

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ПАШКОВСЬКА ДАРИНА ІВАНІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ
НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ
ГРОМАДІ
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр»
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Д. І. ПАШКОВСЬКА
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ІВАНЮК Ольга Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: ПАШКОВСЬКУ Дарину Іванівну допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» червня 2025 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«_____» грудня 2025 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ПАШКОВСЬКА Дарина Іванівна захистила
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Анастасія ПРУТ
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ПАШКОВСЬКА Д. І. Удосконалення механізму надання медичних послуг в територіальній громаді. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Визначено методологічні та теоретичні основи механізмів державного керівництва подання медичної допомоги і послуг в умовах територіальних громад місцевого рівня. Розкрито основоположні характеристики тематичного нормативно-правового підґрунтя. Означено дефініцію новочасних трансформаційних перетворень, їх визначальні елементи видів практики охорони здоров'я, аргументувавши їх роль у організаційній, управлінській та функціональній діяльності у галузевому сенсі в громадах. Здійснено аналітичне осмислення нинішнього стану забезпечення медичної галузі в Україні та провідних країн світу. Надано обґрунтовані пропозиції щодо удосконалення медичної допомоги та послуг на рівні територіальних громад в Україні.

Ключові слова: публічне управління, організаційний механізм, медична галузь, нормативно-правова база, територіальна громада.

SUMMARY

PASHKOVSKA D. Improving the mechanism of medical services provision in the territorial community. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualifying work for an educational level «Master» specialty 281 «Public Management and Administration». – Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The methodological and theoretical foundations of the mechanisms of state management of the provision of medical care and services in the conditions of territorial communities at the local level are determined. The fundamental characteristics of the thematic regulatory framework are revealed. The definition of modern transformational transformations, their defining elements of health care practices are outlined, arguing their role in organizational, managerial and functional activities in the sectoral sense in communities. An analytical comprehension of the current state of healthcare provision in Ukraine and in the leading countries of the world is carried out. The article provides substantiated proposals for improving medical care and services at the level of territorial communities in Ukraine.

Keywords: public administration, organizational mechanism, medical industry, regulatory framework, territorial community.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА АРХІТЕКТУРА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ	8
1.1. Сутність та особливості надання медичних послуг	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення організації медичних послуг	14
1.3. Роль місцевого самоврядування у забезпеченні доступності медичних послуг	15
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1	18
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В УКРАЇНІ ТА У СВІТІ	19
2.1. Особливості надання медичної допомоги та забезпечення доступу до неї в територіальній громаді	19
2.2. Стан медичної допомоги у територіальних громадах країн світу	24
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2	31
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ	32
3.1. Пропозиції щодо покращення організаційної моделі медичного обслуговування	32
3.2. Впровадження цифрових технологій у сфері медичних послуг	36
3.3. Розвиток партнерства громади з державними та приватними структурами	39
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3	41
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	48
ДОДАТКИ	61

ВСТУП

Актуальність теми. Що таке здоров'я громади? Громади, в яких живуть люди, впливають на їхню здатність отримувати належну медичну допомогу, свіжі продукти харчування, займатися фізичними вправами та отримувати емоційну підтримку. Здоров'я громади зосереджене на допомозі людям у доступі до цих ресурсів, щоб вони могли жити якнайкраще. Це може включати державні послуги, медичні центри та програми, що реалізуються державою та урядом [83].

У громадах здоров'я є результатом впливу багатьох факторів, і багато сегментів громади мають потенціал для сприяння та спільного несуть відповідальність за його захист і поліпшення. Зміни в державній політиці, ролі державного та приватного секторів у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування, а також в очікуваннях громадськості створюють можливості та виклики для громад, які займаються як загальним станом здоров'я населення, так і більш конкретними питаннями охорони здоров'я. Моніторинг ефективності може використовуватися як інструмент для оцінки діяльності в багатьох секторах та для сприяння співпраці та підзвітності в роботі над поліпшенням здоров'я всієї громади, особливо в рамках процесу поліпшення здоров'я на рівні громади [84].

АСР закликає політиків та зацікавлені сторони звернути увагу на соціально-економічні фактори, що впливають на нерівномірні результати в галузі охорони здоров'я, та запобігти руйнуванню та деградації сільської інфраструктури охорони здоров'я. Важливо пам'ятати, що сільські громади є різноманітними і їх не можна легко класифікувати. Вони відрізняються за демографічними, культурними, географічними, рівнями ізоляції та економічною активністю, що ускладнює запровадження єдиного підходу до політики для вирішення унікальних проблем сільських громад. АСР стверджує, що зусилля державної політики, спрямовані на сільське населення, повинні відображати різноманітні потреби громад, яким вони служать [85, 86].

Мета дослідження. Дослідити теоретико-методологічні та утилітарні засади публічного управління наданням медичної допомоги у територіальній громаді для формулювання перспективних шляхів її вдосконалення.

Завдання дослідження.

1. Розглянути теоретичні та методологічні підвалини охорони громадського здоров'я у територіальній громаді.
2. Дослідити реформаторські переміни, які сталися у системі охорони суспільного здоров'я.
3. Охарактеризувати сучасну організаційно-функціональну будову взаємодії системних підрозділів галузі охорони здоров'я в територіальній громаді.
4. Скласти оцінку сучасному інфраструктурному кластеру подання медичної допомоги згідно нормативно-правовій базі України.
5. Описати сучасний стан і визначити проблеми управлінського забезпечення медичною допомогою населення громад у світі та в Україні.
6. Опрацювати пропозиції щодо покращання механізму медичної допомоги на місцевому рівні.

Об'єкт дослідження. Процес надання медичних послуг мешканцям територіальної громади.

Предмет дослідження. Теоретичні, методологічні та утилітарні площини удосконалення механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні.

Методологія дослідження. Вдосконалення механізму надання медичної допомоги в місцевих умовах потребує узагальнених і всебічних підходів до аналізу проблеми. У межах дослідження було здійснено всебічну оцінку поточного стану медичних закладів, проаналізовано чинну нормативно-правову базу, яка регламентує надання медичних послуг на місцевому рівні. Проведено оцінювання рівня охоплення населення медичними послугами, якості медичної допомоги, показників захворюваності та смертності. Виявлено сильні та слабкі сторони існуючого механізму, а також проаналізовано наявні можливості та загрози. Крім того, у дослідженні використано методи економічного

моделювання з метою оцінки фінансових витрат та ефективності альтернативних сценаріїв реформування механізму надання медичної допомоги. Особливу увагу приділено вивченню досвіду інших регіонів із подібними соціально-економічними умовами, що дозволило виявити найкращі практики та визначити шляхи їх адаптації до специфіки місцевого середовища.

Елементами наукової новизни є намагання запропонувати перспективні шляхи побудови дієвого макету найбільш ефективного забезпечення медичної допомоги на рівні територіальної громади.

Апробація кваліфікаційної роботи. Розглянута в кваліфікаційній роботі проблематика досліджень оприлюднювалась на Міжнародних науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті. За результатами дослідження опубліковано дві тези.

Структура роботи: складається із вступу, 3-х основних розділів, спільних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний об'єм роботи становить 47 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА АРХІТЕКТУРА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

1.1 Сутність та особливості надання медичних послуг.

Дослідження адміністративно-правового регулювання надання медичних послуг в Україні в контексті європейської інтеграції підкреслюють, що медична сфера є тією сферою, яка покликана забезпечити належний рівень і доступність медичної допомоги всім громадянам, які звертаються за медичною допомогою. Важливість цього питання є беззаперечною, адже майже завжди медична допомога тісно перетинається з питанням забезпечення прав людини. Встановлено, що сьогодення, яке пов'язане з формуванням інформаційного суспільства, розвитком новітніх технологій та інновацій, пропонує нам все більше нових і перспективних варіантів відновлення здоров'я, шляхом надання таких медичних послуг, які пов'язані з трансплантологією, репродуктивними технологіями, клонуванням та ін.

Очевидно, що все це повинно мати чітке і зрозуміле правове підґрунтя, яке знаходитиметься в площині неухильного дотримання основоположних прав людини і громадянина. Зазначається, що нормативно-правова база забезпечення медичної сфери вже сформована, що дозволяє реалізувати конституційні засади щодо охорони здоров'я в Україні, однак, враховуючи динамічність цієї сфери, окремі норми потребують удосконалення, уточнення або зміни, а певні правовідносини у сфері охорони здоров'я «Я» чекають свого закріплення в законодавчих актах.

Підкреслюється, що досвід становлення та розвитку системи охорони здоров'я, яка має досить довгий і складний шлях, який пройшли провідні країни світу, і медична сфера яких є певним орієнтиром для інших, свідчить, що позитивного результату функціонування цієї сфери було досягнуто за допомогою поєднання двох складових: державного та приватного секторів

надання медичних послуг. Обидва сектори стали міцним фундаментом і гармонійним доповненням один одного. Натомість особливим стимулом для всіх стала конкуренція, яка сприяла впровадженню найбільш прогресивних форм організації медичної галузі, удосконаленню медичної діяльності та, відповідно, дозволила якнайкраще визначити перспективні та пріоритетні напрямки подальшого розвитку системи охорони здоров'я [100].

Надання медичних послуг можна розділити на два компоненти: види послуг, що надаються, і хто їх надає, тобто хто є їх власником. Типи послуг варіюються від медичних послуг на рівні громади для більшості населення до стаціонарних послуг для обраної групи пацієнтів з серйозними проблемами зі здоров'ям та спеціалізованих медичних послуг для тих пацієнтів, які потребують спеціалізованої допомоги. У системі охорони здоров'я України постачальники організовані у трирівневу ієрархічну систему (рис.1.1).

Надавачі первинної медичної допомоги часто слугують своєрідними «воротарями» системи охорони здоров'я; часто існує система перенаправлення пацієнтів для отримання ними стаціонарної та/або спеціалізованої допомоги вищого рівня. В інших системах ці три рівні можуть бути відсутні. Наприклад, брак ресурсів може змусити неформальних постачальників медичних послуг, таких як народні цілителі, акушерки та медичні працівники в громадах, діяти як постачальники первинної медичної допомоги, хоча вони не вважаються частиною формальної системи охорони здоров'я. Іншим прикладом є пряме звернення пацієнтів до третинної та спеціалізованої медичної допомоги. Система перенаправлень оминається, щоб збільшити свободу вибору пацієнта серед постачальників медичних послуг. Ці структурні відмінності в наданні медичних послуг можуть мати великий вплив на доступ, якість та ефективність медичних послуг.

Другим компонентом надання медичних послуг є право власності. Надавачі медичних послуг можуть бути частиною державної або приватної системи. Останнім часом зростає тенденція до перетворення державних систем надання послуг на державно-приватні партнерства. Державно-приватні

партнерства розглядаються як «безпрограшні» угоди, в яких різні мотивації та філософії працюють разом – хоча і з різними стимулами – для того, щоб



Рис. 1.1. Структура надання медичної допомоги [8]

сприяти поліпшенню стану здоров'я населення. У таблиці 1.1. наведено основні характеристики систем надання послуг, що перебувають у державній та приватній власності, а також прогнозовані результати діяльності цих систем.

У рамках державно-приватного партнерства державна система може скористатися перевагами вищого рівня ефективності та якості приватної системи, водночас зберігаючи свої цілі щодо забезпечення рівності та контролю витрат.

Основними суб'єктами, що беруть участь у наданні медичних послуг, є працівники системи охорони здоров'я (лікарі та немедичні працівники, технічні працівники, парапрофесіонали; різні організації охорони здоров'я, де надається або координується медична допомога, а також агентства чи фірми, які фінансують надання послуг.

Таблиця 1.1.

Заклади охорони здоров'я (надавачі медпослуг) за формою власності та компоненти систем надання медичних послуг.

<i>Змінні</i>	<i>Державне</i>	<i>Приватне</i>	<i>Державно-приватне партнерство</i>
<i>Характеристики</i>			
Стимули	Низькі	Високі	Середні
Фінансові ризики	Низькі	Високі	Спільні
Простір прийняття рішень	Централізований	Децентралізований	Спільний
Прибуток	Не змінюється	Результативність	Контролюється
<i>Результативність</i>			
Ефективність	Низька Середня	Висока	Середня
Якість	Середня	Висока	Економічна ефективність
Власний капітал	Висока	Низька	Середня
Оперативність	Низька	Висока	Середня
Контроль витрат	Високий	Низький	Середній

Джерело [88].

Протягом останньої половини двадцятого століття розподіл праці в медицині та охороні здоров'я значно розширився, що було спричинено розвитком складних медичних технологій та спеціалізацій. Аналогічно, різноманітні організації охорони здоров'я надають або координують медичні послуги на кожному етапі континууму надання медичної допомоги, а кількість і типи організацій-постачальників послуг стрімко зростали впродовж 1980-х і 1990-х років. Диверсифікація організаційних форм охорони здоров'я призвела як до появи нових організаційних типів (амбулаторні хірургічні центри, центри жіночого здоров'я), так і до освоєння традиційними організаційними формами нових продуктових лінійок. Наприклад, лікарні диверсифікувалися, додавши компонент геріатричної допомоги, або вертикально інтегрувалися в комплексну систему охорони здоров'я, доповнивши її амбулаторіями та відділеннями довготривалого догляду [89].

Агенції та фірми, які фінансують надання медичних послуг, також є частиною цієї системи. У США цю роль відіграють різні суб'єкти як з державного, так і з приватного секторів. Страхові компанії та федеральний уряд

історично були важливими фінансистами охорони здоров'я; останнім часом корпорації приватного сектору здійснюють значний контроль над наданням послуг як основні покупці медичних послуг для своїх працівників. Наприкінці 1990-х років система охорони здоров'я США перейшла до концепції «керованої медичної допомоги», коли фінансовий партнер (медичний страховий план) стає безпосередньо пов'язаним як з постачальниками медичних послуг, так і з пацієнтом через контракти про розподіл ризиків. Ці домовленості призвели до розмежування ролей постачальників медичних послуг і третіх осіб, які оплачують ці послуги, страхових компаній або планів медичного страхування.

Механізми керованої медичної допомоги на договірній основі пов'язують постачальників послуг з медичними планами, гарантуючи, що зареєстрована група пацієнтів звертатиметься за допомогою лише до контрактних (і певною мірою контрольованих) постачальників послуг. Постачальникам часто платять заздалегідь встановлену подушну ставку за лікування зареєстрованих пацієнтів, і вони погоджуються «контролювати» або контролювати використання пацієнтом послуг за допомогою стратегій управління використанням. Великі роботодавці прагнуть укласти контракти з медичними страховими компаніями, які можуть пообіцяти низькі страхові внески та різноманітні послуги, що покриваються; медичні страхові компанії конкурують за великі групи працівників, оскільки вони є найбільш бажаними, недорогими та здоровими пацієнтами. Варіації цієї загальної стратегії призвели до появи цілої низки складних організаційних структур керованої медичної допомоги, в яких медичний страховий план є посередником між пацієнтами та постачальниками послуг, а також між постачальниками послуг та оплатою. Організації керованої медичної допомоги поєднують функції постачальника і плану в одній структурі.

Хоча медичні працівники, організації та фінансові установи є основними учасниками системи охорони здоров'я, існує низка зовнішніх факторів, які мають дуже важливий вплив на цих учасників. Деякі впливи є настільки важливими, що іноді важко відокремити суб'єктів системи від зовнішніх

впливів. Наприклад, медичні технології є одночасно частиною середовища надання медичних послуг і частиною медичних організацій, що надають ці послуги. Постійне розширення медичного діагностичного та лікувального обладнання, ліків, біологічних агентів та пристроїв призводить до зростання витрат на медицину. Нові технології створили нові типи технічних робочих місць і професій у сфері догляду за пацієнтами в системі охорони здоров'я, що, в свою чергу, призвело до зростання попиту на ці технології. Як медичні працівники, так і пацієнти все ще очікують на доступність нових технологій, незважаючи на їхній певний вплив на витрати, а іноді й на їхній непевний вплив на результати. Доступність нових технологій використовується організаціями охорони здоров'я як основний маркетинговий інструмент для залучення пацієнтів, фахівців та укладання контрактів з медичними страховими компаніями.

На основних суб'єктів системи охорони здоров'я впливають й інші фактори зовнішнього середовища, зокрема, зміни у віковій структурі населення, перехід від гострих до хронічних захворювань як основних причин захворюваності та смертності, бурхливий розвиток інформаційних та телекомунікаційних технологій, а також роль держави як замовника та регулятора надання медичних послуг. Кожен з цих чинників сформував структуру системи охорони здоров'я та її ефективність, а також взаємодіє зі структурами та процесами системи, змінюючи очікувані результати та ефективність.

За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, з початку повномасштабного вторгнення Росії на території країни зазнали ушкоджень щонайменше 1984 медичних заклади, з яких 301 було повністю знищено. Найбільше постраждала медична інфраструктура в Харківській, Донецькій, Миколаївській, Київській, Чернігівській, Дніпропетровській, Херсонській та Запорізькій областях. У Міністерстві також зазначили, що наразі відсутня можливість отримати повну інформацію про стан закладів охорони здоров'я на тимчасово окупованих територіях.

Станом на 24 березня 2025 року, від лютого 2022 року вдалося повністю або частково відновити 964 медичних установ, які розташовані на деокупованих територіях або в регіонах, що зазнали серйозних пошкоджень внаслідок російських атак. Із них 594 заклади повністю відновлено, ще 370 – частково. Найбільший обсяг відновлювальних робіт проведено в Миколаївській, Дніпропетровській, Київській, Харківській, Херсонській і Чернігівській областях.

Також варто зазначити, що Чехія планує інвестувати 100 мільйонів євро в модернізацію українських лікарень у межах програми Ukraine Facility [90].

1.2 Нормативно-правове забезпечення організації медичних послуг.

Питання надання медичних послуг на рівні територіальної громади регулюються Законами України, перш за все, це Кодекс цивільного захисту України № 5403-VI від 31.03.2023 (а саме, п. 22 ст. 17, п. 8 ст. 22, п. 9 ст. 23, п. 1 ст. 36, де передбачено надання медичної допомоги співробітниками служби медицини катастроф [91].

Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI "Про екстрену медичну допомогу" (зі змінами) [92].

Закон України від 1994 року № 4004-XII "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" [93].

Закон України від 1995 року № 39/95-ВР "Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку" [94].

Закон України від 1998 року № 15/98-ВР "Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання" [95].

Закон України від 07.09.2022 № 2581-IX "Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення системи екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112" [96].

З жовтня 2023 року задіяно Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я», що утримує інформацію у стст. 13, 41, 44 про повноваження й підзвітність територіальних громад щодо суспільного здоров'я [97].

Урядові постанови: з 2002 р. – 12. Нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України: з 1997 р. – 19 [98].

Як і будь-який бізнес, у тому числі і медичний заклад повинен підготувати пакет документів, перш ніж розпочати свою діяльність. Ці документи необхідні як для процесу реєстрації, так і для поточної діяльності центру. Умовно їх можна поділити на кілька груп: Установчі документи; Ліцензійні документи (або пакет документів, необхідних для отримання ліцензії); Документи, пов'язані з основною діяльністю: сюди входять колективний договір, положення про медичний центр, про захист персональних даних, про охорону праці, про конфіденційну інформацію; Кадрові документи: трудові договори, особові справи, атестація фахівців; Медичні документи: маршрути пацієнтів, локальні нормативні акти, накази, політики, правила, інструкції, плани тощо.

Обсяг необхідної документації залежить від кількох факторів:

- рівень надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна);
- кількість спеціальностей, зазначених у ліцензії.

1.3 Роль органів місцевого самоврядування (ОМС).

Полягає у підтримці закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та жителів громади, щонайменше в таких напрямках:

- Забезпечення кращого доступу до медичних послуг.
- Поліпшення загального рівня здоров'я населення.
- Впровадження сучасних медичних технологій та знань.
- Раціональне й ефективне використання ресурсів громади.

Активна участь ОМС необхідна для того, щоб постачальники медичних послуг враховували точку зору пацієнтів щодо доступності, безперервності, своєчасності, безпеки, якості та економічної ефективності надання допомоги. Пріоритет має надаватися потребам людей, а не лише організаційним інтересам.

Які управлінські рішення щодо здоров'я приймає громада?
В умовах реформи охорони здоров'я впроваджується кластерний підхід, який передбачає оптимізацію лікарняної мережі та концентрацію спеціалізованої допомоги у кластерних лікарнях. Це потребує докорінних змін в організації надання медичних послуг на місцевому рівні.

Ключовими є чітке визначення потреб громади в різних видах медичної допомоги, розуміння того, які послуги вже надаються в межах громади, які ЗОЗ за них відповідають, у яких випадках пацієнти мають бути скеровані до кластерних лікарень, а також як ОМС можуть забезпечити доступність цих послуг для жителів.

Управління в системі охорони здоров'я виступає ключовим чинником, що забезпечує її здатність ефективно функціонувати в умовах як повсякденних викликів, так і нових соціально-політичних змін. Саме якісне управління визначає, які рішення приймаються у сфері охорони здоров'я, яким чином вони реалізуються та які результати досягаються.

Управління відіграє визначальну роль у формуванні політики та управлінських рішень шляхом створення нормативно-організаційних умов для діяльності всіх учасників системи. Воно стимулює підзвітність, сприяючи усвідомленню відповідальності за прийняті рішення та здійснені дії.

У контексті сучасних викликів, із якими стикаються системи охорони здоров'я, управління набуває ще більшої актуальності. До таких викликів належать:

- демографічні трансформації (старіння населення, зростання рівня міграції, зміна традиційних гендерних ролей);

- епідеміологічні зміни (поширення хронічних та неінфекційних захворювань, загроза виникнення та поширення інфекційних хвороб).

З огляду на це, управлінська спроможність системи охорони здоров'я є необхідною умовою для її адаптивності та стійкості.

Сучасне розуміння управління охоплює такі ключові складові:

- *Прозорість*, яка передбачає відкритість інформації щодо процесу прийняття рішень та обґрунтування їх доцільності.

- *Відповідальність*, що полягає у здатності суб'єктів управління звітувати за результати своєї діяльності та нести санкції у разі невиконання зобов'язань.

- *Участь*, яка передбачає залучення зацікавлених сторін (у тому числі пацієнтів, медичних працівників, громадських організацій) до процесу прийняття рішень.

- *Інституційна спроможність*, тобто наявність знань, досвіду та ресурсів для розробки, впровадження та моніторингу політики.

У процесі реалізації адміністративної реформи в Україні, зокрема децентралізації та трансформації сектору охорони здоров'я, відбулося істотне реформування організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я. Відтак, більшість ЗОЗ перейшли від статусу бюджетних установ до форми *комунальних некомерційних підприємств (КНП)*. Органи місцевого самоврядування (ОМС) набули статусу їх засновників та власників.

У результаті цього розширено управлінські повноваження ОМС у сфері охорони здоров'я, зокрема в частині забезпечення фізичної та економічної доступності якісної та безпечної медичної допомоги для жителів громади. Такий підхід сприяє підвищенню підзвітності ЗОЗ перед ОМС, що, своєю чергою, забезпечує посилення контролю за результатами діяльності закладів та спрямування їхньої роботи на задоволення потреб населення [99].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Методологічні підходи до забезпечення організаційного механізму медичної галузі громади забезпечують багатогранність поглядів на процес управління, інтегруючи соціальні, економічні, екологічні та інноваційні аспекти. Їх комплексне використання сприяє створенню ефективної, адаптивної та стійкої системи охорони здоров'я, яка враховує специфічні потреби кожної громади. Таким чином, комплексний підхід до забезпечення організаційного механізму медичної галузі громади є запорукою її ефективного діяльності, задоволення потреби населення та константного соціально-економічного прогресу.

РОЗДІЛ 2.

СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В УКРАЇНІ ТА У СВІТІ

2.1. Особливості надання медичної допомоги та забезпечення доступу до неї в територіальній громаді.

Однією з найважливіших передумов збереження та покращення стану здоров'я населення громади є забезпечення доступу до якісних медичних послуг. Проте, особливо у сільській місцевості, існує низка бар'єрів, що ускладнюють реалізацію цього завдання. Населення має мати змогу своєчасно та безперешкодно отримувати широкий спектр медичних послуг – зокрема, первинну медичну допомогу, стоматологічні, психіатричні, ургентні та інші послуги.

Забезпечення доступу до медичних послуг сприяє:

- покращенню загального фізичного, психічного та соціального стану здоров'я;
- профілактиці захворювань;
- ранньому виявленню, діагностиці та ефективному лікуванню хвороб;
- покращенню якості життя;
- зменшенню кількості запобіжних смертей;
- підвищенню тривалості життя населення.

Попри наявність медичних послуг у громаді, існують додаткові чинники, які суттєво впливають на реальний рівень доступності. Зокрема:

- фінансові обмеження (відсутність коштів на оплату послуг або відсутність медичного страхування);
- логістичні труднощі (віддаленість медичних закладів, відсутність транспорту, складнощі з оформленням відпустки для звернення до лікаря);

- низький рівень медичної грамотності населення, що впливає на ефективність комунікації з медичними працівниками;
- брак довіри до медичних послуг, особливо у випадках, коли пацієнти сумніваються у збереженні конфіденційності або якості обслуговування.

У межах трансформації системи охорони здоров'я особливого значення набуває модернізація первинної медичної допомоги (ПМД). Це передбачає не лише покращення інфраструктури, а й підвищення професійного рівня працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), розширення спектра послуг у таких напрямках, як:

- психічне здоров'я,
- реабілітаційна допомога,
- паліативна допомога,
- медичне обслуговування осіб похилого віку.

Таким чином, розширення функціональних можливостей ПМД, підвищення якості медичних послуг та їх доступності є необхідними умовами для подальшої модернізації мережі закладів охорони здоров'я на рівні громади.

Оцінювання ефективності функціонування закладів охорони здоров'я на рівні територіальної громади.

Для забезпечення обґрунтованості управлінських рішень щодо розвитку мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у межах територіальної громади необхідно впровадження системи оцінювання їхньої діяльності на основі чітко визначених та стандартизованих показників. Такі показники мають бути придатними для порівняння результатів у динаміці (у часі), а також між різними громадами, в межах медичних кластерів, госпітальних округів і на загальнодержавному рівні.

При цьому важливо враховувати такі аспекти:

- окремі індикатори можуть одночасно використовуватись для оцінки результативності за різними критеріями (наприклад, фінансування, рівень охоплення населення послугами, захист від фінансових ризиків);

- фінансові показники доцільно розширити для відображення таких характеристик, як доступність, ефективність та рівень охоплення медичними послугами;
- ефективність діяльності ЗОЗ може оцінюватися на основі уже застосовуваних у галузі охорони здоров'я індикаторів;
- індикатори доступу, охоплення, якості та безпеки потребують належного методичного забезпечення та актуальних джерел інформації;
- безпека медичних послуг може бути розглянута як один із вимірів загальної якості медичної допомоги;
- оцінка медичних результатів може ґрунтуватися на аналізі рівнів смертності, інвалідності, частоти звернень по невідкладну допомогу, а також частоти госпіталізацій унаслідок хронічних захворювань;
- індикатор чуйності системи охорони здоров'я може відображати ступінь задоволеності населення якістю та доступністю медичних послуг, а також відповідність наданої допомоги очікуванням пацієнтів.

Безперервність медичного спостереження та орієнтація на потреби пацієнта.

Одним із ключових принципів сучасної системи охорони здоров'я є забезпечення безперервного медичного спостереження за станом здоров'я людини впродовж усього її життя. Це вимагає належної координації між усіма рівнями медичної допомоги – від первинної до спеціалізованої, включно з реабілітаційною допомогою та довготривалим доглядом. Ефективна комунікація між постачальниками послуг, раціональне використання фінансових ресурсів і чітке ведення медичної документації є критично важливими умовами безперервності надання медичної допомоги.

Крім того, необхідно враховувати доступність послуг на різних рівнях медичної допомоги – у закладах первинної ланки, в амбулаторних умовах, у стаціонарі, а також у закладах, що надають допомогу при тривалому догляді. Особливу увагу слід приділяти умовам, за яких пацієнт може скористатися

медичними послугами, зокрема з урахуванням його віку, супутніх захворювань, соціального статусу та інших факторів.

Важливо, щоб система надання медичної допомоги була організована відповідно до потреб населення, а не лише до логіки функціонування ЗОЗ. Органи місцевого самоврядування мають усвідомлювати, що заклади охорони здоров'я повинні забезпечувати не лише реагування на випадки захворювання, а й здійснювати комплексне спостереження за здоров'ям людини впродовж усього її життя, з урахуванням вікових, фізіологічних і соціальних особливостей.

Безперервність надання медичної допомоги протягом усього життєвого циклу охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на підтримку здоров'я людини на кожному етапі її життя. Цей підхід включає своєчасне реагування на загальні клінічні прояви, надання невідкладної допомоги, а також діагностику та лікування поширених симптомів. Особливу увагу приділено репродуктивному та сексуальному здоров'ю, що передбачає медичний супровід у період вагітності та пологів, планування сім'ї, профілактику й лікування захворювань, що передаються статевим шляхом.

У межах забезпечення гармонійного розвитку особи важливими компонентами є підтримка зростання та розвитку дітей і підлітків, сприяння здоровому способу життя через збалансоване харчування, фізичну активність і дотримання режиму сну. Крім того, безперервна медична допомога охоплює профілактику, виявлення та лікування інфекційних і неінфекційних захворювань, а також надання реабілітаційної допомоги після перенесених хвороб і травм.

На пізніх етапах життя, зокрема в похилому віці та в період наближення до його завершення, медична допомога зосереджується на веденні хронічних неінфекційних захворювань, забезпеченні психічного здоров'я, лікуванні серцево-судинних патологій, онкологічних хвороб, порушень кровотворної системи та психосоматичних розладів.

Повноваження органів місцевого самоврядування в галузі громадського здоров'я. Здоров'я громади ґрунтується на тісній співпраці у сфері первинної медичної допомоги, соціального захисту та громадського здоров'я. Підхід до охорони здоров'я, орієнтований на людину, передбачає комплексну систему заходів зі зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, яка враховує вподобання, потреби та цінності пацієнтів і населення загалом.

Відповідно до статей 13, 41 та 44 Закону України від 06.09.2022 № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я», органи місцевого самоврядування (ОМС) наділені низкою важливих повноважень у сфері громадського здоров'я. Зокрема, до їхньої компетенції належать питання міжсекторальної взаємодії в межах системи громадського здоров'я на відповідній території, організація та забезпечення медико-санітарних заходів у населених пунктах та рекреаційних зонах, а також локалізація й ліквідація інфекційних захворювань.

ОМС також здійснюють облік та аналіз стану здоров'я населення, беруть участь у заходах із ліквідації епідемій та фінансують місцеві програми громадського здоров'я. Важливою є їхня співпраця з регіональними центрами контролю та профілактики хвороб, що дозволяє координувати зусилля у сфері охорони громадського здоров'я.

Превенція інфекційних та неінфекційних захворювань розглядається як один із ключових пріоритетів державної та місцевої політики, а органи місцевого самоврядування виступають як безпосередні виконавці відповідних профілактичних заходів на місцях, діючи в межах чинного законодавства.

ОМС мають можливість здійснювати фінансування таких напрямів:

- оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я;
- проведення капітальних ремонтів і реконструкцій;
- реалізація програм з підвищення оплати праці медичних працівників (так звані програми «місцевих стимулів»);
- забезпечення надання медичних послуг понад обсяг, передбачений Державною програмою медичних гарантій;

- розробка та впровадження місцевих програм у сфері громадського здоров'я [52, 88].

2.2. Стан медичної допомоги у територіальних громадах країн світу.

Доступ до базових медичних послуг є значною проблемою для малонаселених сільських районів Європейського Союзу, що впливає на такі фундаментальні принципи, як територіальна рівність. Ця проблема посилюється сучасними демографічними тенденціями, включаючи депопуляцію та старіння населення, які впливають як на доступність медичних працівників, так і на підвищений попит на ефективні медичні послуги для людей похилого віку.

Для вирішення цієї проблеми використовується розрахунок відстані і час у дорозі для вимірювання доступності різних сільських муніципалітетів до закладів охорони здоров'я. Проведено дослідження у Автономній області Кастилія-Ла-Манча (Іспанія) як репрезентативній території для вищезгаданої демографічної динаміки. Основні результати свідчать про чіткий взаємозв'язок між негативними демографічними показниками та погіршенням доступу до медичних послуг, особливо в сільській місцевості з обмеженою транспортною інфраструктурою. Доступ до первинної медичної допомоги загалом добре розподілений: понад 90 % сільського населення проживає в межах 15 хвилин від базового медичного закладу, тоді як лікарні є менш доступними для сільського населення: понад 40 % людей потребують 30 хвилин, щоб дістатися до лікарні. Вибірка також дуже чутлива до щільності населення та рівня старіння. Вагомим внеском є універсальна методологія, яка може бути застосована до інших сільських територій зі значною часткою старіючого населення, що дозволить політикам територіального планування оптимізувати якість охорони здоров'я відповідно до політики активного старіння, яку пропагує Організація Об'єднаних Націй.

Надання базових послуг у різних просторах і місцях є важливим критерієм, який визначає територіальну справедливість і рівне ставлення до людей, незалежно від місця їхнього проживання. В Європейському Союзі існує тісний взаємозв'язок між територіальною структурою, організацією міських і сільських систем та розподілом базових послуг охорони здоров'я і освіти. Доступність і близькість до цих послуг мають вирішальне значення для досягнення цілей соціальної, економічної та територіальної згуртованості, запропонованих Європейським Союзом [1, 2, 3, 4]. Здоров'я вважається фундаментальним правом [5], яке безпосередньо пов'язане з територіальною справедливістю [6, 7]. Цю рівність можна розуміти з горизонтальної або вертикальної перспективи. У першому випадку йдеться про збалансований розподіл медичних послуг на території [8], тоді як у другому – про справедливий розподіл послуг відповідно до потреб різних соціальних груп [9]. Обидва підходи важко реалізувати в малонаселених сільських територіях, які стикаються з серйозною проблемою територіальної, соціальної та економічної ізоляції. Саме така ізоляція визначає погіршення доступу до товарів і послуг [10, 11]. Низька щільність населення, великі відстані та географічні бар'єри перешкоджають ефективному доступу до медичних послуг і є проблемою, що потребує особливої уваги [12], яка зазвичай переоцінюється у великих вибірках [13].

Основні проблеми надання медичних послуг у малонаселених сільських районах пов'язані з наявністю, доступністю та фінансуванням. Порівняно з містом, доступність медичних послуг у сільській місцевості, як правило, є нижчою, як з точки зору інфраструктури, так і з точки зору фахівців, що пов'язано, головним чином, з низьким попитом з боку малочисельного населення, яке характеризує сільську місцевість [14]. Навіть якщо медичні послуги наявні та доступні, вони можуть бути недоступними для всіх громадян і створювати значні проблеми з фінансовою стійкістю для адміністрацій [15]. Відсутність належного доступу до закладів охорони здоров'я обмежує здатність сільських громад справлятися з хворобами, сприяти профілактиці та

отримувати доступ до спеціалізованого лікування, особливо у випадку старшого населення [16, 17]. Виклик полягає у досягненні балансу між особистим самообслуговуванням, неформальною підтримкою (сім'я) та формальною підтримкою (медичні послуги), надаючи пріоритет первинній та інституційній допомозі, а також пропагуючи якість, доступність та ефективність систем охорони здоров'я, як це пропонується основними цілями політики ООН щодо активного старіння [18]. Ці виклики нерозривно пов'язані з сучасними демографічними тенденціями, що впливають на Європейський Союз і, зокрема, на сільську місцевість, де труднощі з доступом до базових послуг є реальністю [19, 20]. На цих територіях, що характеризуються дисперсним розселенням, депопуляцією, структурним старінням і залежністю від зовнішніх міграцій, втрата населення призводить до закриття послуг і скорочення кількості медичних працівників [21].

Тим часом, очікується, що протягом наступного десятиліття частка старіючого населення перевищить 25 % у кожному п'ятому регіоні Європи. Таке прогнозоване зростання чисельності населення похилого віку вимагає невідкладної уваги до покращення доступності послуг для цієї групи, яка має серйозні обмеження мобільності.

Кілька досліджень підкреслили важливість аналізу доступності сільських муніципалітетів до закладів охорони здоров'я та їх зв'язку з територіальними і демографічними характеристиками цих регіонів [22, 23, 24].

У класичній праці Віла Геслера вже було підкреслено актуальність перетину цих двох сфер дослідження: надання медичної допомоги та просторового аналізу, в тому, що десятиліття тому називалося медичною географією. Геслер підкреслив великий науковий інтерес до просторової кореляції з медичними явищами, як при аналізі захворювань, так і, в даному випадку, при просторовому групуванні різних рівнів надання медичних послуг [25]. У даному дослідженні розглядається доступність у контексті просторових відмінностей дослідженні наводяться різні приклади, які свідчать про

взаємозв'язок між територіальною справедливістю та дефіцитом доступу до послуг для всього населення або певних чутливих соціальних груп [26, 27].

У звіті «Доступ і вартість послуг освіти та охорони здоров'я», опублікованому ОЕСР у 2021 році, відстоюється просторовий підхід, що ґрунтується на наданні освітніх та медичних послуг у чіткій прив'язці до демографічної щільності. Таким чином, ці дослідження показали, що обмежений доступ до медичних послуг у сільській місцевості може призвести до значних диспропорцій у стані здоров'я та добробуті сільських громад [20].

Спираючись на цю теоретичну базу, ми сформулювали загальну гіпотезу про те, що чим більшою є досліджувана територія, тим нижчим є рівень забезпечення медичними послугами. Для того, щоб розробити основу для перевірки цієї гіпотези, ми досліджуємо два поняття: сільська місцевість і доступність. Сільська місцевість в Європі тісно пов'язана з низькою щільністю населення та його старінням [19]. У сфері охорони здоров'я доступність відображає легкість або складність, з якою користувачі можуть отримати доступ до таких послуг, і виявляє дисбаланси, які загрожують рівності [20]. У малонаселених районах наявність інфраструктури охорони здоров'я визначає поріг першого доступу, який згодом обумовлюється нерегулярністю надання послуг [28]. Ми розуміємо доступність як «здатність людей досягати та взаємодіяти з видами діяльності та можливостями» [2]. Це дослідження узгоджується з просторовими дослідженнями, що базуються на аналізі відстані між постачальниками послуг та населенням [29]. Відстань або час до найближчої інфраструктури охорони здоров'я слугують індикаторами доступу до найближчого постачальника послуг [20]. Цей підхід ґрунтується на попередніх роботах, які продемонстрували корисність цих інструментів для аналізу доступу до медичної допомоги в сільській місцевості [14, 30, 31], де доступність використовується як індикатор територіальної рівності, також з особливим акцентом на старшому населенні [32].

Гіпотеза полягає в тому, що існує зв'язок між сільською місцевістю та дефіцитом доступу до медичних послуг. Це дослідницьке питання

зосереджується на тому, як задовольнити потреби в послугах охорони здоров'я в малонаселених і старіючих районах на основі аналізу доступності, враховуючи, що цей критерій вже використовується в політичному наративі проти депопуляції, як це має місце в Кастилії-Ла-Манчі (Іспанія, NUTS2 ES42). Доступність часто використовується як інструмент для визначення територій з дефіцитом медичної допомоги та як відправна точка для розробки стратегій покращення [33], оскільки підвищення доступності допомагає зменшити нерівність та покращити умови життя найбільш вразливих верств населення [34].

Доступ до певного місця не гарантує користування послугою [20]. Це пов'язано з індивідуальними умовами, як соціально-економічними, так і пов'язаними з мобільністю [37]. З цієї причини рекомендуються методології, які поєднують аналіз близькості до медичних послуг з аспектами мобільності, пов'язаними з цільовою групою населення, враховуючи як структуру охоплення послугами охорони здоров'я, так і умови проживання споживачів послуг [38].

У першому підході до цього ми намагалися включити змінні, які визначають зони охоплення базових і спеціалізованих медичних послуг. Однак на наступних етапах дослідження ми повинні вивчити можливості, які може надати метод двоступеневої плаваючої зони охоплення (2SFCA) для отримання більш точних результатів [39]. Викликом у цьому випадку буде застосування цієї методології у запропонованому нами масштабі (NUTS2), оскільки часто можна зустріти аналізи міських і столичних масштабів.

Крім того, ми повинні замислитися над можливими обмеженнями змінних, включених у цю роботу, що могло б покращити інтерпретацію результатів у майбутніх дослідженнях. Слідом за Вангом, просторовий доступ впливає на просторовий, тобто на доступ впливають індивідуальні особливості, такі як те, ким ви є в контексті громади [39].

Ми продемонстрували кореляцію між структурою розселення та дефіцитом доступу до медичних послуг, особливо спеціалізованих. Ці результати подібні до результатів, отриманих Пілкінгтоном та ін., особливо з

точки зору розбіжності між очікуваним часом подорожі та емпірично підтвердженим [40].

Їхнє дослідження показує, що в міській місцевості доступність охорони здоров'я є кращою не стільки через близькість, скільки через наявність і надійність транспортних альтернатив, тоді як у сільській місцевості залежність від приватного транспорту зменшує можливості вибору і збільшує невизначеність у сполученнях. Це посилює слабкість дисперсних регіонів з регресивною демографічною структурою, що вимагає додаткових зусиль для виявлення цих проблем, оскільки населення цих територій, як правило, має більшу потребу в медичних послугах, як це продемонстрували Ловетт та ін. [41, 42].

Ці результати свідчать про корисність контурних мір для аналізу та діагностики в широкому масштабі, наприклад, регіональному. У нашому випадку, де автомобільний транспорт є єдиним видом транспорту, ці контурні показники точно відображають доступність. У межах вибірки час у дорозі для сільських муніципалітетів з низькою демографічною щільністю є гіршим, ніж для решти сільських муніципалітетів. Найбільш вразливі муніципалітети також мають гірші умови доступу до послуг охорони здоров'я, в деяких випадках зі значними відмінностями, що підтверджує труднощі доступності в більшості сільських районів у внутрішній частині Іспанії, де процеси депопуляції були особливо інтенсивними з другої половини двадцятого століття [22, 43, 44, 45]. Ці дослідження показують, що покращення умов доступності все ще залишається дуже віддаленим завданням для цих сільських районів, що пов'язано з відстанню до основних міських центрів регіону.

Для вирішення цих проблем основним інструментом є медична політика та управління і просторове планування медичних послуг, розробка інклюзивної політики, яка враховує вразливість та соціально-демографічний контекст мешканців [46].

Європейська політика територіальної згуртованості виступає за забезпечення доступу до базових послуг незалежно від місця проживання громадян [47, 48].

Чинний Територіальний порядок денний до 2030 року заохочує місцеву громаду до скоординованого прийняття рішень щодо формування стратегій розвитку, які забезпечують такий доступ за допомогою власних інструментів планування або будь-якого іншого інструменту, що покращує територіальну інтеграцію або місцевий розвиток [49]. Як зазначають дослідники, у плануванні послуг охорони здоров'я відбувається перехід від колишнього перерозподілу екзогенних ресурсів до підходів, що базуються на фінансуванні ендегенних активів, які дають змогу нових можливостей [50].

Прикладом пошуку форм міжадміністративного співробітництва для покращення можливостей доступу та задоволення потреб у сфері охорони здоров'я представляє можливість цього є дії уряду Кастилії-Ла-Манчі, який створив реагуючу на попит службу медичного транспорту в регіоні Кампо-де-Монтель, на південному сході Кастилії-Ла-Манчі, яка обслуговує 15 муніципалітетів і 18 200 жителів, з 3 мікроавтобусами, 14 таксі та цифровим додатком для бронювання поїздок; не забуваючи при цьому, що цей уряд щойно схвалив закон про депопуляцію, який використовує доступність як один з критеріїв для класифікації територій, що підлягають депопуляції. Ця підтримка територіальної згуртованості також враховує зони впливу медичних центрів, на які впливають адміністративні межі регіонів, що штучно змінює градієнт відстаней, створюючи бар'єри для доступності. Це може бути предметом більш детального аналізу для муніципалітетів, які можуть опинитися в невідповідному становищі через наявність поблизу зовнішніх конкурентних послуг, що підкреслює ситуацію ізольованості. Карта охорони здоров'я є життєво важливою для забезпечення кращого доступу, оскільки вона не тільки розмежовує території надання медичних послуг, але й допомагає зосередити аналіз і політику на конкретних частинах системи. Як уже зазначалося, на деякі території впливає просторове планування охорони здоров'я, особливо в тих

місцях, де розподіл інфраструктури пропонує більш сприятливе розташування для сільських муніципалітетів на прикордонних територіях між зонами надання медичної допомоги.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

У межах громади система охорони здоров'я орієнтована на її мешканців, забезпечуючи взаємодію всіх її структурних елементів. Саме потреби населення є основою для розвитку мережі ЗОЗ, що функціонують як підсистема загальнодержавної системи охорони здоров'я.

Спільно з медичними працівниками, управлінцями та представниками ОМС громада впливає на всі складові цієї системи. Розміщуючи людину в центрі цієї моделі, громада демонструє відданість принципам первинної медичної допомоги, задекларованим ВООЗ: рівність, соціальна справедливість, залученість громадян та міжсекторальна співпраця.

Існує широкий вибір демографічних та соціально-економічних змінних, які впливають на доступ до медичних послуг, таких як люди похилого віку, діти, жінки дітородного віку, або змінні соціально-економічного статусу, житлові умови, мовні бар'єри, освіта тощо, які можуть бути враховані на більш пізніх етапах дослідження і які дозволять краще оцінити вплив недостатньої доступності на соціальний добробут сільських територій. Розглядаючи змінні послуг охорони здоров'я, дослідження можна було б доповнити іншими типами показників, які б збагатили отримані результати, наприклад, обслуговування пацієнтів у службах невідкладної допомоги без госпіталізації, або розгляд інших послуг соціальної допомоги, які сприяють соціальному благополуччю людей похилого віку.

Отримані результати відображають тенденцію в європейських країнах, де >40 % сільського населення в малонаселених районах проживає далеко від місць, де надаються медичні послуги.

РОЗДІЛ 3.

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

3.1. Пропозиції щодо покращення організаційної моделі медичного обслуговування.

Створення кадрового потенціалу. З метою подолання кадрового дефіциту в системі охорони здоров'я, Уряд України запровадив нові фінансові стимули для молодих медичних працівників. Відповідне рішення було оголошено Прем'єр-міністром України.

Згідно з прийнятою постановою, випускники медичних закладів вищої освіти, які погодяться працювати в закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості або в зонах активних бойових дій, отримають одноразову грошову виплату в розмірі 200 тис. грн. Зазначена ініціатива є частиною державної політики інвестування в людський капітал, що, поряд із безпекою та обороною, визначено пріоритетом національного розвитку.

Актуальність зазначених заходів зумовлена критичною нестачею медичних кадрів у регіонах, де умови праці є особливо складними. За даними Державної служби статистики України, у 2024 році медичні вищі навчальні заклади випустили 14,3 тис. фахівців. Проте значна частина з них не обирає роботу в державному секторі, зокрема в периферійних районах країни.

Ситуацію ускладнює низький рівень заробітної плати в галузі охорони здоров'я. Зокрема, середня заробітна плата у сфері «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги» у 2024 році становила 16 850 грн, що, хоча й на 14,7 % вище порівняно з попереднім роком, суттєво поступається середньому рівню оплати праці по країні (21 473 грн). Для порівняння, у сфері інформаційних технологій середня заробітна плата сягала 52 457 грн, а у фінансовому та страховому секторі – 41 384 грн.

Згідно з інформацією Міністерства економіки України, формування рівня оплати праці в країні залежить від ряду структурних факторів, серед яких: зростання економічної активності, трудова міграція, а також участь великої кількості працездатного населення у Збройних силах України. Ці чинники спричиняють загальний дефіцит кадрів, який особливо гостро проявляється в системі охорони здоров'я.

Таким чином, урядові заходи щодо стимулювання працевлаштування молодих фахівців у медичній сфері спрямовані на підвищення привабливості професії та забезпечення належного кадрового потенціалу в установах охорони здоров'я, насамперед у найбільш проблемних регіонах країни [101].

Виготовлення програмних додатків. Покращення організаційної моделі медичного обслуговування мешканців територіальних громад можливе і шляхом створення різноманітних прикладних програм для телефонів. Підтримка іноземних громад у доступі до медичних послуг на півдні Італії шляхом подолання бар'єрів у доступі до послуг: проєкт FARI.

У 2018 році місцеве управління охорони здоров'я (ASL) міста Таранто розпочало проєкт «FARI – Formare Assistere Rispondere Includere» («Навчати, піклуватися, реагувати та залучати»), створений спільно з аналогічними органами сусідніх провінцій Бріндізі та Лечче, а також з асоціацією «Camera a Sud». Проєкт фінансується в рамках програми PON 2014-2020, яка управляється Міністерством внутрішніх справ Італії і, в свою чергу, отримує фінансування від Європейських структурних та інвестиційних фондів [52].

Проєкт FARI вживає низку заходів для захисту здоров'я людей в регіоні Апулія, які перебувають у процесі подачі заяви на отримання дозволу на проживання або мають право на міжнародний захист і живуть в умовах вразливості. До них відносяться: служба культурного посередництва, тренінги для операторів системи охорони здоров'я, створення додатку для смартфонів «FARI Sanità per Stranieri» («FARI Охорона здоров'я для іноземців»).

Комунікаційні заходи: на додаток до комунікаційної діяльності з просування додатку, служби охорони здоров'я тепер пропонують багатомовні інформаційні кампанії щодо профілактики COVID-19 та вакцинації.

Служба мовного та міжкультурного посередництва. Центральним елементом стратегії проєкту FARI була співпраця 15 мовних та міжкультурних посередників (по 5 від кожного з трьох залучених місцевих органів охорони здоров'я) [52].

Протягом 18 місяців посередники здійснили приблизно 6 000 втручань. Такі втручання включали не лише послуги перекладу. Посередники також орієнтували та надавали допомогу в отриманні кращого доступу до мережі закладів охорони здоров'я, надаючи підтримку, наприклад, під час медичних оглядів, пологів та невеликих хірургічних втручань. Ці послуги були надані приблизно 2 000 особам 17 мовами. Втручання проводилися в численних установах на дуже великій території. (Територія трьох провінцій південної Апулії перевищує 7 000 квадратних кілометрів).

Іноді посередники також втручалися, щоб підтримати прибуття кораблів неурядових організацій з мігрантами в «гарячу точку» Таранто, допомагаючи Червоному Хресту на початковому етапі прийому мігрантів, а також службам екстреної медичної допомоги, надаючи допомогу людям, які перебувають у вразливому становищі або мають проблеми зі здоров'ям.

У перші кілька місяців пандемії посередники запустили інформаційну службу з питань COVID-19, яка була доступна 21 мовою, а також створили інформаційні відеоролики 6 мовами.

«FARI Sanità per Stranieri» – це додаток для смартфонів, який надає інформацію про охорону здоров'я та послуги, що пропонуються в Таранто, Лечче та Бріндізі. Додаток також надає загальну інформацію про італійську систему охорони здоров'я та права іноземців у сфері охорони здоров'я, що робить його корисним інструментом для іноземних громад, розташованих по всій країні [52].

Додаток доступний 10 мовами і може бути завантажений безкоштовно через основні сервіси цифрового розповсюдження. Пов'язаний з додатком веб-сайт проекту FARI також доступний 10 мовами.

Як додаток, так і веб-сайт пропонують інформаційні інструменти, які проводять користувачів через італійські медичні та соціальні служби, надаючи їм необхідну інформацію та контакти. Користувачі також можуть спілкуватися з експертами та брати участь у дискусійних групах.

Проект FARI, розроблений і запущений до надзвичайної ситуації, спричиненої COVID-19, був адаптований до умов пандемії. На додаток до телефонної інформаційної служби та виробництва аудіовізуальних інформаційних матеріалів, кампанія з вакцинації пропонувала безкоштовну імунізацію іноземцям, які ще не були зареєстровані в Національній службі охорони здоров'я. Протягом трьох місяців центри вакцинації в Таранто та його провінції зробили понад 8 000 щеплень іноземцям зі 103 країн світу з усіх континентів. Найбільш представленою іноземною національністю була Грузія, за нею йшли Румунія, Нігерія та Гамбія.

Проект FARI, розроблений і запущений до надзвичайної ситуації, спричиненої COVID-19, був адаптований до умов пандемії. На додаток до телефонної інформаційної служби та виробництва аудіовізуальних інформаційних матеріалів, кампанія з вакцинації пропонувала безкоштовну імунізацію іноземцям, які ще не були зареєстровані в Національній службі охорони здоров'я. Протягом трьох місяців центри вакцинації в Таранто та його провінції зробили понад 8 000 щеплень іноземцям зі 103 країн світу з усіх континентів. Найбільш представленою іноземною національністю була Грузія, за нею йшли Румунія, Нігерія та Гамбія [52].

3.2. Впровадження цифрових технологій у сфері медичних послуг.

Сьогодні ми бачимо, що люди живуть довше завдяки інвестиціям у боротьбу з інфекційними захворюваннями, терапію неінфекційних захворювань та кращі знання про те, як лікувати хронічні захворювання. Проте все ще існують великі розбіжності в доступі до медичної допомоги та терапевтичних засобів, що впливає на якість медичного обслуговування зараз, а в майбутньому вплине на прогрес у галузі охорони здоров'я та благополуччя.

Щоб подолати ці розбіжності, ми повинні переглянути екосистему охорони здоров'я та визначити, які компоненти, що колись вважались допоміжними, тепер є основними (наприклад, цифрові інструменти, використання штучного інтелекту), а також роль різних учасників та зацікавлених сторін, щоб визначити, чи використовуються вони належним чином, наприклад, приватний сектор (наприклад, фармацевтичні, біотехнологічні, цифрові компанії в галузі охорони здоров'я).

Сфера охорони здоров'я переповнена новими технологіями, такими як штучний інтелект, платформи реальних даних та цифрові інструменти. За прогнозами Всесвітнього економічного форуму, до 2025 року обсяг цього ринку становитиме 504 млрд доларів. У 2023 році кількість глобальних «єдинорогів» у сфері технологій охорони здоров'я (стартапів з оцінкою понад 1 млрд доларів США) становила 140 по всьому світу, а їхня сукупна вартість перевищувала 320 млрд доларів. Крім того, видання Statista виявило, що до 2026 року світовий ринок штучного інтелекту в охороні здоров'я досягне 45,2 млрд доларів.

Незважаючи на ці значні інвестиції в технології охорони здоров'я, багато лідерів у цій галузі стурбовані тим, що цілі громади залишаються позаду, якщо їм бракуватиме економічних засобів або належної цифрової інфраструктури.

По суті, розвиток штучного інтелекту та інших технологій може створити ще більший цифровий розрив: ще більше поглибити прогалини в даних і призвести до упередженості при застосуванні штучного інтелекту для отримання інформації.

Явні розриви в даних та доступі постійно підривають зусилля, спрямовані на максимізацію здоров'я для всіх. Наприклад, дослідження Університету Цинциннаті, опубліковане минулого року, виявило, що мешканці «цифрових пустель» мають менше можливостей для отримання медичної допомоги, а їхнє становище погіршується в міру переходу все більшої кількості послуг в онлайн. Згідно з дослідженням, соціально вразливі громади США проживають у місцях з меншою кількістю ресурсів охорони здоров'я та меншим доступом до широкосмугового Інтернету, який зараз вважається «супердетермінантом» здоров'я через його роль у результатах охорони здоров'я [102].

Визнаючи, що відсутність досліджень та доказової медицини і практики призведе до явних нерівностей у фактичному наданні та доступі до медичної допомоги. Фактично, Національний інститут здоров'я уряду США провів у 2023 році саміт, присвячений шляхам розвитку моделей співпраці для забезпечення рівності та справедливості в медичних дослідженнях. Вони дійшли висновку, що «Сполучені Штати повинні переосмислити всю свою інноваційну екосистему, щоб включити справедливість як основоположний керівний принцип – від дизайну досліджень і вимог до фінансування до політик і нормативних актів, що регулюють надання та нагляд за новими продуктами для громадськості» (Wailoo et al, Embed equity throughout innovation|Science). Переосмислення екосистеми має включати переосмислення технологій, що використовуються, та того, як вони розробляються, тестуються та масштабуються. Крім того, інноваційна екосистема є багатофакторною структурою, до якої входять приватний сектор (промисловість), наукові кола, неурядові організації, уряд, громадянське суспільство тощо. Кожен з них може відігравати різну роль у поширенні інновацій, але в основному вони повинні враховувати потреби різних груп населення [103].

Баланс між інноваціями та інклюзивністю. Клейтон Крістенсен, архітектор і провідний світовий авторитет у галузі руйнівних інновацій, пише: «Інновації формуються людьми, які їх винаходять, розробляють, виробляють і впроваджують. Отже, щоб забезпечити спрямованість інновацій на

справедливість, усі ми, чії дії та вибір впливають на інновації, повинні завжди пам'ятати про те, чи направляємо ми інновації на справедливість, чи підтримуємо статус-кво». Просування справедливості через інновації: вибір, а не гарантія – Форум зростання – Гарвардська школа бізнесу .

Це ставить перед нами фундаментальне питання: «Як ми можемо заохочувати інновації, не сповільнюючи і не придушуючи їх, і водночас забезпечуючи інклюзивність?» Відповідь вимагає підходів із залученням багатьох зацікавлених сторін, де винахідливість приватного сектору стратегічно узгоджується з програмою, що ставить на перше місце справедливість у сфері охорони здоров'я.

Приватний сектор: необхідний для інновацій у сфері охорони здоров'я.

Деякі з найбільш перспективних зусиль з цифрової трансформації передбачали спільні розробки традиційних організацій охорони здоров'я та компаній, що займаються технологіями в галузі охорони здоров'я. Такі партнерства призвели до створення продуктів на основі штучного інтелекту, які покращують точність діагностики за допомогою візуалізації в таких країнах, як Китай, де спостерігається критичний дефіцит радіологів.

Багато біофармацевтичних компаній починають впроваджувати та інвестувати в інноваційні інструменти, такі як штучний інтелект, щоб прискорити збір інформації та прийняття рішень. Вони мають можливість зробити значний внесок у підтримку інклюзивних інновацій, продумавши вимоги та дизайн технологій, що використовуються від лабораторії до ліжка пацієнта. Вони можуть стати прикладом для інших секторів у тому, як з самого початку думати про інклюзивність з метою розширення доступу до терапевтичних засобів та медичної допомоги.

3.3. Розвиток партнерства громади з державними та приватними структурами.

Справжня інклюзивна інновація вимагає стратегічних партнерств між секторами та громадами. Приватний сектор повинен об'єднатися з урядами, науковцями, постачальниками медичних послуг та громадами, щоб спільно створювати рішення, орієнтовані на потреби різних груп населення в усьому світі.

Цей процес починається на початку життєвого циклу інновації. Ці партнерства є життєво важливими для усунення прогалин у даних, забезпечення відповідності інновацій життєвому досвіду різних груп населення та створення стійких моделей впровадження для забезпечення рівного доступу та впливу.

З огляду на попередження Всесвітньої організації охорони здоров'я про неминучі майбутні пандемії, які будуть ще більш руйнівними, ніж раніше, необхідність правильно вирішити це питання не може бути більш очевидною. Тривалі прогалини в інноваціях та доступі становлять системні ризики, які вимагають нових моделей із залученням багатьох зацікавлених сторін, побудованих на спільній відповідальності за рівність у сфері охорони здоров'я.

Роль приватного сектору є надзвичайно важливою, оскільки він надає свої неперевершені можливості в галузі досліджень і розробок, виробництва та проектування технологій. Партнерство з приватним сектором дає можливість переорієнтувати інновації з самого початку, забезпечуючи рівний доступ усіх груп населення до майбутнього охорони здоров'я. Інклюзивні інновації є прагматичними, етичними та економічною необхідністю для створення здоровішого світу [104].

Концепція партнерства та державно-приватне партнерство.

З історичної точки зору, партнерство з'явилося як наслідок необхідності замінити загальний конфлікт між профспілками та керівництвом, який міг мати руйнівні наслідки, на модель партнерства, яка визначає спільні цілі обох сторін і спрямована на досягнення взаємної згоди, прийнятної для обох учасників. Це

партнерство представляло новий принцип демократії, замінивши незгоду на згоду. Отже, ми можемо говорити про соціальних партнерів, які, для взаємного розуміння та прийняття інтересів, визначають спільні цілі та беруть участь у переговорах щодо того, як їх можна досягти. Партнерство з громадянським суспільством стало спільною проблемою серед державних установ та неурядових організацій, що діють у різних сферах суспільного життя. Хоча державно-приватне партнерство все частіше підтверджується як економічно ефективне рішення для вирішення різних типів проблем, що виникають на національному або місцевому рівнях, визначення цього терміна, як правило, є суперечливим у опублікованій літературі. Проте, загальноприйняте визначення стосується будь-якого виду співпраці або ініціативи між щонайменше двома сторонами з метою досягнення співпраці, де партнери чітко визначають свої ролі та обов'язки в організації діяльності, що відповідає спільним інтересам суспільства. «Справжнє партнерство передбачає, принаймні в теорії, тісну співпрацю та поєднання конкретних переваг приватного сектору (більш ефективного та конкурентоспроможного) та державного сектору (з відповідальністю перед суспільством та його фінансами)» [106, 107].

Таким чином, партнерство можна визначити як договірне правове зобов'язання, яке існує між двома суб'єктами, що вважаються основними партнерами в бізнесі.

Більш складне визначення розглядає партнерство як утворення спільних дій зацікавлених груп, заснованих на взаємному визнанні сильних і слабких сторін двох партнерів, які працюють разом для досягнення спільних цілей, розроблених завдяки ефективній комунікації.

Що стосується державно-приватного партнерства, договірні відносини укладаються між партнером з державного сектору та партнером з приватного сектору. Ця угода, як правило, передбачає участь центрального або місцевого урядового органу, яка укладає договір з приватним партнером з метою модернізації, будівництва, адміністрування, координації або управління об'єктом або системою, що надає публічні послуги. У цій угоді державна

установа або інституція може зберегти своє управління, тоді як приватна сторона інвестує капітал з метою формування та розвитку можливостей публічної системи [108].

З огляду на все це, партнерство виникає, коли є спільні цілі, і воно ініціюється з метою реалізації цілей, про які домовилися всі сторони; коли є згода щодо початкових заходів; дії визначаються на основі сильних сторін обох сторін; дії, що ведуть до подолання слабких сторін, що може вимагати найму консультантів та обміну знаннями та досвідом [109].

Щоб мати можливість розробляти, писати та впроваджувати ефективну політику, уряд потребує підтримки важливих соціальних груп, оскільки готовність та стабільність учасників громади сприяють розробці політики, забезпечують її ефективне впровадження і, зрештою, призводять до суттєвого зменшення споживання державних ресурсів [105].

Останніми роками у Швеції відбуваються жваві публічні дебати щодо нового публічного менеджменту – НПМ (New Public Management – NPM), у яких беруть участь багато науковців, політиків, а також лікарів і дипломованих медсестер, які критикують основні принципи НПМ та їх наслідки для медичних працівників [75,76,77,78,79]. У відповідь на критику принципів НПМ шведський уряд нещодавно запровадив концепцію «управління на основі довіри», яка має на меті інтегрувати аспекти професійної логіки з управлінською логікою, заснованою на НПМ, таким чином надаючи альтернативу управлінню медичними працівниками за допомогою аудиту, контролю та управління ефективністю [80].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

Загалом, у громаді або районі, що стикається з серйозними проблемами соціального виключення, таке партнерство не формується спонтанно, оскільки місцеві актори в таких випадках не мають енергії та здібностей для мобілізації

та просування віртуальних партнерів. У більшості випадків для залучення місцевих енергій потрібні зовнішні стимули. Початок такого процесу вимагає переговорів з метою досягнення загального консенсусу для реалізації подальшої стратегії або оперативного плану, які розробляються в рамках партнерства.

Партнерство, сформоване для місцевого проекту розвитку, покликаного вирішити певну соціальну проблему, має перевагу залучення більшості економічних, соціальних та політичних акторів, а також факторів, що спричиняють цю соціальну проблему. Наприклад, корпорація, яка через свою діяльність є фактором забруднення, може залучитися, через партнерство з державними установами з охорони навколишнього середовища та іншими акторами з громади, до проекту щодо соціальної відповідальності.

На міжнародному рівні партнерство відбувається в рамках тристоронньої системи діалогу між соціальними партнерами (приватний сектор, профспілки, уряд, який останнім часом у країнах ЄС був замінений НУО, відповідно до європейської моделі). Такими є Економічні та соціальні ради, які з'явилися в результаті Конвенції Міжнародної організації праці № 144/1976 щодо письмового консультування, покликаної сприяти дотриманню міжнародних норм праці. Отже, організаційні зміни в охороні здоров'я мають більше шансів на успіх, коли медичні працівники мають можливість впливати на зміни, відчують себе готовими до змін і визнають цінність змін, в тому числі усвідомлюють користь від змін для пацієнтів. Хоча зміни в організаціях охорони здоров'я неминучі, існують більш-менш ефективні способи їх проведення. Наші результати надають важливі висновки для організацій охорони здоров'я щодо того, як можна планувати, впроваджувати та управляти змінами в охороні здоров'я, щоб підвищити шанси на їх підтримку з боку медичних працівників, що має вирішальне значення для успішних змін.

ВИСНОВКИ

Сільські та дисперсні території мають різні територіальні та демографічні проблеми, які є як причиною, так і наслідком динаміки, яку вони переживають. Труднощі доступу до базових послуг не залежать виключно від близькості до них, оскільки можливо, що об'єктивна відстань є оптимальною, але населення відчуває труднощі з доступом через свої умови, особливо вік та залежність від приватного транспорту. Служби охорони здоров'я намагаються пом'якшити цей виклик за допомогою рішень щодо медичного транспорту на вимогу, які полегшують вирішення цієї проблеми, але значно збільшують ресурси та потреби у фінансуванні державних служб охорони здоров'я.

Як наслідок, ми опиняємося в замкненому колі неструктурованих, депопуляційних і застарілих просторів. Літні пацієнти у важкодоступних сільських районах мають проблеми з отриманням медичної допомоги та реалізацією прав, що впливають з політики активного старіння. Тому дослідження доступності охорони здоров'я має бути доповнене іншими дослідженнями якісного типу, які оцінюють проблеми, ступінь задоволеності базовими послугами, транспортом та інфраструктурою, рівень захворюваності на найпоширеніші види хвороб, а також невідкладну ургентну медичну допомогу.

В якості напрямків майбутніх досліджень ми пропонуємо дослідження, які спираються на взаємозв'язок між депопуляцією і доступністю для прийняття рішень, з політиками, які виступають за комплексні заходи на просторовому рівні, де депопуляція повинна розглядатися як наскрізне ядро в політиці, яка діє на території, особливо в політиці галузевого характеру. У випадку інфраструктури охорони здоров'я вони реалізуються без урахування динаміки депопуляції, яка впливає на території та доступність. Таким чином, необхідно розробити стратегії співпраці та координації між компетентними адміністраціями та політиками, які є частиною демографічного виклику.

Незважаючи на існуючі відмінності між країнами та мережами охорони здоров'я, результати подібних досліджень свідчать про низький рівень впровадження механізмів адміністративної координації доступу між рівнями медичної допомоги в більшості проаналізованих систем. Винятком є окремі сегменти мереж. Зокрема, в Колумбії більш ефективною виявилася координація у центрах амбулаторно-поліклінічної допомоги, що об'єднані зі страховими компаніями через злиття або стратегічні альянси, а також у державних медичних закладах субсидованої мережі, які підпорядковуються районному відділу охорони здоров'я. У Бразилії подібні приклади були виявлені в окремих закладах мережі, розташованих у столиці штату.

До чинників, що стримують ефективну координацію, слід віднести й низький рівень залучення постачальників медичних послуг і приватних страховиків до реалізації державних інтервенцій. У цьому контексті недієздатність відповідного органу охорони здоров'я – зокрема, Департаменту охорони здоров'я – виступає як додатковий бар'єр до інтеграції та ефективної взаємодії учасників системи.

Більшість респондентів, серед яких і медичні працівники, відзначають суттєві недоліки в роботі чинних координаційних механізмів, особливо в частині інформаційного обміну та адміністративної взаємодії. Ці проблеми мають помітний негативний вплив на якість і своєчасність медичної допомоги. Єдиною групою, яка визнала певний позитивний внесок існуючих механізмів у забезпечення координації, були представники амбулаторно-поліклінічних центрів. Водночас вони також вказували на значні труднощі та обмеження у практичному застосуванні цих механізмів.

Серйозною проблемою залишається передача інформації про пацієнтів між рівнями медичної допомоги, що значно знижує ефективність лікування і загальну якість медичних послуг.

Єдиною константою в організаціях охорони здоров'я, як кажуть, є зміни. Технологічний прогрес, старіння населення, зміна структури захворювань і нові відкриття в лікуванні хвороб вимагають від організацій і фахівців охорони

здоров'я майже постійних змін. Організаційні зміни також необхідні для того, щоб врахувати еволюцію суспільних норм і цінностей, деякі з яких породили вищі очікування щодо доступу до медичної допомоги, покращення досвіду пацієнтів і збільшення їхньої участі у прийнятті рішень щодо лікування. Безперервна професійна освіта набуває все більшого значення для забезпечення відповідності компетенцій медичних працівників сучасним стандартам, а також для підтримки та вдосконалення знань і навичок, необхідних для того, щоб бути в курсі найновіших доказів.

В результаті аналізу було виділено три категорії характеристик успішних змін: можливість впливати на зміни; готовність до змін; цінність змін. Медичні працівники в нашому дослідженні надавали великого значення можливості впливати на зміни, які можуть вплинути на їхню роботу. Вони висловили позитивне ставлення до змін, які були розроблені і йдуть «знизу вгору» від них самих та/або від первинної ланки охорони здоров'я.

Вивчення результатів досліджень показує не тільки обмежений розвиток механізмів координації медичної допомоги на різних рівнях медичної допомоги в мережах охорони здоров'я, проаналізованих у Колумбії та Бразилії, але також обмежене використання існуючих механізмів, що, як наслідок, негативно впливає на координацію, ефективність і якість медичної допомоги. Урок для цих та інших контекстів полягає в тому, що так само важливо розробити механізми для покращення координації в мережах, особливо тих, які спрямовані на управління клінічною допомогою та базуються на взаємному пристосуванні, як і забезпечити належні умови для їх використання, які можуть вимагають організаційних змін у мережах і системах охорони здоров'я.

На основі огляду наукових джерел ми проаналізували використання механізмів координації між рівнями надання медичної допомоги та їх вплив на надання медичної допомоги з точки зору медичного персоналу в мережах охорони здоров'я окремих зарубіжних країн. Отже, організаційні зміни в охороні здоров'я мають більше шансів на успіх, коли медичні працівники мають можливість впливати на зміни, відчують себе готовими до змін і

визнають цінність змін, в тому числі усвідомлюють користь від змін для пацієнтів. Хоча зміни в організаціях охорони здоров'я неминучі, існують більш-менш ефективні способи їх проведення. Наші результати надають важливі висновки для організацій охорони здоров'я щодо того, як можна планувати, впроваджувати та управляти змінами в охороні здоров'я, щоб підвищити шанси на їх підтримку з боку медичних працівників, що має вирішальне значення для успішних змін.

Комплексність забезпечення та орієнтація на ефективний очікуваний результат сучасного організаційного механізму медичної сфери громади забезпечать науково обґрунтована методологічна база і виважене нормативно-правове підґрунтя, системний підхід, принципи та компоненти на основі соціальної взаємодії.

Системність підходу: Організаційний механізм медичної галузі громади повинен базуватися на системному підході, який враховує взаємозв'язок між медичними установами, управлінськими структурами та соціально-економічними умовами громади.

Принципи ефективності: Основними принципами розробки та впровадження механізму є доступність, рівність, ефективність, прозорість та інтегративність. Ці принципи гарантують якість та результативність роботи медичної сфери.

У розробці організаційного механізму необхідно застосовувати міждисциплінарний підхід, що включає економічні, управлінські, соціальні та інноваційні методи, які забезпечують раціональне використання ресурсів, задоволення потреб громади та модернізацію медичних послуг.

Структурні компоненти: Ефективний механізм включає організаційну структуру, збалансоване фінансування, кадрову політику, моніторинг та комунікації. Ці елементи мають працювати узгоджено для забезпечення стійкості та адаптивності системи охорони здоров'я.

Роль інформаційних технологій: Інтеграція сучасних цифрових інструментів (електронні реєстри, телемедицина) значно підвищує ефективність

управління медичною галуззю, забезпечуючи прозорість та доступність послуг для населення.

Соціальна взаємодія: Успішне функціонування організаційного механізму можливе за умови активної участі громади, розвитку партнерських відносин із приватним сектором, громадськими організаціями та міжнародними фондами.

Орієнтація на результат: Запропонована теоретико-методологічна конструкція спрямована на підвищення якості медичних послуг, раціональне використання ресурсів та досягнення сталого розвитку громади через покращення стану здоров'я її мешканців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. European Commission: Directorate-General for Regional and Urban Policy
ESDP – european spatial development perspective: towards balanced and sustainable development of the territory of the european union Publications Office (1999) Google Scholar. (дата звернення 20.05.2025).
2. J. Farrington, C. Farrington. Rural accessibility, social inclusion and social justice: towards conceptualisation J Transp Geogr, 13 (1) (2005), pp. 1-12, 10.1016/j.jtrangeo.2004.10.002 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar. (дата звернення 20.05.2025).
3. M. Halás, P. Klapka, V. Bačík, M. Klobučník. The spatial equity principle in the administrative division of the Central European countries PLoS One, 12 (11) (2017), Article e0187406, 10.1371/journal.pone.0187406 View at publisherView in ScopusGoogle Scholar. (дата звернення 20.05.2025).
4. TA2030 Territorial Agenda 2030: a future for all places Ministerial Meeting of the EU Under the German Presidency of the Federal Ministry of the Interior, Building and Community, Berlin (2020) URL: URL: <https://www.territorialagenda.eu>. (дата звернення 20.05.2025).
5. United Nations. (1948). Universal declaration of human rights. URL: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Google Scholar. (дата звернення 20.05.2025).
6. R. Mitchell, J. Africa, A. Logan/ Vulnerable populations, health inequalities, and nature M. van den Bosch, W. Bird, M. van den Bosch, W. Bird (Eds.), Oxford textbook of nature and public health: the role of nature in improving the health of a population, Oxford University Press (2018), p. 0, 10.1093/med/9780198725916.003.0006 Google Scholar. (дата звернення 20.05.2025).
7. J. Whitehead, A. Pearson, R. Lawrenson, P. Atatoa-Carr. How can the spatial equity of health services be defined and measured? A systematic review of spatial equity definitions and methods. J Health Serv Res Policy, 24 (2019),

Article 135581961983729, 10.1177/1355819619837292 Google Scholar. (дата звернення 21.05.2025).

8. S. Zhang, X. Song, J. Zhou. An equity and efficiency integrated grid-to-level 2SFCA approach: spatial accessibility of multilevel healthcare Int J Equity Health, 20 (1) (2021), p. 229, 10.1186/s12939-021-01553-9 View PDF View article Google Scholar. (дата звернення 21.05.2025).

9. F.R. Ashik, S.A. Mim, M.N. Neema. Towards vertical spatial equity of urban facilities: an integration of spatial and aspatial accessibility Journal of Urban Management, 9 (1) (2020), pp. 77-92, 10.1016/j.jum.2019.11.004 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar. (дата звернення 21.05.2025).

10. W. Greenhalgh, M.F. Papoutsi, F. Spellecy, G.E. Meacock Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations Annals Family Med, 18 (4) (2020), pp. 297-305 Google Scholar. (дата звернення 20.05.2025).

11. M. Mahon, M. Woods, M. Farrell, R. Jones, B. Goodwin-Hawkins A spatial justice perspective on EU rural sustainability as territorial cohesion Sociol Ruralis (2023), 10.1111/soru.12444 n/a(n/a) Google Scholar. (дата звернення 20.05.2025).

12. K. Nordberg Spatial Justice and local capability in rural areas J Rural Stud, 78 (2020), pp. 47-58, 10.1016/j.jrurstud.2020.06.008 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar. (дата звернення 20.05.2025).

13. J. Hassler, T. Andersson Granberg, K. Steins, V. Ceccato Towards more realistic measures of accessibility to emergency departments in Sweden Int J Health Geogr, 23 (1) (2024), p. 6, 10.1186/s12942-024-00364-9 View in ScopusGoogle Scholar.

14. M.F. Guagliardo Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges Int J Health Geogr, 3 (1) (2004), p. 3, 10.1186/1476-072X-3-3 View in ScopusGoogle Scholar.

15. Y. Chen, B. Liu, Y. Shen, L. Li Assessing accessibility to service facilities for older people in age-restricted communities from the perspective of equity Journal

of Transport and Health, 27 (October) (2022), Article 101515, 10.1016/j.jth. 2022. 101515 View PDFView article View in ScopusGoogle Scholar.

16. K. Wang, J. Bai, X. Dang Spatial difference and equity analysis for accessibility to three-level medical services based on actual medical behavior in Shaanxi, China Int J Environ Res Public Health, 18 (1) (2020), p. 112, 10.3390/ijerph18010112 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

17. A.A. Khan, S.M. Bhardwaj, A. Khan Healthcare disparities in rural India: a systematic review Int J Med Sci Public Health, 8 (12) (2019), pp. 989-994 View in ScopusGoogle Scholar.

18. J. Li, H. Guo, S. Xu, C. Fu Association between ageing and healthcare expenditure in rural China: the role of chronic diseases Int J Environ Res Public Health, 18 (3) (2021), p. 1023 View PDFView articleGoogle Scholar.

19. WHO Active ageing: a policy framework World Health Organization. Madrid (2022) Google Scholar.

20. C.D. Phillips, K.R. McLeroy, S. Davis, L. Zhang Disparities in rural health: a review of social determinants J Rural Health, 36 (1) (2020), pp. 7-19 View in ScopusGoogle Scholar.

21. OECD/EC-JRC Access and cost of education and health services: preparing regions for demographic change OECD (2021) Google Scholar.

22. A.I. Escalona-Orcao, C. Díez-Cornago. Accessibility to basic services in one of the most sparsely populated areas in Europe: the province of Teruel (Spain) Area, 39 (3) (2007), pp. 295-309, 10.1111/j.1475-4762.2007.00749.x View in ScopusGoogle Scholar.

23. S. Ettelt, M. Fazekas, N. Mays, E. Nolte Assessing health care planning – A framework-led comparison of Germany and New Zealand Health Policy (New York), 106 (1) (2012), pp. 50-59, 10.1016/j.healthpol.2011.11.005 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

24. V. Székely, J. Novotný. Public transport-disadvantaged rural areas in relation to daily accessibility of regional centre: case study from Slovakia J Rural

Stud, 92 (2022), pp. 1-16, 10.1016/j.jrurstud.2022.03.015 View PDF View article View in ScopusGoogle Scholar.

25. W. Gesler. The uses of spatial analysis in medical geography: a review Soc Sci Med, 23 (10) (1986), pp. 963-973, 10.1016/0277-9536(86)90253-4 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

26. G. Carpentieri, C. Guida, H.E. Masoumi. Multimodal accessibility to primary health services for the elderly: a case study of Naples Sustainability, 12 (3) (2020), p. 781 CrossrefView in ScopusGoogle Scholar.

27. L.A. Guzman, D. Oviedo, C. Rivera. Assessing equity in transport accessibility to work and study: the Bogotá region J Transp Geogr, 58 (2017), pp. 236-246 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

29. Drake, D. Nagy, T. Nguyen, K.L. Kraemer, C. Mair, D. Wallace, J. Donohue. A comparison of methods for measuring spatial access to health care Health Serv Res, 56 (5) (2021), pp. 777-787, 10.1111/1475-6773.13700 View in ScopusGoogle Scholar.

30. H. Faraji Sabokbar, H. Mohammadi, S. Tahmasbi, Y. Rafii, A. Hosseini. Measuring spatial accessibility and equity to healthcare services using fuzzy inference system Appl Geogr, 136 (2021), Article 102584, 10.1016/j.apgeog.2021.102584 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

31. I. Weinhold, D. Wende, C. Schrey, C. Militzer-Horstmann, L. Schang, L. Sundmacher. Assessing patients' acceptable and realised distances to determine accessibility standards for the size of catchment areas in outpatient care Health Policy (New York), 126 (11) (2022), pp. 1180-1186, 10.1016/j.healthpol.2022.08.011 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

32. A. Paez, R.G. Mercado, S. Farber, C. Morency, M. Roorda. Accessibility to health care facilities in Montreal Island: an application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents Int J Health Geogr, 9 (1) (2010), p. 52, 10.1186/1476-072X-9-52 View in Scopus Google Scholar.

33.L. Chen, H. Zeng, L. Wu, Q. Tian, N. Zhang, R. He, H. Xue, J. Zheng, J. Li u, F. Liang, B. Zhu. Spatial Accessibility Evaluation and Location Optimization of Primary Healthcare in China: a Case Study of Shenzhen GeoHealth, 7 (5) (2023), Article e2022GH000753, 10.1029/2022GH000753 View in ScopusGoogle Scholar.

34.F. Gao, C. languille, K. karzazi, M. Guhl, B. Boukebous, S. Deguen Efficiency of fine scale and spatial regression in modelling associations between healthcare service spatial accessibility and their utilization Int J Health Geogr, 20 (1) (2021), p. 22, 10.1186/s12942-021-00276-y View in ScopusGoogle Scholar.

37. T.S. Hare, H.R. Barcus. Geographical accessibility and Kentucky's heart-related hospital services Appl Geogr, 27 (3) (2007), pp. 181-205, 10.1016/j.apgeog.2007.07.004 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

38. W. Luo, Y. Qi An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians Health Place, 15 (4) (2009), pp. 1100-1107, 10.1016/j.healthplace.2009.06.002 View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

39. F. Wang. Measurement, optimization, and impact of health care accessibility: a methodological review Annals Associat Am Geographers, 102 (5) (2012), pp. 1104-1112, 10.1080/00045608.2012.657146.

40. H. Pilkington, C. Prunet, B. Blondel, H. Charreire, E. Combier, M. Le Vaillant, J.-M. Amat-Roze, J. Zeitlin Travel time to hospital for childbirth: comparing calculated versus reported travel times in France Matern Child Health J, 22 (1) (2018), pp. 101-110, 10.1007/s10995-017-2359-z View at publisherView in ScopusGoogle Scholar.

41. A. Lovett, R. Haynes, G. Sünnerberg, S. Gale Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS Soc Sci Med, 55 (1) (2002), pp. 97-111, 10.1016/S0277-9536(01)00212-X View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar.

42. F. Gao, W. Kihal, N. Le Meur, M. Souris, S. Deguen. Assessment of the spatial accessibility to health professionals at French census block level Int J Equity

Health, 15 (1) (2016), p. 125, 10.1186/s12939-016-0411-z View at publisher View in ScopusGoogle Scholar.

43. A.R. Ruiz, H.S. Martínez Accesibilidad y procesos de despoblación rural: propuesta metodológica en Castilla-La Mancha (España) Cuadernos Geográficos, 61 (1) (2022), pp. 5-23, 10.30827/cuadgeo.v61i1.22409 View in ScopusGoogle Scholar.

44. R. Giménez, F. Cebrián, R. García. Depopulation of the interprovincial node in the Southeast of the Iberian Peninsula: towards the demographic abyss? Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles, 98 (2023), pp. 1-37, 10.21138/bage.3436 View at publisherGoogle Scholar.

45. R. Giménez-García, R. García-Marín, F. Cebrián-Abellán. Procesos de despoblación en el sur de España: el caso de la Comarca Sierra del Segura (Albacete)

AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies) (39) (2024), pp. 35-84, 10.4422/ager.2024.02 View at publisherView in ScopusGoogle Scholar.

46. R. Giménez, R. García. Servicios básicos y territorio: limitaciones y éxodo rural en el cuadrante sureste de España Anales de Geografía de la Universidad Complutense, 44 (2) (2024), pp. 449-475, 10.5209/aguc.97577 View at publisherGoogle Scholar.

47. Molle, W. (2007). European cohesion policy. Routledge, Abingdon. Google Scholar.

48. J. Clifton, D. Díaz-Fuentes, M. Fernández-Gutiérrez Public infrastructure services in the european union: challenges for territorial cohesion Reg Stud, 50 (2) (2015),pp. 358-373, 10.1080/00343404.2015.1044958 Google Scholar.

49. J. Farinós. Agenda Territorial Europea 2030: un marco político orientado a la acción para el objetivo de la cohesión territorial Ciudad y Territorio, 208 (53) (2021), pp. 583-594, 10.37230/CyTET.2021.208.17.2 View at publisher Google Scholar.

50. N. Ward, D.L. Brown. Placing the rural in regional development *Reg Stud*, 43 (10) (2009), pp. 1237-1244, 10.1080/00343400903234696 View at publisher View in ScopusGoogle Scholar. (дата звернення 19.05.2025).

51. The challenge of access to healthcare services as a condition for territorial equity. A methodological approach for sparsely populated rural areas

URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851025000661> (дата звернення 19.05.2025).

52. Supporting foreign communities to access health services in Southern Italy. URL: <https://www.deepl.com/ru/translator#en/uk/Supporting%20foreign%20communities%20to%20access%20health%20services%20in%20Southern%20Italy>. (дата звернення 29.05.2025).

53. Centers for Disease Control and Prevention. About Rural Health. 2023. URL: www.cdc.gov/ruralhealth/about.html. (дата звернення 23.05.2025).

54. Turecamo SE, Xu M, Dixon D, et al. Association of rurality with risk of heart failure. *JAMA Cardiol.* 2023;8:231-239. [PMID: 36696094] doi: 10.1001/jamacardio.2022.5211

55. Keyes KM, Cerdá M, Brady JE, et al. Understanding the rural-urban differences in nonmedical prescription opioid use and abuse in the United States. *Am J Public Health.* 2014;104:e52-9-e59. [PMID: 24328642] doi: 10.2105/AJPH.2013.301709

56. Mack B, Whetsell H, Graves J. Mental health in rural areas. National Rural Health Association; 2022. URL: www.ruralhealth.us/NRHA/media/Emerge_NRHA/Advocacy/Policy%20documents/NRHA-Mental-health-in-rural-areas-policy-brief-2022.pdf. (дата звернення 10.05.2025).

57. Wang J, Brown MM, Ivey-Stephenson AZ, et al. Rural-urban comparisons in the rates of self-harm, U.S., 2018. *Am J Prev Med.* 2022;63:117-120. [PMID: 35249778] doi: 10.1016/j.amepre.2021.12.018

58. Rossen LM, Ahrens KA, Womack LS, et al. Rural-urban differences in maternal mortality trends in the United States, 1999-2017: accounting for the impact

of the pregnancy status checkbox. *Am J Epidemiol.* 2022;191:1030-1039. [PMID: 35020799] doi: 10.1093/aje/kwab300

59. Harrington KA, Cameron NA, Culler K, et al. Rural-urban disparities in adverse maternal outcomes in the United States, 2016-2019. *Am J Public Health.* 2023;113:224-227. [PMID: 36652639] doi: 10.2105/AJPH.2022.307134

060. Smith AS, Trevelyan E. The older population in rural America: 2012–2016. U.S. Census Bureau; 2019. URL: www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2019/acs/acs-41.pdf.

61. Cohen SA, Greaney ML. Aging in rural communities. *Curr Epidemiol Rep.* 2023;10:1-16. [PMID: 36404874] doi: 10.1007/s40471-022-00313-9

62. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, et al. Understanding unmet care needs of rural older adults with chronic health conditions: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20:3298. [PMID: 36833993] doi: 10.3390/ijerph20043298

63. Cecil G. Sheps Center for Health Services Research. Rural Hospital Closures. URL: www.shepscenter.unc.edu/programs-projects/rural-health/rural-hospital-closures/.

64. Senate Budget Committee. Profits Over Patients: The Harmful Effects of Private Equity on the U.S. Health Care System. 2025. URL: www.budget.senate.gov/imo/media/doc/profits_over_patients_the_harmful_effects_of_private_equity_on_the_ushealthcaresystem1.pdf.

65. Private Equity Stakeholder Project. New data reveals extent of PE ownership of rural hospitals. 2023. URL: <https://pestakeholder.org/news/new-data-reveals-extent-of-pe-ownership-of-rural-hospitals/>.

66. Kaiser Family Foundation. Ten things to know about consolidation in health care provider markets. 2024. URL: www.kff.org/health-costs/issue-brief/ten-things-to-know-about-consolidation-in-health-care-provider-markets/.

67. U.S. Government Accountability Office. Rural hospital closures: affected residents had reduced access to health care services. 2021. URL: www.gao.gov/products/gao-21-93.

68. Bipartisan Policy Center. Confronting Rural America's Health Care Crisis. 2020. URL: https://bipartisanpolicy.org/download/?file=/wp-content/uploads/2020/04/WE_BPC_Rural-Health-Care-Report.pdf. (дата звернення 19.05.2025).

69. Ferdinand AO, Bolin JN, Callaghan T, et al. Rural healthy people 2030. Texas A&M Univ School of Public Health, Texas A&M Health Southwest Rural Health Research Center; 2023. URL: <https://srhrc.tamu.edu/documents/rural-healthy-people-2030.pdf>. (дата звернення 14.05.2025).

70. Social determinants of health for rural people overview. Rural Health Information Hub; 2024. URL: www.ruralhealthinfo.org/topics/social-determinants-of-health. (дата звернення 14.05.2025).

71. DeCamp M, Snyder Sulmasy L; ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Health as a human right: a position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2023;176:1516-1519. [PMID: 37903364] doi: 10.7326/M23-1900

72. U.S. Department of Agriculture. Atlas of rural and small-town America. 2025. URL: www.ers.usda.gov/data-products/atlas-of-rural-and-small-town-america/go-to-the-atlas. (дата звернення 19.05.2025).

73. Probst J, Eberth JM, Crouch E. Structural urbanism contributes to poorer health outcomes for rural America. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38:1976-1984. [PMID: 31794301] doi: 10.1377/hlthaff.2019.00914

74. Sosin AN, Carpenter-Song EA. Reimagining rural health equity: understanding disparities and orienting policy, practice, and research in rural America. *Health Aff (Millwood)*. 2024;43:791-797. [PMID: 38830148] doi: 10.1377/hlthaff.2024.00036

75. Serchen J, Doherty R, Atiq O, et al; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. A comprehensive policy framework to understand and address disparities and discrimination in health and health care: a policy paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2021;174:529-532. [PMID: 33428444] doi: 10.7326/M20-7219

76. Daniel H, Bornstein SS, Kane GC, et al; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2018;168:577-578. [PMID: 29677265] doi: 10.7326/M17-2441

77. Butkus R, Rapp K, Cooney TG, et al; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Envisioning a better U.S. health care system for all: reducing barriers to care and addressing social determinants of health. *Ann Intern Med.* 2020;172:S50-S59. [PMID: 31958803] doi: 10.7326/M19-2410

78. Serchen J, Atiq O, Hilden D; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Strengthening food and nutrition security to promote public health in the United States: a position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2022;175:1170-1171. [PMID: 35759767] doi: 10.7326/M22-0390

79. Serchen J, Hilden DR, Beachy MW; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Meeting the health and social needs of America's unhoused and housing-unstable populations: a position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2024;177:514-517. [PMID: 38408358] doi: 10.7326/M23-2795

80. Serchen J, Doherty R, Hewett-Abbott G, et al. Understanding and addressing disparities and discrimination affecting the health and health care of persons and populations at highest risk: a policy paper from the American College of Physicians. American College of Physicians; 2021. URL: www.acponline.org/acp_policy/policies/understanding_discrimination_affecting_health_and_health_care_persons_populations_highest_risk_2021.pdf.

81. Serchen J, Mathew S, Hilden D, et al; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Supporting the health and well-being of indigenous communities: a position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2022;175:1594-1597. [PMID: 36215716] doi: 10.7326/M22-1891

82. Kendig NE, Butkus R, Mathew S, et al; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Health care during incarceration: a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2022;175:1742-1745. [PMID: 36410006] doi: 10.7326/M22-2370
83. How You Can Improve Community Health. URL: <https://health.umms.org/2022/02/16/community-health/> (дата звернення 30.04.2025).
84. Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233017/> (дата звернення 29.04.2025).
85. Improving Health and Health Care in Rural Communities: A Position Paper From the American College of Physicians. URL: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-24-03577>
86. Strategies to Improve Behavioral Health Access in Local Communities. URL: <https://www.lifepointhealth.net/news/strategies-to-improve-behavioral-health-access-in-local-communities> (дата звернення 19.05.2025).
87. Top 10 Ways To Improve Health and Health Equity. URL: <https://www.americanprogress.org/article/top-10-ways-to-improve-health-and-health-equity/> (дата звернення 19.05.2025).
88. Що таке управління здоров'ям у громаді? URL: <https://hromady.org/shho-take-upravlinnya-zdorovyam-u-gromadi/> (дата звернення 19.05.2025).
89. Fennell, M. L., & Alexander, J. A. (1993). Perspectives on organizational change in the U.S. medical care sector. *Annual Review of Sociology*, 19, 89-112.
90. Скільки лікарень знищила росія з початку великої війни. URL: <https://thepage.ua/ua/news/skilki-likaren-znishila-rosiya-z-pochatku-velikoyi-vijni> (дата звернення: 23.05.2025).
91. Кодекс цивільного захисту України № 5403-VI від 31.03.2023 URL: <https://dzmk.org.ua/lawyear-base/> (дата звернення: 21.05.2025).
92. Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI "Про екстрену медичну допомогу" (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 21.05.2025).

93. Закон України від 1994 року № 4004-XII "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення". URL: <https://zakon.rada.gov.ua>

[/laws/show/4004-12#Text](#) (дата звернення: 21.05.2025).

94. Закон України від 1995 року № 39/95-ВР "Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/39/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 21.05.2025).

96. Закон України від 1998 року № 15/98-ВР "Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/15/98-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 21.05.2025).

96. Закон України від 07.09.2022 № 2581-IX "Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення системи екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2581-20#Text> (дата звернення: 21.05.2025).

97. Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я». URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98972 (дата звернення: 21.05.2025).

98. Урядові нормативні акти. URL: <https://dzmk.org.ua/lawyear-base/> (дата звернення: 21.05.2025).

99. Regulatory legal conditions for the development of private medical organizations.

URL: https://www.researchgate.net/publication/376607166_regulatory_legal_conditions_for_the_development_of_private_medical_organizations (дата звернення: 21.05.2025).

100. Health Care Services. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/health-care-services> (дата звернення: 03.05.2025).

101. Випускникам медвузів в Україні виплатять велику суму: названо умови. URL: https://enovosty.com/uk/news-ukr/news_society-ukr/full/vipusknikam-medvuziv-v-ukraini-viplatyat-veliku-sumu-nazvano-umovi (дата звернення: 27.05.2025).

102. Digital technologies: shaping the future of primary health care. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/digital-technologies.pdf> (дата звернення: 30.05.2025).

103. Introduction to digital healthcare technologies. URL: https://www.hfma.org.uk/system/files/introduction-to-digital-healthcare_july21.pdf (дата звернення: 31.05.2025).

104. Inclusive Innovation: Key to the Future of Healthcare. URL: https://rabinmartin.com/insights/inclusive-innovation-key-to-the-future-of-healthcare/?gad_source=1&gad_campaignid=20222258766&gbraid=0AAAAApYg6NJG8ErJSpR8em95j-Bgw2BBY&gclid=Cj0KCQjw9O_BBhCUARIsAHQMjS4Mp_l8JrREu_o2b_cwSnOkknI_tqLrPIZMiomo0Li5wbsSo8TQoQoaAgN7EALw_wcB (дата звернення: 31.05.2025).

105. The role of public-private partnership in community development. URL: <https://sociologiecraiova.ro/revista/wp-content/uploads/2020/01/195-204.pdf> (дата звернення: 28.05.2025).

106. Lambru, 2004. Revista Universitară de Sociologie. Pîk XV, № 2/2019 URL: www.sociologiecraiova.ro (дата звернення: 28.05.2025).

107. Lambru, M., Marginean, I. (2004). Parteneriatul public privat in furnizarea de servicii sociale, Bucharest: Ziua.

108. Zamfir, C., Stanescu, S. (2007). Enciclopedia Dezvoltarii Sociale, Iași: Polirom.

109. Yidan, W., (2000), Public-Private Partnerships in the Social Sector, Tokyo: Asian.