukrainian].



3. Boichuk, Yu.D. (Eds.). (2017) *Zahgalna teoriia zdorovia ta zdoroviazberezhennia*. [Zagalna theory of health and health] Kharkiv: Vid. Rozhko S.H. [in Ukrainian].
4. Barzylowych, A. (2020). Reformuvania systemy okhoroni zdorovia v Ukraini: stratehichni aspekty [Health system reform in Ukraine: strategic aspects]., *Investytsiyyi: praktyka ta dosvid*, vol. 2, pp. 134–140. [in Ukrainian].
5. Lekhan V., Kriachkova L., Zaiarskyi M.(2018). Analiz reform okhorony zdorovia v Ukraini: vid zdobutia nezalezhnosti do suchasnosti [Analysis of health reforms in Ukraine: from health to death]. *Ukraine. Zdorovya natsii*. 4(52), 5-11. [in Ukrainian].
6. Shevchuk, R. (2022) Problemy reformuvania systemy okhorony zdorovia v suchasni Ukraini. [Problems of reforming the health system in modern Ukraine]. *Publichne uriaduvania- Public Administration*, (3 (31), 95-101. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3\(31\)-13](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(31)-13) [in Ukrainian].
7. Yurochko T. (2019). Reformuvania ta rozvytok systemy okhorony zdorovia v Ukraini. [Reforming and development of the health care system in Ukraine] https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf[in Ukrainian]
8. Gasyuk I.L. & Bayuk M.I. (2023). Kryterii i indycatory sozialno-economichnoho rozvytku terytorialnykh hromad: vybir i zastosuvannya [Criteria and indicators of socio-economic development of territorial communities: choice and application]. *Aktualni pytanniya u suchasni ekonomits -Actual issues in modern science*, 7(13).139-150. Retrieved from [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-7\(13\)-139-150](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-7(13)-139-150) [in Ukrainian]
9. Tymechko Iryna. (2019). Terytorialna hronada u transpyrkordonnomu prostori: chynnyky, zakonornosti, priorytety rozvytku [Territorial community in the cross-border space: factors, patterns, priorities of development] monograph. Lviv: State Institution "M.I. Dolishny Institute for Regional Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine". p. 7–8. ISBN 978-966-02-8971-0 [in Ukrainian]
10. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and health and social insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May, 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
11. World Health Statistics 2023: Health Monitoring for CSR, Goals of Sustainable Development. <https://resources.relabhs.org/uk/resource/world-health-statistics-2023-monitoring-health-for-the-sdgs-sustainable-development-goals-uk/>[in Ukrainian].
12. Vtorhnennia rf v Ukrainu maie ruiniivni naslidky: OON pro otsinku vplyvu viiny na liudei [Russia's invasion of Ukraine has devastating consequences: UN on assessing the impact of war on people] Retrieved from <https://pon.org.ua/novyny/10457-vtrata-roboty-znyzhennia-rivnia-zhyttia-ta-psykholoichnogo-zdorovia-oon-pro-naslidky-viiny-v-ukraini.html> [in Ukrainian].
13. Meshko, Ye. & Harasiuk, V. Rozbudova systemy iakosti medychnoi dopomohy v hromadakh. [Rozbudova system of medical assistance in communities] <https://decentralization.gov.ua/news/16920> [in Ukrainian].
14. Samootsinka naseleniam stanu zdorovia ta rivnia dostupnosti okremykh vydiv medychnoi dopomohy u 2021 rotsi (za danymy vybirkovoho obstezhenia umov zhytia domohospodarstv)[Self-assessment of the population's health status and the level of accessibility of certain types of medical care in 2021 (according to a sample survey of household living conditions)]. https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/gdvdg/Arh_snsz_u.htm [in Ukrainian].
15. Zakon Ukrainy « Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvania naseleniamedичного обслуговування населення» [The Law of Ukraine "On the State Financial Guarantees of Medical Service of the Population"]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> [in Ukrainian].

16. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [The Law of Ukraine "On the Introduction of Changes to the Actual Legislative Acts of Ukraine to Improve the Provision of Medical Assistance"]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> [in Ukrainian].