

УДК 614:330.837] :711.433  
JEL B52; I15; I28; R58; H56  
DOI: 10.35774/rargpsu2023.28.034

**Олександр КОРНІЙЧУК**  
кандидат економічних наук,  
старший науковий співробітник,  
Інститут демографії та проблем якості життя НАН України  
Україна, 01032, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 60  
e-mail: idss-ukraine@ukr.net  
<https://orcid.org/0000-0001-7357-0598>

## АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗВИТКУ ЕФЕКТИВНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МЕТРОПОЛІЙ В УКРАЇНІ: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ В УМОВАХ ВІЙНИ

### АНОТАЦІЯ

**Вступ.** Досліджено підходи до оцінювання стану та перспектив інституційного розвитку ефективної системи охорони здоров'я метрополій в Україні.

Актуальність пов'язана з потребою розбудови конкурентоспроможних метрополій України та їхніх систем охорони здоров'я як інтеграторів держави в умовах війни. Новизною дослідження є пропозиція щодо запровадження концептуальних підходів до формування інституційного середовища розвитку системи охорони здоров'я метрополій.

**Мета.** Обґрунтування підходів до перспектив інституційного розвитку ефективної системи охорони здоров'я метрополій.

**Методи.** Проблему розвитку ефективної системи охорони здоров'я метрополій в Україні досліджено на засадах системного підходу з використанням наукових методів аналізу та синтезу, порівняльного аналізу, узагальнення.

**Результати.** Проаналізовано особливості розвитку системи охорони здоров'я метрополій в умовах децентралізації крізь призму інтеграції регіонів України. Для цього використані матеріали Держкомстату України та досліджень вітчизняних і закордонних фахівців з питань обґрунтування розвитку метрополій крізь призму соціальної сфери. Враховуючи оцінки вітчизняних фахівців, система охорони здоров'я (СОЗ) метрополійного простору має охоплювати інфраструктуру закладів охорони здоров'я в трьох зонах метрополійного тяжіння (перша – 15 км, друга – 60 км, третя – до 300 км) та базуватись на основній ролі Національної служби здоров'я України з оплати наданих послуг..

**Висновки.** Протягом десятиліть, окрім п'ятирічного періоду, починаючи з 2014 р., в Україні зберігається жорстко централізована і водночас фрагментована система управління з витратним урядовим фінансуванням охорони здоров'я. Вона залишається замкнутою корпоративною структурою з власними інтересами, нерідко відірваною від реальних потреб громадян. Так, смертність в Україні від COVID-19 була однією з найвищих у Європі.

**Перспективи дослідження.** Напрацювання механізмів побудови конкурентоспроможного метрополійного регіону та його системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** метрополія, охорона здоров'я, територіальний госпітальний кластер, надкластерні медичні заклади, госпітальний округ, зони метрополійного тяжіння, медико-соціальні наслідки, реформування системи охорони здоров'я, інституційний розвиток, російсько-українська війна.

**Формули: 0; рис.: 0; табл.: 0; бібл.: 38.**

*Oleksandr KORNIYCHUK*

## **THE URGENCY OF THE DEVELOPMENT OF AN EFFECTIVE SYSTEM OF HEALTH PROTECTION OF METROPOLIES IN UKRAINE: STATUS AND PROSPECTS IN THE CONDITIONS OF WAR**

### **ABSTRACT**

**Introduction.** *The approaches to assessing the state and prospects of the institutional development of an effective system of health care in metropolises in Ukraine are examined. The relevance is related to the need to build competitive metropolises of Ukraine and their health care systems as integrators of the state in wartime conditions. The novelty of the study is the proposal to introduce conceptual approaches to the formation of the institutional environment for the development of the metropolitan health care system.*

**The purpose.** *The substantiation of the approaches to the prospects of institutional development of an effective system of health care of metropolises.*

**Methods.** *The problem of the development of an effective system of health care of metropolises in Ukraine was investigated on the basis of a systemic approach using scientific methods of analysis and synthesis, c*

**The results.** *The peculiarities of the development of the health care system of metropolises in conditions of decentralization through the prism of the integration of the regions of Ukraine are analyzed. For this purpose, the materials of the State Committee of Statistics of Ukraine and researches of domestic and foreign specialists on issues of substantiating the development of metropolises through the prism of the social sphere were used. Taking into account the assessments of domestic experts, the healthcare system (HCS) of the metropolitan area should include the infrastructure of healthcare institutions in three metropolitan gravity zones (the first - 15 km, the second - 60 km, the third - up to 300 km) and be based on the key role of the National health services of Ukraine for payment of services provided..*

**Conclusions.** *For decades, except for the five-year period starting in 2014, Ukraine has maintained a tightly centralized and at the same time fragmented management system with costly government funding of health care. It remains a closed corporate structure with its own interests, often disconnected from the real needs of citizens. Thus, mortality in Ukraine from COVID-19 was one of the highest in Europe.*

**Prospects of the research.** *The development of mechanisms for building a competitive metropolitan region and its health care system.*

**Key words:** *metropolis, health care, territorial hospital cluster, supracluster medical institutions, hospital district, areas of metropolitan attraction, medical and social consequences, health care system reform, institutional development, Russian-Ukrainian war.*

**Formulas: 0; fig.: 0; tab.: 0; bibl.: 38.**

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями.** Охорона здоров'я України впродовж п'ятирічного періоду, починаючи з 2014 р., проходила через активні трансформаційні зміни децентралізації з метою передачі відповідальності за організацію надання первинної медичної допомоги територіальній громаді, вторинної медичної допомоги – новоствореним районам (або ж госпітальним округам), третинної медичної допомоги – областям (доцільно – університетським клінікам). Відповідальність за якість і своєчасність надання медичної допомоги пацієнту до 2014 р. окремого лікаря була відсутня. В перспективі на регіональному та міжобласному рівнях надання третинної медичної допомоги мало стосуватись також і метрополій. Зазначені процеси в інерційному режимі дещо продовжуються нині.

Прийнятими законодавчими змінами після травня 2019 р. надання спеціалізованої медичної допомоги та реабілітаційної у сфері охорони здоров'я загальними і кластерними закладами здійснюються в межах територіально-госпітального кластера. Надання спеціалізованої медичної

допомоги у найбільш складних та рідкісних випадках здійснюється через надкластерні заклади в межах госпітального округу [1].

В Україні де-факто функціонують метрополії – міста Київ, Харків, Дніпро, Одеса, Львів (після деокупації – Донецьк) та міста-кандидати на цей статус – Запоріжжя, Вінниця, Кривий Ріг, Суми, Хмельницький, Ужгород, Черкаси, Житомир, Чернівці, Миколаїв, Полтава, Чернігів (Маріуполь, Сімферополь, Луганськ – після деокупації). Де-юре їх як метрополій не існує. Наслідком цього є сегментований характер їхніх взаємовідносин із громадами навколишніх міст, сіл та селищ, які входять до зони їхнього інформаційного, культурного, економічного, соціального впливу.

В Україні відсутнє належне обґрунтування перспектив інституційного розвитку метрополій та систем їхньої охорони здоров'я крізь призму інтеграції регіонів. Особливо це актуально під час війни. Досвід Франції є наглядним підтвердженням успішності інституціоналізації метрополійного простору.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Перспективи інституційного розвитку метрополій крізь призму соціальної сфери розглядалися в окремих працях українських та закордонних дослідників – Ю. Пітюренка [2], Д. Богорада [3], М. Мельника [4], І. Савчука [5; 6] та закордонних – П. Тейлора [7], Р. Брюне [8], Е. Морена [9], Л. Гімарайнш [10], М. Ллуч [11], Ф. Рівера де лос Сантос [12], М. Караніколос [13], Ф. Катала-Лопес [14], Ф. Антонансас [15] та ін. Разом з тим, аналізу цих процесів та перспектив у сфері охорони здоров'я метрополій приділяється недостатня увага.

Визначено, що метрополія – це міська агломерація, яка утворюється в результаті територіального злиття великого міста з поселеннями, які розташовані навколо неї, або агломерація метрополійного ареалу (два міста і більше) [6]. Отже, метрополіс – це місто, яке здійснює взаємодіючий функціональний (інформаційний), фінансовий, технологічний, культурний й територіальний вплив на приміський простір для реалізації статусу влади та контролю над ним. Це покриває три зони метрополійного тяжіння (перша зона – 15 км, друга – 60 км, третя – до 300 км) [2; 3; 4; 5; 6].

Процес отримання доданої вартості метрополією через вдалу територіальну і функціональну владу над прилеглими територіями є процесом метрополізації [4]. Існуючий комплекс впливу міста-метрополії на організацію надання медичної допомоги в межах метрополійного простору характеризує рівень метрополізації охорони здоров'я.

**Мета статті та завдання статті.** Обґрунтування підходів до перспектив інституційного розвитку ефективної системи охорони здоров'я метрополій.

**Методи дослідження та джерельна база.** Дослідження здійснено на засадах системного підходу з використанням наукових методів аналізу та синтезу, порівняльного аналізу, узагальнення. Джерелами для дослідження є матеріали Держкомстату України, праці вітчизняних і закордонних фахівців із питань обґрунтування розвитку метрополій.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** До основних проблем, які блокують розвиток метрополій в Україні, слід зарахувати незавершеність першого етапу реформ із перетворення територіальних громад у центри економічного тяжіння із взяттям відповідальності за організацію надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Це також стосується створення госпітальних округів на базі нових районів (другий етап) у межах областей як центрів спеціалізованої медичної допомоги. При цьому відсутній навіть початковий рівень науково-експертних досліджень та обговорень напрямів інституціоналізації метрополій, насамперед у сфері охорони здоров'я.

Аналіз успішних європейських практик функціонування системи охорони здоров'я (Велика Британія, Іспанія та ін.) вказує на потребу першочергової розробки оптимальної електронно-інформаційної складової системи охорони здоров'я, спроможної фіксувати показники медичної діяльності, ресурсів і результатів. Важливим при цьому є налагодження інформаційного обміну не лише за вертикаллю Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – лікарі, заклади охорони

здоров'я, між закладами первинної та спеціалізованої медичної допомоги, а й між громадами, районами, областями і метрополіями на регіональному рівні. Це дасть змогу здійснювати порівняльне оцінювання діяльності систем охорони здоров'я на базовому, районному, обласному та метрополійному рівнях. Важливим при цьому є проведення оцінювання системи охорони здоров'я в дев'яти регіонах України: Карпатський, Західно-Поліський, Подільський, Столичний, Центральний, Причорноморський, Придніпровський, Північно-Східний та Донецький (з огляду на географічні відмінності) [16]. Це є актуальним в умовах війни для сприяння містам-метрополіям у здійсненні координаційних функцій у межах цих регіонів.

На особливу увагу заслуговує аналіз стану та причин невинуватених відхилень показників якості, доступності й ефективності медичної допомоги, стану безпеки пацієнтів на рівні: громад за закладами первинної медичної допомоги; районів, областей – спеціалізованої медичної допомоги. Потрібна інформація про відсоток необгрунтованого застосування медичних процедур і хірургічних втручань, фактів смертності внаслідок захворювань, які належать до діагностично-споріднених груп (ДСГ) із незначною смертністю; післяопераційних ускладнень інфекційного характеру, а також про рівень запобіжної госпіталізації з приводу ускладнень хронічних захворювань, співвідношення потужності лікарень і їхньої частки низьких показників ефективності щодо стандарту. Допоміжною є інформація про стан проблем галузі за оцінюванням пацієнтів, лікарів, медсестер, економістів, управлінців і науковців.

Скорочення тривалості життя, насамперед у працездатному віці, пов'язано із захворюваністю та травматизмом дорослого населення. Суттєво зростає роль інфекційних (ВІЛ/СНІД – у 2020 р. показник на 10 тис. населення становив 41,4 порівняно з 1991 р. – 0,04 ) і хронічних захворювань впродовж двадцяти шести років з 1991 р. (ішемічна хвороба серця – у 2,7 разу, гіпертонія – у 2,5 разу, цукровий діабет – на 79%, інсульт – на 66%, гострий інфаркт міокарда – на 3,6%). Характерним є вияв двох синхронних тенденцій – погіршення стану здоров'я і зменшення тривалості життя [17; 18; 19].

У метрополіях міст Києва, Харкова, Львова, Дніпра і Одеси за період із 2010 р. до 2020 р. спостерігається певне зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД відповідно з 30,7 до 58,5; з 5,39 до 21,2; з 12,6 до 29,2; з 45,7 до 243,5; з 81,1 до 187,5 на 10 тис. середньорічної чисельності населення (розраховано автором за [17; 18]). У підсумку зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД у м. Києві становило відповідно 1,8 та 2,5 разу, м. Одесі – 2,4 і 2,0 рази. Захворюваність на ВІЛ/СНІД у м. Дніпро зросла в 5,3 разу, а в м. Львів – в 2,3 разу. Простежується певне зростання захворюваності в м. Харків [17].

Зберігається високий рівень смертності від СНІД насамперед у містах Дніпро, Львів, Київ, Одеса. Дещо нижчі показники смертності від СНІД визначено у м. Харків [17].

Нерівність у доступі до системи охорони здоров'я, пов'язана з низьким рівнем доходу [20] та освіти, а також погіршення харчування, умов життя і праці у довоєнний період становлять значний потенціал економічного збитку – до 9,5% ВВП [21]. За умов широкомасштабного наступу Росії, у зв'язку із невідповідною країни до цього впродовж трьох років це становить 30% [22].

У соціальній сфері відсутній ефект впливу системи охорони здоров'я на зменшення смертності громадян, насамперед у працездатному віці. Це при тому, що збільшення тривалості життя на рік, за аналогом із розвиненими країнами, може привести до зростання ВВП на 4% [22; 23; 24].

Лише в 2014 р. встановлені нормативи щодо повного охоплення населення послугами первинної медичної допомоги (ПМД) із належною оплатою лікарям із відповідним коефіцієнтом у разі надання послуг дітям і пенсіонерам. До цього не існувало правила звернень пацієнтів до сімейного лікаря (лікаря ПМД) перед скеруванням на спеціалізований рівень.

Існує необхідність удосконалення оцінювання вартості лікування в лікарнях за діагностично-спорідненими групами та врахування реальних витрат при наданні допомоги у найбільш складних і рідкісних випадках надкластерними закладами. Організація надання первинної медичної допомоги та рівень професійної підготовки лікарів, насамперед у сільській місцевості, потребують

суттєвого покращення. Це призводить до негативних медико-соціальних та економічних наслідків для пацієнтів:

- половині смертності громадян можна запобігти за допомогою належної профілактики та лікування [19];

- простежується щорічне зростання рівня як первинної захворюваності, так і поширеності захворювань [25, с. 55]

Система охорони здоров'я фактично не впливає на зменшення захворюваності громадян. Це свідчить про незадовільний менеджмент на рівні Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), Національної служби здоров'я України, відомств, обласних департаментів, районних і міських управлінь охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування на рівні громад, районів, областей. Отже, це системна управлінська проблема на рівні центральної, регіональної влади та органів місцевого самоврядування.

Нерозвиненість стандартів діяльності медичних закладів насамперед щодо впровадження і підтримки сучасних форм прав власності та ринкової вартості оплати праці медичного персоналу є основною проблемою, що блокує проведення реформ.

Дворічне впровадження ПМД на засадах сімейної медицини в деяких регіонах України в 2012–2013 рр. виглядало імітацією реального розвитку інституції. Це підтверджується тим, що попит на ПМД у містах на 70% був заміщений спеціалізованою медичною допомогою [26; 27].

Для системи охорони здоров'я в Україні характерні такі риси: відсутність звернень до системи охорони здоров'я більш ніж половини населення протягом року; фінансування рештою населення близько 50% витрат від загальних витрат на охорону здоров'я (із них близько половини «поза касою»); обсяг корупційних платежів становить же 7,74 млрд. грн., із них «хабарі на вимогу» – 5,12 млрд. грн., а «добровільні хабарі» – 2,62 млрд. грн. [28, с. 323–327].

Неперервність надання медичної допомоги пацієнтам має базуватись на національній інформаційній системі, основою якої має бути НСЗУ. Це має передбачати створення доступних електронних ідентифікаційних карт як для пацієнта, так і медичного персоналу. Зазначене особливо актуальне для забезпечення поступальності медичної допомоги особам, які виїжджають за межі області та країни проживання. Враховуючи євроінтеграційні процеси і потреби інтеграції регіонів держави через інститут конкурентоспроможних метрополій, актуальним є розгортання насамперед у зонах метрополійного тяжіння приватного медичного сектору як первинної, так і спеціалізованої, екстреної, паліативної медичної допомоги та реабілітаційної у сфері охорони здоров'я. Зазначений сегмент, за досвідом країн ЄС, вірогідно має надавати 15% медичних послуг, щоб його частка у загальних витратах у системі охорони здоров'я становила 5–6% (нині це дорівнює 2,2%) [20]. При цьому комунальний і державний сектори мають лікувати до 80% захворювань, що потребують стаціонару.

Передові підходи до оцінювання праці медичного персоналу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, які становлять 95,5% [29] від їхньої загальної кількості, практично не застосовуються. Вони мають базуватися на впровадженні нових знань, інновацій, підприємництва, вмінь бути лідером та організаторських здібностях. Приватні лікарняні заклади становлять лише 4,5% від загальної кількості. В амбулаторно-поліклінічній допомозі це становить 16,8% [29, с. 601]. Частка приватних лікарів дорівнює лише 9,46% від загальної кількості, а медсестер – 2,8% [29, с. 600, 603].

Право на гарантоване Кабінетом Міністрів України і місцевою владою отримання медичних послуг має стосуватись населення загалом, враховуючи іноземців та осіб, які нелегально проживають. Це стосується насамперед надання екстреної медичної допомоги. За решта видами медичної допомоги мають обслуговуватись лише громадяни України та особи, які легально працевлаштовані.

Необхідне зведення частки сімейних лікарів до 50–52% від загальної кількості лікарів у країні. Реально сучасним критерієм сімейного лікаря відповідає замало фахівців з тих, які

обіймають такі посади. Це свідчить про примітивізацію розвитку первинної медичної допомоги, що є перешкодою для сфери охорони здоров'я, особливо в умовах війни.

Доцільним у перспективі є запровадження до 60% оплати центральним і місцевим урядом вартості ліків для продовження лікування після госпіталізації. Для пенсіонерів власні витрати на це не мають перевищувати 10%. Актуальним є запровадження в аптеках підходів для отримання послуг із незначними проблемами із здоров'ям. Доволі актуальним є підвищення ефективності надання медичної допомоги і на цій основі зменшення витрат домогосподарств наполовину, застосовуючи нарощування урядового фінансування НСЗУ та місцевих бюджетів [20].

Частка приватних платежів на охорону здоров'я в Україні більш ніж наполовину перевищує платежі в Польщі й у понад два рази – у Румунії. Частково це пояснюється тим, що частка урядових витрат в Україні на понад 50% менша за частку у Польщі та Румунії, хоча частка витрат на охорону здоров'я у Польщі у структурі ВВП нижча. Таким чином, фінансування охорони здоров'я в Україні здійснюється двома системами, які функціонують практично незалежно одна від одної. До першої належать суспільні витрати, а до другої – приватні, переважно домогосподарств [28; 30; 31].

З метою інтеграції держави важливим є забезпечення парламентом, урядом і НСЗУ 60% фінансових ресурсів на охорону здоров'я за надані медичні послуги, а 40% – регіональними та місцевими бюджетами. Це можливо за умови легалізації тіньового фонду оплати праці, що оцінюється в розмірі 500 млрд. грн. на рік. Згідно з реєстром фізичних осіб – платників податків лише, 11,3 млн. українців отримали офіційну заробітну плату на рік, тобто один офіційно працюючий утримує двох непрацюючих. При цьому зазначені категорії мають однаковий доступ до медицини, освіти, інфраструктури, субсидій і пільг [32]. В умовах широкомасштабної війни Росії проти України ці процеси лише загострились.

Для розбудови конкурентоспроможної моделі системи охорони здоров'я метрополій актуальним є створення владою і бізнесом сприятливого інвестиційного середовища для фінансування сучасної інфраструктури та медичного обладнання як за кошти місцевої влади, так і вітчизняного і міжнародного бізнесу.

З метою впровадження подушових оплат на систему охорони здоров'я регіону метрополій актуальним є зарахування трансферів з урядового бюджету за умови дотримання принципу субсидіарності діяльності інфраструктури первинної, спеціалізованої медичної допомоги. При цьому має бути врахована статево-вікова структура населення, щільність розселення та просторова доступність до медичного закладу.

Протягом останніх десятиліть рівень бідності у селах України значно вищий, ніж у містах, і в 2,5 рази менша інфраструктурна доступність послуг ПМД [33]. З огляду на це 51% мешканців сіл, маючи потребу у медичній допомозі, протягом року не отримують її. Можливість вибору сімейного лікаря чи медсестри у них практично відсутня. Важливим в умовах війни є створення у Національній службі здоров'я України фонду для фінансування надання медичної допомоги в регіонах для внутрішньо переміщених осіб, які прибули із районів бойових дій.

Уряд України у сферу охорони здоров'я належним чином не втручається, не намагається сприяти впровадженню нової технології із запровадження неперервної системи навчання сучасних сімейних лікарів, враховуючи їхнє стажування у розвинених країнах. З метою створення конкурентоспроможної системи охорони здоров'я в державі та регіонах на базі метрополій доцільно надати Міністерству охорони здоров'я України повноваження щодо стратегічного планування та регулювання процесів забезпечення ефективності надання медичної допомоги в областях у межах метрополійного простору. Це має передбачати надання департаментам охорони здоров'я метрополій повноважень щодо стратегічного планування надання ефективної медичної допомоги на основі координації оперативного планування та надання медичних послуг на основі взаємовигідності й взаємодоповнення інфраструктури первинної, спеціалізованої медичної допомоги. Основна ідея має полягати в тому, щоб упорядкувати оптимальне використання фінансових, людських, матеріально-технічних ресурсів об'єднаних територіальних громад нових

районів і областей у межах метрополійного простору. Співвідношення витрат і соціально-економічного ефекту від своєчасних профілактичних і лікувальних заходів для осіб із серцево-судинними захворюваннями 1:12, зі злоякісними новоутвореннями – 1:19 [34, с. 16].

Галузевий аспект розкриває сутність ефективного використання наявних ресурсів та інфраструктури системи охорони здоров'я, коли діяв принцип не раціонального використання коштів, а їхнього максимально повного витрачання згідно з кошторисом. У результаті застосування зазначеного критерію на утримання ліжок до 2018 р. використовувалось до 70% від обсягу коштів, передбачених на систему охорони здоров'я [20; 30; 31]. Підґрунтям планування має бути бюджетне управління результатом на контрактній основі, яке має орієнтуватись на цілі, пов'язані не з кількістю наданих послуг, а на частку пацієнтів, які одужали.

Системною проблемою при створенні нової інфраструктури системи охорони здоров'я України є відсутність достовірної та якісної інформації про стан і результати надання медичної допомоги в кожному закладі охорони здоров'я і на кожному із рівнів медичної допомоги. Відсутність об'єктивної порівняльної інформації, побудованої на точних і вимірюваних показниках, є перешкодою в ухваленні управлінських рішень на центральному, регіональному та місцевому рівнях влади. Без критеріїв оцінювання якості обслуговування пацієнтів зберігаються високі ризики отримання медичних послуг від некваліфікованих надавачів. Впровадження стимулів має передбачати зменшення передчасної смертності за медичною складовою. Досягнення результату має передбачати штрафні санкції за невиконання зобов'язань. При цьому надавачі мають взяти на себе ризики при наданні медичних послуг. Важливим при цьому є заохочення лікарів до раціональних дій шляхом виписки лікарських препаратів, насамперед дженериків.

Стратегічне планування МОЗ України і метрополій має передбачати аналіз новітніх інновацій, дій урядів і місцевої влади, областей сусідніх держав, які входять в зону метрополійного впливу метрополії. Актуальним є пошук оптимальної моделі управління закладами – як від прямого у системі охорони здоров'я областей так, і непрямого, особливо щодо інфраструктурного забезпечення діяльності закладів та проведення діагностичних процедур. Важливим є впровадження інноваційного фінансового режиму для приватних надавачів медичних послуг у межах області чи метрополійного регіону та будівництва ними лікарень.

В Україні у СОЗ недостатньо сучасних фахівців-управлінців, економістів та юристів, спроможних працювати за стандартами країн ЄС. Важливою складовою електронної системи охорони здоров'я має бути створення інформаційної мережі лікарями, центрами первинної медичної допомоги, амбулаторіями сімейної медицини з медичним персоналом лабораторій і рентген-кабінетами та пацієнтами. Доцільною є інтеграція в центрах первинної допомоги (ЦПМД), медичних працівників – сімейних лікарів, педіатрів і сімейних медсестер та за потреби фізіотерапевтів, стоматологів і соціальних працівників.

Важливим є заохочення приватних медичних працівників до надання послуг первинної та іншої медичної допомоги шляхом укладання угод із Національною службою здоров'я України (НСЗУ). За даними експертного оцінювання успішних систем охорони здоров'я, близько 57% стаціонарів є приватними. На них припадає третина ліжкового фонду [35].

При упорядкуванні системи охорони здоров'я метрополії слід враховувати, що зберігається загальноєвропейська тенденція до здешевлення вартості короткострокового лікування шляхом пропозиції денних стаціонарів. Основною ланкою системи охорони здоров'я має бути електронна медична картка на базі реєстраційного номера облікової картки платника податків. Важливим є врахування в межах системи охорони здоров'я України та метрополій потреби у підготовці висококваліфікованих сімейних лікарів, педіатрів і терапевтів. Враховуючи великий попит у країнах ЄС та в інших регіонах на медсестер, фармацевтів і стоматологів, необхідно передбачити стимули для розгортання підготовки цих фахівців з урахуванням тієї частки з них, яка вірогідно іммігрує.

У перспективі після завершення другого і третього етапів реформ зі створення госпітальних округів і доцільно університетських клінік актуальною буде потреба в ідентифікації пацієнтів –

отримувачів медичної допомоги шляхом надання ним у центрах ПМД або амбулаторіях сімейної медицини індивідуальної санітарної картки з індивідуальним кодом. Це дасть змогу отримати громадянам України й іноземцям, які легально проживають, та непрацюючим особам гарантований урядом через НСЗУ пакет медичних послуг коштом бюджету.

Враховуючи євроінтеграційні процеси і збільшення частки осіб, які виїжджають до країн ЄС у відрядження, на відпочинок, а в умовах повномасштабної агресії Росії з 24.02.2022 р. стають біженцями, НСЗУ в перспективі має видавати європейську санітарну картку, що визначатиметься фінансованими можливостями бюджету для покриття витрат. Цей персональний документ доцільно отримувати в короткий термін після скерування заявки на сайт НСЗУ (до двох тижнів) для отримання оплачених НСЗУ за потреби послуг окремо кожним членом сім'ї та особистої європейської санітарної картки. З метою створення в Україні та метрополіях конкурентного середовища надання медичних послуг актуальним є інституційне сприяння розвитку системи приватного страхування як самостійного напрямку і гармонійного доповнення до НСЗУ.

Відносно високі ціни за якість і комфорт при наданні послуг є причиною того, що практично всі пацієнти приватних медичних установ мають приватне медичне страхування. Особливістю цього страхування є запровадження страховими компаніями від піврічного до річного терміну відсутності права на страхове покриття, а також визначення складних проблем, пов'язаних із хронічними захворюваннями. Для стоматологічних послуг доцільне запровадження стоматологічної страховки з повним покриттям діагностики, а в перспективі 50% лікування. Актуальним є створення таких умов, щоб філії стоматологічних закладів метрополій активно діяли в сусідніх з Україною регіонах та залучали на територію нашої країни значну частину іноземних пацієнтів.

Створення НСЗУ і розгортання ПМД на базі територіальних громад, спеціалізованої медичної допомоги у госпітальних округах, насамперед у метрополіях, має забезпечити формування Електронної національної системи охорони здоров'я (ЕСЗУ). Це дасть змогу охопити практично все населення для надання необхідних медичних послуг, насамперед ПМД і профілактичної медичної допомоги. Головна роль реформування системи охорони здоров'я має полягати в обмеженні темпів зростання витрат на базі пріоритетного розвитку профілактичної й ПМД і впровадження інновацій у відносинах між лікарем і пацієнтом на основі ЕСЗУ. Головним при цьому є посилення інтеграції регіонів України в умовах децентралізації на основі метрополізації. Інтеграція регіонів держави, в тому числі у сфері охорони здоров'я, має базуватись на створенні конкурентоспроможного метрополійного простору, посиленні ролі НСЗУ у мотивації лікарів і закладів охорони здоров'я до надання якісних і доступних послуг. При цьому територіальні громади, новостворені райони, області та метрополії мають бути відповідальними за стан доступності та якості медичної допомоги на основі фінансування, за потреби спільно із Кабінетом Міністрів України, створення сучасної інфраструктури закладів охорони здоров'я, враховуючи налагодження інтернет-зв'язку, доріг, впровадження ІТ-технологій. Рівність прав пацієнтів на медичне обслуговування незалежно від місця проживання має передбачати усунення будь-яких особливих статусів будь-яких регіонів України.

Актуальною є розробка й ухвалення Закону України «Про доступність і якість медичної допомоги». В ньому слід передбачити створення науково-експертної ради з питань охорони здоров'я із залученням фахівців НСЗУ, приватних страхових компаній, науковців-економістів і правників у сфері охорони здоров'я із НАНУ, НАМНУ, ВНЗ, управлінців, успішних територіальних громад, госпітальних округів, областей, метрополій, визнаних українських фахівців, які працюють за кордоном, та іноземних спеціалістів з питань охорони здоров'я. Її метою має бути запровадження і моніторинг сучасних стандартів якості надання медичної допомоги на основі «плану якості» системи охорони здоров'я України, розробка і впровадження стратегії на протидію соціально небезпечним хронічним хворобам і забезпечення безпеки пацієнтів при отриманні медичних послуг. Важливим напрямом змін у сфері охорони здоров'я є запровадження гарантованого урядом через НСЗУ пакета медичних послуг із первинної,



екстреної, спеціалізованої, паліативної медичної допомоги та реабілітаційної у сфері охорони здоров'я. Надалі це потребуватиме узгодження сучасних стандартів надання тих медичних послуг, які гарантовані урядом, крізь призму зниження витрат на основі впровадження інноваційних технологій. Рівність і доступність медичних послуг має базуватись на зростанні ролі НСЗУ в їхньому фінансуванні та оплаті лікарських препаратів, щодо скерування загальних платежів в області, новостворені районні громади для сприяння розвитку інфраструктури відповідно до сфери відповідальності та з урахуванням статево-вікових особливостей й інших демографічних факторів.

Актуальним є збереження співвідношення частки центрального і місцевого уряду на фінансування охорони здоров'я, щоб унеможливити економічний, а надалі й політичний федералізм та сепаратизм. Це стосується перерозподілу на користь місцевої та регіональної влади тих податків, які стимулюють їх до нарощування інноваційної привабливості. Механізм водночас має захищати населення областей із низьким рівнем доходів для дотримання належних стандартів інфраструктурної забезпеченості закладів охорони здоров'я. Роль метрополії має полягати у координації діяльності влади областей метрополійного простору, новостворених районів і громад для раціонального використання фінансових, людських й інфраструктурних ресурсів з метою створення конкурентоспроможної системи в інтересах охорони здоров'я. Основна роль НСЗУ має полягати в розгортанні сучасної, надійної інфраструктурної системи на базі ідентифікаційної електронної картки хворого і запровадженні системи електронної сумісності між закладами й установами в територіальних громадах, новостворених районах і областях, а також фінансово-економічних та статистичних підрозділів МОЗ України і місцевої влади та їхніх підрозділів охорони здоров'я.

До перспектив розгортання приватного медичного страхування віднесено метрополії, які, за досвідом установ у сфері охорони здоров'я європейських країн (Іспанія та ін.), мають найкращий потенціал приватних медичних закладів для надання медичної допомоги. Для збалансування витрат НСЗУ в межах затвердженого Кабінетом Міністрів України гарантованого пакета медичних послуг доцільним є цільовий збір коштів на сферу охорони здоров'я від податків (акцизних зборів) на алкоголь, тютюнові вироби і (можливо) на бензин.

Слід врахувати історичний досвід України, коли всі спроби будь-яких реформувальних заходів протягом останніх десятиліть викликали опір і непорозуміння серед медичного персоналу та пацієнтів.

На наш погляд необхідно:

- в Міністерстві охорони здоров'я України, в обласних, міських і районних управліннях охорони здоров'я, в кожному центрі ПМД та у приватних сімейних лікарів створити систему щоденного електронного прийому пропозицій, зауважень із боку лікарів, пацієнтів та їхнього щоденного скерування відповідно з міст і районів в області, а із областей – в МОЗ, НСЗУ для опрацювання науково-експертними групами, створеними в міністерстві та обласних департаментах охорони здоров'я;

- науково-експертній групі з реформування системи охорони здоров'я в МОЗ України, НСЗУ забезпечити обласні, районні та міські управління охорони здоров'я, кожного лікаря і пацієнта максимально повною інформацією в режимі онлайн щодо організаційно-економічних та інформаційних аспектів реформування системи охорони здоров'я;

- для підвищення належної якості реформування системи охорони здоров'я запропонувати Представництву ЄС в Україні спільно розробити та впровадити проекти реформування системи охорони здоров'я;

- законодавчо максимально сприяти розвитку Асоціації сімейних лікарів в Україні та інших асоціацій лікарів, спростивши процедуру надання їм статусу саморегульованих організацій;

- законодавчо максимально розширити права Асоціації з захисту прав пацієнтів для залучення громадськості до підтримки процесів реформування галузі.

Витрати на охорону здоров'я суттєво зростають безпосередньо з віком. Водночас, за експертним оцінюванням [36; 37], вік і витрати на охорону здоров'я не пов'язані між собою. Це простежується в безпосередній близькості до смерті протягом двох останніх років життя. Останнє визначено переважно витратністю у сфері охорони здоров'я, ніж віком. З огляду на це можна завчасно спрогнозувати для громадян України стрімке зростання витрат – для чоловіків віком 63–65 років, для жінок – 72–74 роки.

Охоплення 85–90 % населення своєчасною і якісною допомогою в передових країнах ґрунтується на загальнообов'язковому медичному страхуванні або гарантованому урядом фінансуванні визначеного обсягу медичної допомоги та послуг. Воно має покривати практично 77–80% витрат громадян на медичну допомогу та послуги. При цьому населенню має бути компенсовано 40–60 % витрат на ліки.

В Україні основним стратегічним завданням до 2025 р. має бути скорочення нерівності щодо здоров'я, а пріоритетом – розширення прав і можливостей громадян через надання ПМД на засадах сімейної медицини. Викладені в дослідженні матеріали є актуальними в ході підготовки Кабінетом Міністрів України нормативно-правових документів, які мають імплементувати нещодавно ухвалені законодавчі зміни щодо удосконалення надання медичної допомоги [37]. Існує потреба удосконалення концептуальних підходів до вироблення організаційно-управлінських і фінансово-економічних заходів центральної та місцевої влади для розвитку насамперед ПМД у рамках програми «Здоров'я–2025», яка потребує розробки.

Організація надання медичної допомоги в метрополії має проходити після завершення децентралізації. Для цього доцільне запровадження загальнодержавних проектів інтеграції областей. Це має базуватись на законодавчому сприянні розбудові конкурентоспроможних метрополійних регіонів як центрів тяжіння трьох-чотирьох областей навколо міст Києва, Дніпра, Одеси, Харкова, Львова (Донецька – після деокупації) та п'ятнадцяти міст-кандидатів на статус метрополій – Запоріжжя, Вінниці, Кривого Рогу, Сум, Хмельницького, Ужгорода, Черкас, Житомира, Чернівців, Миколаєва, Полтави, Чернігова (Маріуполя, Сімферополя та Луганська – після деокупації). Для сприяння цьому процесу необхідна досконала електронна система охорони здоров'я. Основною умовою має бути дотримання принципу субсидіарності в діяльності кожного рівня органів місцевого самоврядування, насамперед в інтересах охорони здоров'я. Підходи до фінансування системи охорони здоров'я, запроваджені в Україні з 2018 р. шляхом створення НСЗУ, подібні до заснованих у Великій Британії та Іспанії. Це дало змогу не допустити зростання вартості адміністрування охорони здоров'я більше 2% ВВП [38, с. 242].

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Політика у сфері охорони здоров'я з 1991 р. донині, за винятком п'ятирічного періоду з 2014 р., не відповідає поточним і перспективним потребам українського суспільства щодо надання якісної й доступної медичної допомоги. Загальна практика сімейної медицини нині перебуває на етапі становлення. Для вирішення проблем розвитку СОЗ необхідне застосування системного підходу. Він має бути спрямований на досягнення соціально-економічної ефективності СОЗ і базуватись на пріоритетному розвитку ПМД на засадах сімейної медицини. Критерієм успішності реформ охорони здоров'я має бути стратегічність змін відповідно до стандартів якості, визначення гарантованого урядом пакета медичних послуг, базова роль НСЗУ і ЕСЗУ, МОЗ у впровадженні механізмів справедливості при наданні послуг незалежно від рівнів доходів в областях, розширення ЕСЗУ на основі ідентифікаційного коду електронної картки пацієнта.

Інтеграція держави потребує створення конкурентоспроможного регіонального простору з центром тяжіння метрополії для впливу на 3–4 сусідні області. Це має базуватись на завершенні децентралізації та науково-експертному обговоренні шляхів розбудови оптимальних метрополійних регіонів і прийняття необхідних інституційних змін. Локомотивом цих процесів у сфері охорони здоров'я мають бути парламент, уряд, Міністерство охорони здоров'я України, НСЗУ, влада громад, районів, областей та метрополій.

Необхідний перехід системи охорони здоров'я на пріоритетну розбудову інфраструктури профілактичної та первинної медичної допомоги з широкою пропозицією послуг. Для цього необхідно збільшити їхнє фінансування у 3,5 разу. Це вірогідно дасть змогу суттєво скоротити час перебування громадян на лікарняних, зменшити їхню інвалідизацію та витрати домогосподарств.

В умовах війни необхідне розгортання модернізації країни для зростання добробуту населення і суттєвого зменшення частки тих, хто не звертається за отриманням медичної допомоги в зв'язку із фінансовою неспроможністю. Основним фактором є також системне покращення медичної культури населення щодо впровадження і підтримання здорового способу життя та завчасного звернення до сімейного лікаря для укладання відповідної угоди і своєчасного отримання медичної допомоги. Особливо це актуально в умовах ковід-пандемії та широкомасштабної військової агресії росії проти України.

### Література

1. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги»: Закон України від 01.07.2022 р. №2347-IX. Голос України. 2022. 18 липня. №147 (7897). С. 15-17.
2. Пітюренко Ю. І. Системи розселення і територіальна організація народного господарства. Київ : Наукова думка, 1983. 140 с.
3. Богорад Д. И. Конструктивная география района. Основы районной пласировки. Москва : Мысль, 1965. 406 с.
4. Мельник М. І. Метрополійні функції великих міст України: потенціал розвитку та перспективи реалізації : монографія / за ред. М. І. Мельник. Львів : Державна установа Інститут регіональних досліджень ім. М. І. Долішнього НАН України, 2016. 552 с. ISBN 978-966-02-7837-0.
5. Савчук І. Г. Поліцентричний розвиток як складова сучасної регіональної політики. *Український географічний журнал*. 2013. № 1. С. 39-45.
6. Савчук І. Г. Роль зовнішньоекономічних зв'язків у формуванні метрополітенських регіонів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2018. № 71. С. 23–29.
7. The world according to GaWC 2018. URL: [www.lboro.ac.uk/gawc/world2018t.html](http://www.lboro.ac.uk/gawc/world2018t.html) (дата звернення: 07.07.2022).
8. Brunet R. «Європейські» міста (фр. Les Villes «européennes»). Монпельє-Париж : Datar-Reclus, La Documentation française, 1989. 79 с. ISBN 2-11-002200-0.
9. Морен Е. Шлях у майбутнє людства. Київ : Ніка-Центр, 2014. 256 с.
10. Guimarães L, Freire JM. Health policy in the European Union: impact on the Spanish health system. *Cad Saude Publica*. 2007. 23 Suppl 2:S1. 143-54.
11. Lluch M, Kanavos P. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy*. 2010. May. 95(2-3). 245-54.
12. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model. *Rev Esp Salud Publica*. 2011. Mar-Apr. 85(2). 129-39.
13. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013. Apr 13. 381(9874). 1323-31.
14. Catalá-López F, García-Altés A. Economic evaluation of healthcare interventions during more than 25 years in Spain (1983-2008). *Rev Esp Salud Publica*. 2010. Jul-Aug. 84(4). 353-69.
15. Antonanzas F. The impact of the economic downturn on healthcare in Spain: consequences and alternatives. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2013. Aug. 13(4). 433-9.
16. Балабанов Г. В., Нагірна В. П., Нижник О. М. Трансформація структури господарства України. Київ : Міленіум, 2003. 404 с.
17. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». 2021 URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/about.html> (дата звернення: 22. 09.2021).

18. Лист із Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я» України в Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи Національної академії наук України (Корнійчуку О.П.) від 20.09.2021 № 01/276.
19. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. Київ : ВЕРСО-04, 2009. 72 с
20. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Державна служба статистики України : веб-сайт. 2022. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz\\_rik/arh\\_sat\\_rah\\_zd\\_u.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm) (дата звернення: 07.07.2022).
21. Mackenbach J., Meerding W., Kunst A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Directorate-General for Health and Consumers, 2007.
22. Україна втратила 35–40% ВВП у другому кварталі. Що про економіку під час війни кажуть цифри. Інфографіка [Форбс]. URL: <https://forbes.ua/inside/yak-rochuvae-sebe-ukrainska-ekonomika-pid-chas-viyni-infografika-15062022-6613>
23. Bloom D., Canning D., Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: a production function approach. *World Development*. 004. Vol. 32, No. 1. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
24. The WHO 2010 Global Report on Non-Communicable Diseases. URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf) (дата звернення: 22.09.2021).
25. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / За ред. Р. В. Богатирьової. Київ, 2012. 438 с.
26. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / За ред. Г. О. Слабкого. Київ, 2011. 28 с.
27. Моніторинг модернізації первинної медичної (медико-санітарної) допомоги 2012 р. / Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк, К. О. Надутий, О. М. Торжевська. Київ, 2013. 23 с.
28. Корнійчук О. П. Соціально-економічні пріоритети реформування сфери охорони здоров'я України. НАН України, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи. Київ, 2020. 558 с.
29. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Л. Я. Ковальчук, Г. О. Слабкий, М. В. Голубчиков, Д. Д. Дячук, А.Ф. Шипю. Київ, 2014. 608 с.
30. Національні рахунки охорони здоров'я 2011 р. URL: [http://ukrstat.org/uk/druk/katalog/kat\\_u/publposlu.htm](http://ukrstat.org/uk/druk/katalog/kat_u/publposlu.htm) (дата звернення: 08.11.2012).
31. Державна служба статистики України. Офіційний веб-сайт. URL: [www.ukrstat.gov.ua/](http://www.ukrstat.gov.ua/) (дата звернення: 04.08.2022)
32. Олексій Любченко: Тіньовий фонд оплати праці в Україні – майже пів трильйона гривень на рік. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3283634-lubcenko-tinovij-fond-oplati-praci-v-ukraini-majze-piv-triljona-griven-na-rik.html> (дата звернення: 07.07.2022)
33. Корнійчук О. П. Вибір послуг первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості за умов бідності. *Сімейна медицина*. 2013. № 5. С. 129–132.
34. Голяченко О. М. Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи. Київ : Вся медицина, 2010. 78 с.
35. Private healthcare, adding value. situation analysis 2018 URL: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/private-healthcare-adding-value-situation-analysis-2018> (дата звернення: 07.07.2022)
36. European economy. *Economic Papers* 507. October 2013. URL: [https://ec.europa.eu/economyfinance/publications/economic\\_paper/2013/pdf/ecp507\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economyfinance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp507_en.pdf) (дата звернення: 21.12.2017).
37. Zweifel P., Felder S., Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics*. 1999. No. 8 (6). P. 485–496.

38. Аслунд А. Україна. Що пішло не так і як це виправити. Київ : ВД «Києво-Могилянська академія», 2015. 294 с.

### References

1. «Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo udoskonalennia nadannia medychnoi dopomohy» [On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine Regarding the Improvement of Medical Assistance]: Law of Ukraine dated July 1, 2022 No. 2347-IX. Voice of Ukraine. 2022. July 18. #147 (7897). P. 15-17. [in Ukrainian].
2. Pitjurenko, Ju. I. (1983). *Systemy rozselennja i terytorial'na orhanizacija narodnoho hospodarstva* [Resettlement systems and territorial organization of the national economy]. Kyiv: Naukova Dumka, 140 pp. [in Ukrainian].
3. Bohorad, D. I. (1965). *Konstruktyvnaia heohrafiya raiona. Osnovy raionnoi plasyrovky* [Constructive geography of the district. Basics of district placement]. Moscow: Mysl, 406 pp. [in Russian]
4. Melnyk, M. I. (2016) *Metropoliini funktsii velykykh mist Ukrainy: potentsial rozvytku ta perspektyvy realizatsii* [Metropolis functions of large cities of Ukraine: development potential and prospects of realization]. Lviv: Institute of Regional Research named after M.I. Dolishniy of the NAS of Ukraine, 552 pp. [in Ukrainian]
5. Savchuk, I. (2013) Politsentrychnyi rozvytok yak skladova suchasnoi rehionalnoi polityky [Polycentric development as a component of modern regional policy]. *Ukrainian Geographical Journal*, 1, 39-45 [in Ukrainian]
6. Savchuk, I. (2018) Rol zovnishnoekonomichnykh zviazkiv u formuvanni metropolitenskykh rehioniv [The role of foreign economic relations in the formation of metropolitan regions]. *Visnyk Kyivskogo nacionalnogo universytetu imeni Tarasa Shevchenka Geografiya*, 2 (71), 23–29 [in Ukrainian].
7. The world according to GaWC 2018 [Loughborough University]. Retrieved from: [www.lboro.ac.uk/gawc/world2018t.html](http://www.lboro.ac.uk/gawc/world2018t.html) [in English].
8. Brunet R. (1989) Les Villes «européennes» [“European” Cities]. Montpellier-Paris: Datar-Reclus, La Documentation française, 79 pp. [in French].
9. Moraine, E. (2014) Shliakh za maibutnie liudstva [The way for the future of mankind]. Kyiv: Nika-Centre, 256 pp. [in Ukrainian].
10. Guimarães L, Freire JM. (2007) Health policy in the European Union: impact on the Spanish health system. *Cad Saude Publica*, 23, 143-54. [in English].
11. Lluch M, Kanavos P. (2010) Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy*, 2-3, 245-254 [in English].
12. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. (2011) Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model. *Rev Esp Salud Publica*, 85, 129-39 [in English].
13. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381, 1323-31 [in English].
14. Catalá-López F, García-Altés A. (2010) Economic evaluation of healthcare interventions during more than 25 years in Spain (1983-2008). *Rev Esp Salud Publica*, 84, 353-69 [in English].
15. Antonanzas F. (2013) The impact of the economic downturn on healthcare in Spain: consequences and alternatives. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 13, 433-439 [in English].
16. Balabanov G. V., Nagirna V. P., Nyzhnyk O. M. (2033) *Transformatsiia struktury hospodarstva Ukrainy* [Transformation of the structure of the economy of Ukraine]. Kyiv: Millenium, 256 pp. [in Ukrainian].
17. Statistical data on the activity of medical institutions [State institution «Center of Medical Statistics of the Ministry of Health» of Ukraine]. Retrieved from: <http://medstat.gov.ua/ukr/about.html> [in Ukrainian].

18. Reply letter from the state institution to O.P. Korniychuk [from State institution «Center of Medical Statistics of the Ministry of Health» of Ukraine at the Institute of Demography and Social Research named M.V. Ptuha of the National Academy of Sciences of Ukraine] dated 09/20/2021 No. 01/276 [in Ukrainian].
19. Trahediia, yakoi mozhna unyknyty: Podolannia v Ukraini kryzy zdorovia liudyny. Dosvid Yevropy (2009) [An avoidable tragedy: Overcoming the human health crisis in Ukraine. Experience of Europe]. Kyiv: VERSO-04. 72 pp. [in Ukrainian].
20. Satellite health care account in Ukraine in 2020 [State Statistics Service of Ukraine]. Retrieved from: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz\\_rik/arh\\_sat\\_rah\\_zd\\_u.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm) [in Ukrainian].
21. Mackenbach J., Meerding W., Kunst A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union / Directorate-General for Health and Consumers, 2007.
22. Ukraine lost 35–40% of GDP in the second quarter. What the numbers say about the wartime economy. Infographics [Forbes]. (Electronic resource). – URL: <https://forbes.ua/inside/yak-pochuvae-sebe-ukrainska-ekonomika-pid-chas-viyni-infografika-15062022-6613>
23. Bloom D., Canning D., Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: a production function approach. World Development. 004. Vol. 32, No. 1. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
24. The WHO 2010 Global Report on Non-Communicable Diseases. URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)
25. Bohatyrova R.V. (2012) Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleння Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu. 2011 rik [Annual report on the state of health of the population of Ukraine and the sanitary-epidemic situation. 2011 year]. Kyiv. 438 pp. [in Ukrainian]
26. Slabkyi H.O. (2010) Sytuatsiynyi analiz rozvytku simeinoi medytsyny v Ukraini [Situational analysis of the development of family medicine in Ukraine]. Kyiv. 23 pp. [in Ukrainian]
27. Yashchenko Yu.B., Kondratiuk N.Iu., Nadutyi K.O., Torzhevska O.M. (2013) Monitorynh modernizatsii pervynnoi medychnoi (medyko-sanitarnoi) dopomohy [Monitoring of modernization of primary medical (medical-sanitary) care]. Kyiv. 23 pp. [in Ukrainian]
28. Korniychuk O.P. (2021) Sotsialno-ekonomichni priorytety reformuvannia sfery okhorony zdorovia Ukrainy [Socio-economic priorities of reforming the sphere of health care of Ukraine]. Kyiv. NAS of Ukraine, Institute of Demography and Social Research named M.V. Ptuha. 558 pp. [in Ukrainian].
29. Liazoryshynets V.V., Kovalchuk L.Ia., Slabkyi H.O., Holubchikov M.V., Diachuk D.D., Shypiu A.F. (2014) Okhorona zdorovia Ukrainy: stan, problemy, perspektyvy: spetsializovane vydannia [Healthcare of Ukraine: state, problems, prospects: specialized edition]. Kyiv. 608 pp. [in Ukrainian].
30. National health accounts of 2011 2020 [State Statistics Service of Ukraine]. Retrieved from: [http://ukrstat.org/uk/druk/katalog/kat\\_u/publposlu.htm](http://ukrstat.org/uk/druk/katalog/kat_u/publposlu.htm)
31. Statistical data on health care [State Statistics Service of Ukraine]. Retrieved from: [www.ukrstat.gov.ua/](http://www.ukrstat.gov.ua/)
32. Oleksiy Lyubchenko: The shadow wage fund in Ukraine is almost half a trillion hryvnias per year [Ukrinform]. Retrieved from: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3283634-lubchenko-tinovij-fond-oplati-praci-v-ukraini-majze-piv-triljona-griven-na-rik.html> [in Ukrainian].
33. Korniychuk O.P. (2013) Vybir posluh pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy u silskii mistsevosti za umov bidnosti [Selection of primary health care services in rural areas under conditions of poverty. Family medicine]. Family medicine. No.5. 129-132 pp. [in Ukrainian].
34. Holiachenko O.M. (2010) Reforma okhorony zdorovia v Ukraini: yak vyity z kryzy [Healthcare reform in Ukraine: how to get out of the crisis]. Kyiv: «All medicine». 78 pp. [in Ukrainian].
35. Private healthcare, adding value. situation analysis 2018 [Fundacion IDIS]. Retrieved from: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/private-healthcare-adding-value-situation-analysis-2018> [in English].

36. European economy. Economic Papers 507. October 2013. URL: [https://ec.europa.eu/economyfinance/publications/economic\\_paper/2013/pdf/ecp507\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economyfinance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp507_en.pdf) (дата звернення: 21.12.2017).

37. Zweifel P., Felder S., Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? Health Economics. 1999. No. 8 (6). P. 485—496.

38. Aslund A. (2015) Ukraina. Shcho pishlo ne tak i yak tse vypravytu [What went wrong and how to fix it]. Kyiv: «Kyiv-Mokhilian Academy». 294 pp. [in Ukrainian].

*Статтю отримано 6 листопада 2023 року*