

УДК 351.77:614.2:314.3(477)

DOI: <https://doi.org/10.30838/EP.209.243-251>

Худий А.П.

Національний університет «Львівська політехніка»

Khudyu Andrii

Lviv Polytechnic national university

<https://orcid.org/0009-0002-6277-918X>

ЗАРУБІЖНІ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ЇХ АДАПТАЦІЯ ДЛЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ДЕМОГРАФІЧНОЇ КРИЗИ

У дослідженні обґрунтовано пріоритетні зарубіжні практики державної політики у сфері медичних послуг та умови їх адаптації для України в контексті демографічної кризи. Показано, що старіння, депопуляція, міграція й територіальні диспропорції одночасно підвищують потребу в тривалому веденні хронічних пацієнтів та звужують кадрові й фінансові можливості системи. Запропоновано матрицю порівняння державних політик за критеріями первинної допомоги, координації й безперервності, цифрових даних і підзвітності, а також довготривалого догляду. Порівняно практики Польщі, Естонії, Данії та Німеччини і синтезовано пріоритети адаптації: посилення первинки й профілактики, стандартизація даних і доступ до записів, розвиток позалікарняної підтримки громади та стартова модель довготривалого догляду. Визначено ключові умови перенесення: інституційна спроможність, узгоджене фінансування, кадри, дані та правові рамки.

Ключові слова: демографічна криза, державна політика, медичні послуги, цифрова підтримка охорони здоров'я.

FOREIGN PRACTICES IN PUBLIC POLICY FOR HEALTHCARE SERVICE DELIVERY AND THEIR ADAPTATION FOR UKRAINE UNDER CONDITIONS OF A DEMOGRAPHIC CRISIS

The purpose of the article is to identify priority foreign public policy solutions in the field of medical services and to outline the conditions for their realistic adaptation for Ukraine in a demographic crisis. The relevance of the topic is explained by the fact that population ageing, depopulation, migration shifts and territorial inequality simultaneously increase demand for long-term management of chronic conditions, rehabilitation, palliative and home-based support while narrowing human and financial resources, creating threats to access, quality, financial protection and continuity of care. The study is based on a comparative analysis of service-organization models, an analysis of governance descriptions and regulatory approaches, content analysis of coordination instruments across levels of care, and a system analysis of the interconnection between demographic factors, service pathways and resource constraints. As a result, a coherent logic for assessing practices is developed using criteria related to the role of primary care, coordination and case management, digital data support and accountability, territorial accessibility, and the institutionalization of long-term care. A set of solutions with the highest adaptive capacity is identified: strengthening primary care with an emphasis on prevention and long-term follow-up; introducing standardized patient pathways and responsibility for continuity in chronic conditions; defining a minimum mandatory set of clinical data and ensuring stable information exchange to reduce losses during mobility; expanding community-based, out-of-hospital services (rehabilitation, nursing care, home support); and launching a phased, minimum long-term care model with transparent needs assessment and caregiver support. The practical value of the article lies in proposing clear prerequisites for implementation and prioritization of changes, enabling public authorities to plan reforms while considering institutional capacity, financing, allocation of workforce roles, data quality, and legal frameworks in territorially heterogeneous conditions. Transfer risks in the financial, workforce, information and governance domains are outlined, as well as ways to mitigate them through aligning payment with prevention goals, strengthening the role of mid-level staff, telemedicine formats, and monitoring quality and coverage indicators.

Keywords: demographic crisis, public policy, medical services, digital health support.

JEL classification: I18; I11; H51; J11.

Постановка проблеми. Демографічна криза формує структурно нові потреби у медичних послугах і водночас звужує кадрові та фінансові можливості системи охорони здоров'я, що підсилює ризики зниження доступності, якості, фінансового захисту та безперервності допомоги. За таких умов актуалізується практичне завдання державної політики: забезпечити керувану адаптацію організації первинної медичної допомоги, механізмів координації між рівнями, інституційних підходів до довготривалої підтримки осіб старших вікових груп і пацієнтів із хронічними станами, а також використання цифрових рішень для підвищення територіальної доступності й підзвітності, спираючись на перевірені зарубіжні практики та їх узгодження з українськими правовими й ресурсними обмеженнями.

Криза має комплексний характер і формується під впливом взаємопов'язаних процесів: зниження народжуваності, підвищення питомої ваги старших вікових груп, підвищених втрат населення внаслідок передчасної смертності, масштабних міграційних переміщень, а також поглиблення територіальних диспропорцій у відтворенні людського потенціалу. У державному стратегічному документі демографічний розвиток розглядається як передумова демографічної стійкості та відновлення людського капіталу, з окремим акцентом на необхідності зменшення передчасної смертності, підтримки народжуваності, а також формування умов для міграційного приросту і повернення населення [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасному українському науковому дискурсі спостерігається зростання уваги до вивчення зарубіжного досвіду реформування системи охорони здоров'я в умовах демографічних викликів. Особливої уваги заслуговують праці Г. Муляра [3], який досліджує функціонування систем охорони здоров'я через призму забезпечення прав людини, роблячи акцент на структурних чинниках доступності допомоги. Л. Гиренко [9] аналізує цифрову трансформацію в медичній сфері як інструмент підвищення ефективності публічного управління, наголошуючи на ролі електронних систем у покращенні доступу до послуг. Т. Шлапко, М. Старинський та В. Миргород-Карпова [18] у своїх порівняльних дослідженнях виокремлюють європейські орієнтири трансформації охорони здоров'я в Україні, зокрема через порівняння з німецькою моделлю. Загалом українські дослідження окреслюють окремі елементи зарубіжних моделей, однак комплексного підходу до порівняння практик у контексті демографічної кризи поки не сформовано. Недостатньо висвітлено, як саме старіння, депопуляція, внутрішня та зовнішня міграція впливають на запити до системи охорони здоров'я, а також які організаційні рішення є придатними для впровадження в умовах обмежених ресурсів і з урахуванням українських інституційних реалій. Залишається відкритим питання логіки інтеграції первинної допомоги, координації між рівнями та довготривалого догляду в єдину політику реагування на демографічні виклики. У цій площині й зосереджено дослідницький інтерес даної роботи.

Невирішеною проблемою, яка визначає логіку

дослідження, є брак цілісного узгодження зарубіжних практик саме в контексті викликів демографічної кризи: старіння населення, територіальна нерівність у доступі до допомоги, зменшення кадрового потенціалу та скорочення публічних ресурсів. Існуючі публікації не конкретизують механізмів перенесення моделей з урахуванням управлінської спроможності, фінансових, правових і кадрових обмежень України, а також не інтегрують елементи первинної допомоги, довготривалого догляду й цифрової підтримки як взаємопов'язані складові політики реагування на демографічні виклики.

Мега статті полягає в обґрунтуванні пріоритетних зарубіжних практик державної політики у сфері медичних послуг та умов їх адаптації для України в контексті демографічної кризи.

Методи дослідження. Для досягнення мети використано методи порівняльного аналізу (зіставлення країн за критеріями матриці), аналізу документів і контент-аналізу офіційних нормативних та програмних матеріалів, системного аналізу (взаємозв'язок демографічних чинників, організації послуг і ресурсних обмежень), а також узагальнення й логічного синтезу для формування умов перенесення практик і пріоритетів адаптації для України

Виклад основних результатів дослідження. Старіння населення змінює структуру потреб у медичних послугах: зростає частка хронічних станів, збільшується потреба в тривалому спостереженні, реабілітації та паліативній допомозі, а також у взаємодії медичних і соціальних сервісів. За даними офіційної статистичної публікації [2], частка населення віком 60 років і старше у структурі постійного населення у 2022 році становила 29,5% (вікова група 60–69 років – 14,3%, 70 років і старше – 15,2%), що емпірично підтверджує посилення «старших» вікових контингентів у загальній структурі населення. Одночасно депопуляція та міграційні втрати зменшують чисельність населення працездатного віку, що прямо впливає на потенціал фінансування системи охорони здоров'я та на кадрове забезпечення медичних закладів: чисельність постійного населення (обидві статі) зменшилася з 42,6 млн осіб у 2016 році до 41,7 млн у 2020 році, 41,4 млн у 2021 році та 41,0 млн у 2022 році. Додатково фіксується звуження чисельності населення за типом місцевості: наявне населення у міській місцевості зменшилося з 29,1 млн (2020) до 28,7 млн (2022), у сільській – з 12,8 млн (2020) до 12,5 млн (2022), що має значення для оцінювання територіальної доступності медичних послуг і довгострокових навантажень на мережу закладів охорони здоров'я.

Міграція в умовах демографічної кризи має подвійний ефект. По-перше, виїзд населення та внутрішні переміщення змінюють географію попиту на медичні послуги: одні території стикаються з різким збільшенням навантаження на первинну допомогу та лікарні, інші – із дефіцитом пацієнтопотoku, що ускладнює підтримання спроможності мережі закладів. По-друге, міграційні процеси безпосередньо впливають на кадровий ресурс у медицині через перетік фахівців, розрив

професійних траєкторій та нерівномірність розподілу кадрів між регіонами. У державній Стратегії демографічного розвитку підкреслюється необхідність створення умов для мінімізації відтоку населення та формування стимулів для повернення мігрантів, що має розглядатися як важлива умова стабілізації трудового потенціалу, зокрема в соціальній сфері [1].

Регіональна нерівність у демографічному розвитку посилюється різною інтенсивністю старіння, різними показниками смертності та різною міграційною динамікою в містах і сільських територіях. Це має пряме значення для державної політики у сфері медичних послуг, оскільки показники доступності та якості істотно залежать від територіальної доступності закладів, транспортної інфраструктури, кадрового забезпечення, а також від спроможності громад утримувати й розвивати медичну мережу. У таких умовах оцінювання «звуження» кадрового ресурсу доцільно розуміти як системний процес, що включає не лише кількісне скорочення медичних працівників, а й погіршення вікової структури кадрів, дисбаланси за спеціальностями та територіальну концентрацію, що знижує здатність системи реагувати на демографічно зумовлені потреби. Ці ризики вимагають від державної політики не ситуативних рішень, а узгодженого поєднання інструментів фінансування, управління якістю та розвитку людських ресурсів, орієнтованих на довгострокову стійкість.

Система охорони здоров'я України істотно відстає від розвинених країн світу за різними показниками, серед яких тривалість життя, смертність, боротьба з хронічними та інфекційними захворюваннями. Не дивлячись на низькі показники у забезпеченні охорони здоров'я, Україна витрачає значну частину внутрішнього валового продукту на послуги охорони здоров'я, однак це загалом не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну політику у цій сфері, високий рівень корупції та неспроможність трансформації цієї системи до рівня світових стандартів медичної допомоги. Система охорони здоров'я в Україні є застарілою, містить чимало недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу [3].

У політиці у сфері надання медичних послуг базовими вимірами є доступність, якість, фінансовий захист населення та безперервність допомоги. Під доступністю в науковому розумінні доцільно поєднувати територіальну, організаційну та економічну доступність: можливість отримати послугу в прийнятний час, у прийнятній відстані, без дискримінації та без надмірних витрат для домогосподарства. Під якістю – здатність послуг бути результативними, безпечними та орієнтованими на потреби людини, що особливо значуще за умов старіння та зростання поліморбідності. Фінансовий захист передбачає, що користування медичними послугами не повинно призводити до фінансових труднощів для пацієнта і сім'ї, а охоплення має включати весь континуум допомоги – від зміцнення здоров'я і профілактики до лікування, реабілітації та паліативної допомоги [4].

Безперервність допомоги в умовах демографічної кризи набуває особливої ваги, оскільки значна частина пацієнтів потребує тривалого спостереження, повторних звернень, узгодження призначень та взаємодії між різними рівнями системи. Координація та безперервність допомоги зменшують фрагментацію послуг і сприяють підвищенню результативності за умови обмежених ресурсів, що особливо актуально для систем із нерівномірним розподілом медичної інфраструктури. Практичні підходи до забезпечення координації та безперервності охоплюють узгодження клінічних маршрутів пацієнта, механізми обміну інформацією, визначення відповідальності за ведення випадку та інструменти взаємодії між надавачами послуг [5].

Для коректного порівняльного аналізу державної політики медичних послуг доцільно використовувати матрицю оцінювання, яка дозволяє зіставляти країни за ключовими характеристиками організації системи, не зводячи аналіз до окремих показників. Нижче подано стислу узагальнену таблицю: ключові теоретичні опори та критерії порівняння державної політики медичних послуг у контексті демографічної кризи (табл. 1).

Аналіз табл. 1 дозволяє порівнювати країни не за окремими показниками, а за логікою функціонування політики: від демографічних чинників і цілей системи до організації первинної допомоги, забезпечення координації та інтеграції, а також до цифрової й інституційної підтримки якості та підвітності, що дає можливість обґрунтувати елементи зарубіжних практик можуть бути адаптовані до умов України з урахуванням демографічної кризи. Можна констатувати, що воєнна агресія не лише не зупинила розвиток інформаційних технологій в Україні, а навіть прискорила їх, зміцнивши упевненість у пріоритетах, змусивши реагувати на потреби, що виникають. Державі вдалося змінити саму ідею державних сервісів – від *offline first* до *digital first*. Цифровізація виступила не лише колосальним сховищем та інструментом передання інформації, а й дозволила сформуванню більш інклюзивне суспільство, розширила доступ до сфери охорони здоров'я, бізнес-сфери, освіти тощо [9].

З огляду на таку логіку порівняння у такому ракурсі першочерговим є звернення до практик, де зміцнення первинної медичної допомоги стало базовою умовою адаптації системи до зростання частки хронічних станів і потреб у тривалому спостереженні, що дозволяє розглянути польський кейс як вихідну точку для подальших порівнянь. Польський досвід є показовим для України насамперед тим, що посилення первинної медичної допомоги відбулося через чітке нормативне визначення її цілей і функцій як першого контакту пацієнта із системою, а також через інструменти організації роботи команди первинної ланки та фінансові стимули до ведення пацієнтів у довшому часовому горизонті. Законодавче врегулювання первинної допомоги у Польщі задає рамку, у якій первинна ланка розглядається не лише як «вхід» до медичних послуг, а як місце довготривалого супроводу, профілактики, раннього виявлення та координації подальших звернень [10].

Таблиця 1

Узагальнення державної політики у сфері медичних послуг в умовах демографічної кризи

Складова аналізу	Сутність	Критерії для порівняння країн
Демографічний контекст	Старіння, депопуляція, міграція та територіальні диспропорції формують зростання потреб у тривалій допомозі й водночас обмежують кадрову та фінансову базу системи	Вікова структура; територіальна нерівність доступу; кадрова забезпеченість і її розподіл
Цілі політики медичних послуг	Орієнтація на доступність і якість послуг, фінансовий захист населення та забезпечення безперервності допомоги впродовж життя	Доступність; якість/ безпека; фінансовий захист; узгодженість рівнів допомоги
Первинна медична допомога	Системоутворювальна роль первинної ланки у профілактиці, ранньому виявленні, тривалому веденні та координації допомоги	Організація первинки; маршрут пацієнта; профілактика; управлінські механізми реалізації
Координація, безперервність та інтеграція (включно з довготривалим доглядом)	Зменшення фрагментації через координацію надавачів та поєднання медичних і соціальних компонентів, критично важливе для хронічних станів і старших вікових груп	Інструменти координації; ведення випадку; інтеграція медичних і соціальних послуг; доступність підтримки на рівні громади
Цифрова підтримка, дані, якість і підзвітність	Електронна охорона здоров'я та стандартизовані дані підсилюють керуваність, моніторинг і підзвітність; водночас потрібні інституційні механізми якості та відповідальності	Архітектура електронної системи; стандарти даних і захист інформації; використання даних для моніторингу якості; підзвітність

Джерело: [6-8].

Для України в умовах демографічної кризи релевантним є поєднання двох елементів: організаційної відповідальності первинної ланки за ведення визначеної групи населення та фінансового механізму, який підтримує таку відповідальність. На рівні практичної реалізації у Польщі фінансування базових послуг первинної допомоги здійснюється через річні капітаційні ставки, прив'язані до списків пацієнтів, які обрали надавача, а окремі компоненти мають інший порядок оплати (зокрема нічна та святкова допомога через погоджений місячний платіж) [11]. Для українського контексту це важливо не як механічне копіювання ставок чи формул, а як логіка: підзвітність за популяцію, можливість планування ресурсів і заохочення до профілактичної роботи та системного спостереження за хронічними станами, що зростають зі старінням населення.

Додатковий компонент «адаптаційної місткості» Польщі полягає у впровадженні організаційних рішень, що зменшують фрагментацію допомоги для пацієнтів із хронічними станами. На рівні договірних відносин із платником передбачено можливість надання координованої допомоги у первинній ланці з подальшим фінансовим обліком відповідних послуг за укладеним договором [12]. Для України це дає практичну підказку щодо дизайну змін без повного перегляду всієї мережі: у межах первинної ланки можуть бути визначені пріоритетні клінічні напрями, стандартизовані маршрути пацієнта, а також мінімальні вимоги до інформаційного обміну між рівнями допомоги. У поєднанні з чітким розмежуванням відповідальності це створює умови для підвищення безперервності допомоги навіть за дефіциту кадрів, оскільки частина дій переноситься з епізодичних звернень у режим планового спостереження.

Управління потоком пацієнтів у Польщі доповнюється профілактичними програмами, що створюють стандартизований «попит» на раннє виявлення ризиків і дають інструмент первинній ланці для адресної роботи з віковими групами підвищеного ризику.

Зокрема, державна програма профілактичних обстежень для населення віком від 40 років позиціонується як інструмент підвищення охоплення профілактикою та раннього виявлення порушень і захворювань [13]. В Україні, де демографічні процеси підсилюють тягар серцево-судинних і метаболічних станів, а також онкологічних ризиків, адаптація подібного підходу доцільна у форматі пріоритизації обмеженої кількості пакетів раннього виявлення, прив'язаних до спроможності первинки та наявних лабораторних ресурсів, із фокусом на території з найвищими демографічними ризиками та найменшою доступністю послуг. При цьому критичною умовою результативності є не декларація програми, а забезпечення чітких правил скерування, часових нормативів і підзвітності за фактичне охоплення, що узгоджується з вашим підходом до матриці порівняння політик.

Естонський досвід у площині відповіді на кадровий дефіцит і територіальну нерівність демонструє, що значна частина ефекту досягається не загальними гаслами про «модернізацію», а інституційним закріпленням вимог до даних, обміну інформацією та доступу людини до власних медичних відомостей. На рівні сервісу ключовим є державний портал здоров'я, який забезпечує персоналізований доступ до тем з підтримки здоров'я, перегляду власних медичних даних і використання низки послуг [14]. Для України це релевантно з огляду на міграційні переміщення та розірвані траєкторії лікування: коли пацієнт змінює місце проживання, можливість швидкого підтвердження історії звернень, результатів досліджень і призначень зменшує ризики дублювання та підвищує безперервність допомоги, особливо для людей старших вікових груп і пацієнтів із поліморбідністю.

Разом із сервісною складовою, для Естонії характерним є нормативний акцент на обов'язковості дотримання стандартів інформаційної системи охорони здоров'я при веденні медичної документації, а також на вимогах до готовності надавачів послуг до обміну

даними з національною інформаційною системою [15]. Така конструкція є принципово важливою для «перенесення» в Україну, оскільки дозволяє з'єднати політику якості та підзвітності з реальними управлінськими інструментами: без стандартизованих записів, класифікаторів і чітких правил доступу неможливо отримати надійну картину потреб населення, планувати кадрове забезпечення та оцінювати результативність маршрутів пацієнта. У практичному вимірі це означає доцільність концентрації на мінімальному, але обов'язковому наборі даних для безперервності допомоги (діагнози, призначення, результати ключових досліджень, епікризи, ризики), а також на інституційних механізмах контролю дотримання стандартів у різних типах надавачів.

Данія ілюструє модель, у якій демографічно зумовлене зростання потреб у довготривалому спостереженні, реабілітації та підтримці на рівні громади «вбудоване» у розподіл повноважень між рівнями управління. Огляд організації системи охорони здоров'я Данії фіксує, що муніципалітети відповідають за низку медичних і соціальних послуг, включно з профілактикою та зміцненням здоров'я, реабілітацією поза стаціонаром і патронажною допомогою вдома [16]. Для України релевантність полягає у можливості посилення спроможності громад у частині послуг, які є найбільш «демографічно навантаженими»: реабілітаційна підтримка, сестринський догляд, маршрути для людей із хронічними станами та функціональними обмеженнями. Адаптація цього підходу не потребує негайного запровадження дорогих інституційних перебудов, але вимагає уточнення ролей: що саме забезпечується на рівні громади, які стандарти якості застосовуються, як організовується взаємодія з первинною ланкою та лікарями, і якими даними підтверджується результативність. У контексті демографічної кризи така логіка зменшує ризики територіальної нерівності, оскільки частина потреб задовольняється ближче до місця проживання людини, а стаціонарна допомога використовується більш раціонально.

Німеччина демонструє інституційну модель довготривалого догляду, яка важлива для України передусім як приклад формалізації права на підтримку при втраті самообслуговування, наявності стандартизованого оцінювання потреб та набору інструментів допомоги, що поєднують послуги і підтримку доглядальників. Офіційний консультативний ресурс у сфері догляду описує призначення системи страхування догляду, види підтримки, а також питання розвантаження родичів і осіб, які здійснюють догляд, що є критично значущим за умов старіння населення та зростання частки домогосподарств із високим доглядовим навантаженням [17]. У Німеччині багато людей об'єдналися, щоб сформувати групи самопомоги та організації пацієнтів, які консультують та підтримують інших пацієнтів. Цей досвід є досить цікавим і його можна використати при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні через те, що велика кількість пацієнтів може ділитись своїм власним досвідом та цим допомагати іншим пацієнтам. Федеральне міністерство охорони здоров'я

визнало і в останні роки створило основу для того, щоб можна було використовувати багато переваг діджиталізації у сфері охорони здоров'я Німеччини, зокрема запровадження електронної картки пацієнта (ePA), запровадження електронного рецепта (e-recipe), створення нового доступу до цифрових медичних програм (DiGA або «Додаток за рецептом»), просування телемедицини та створення дослідницького центру обробки даних [18]. Для України практичний висновок полягає у доцільності поетапного формування «мінімальної моделі» довготривалого догляду: єдина процедура оцінювання потреб; гарантований базовий пакет підтримки на рівні громади (сестринська допомога, допоміжні засоби, короткочасне розвантаження доглядальника); механізми спрямування між первинною ланкою, соціальними службами та реабілітацією. Така мінімальна модель може бути спроектована як пріоритет для територій із найвищими темпами старіння та найнижчою доступністю стаціонарної мережі, що узгоджується з вашим акцентом на територіальні диспропорції й довгострокову стійкість.

Узагальнюючи, порівняльний аналіз цих чотирьох кейсів дозволяє виділити набір елементів, які мають найбільшу «адаптаційну місткість» для України в умовах обмежених ресурсів і воєнних ризиків.

✓ По-перше, це управлінське посилення первинної ланки через поєднання відповідальності за населення, організаційних механізмів координації та фінансових стимулів до безперервності допомоги (Польща).

✓ По-друге, це інституційне закріплення стандартів даних і обміну інформацією як бази для маршрутизації, моніторингу якості та керованості мережі, а також забезпечення доступу людини до власних медичних даних (Естонія).

✓ По-третє, це зміщення частини «демографічно інтенсивних» послуг у площину громади через реабілітацію, профілактику та допомогу вдома із чіткою роллю місцевого рівня (Данія).

✓ По-четверте, це формування зрозумілої системи довготривалого догляду з оцінюванням потреб і підтримкою доглядальників як фактору стійкості (Німеччина).

Відповідно, нижче наведено зіставлення чотирьох країн за критеріями організації первинної допомоги, координації та безперервності, цифрової підтримки даних і підзвітності, а також інституціоналізації довготривалого догляду як відповіді на старіння населення, після чого подано синтез того, які інструменти найбільш результативно працюють на демографічну стійкість та за яких умов вони можуть бути перенесені в Україну з урахуванням кадрових, фінансових і територіальних обмежень (табл. 2).

Наведене зіставлення підтверджує, що «демографічна стійкість» у сфері медичних послуг формується не одним інструментом, а сукупністю узгоджених управлінських рішень, які одночасно знижують ризики передчасної смертності, підтримують тривале ведення пацієнтів із хронічними станами та зменшують територіальну нерівність доступу до послуг за умов звуження

кадрового ресурсу і фінансових обмежень, описаних у національному демографічному контексті. У цій логіці первинна медична допомога і профілактика є системоутворювальними, оскільки саме первинка має найбільший потенціал забезпечувати раннє виявлення ризиків, планове спостереження та узгодженість допомоги протягом життя, що прямо відповідає вимогам доступності, якості та безперервності в умовах старіння населення. Польська практика демонструє, що нормативне визначення функцій первинки як місця першого контакту і довготривалого супроводу створює інституційну

основу для перенесення частини навантаження зі спеціалізованого рівня на первинний без втрати керованості маршруту пацієнта [10]. Додатково профілактичні програми, спрямовані на групи підвищеногоризику, виконують роль структурованого механізму охоплення раннім виявленням і зменшення тягаря ускладнень, що є критичним у ситуації, коли депопуляція та міграційні втрати зменшують частку працездатного населення і відповідно можливості системи фінансувати високоякісну допомогу [19, 20].

Таблиця 2

Порівняння зарубіжних практик за критеріями матриці державної політики медичних послуг у контексті демографічної кризи

Критерій	Польща	Естонія	Данія	Німеччина
Первинна допомога (роль, профілактика, тривале ведення)	Нормативно закріплена роль первинки як тривалого супроводу; профілактичні програми; розширення функцій ведення	Підтримка безперервності через доступ до даних і сервісів; зменшення дублювання при переміщеннях	Узгодження первинки з послугами громади; акцент на позалікарняній підтримці	Взаємодія первинки з потребами догляду при функціональних обмеженнях
Координація та безперервність (інтеграція, ведення випадку)	Координована допомога у первинці для хронічних станів; організаційні правила взаємодії	Інфраструктура записів і сервісів; організаційні вимоги до надання послуг	Розподіл відповідальності між рівнями; реабілітація і допомога вдома як частина безперервності	Оцінювання потреб; види підтримки; поєднання медичних і соціальних компонентів
Доступність у територіально нерівних умовах	Підсилення первинки як найближчого рівня; перенесення частини послуг у первинку	Державний доступ до даних і сервісів як чинник зменшення залежності від відстані	Значна частина підтримки організована на рівні муніципалітетів	Догляд зменшує потребу у стаціонарі з немедичних причин; підтримка вдома
Дані, якість, підзвітність (інституційна підтримка)	Перевага організаційних і договірних інструментів; дані підтримують ведення	Державний портал; нормативні вимоги до організації та нагляду	Підзвітність через розподіл повноважень; керованість системи на різних рівнях	Формалізовані правила та інструменти інформування у сфері догляду
Довготривалий догляд (як відповідь на старіння)	Окремі рішення інтеграції для хронічних станів у первинці	Підтримка безперервності через записи та доступ до даних	Поєднання медичних і соціальних компонентів у позалікарняному контексті	Інституційна модель догляду з визначеними видами підтримки та допомоги

Джерело: сформовано автором

Інтегрована допомога для хронічних станів виступає другим ключовим компонентом демографічної стійкості, оскільки підвищення частки поліморбідності та тривалих станів потребує не епізодичного реагування, а організованого ведення випадку з узгодженими призначеннями та чіткою відповідальністю за безперервність. У польському підході координована допомога у первинній ланці демонструє інституційну можливість закріплювати ведення певних хронічних станів на рівні первинки за наявності організаційних правил взаємодії та відповідного оформлення надання послуг [21]. У данській моделі важливим є те, що частина допомоги, критичної для старших вікових груп, структурована поза стаціонаром і значною мірою реалізується на рівні муніципалітетів, включно з реабілітацією та допомогою вдома, що підтримує континуум допомоги й зменшує потребу в госпіталізаціях, зумовлених недостатністю позалікарняної підтримки [15]. Для України така логіка є релевантною з огляду на територіальні диспропорції доступу та відмінності в

транспортній і кадровій спроможності громад, оскільки перенесення частини послуг у позалікарняний контекст у поєднанні з координацією первинки може зменшувати нерівність доступу без негайного розширення стаціонарної мережі.

Цифровізація в порівнюваних практиках проявляється насамперед як чинник підвищення доступності та безперервності допомоги, а не як самостійна ціль. В естонському випадку управлінський ефект досягається завдяки державним рішенням щодо доступу до медичних даних і сервісів, що зменшує дублювання та втрати інформації при переміщеннях населення і, відповідно, підтримує безперервність допомоги за умов міграційних переміщень [13]. Водночас інституційне значення мають організаційні вимоги до надання послуг і наглядові механізми, які утримують цифрову підтримку в межах керованої системи, а не набору розрізаних рішень [14]. Для України це безпосередньо співвідноситься з акцентом на матриці якості та підзвітності: цифрові інструменти можуть виконувати роль

підсилювача доступності лише тоді, коли забезпечено стандартизовані дані, стабільний обмін інформацією і практичні механізми контролю якості даних у повсякденній роботі надавачів.

Довготривалий догляд у цій порівняльній рамці виступає відповіддю на старіння населення, оскільки формалізує підтримку при втраті самообслуговування, створює механізми оцінювання потреб і зменшує ризик «медикалізації» соціальних проблем через надмірне використання стаціонару. Німецька логіка довготривалого догляду демонструє інституційну визначеність видів підтримки та механізмів допомоги особам, які здійснюють догляд, що критично важливо в умовах зростання частки домогосподарств із високим доглядом навантаженням [16, 22]. Для України, з огляду на територіальні диспропорції та кадрові обмеження, доцільно орієнтуватися на стартову модель довготривалого догляду як базовий контур, який включає єдині правила оцінювання потреб, гарантований мінімальний пакет підтримки на рівні громади та узгоджені механізми взаємодії між первинною допомогою, соціальними службами та реабілітаційними сервісами. Такий підхід дозволяє розпочати інституціоналізацію догляду там, де старіння найбільш інтенсивне, а доступність стаціонарної мережі найнижча, що відповідає логіці спрямування політики на зменшення територіальної нерівності та підвищення довгострокової стійкості.

Перенесення практик у політиці медичних послуг визначається сукупністю умов, серед яких ключовими є інституційна спроможність, фінансування, кадри, дані та правові рамки. Інституційна спроможність означає здатність формулювати правила і забезпечувати їх виконання: стандарти ролі первинної ланки, вимоги до координації, правила маршруту пацієнта, підзвітність за безперервність. Фінансова умова полягає в узгодженості способів оплати з цілями політики: якщо пріоритетом є профілактика і тривале ведення, то фінансування має підтримувати плановість спостереження та координацію, а не стимулювати фрагментовані контакти. Кадрова умова є наскрізною: зменшення чисельності населення працездатного віку і міграційні зрушення посилюють дефіцит кадрів, а погіршення вікової структури та територіальна концентрація персоналу знижують здатність системи реагувати на демографічно зумовлені потреби. Відповідно, адаптація повинна включати перерозподіл функцій у команді, посилення ролі середнього медичного персоналу та реабілітаційних фахівців у позалікарняному контурі, а також інструменти, що підтримують спроможність

громад забезпечувати базові послуги для старших вікових груп у межах своїх можливостей.

Висновки. Виходячи з викладеного, напроми адаптації для України в умовах демографічної кризи доцільно формувати як сукупність пріоритетів, які забезпечують найбільший ефект для доступності, якості, фінансового захисту та безперервності допомоги за обмежених ресурсів.

✓ *По-перше*, посилення первинної допомоги та профілактики має спиратися на інституційне закріплення ролі первинки як довготривалого супроводу та координації, а також на обмежену кількість профілактичних програм, спрямованих на групи підвищеного ризику, що відповідає польській логіці нормативної визначеності та організованого охоплення.

✓ *По-друге*, цифрові інструменти доступності мають бути зосереджені на забезпеченні безперервності лікування при переміщеннях і на стандартизації ключових даних для маршруту пацієнта, що узгоджується з естонським підходом до державного доступу до записів і сервісів та з інституційними вимогами організації надання послуг.

✓ *По-третє*, інтегрована допомога для хронічних пацієнтів і людей старшого віку повинна включати узгоджені маршрути, визначену відповідальність за ведення випадку та зв'язок первинки з позалікарняними сервісами громади, що відповідає поєднанню польських інструментів координованої допомоги та данської практики організації реабілітації й допомоги вдома.

✓ *По-четверте*, стартова модель довготривалого догляду має формалізувати оцінювання потреб, визначити базовий пакет підтримки на рівні громади та передбачити механізми підтримки доглядальників, що відповідає логіці німецької інституціоналізації догляду як відповіді на старіння.

Наскрізним напрямом для всіх пріоритетів є кадрова політика, оскільки саме звуження кадрового ресурсу й його територіальні дисбаланси здатні нейтралізувати ефект навіть добре спроектованих інструментів; відтак необхідні рішення з утримання кадрів, розподілу ролей у команді та стимулів для громад до розвитку позалікарняного контуру. Ризики впровадження мають оцінюватися у фінансовій, кадровій, інформаційній, управлінській і правовій площинах, з акцентом на узгодженості механізмів оплати з цілями політики, реалістичності кадрового навантаження первинки, якості даних і спроможності забезпечувати виконання правил координації та підзвітності в територіально неоднорідних умовах.

Список використаних джерел:

1. Про схвалення Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.09.2024 № 922-р. 2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80>
2. Жінки і чоловіки в Україні / Women and men in Ukraine. (2022). Державна служба статистики України. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2024/01/W_M.pdf
3. Муляр Г. (2020). Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті реалізації права людини на здоров'я. Вісник АПСВТ, № 1-2. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf
4. Universal health coverage (UHC). (2025). WHO. URL: <https://www.who.int/news-room/fact>

sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

5. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (2018). WHO. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
6. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. (2020). WHO & UNICEF. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
7. Global strategy on digital health 2020–2025. (2021). WHO. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
8. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). (2025). Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya>
9. Гиренко Л.А. (2023). Ефективність застосування цифрових технологій в системі публічного управління в сфері охорони здоров'я. Наукові інновації та передові технології, № 10(24). DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-10\(24\)-63-81](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-10(24)-63-81)
10. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. (2017). ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej), URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002217>
11. Podstawowa opieka zdrowotna / Informacje o świadczeniach. (2025). NFZ. URL: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>
12. Opieka koordynowana w POZ (dla świadczeniodawcy). (2025). NFZ. URL: <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/opieka-koordynowana-w-poz/>
13. Ministerstwo Zdrowia (Rzeczpospolita Polska). Profilaktyka 40 Plus. (2025). Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-40-plus>
14. Health and Welfare Information Systems Centre (TEHIK). (2025). Health Portal. TEHIK. URL: <https://www.tehik.ee/en/health-portal>
15. Health Services Organisation Act (consolidated). (2025). Riigi Teataja (State Gazette of Estonia). URL: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530082024002/consolide>
16. Healthcare in Denmark – an overview. (2025). Ministry of Health (Denmark). URL: <https://www.sum.dk/Media/C/A/Healthcare-in%20denmark%20an%20overview%20english-V16-dec.pdf>
17. Pflegeversicherung (Online-Ratgeber Pflege). (2025). Bundesministerium für Gesundheit (Germany). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html>
18. Шлапко Т.В., Старинський М.В., Миргород-Карпова В.В. (2021). Європейські орієнтири реформування системи охорони здоров'я в Україні в порівнянні з Німеччиною. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право, № 68. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.68.16>
19. Population of Ukraine, 2021. State Statistics Service of Ukraine. <https://stat.gov.ua/index.php/en/publications/population-ukraine-2021>
20. Opieka koordynowana w POZ (dla pacjenta). (2025). NFZ. URL: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/opieka-koordynowana-w-poz/>
21. Zarządzenie nr 61/2024/DSOZ. (2024). NFZ. URL: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-612024dsoz%2C7781.html>
22. Pflegeversicherung. (2025). Bundesministerium für Gesundheit (Germany). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeversicherung.html>

References:

1. Pro skhvalennia Stratehii demohrafichnoho rozvytku Ukrainy na period do 2040 roku: Rozporiadzhennia vid 30.09.2024 № 922-r [On approval of the Strategy of Demographic Development of Ukraine until 2040]: Order of 30.09.2024 No. 922-r. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80> [in Ukrainian].
2. Zhinky i choloviky v Ukraini / Females and males in Ukraine [Women and men in Ukraine]. (2022). State Statistics Service of Ukraine. Retrieved from: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2024/01/W_M.pdf [in Ukrainian/English].
3. Muliar, H. (2020). Zarubizhnyi dosvid funktsionuvannia systemy okhorony zdorovia v konteksti realizatsii prava liudyny na zdorovia [Foreign experience of the healthcare system functioning in the context of implementing the human right to health]. Bulletin of the APSVT, No. 1-2. Retrieved from: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf [in Ukrainian].
4. Universal health coverage (UHC). (2025). WHO. Retrieved from: [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) [in English].
5. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (2018). WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033> [in English].
6. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. (2020). WHO & UNICEF. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832> [in English].
7. Global strategy on digital health 2020–2025. (2021). WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf [in English].

8. Elektronna systema okhorony zdorovia (ESoz) [Electronic Health System (EHS)]. (2025). Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-okhoroni-zdorovya> [in Ukrainian].

9. Hyrenko, L.A. (2023). Efektyvnist zastosuvannya tsyfrovoykh tekhnolohii v systemi publichnoho upravlinnia v sferi okhorony zdorovia [Effectiveness of applying digital technologies in the public administration system in healthcare]. *Scientific Innovations and Advanced Technologies*, Vol. 10(24). Pp. 63–81. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-10\(24\)-63-81](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-10(24)-63-81) [in Ukrainian].

10. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. (2017). ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej). Retrieved from: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002217> [in Polish].

11. Podstawowa opieka zdrowotna / Informacje o świadczeniach. (2025). NFZ. Retrieved from: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> [in Polish].

12. Opieka koordynowana w POZ (dla świadczeniodawcy). (2025). NFZ. Retrieved from: <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/opieka-koordynowana-w-poz/> [in Polish].

13. Ministerstwo Zdrowia (Rzeczpospolita Polska). Profilaktyka 40 Plus. (2025). Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Retrieved from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-40-plus> [in Polish].

14. Health and Welfare Information Systems Centre (TEHIK). (2025). Health Portal. TEHIK. URL: <https://www.tehik.ee/en/health-portal> [in English].

15. Health Services Organisation Act (consolidated). (2025). Riigi Teataja (State Gazette of Estonia). Retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530082024002/consolide> [in English].

16. Healthcare in Denmark – an overview. (2025). Ministry of Health (Denmark). Retrieved from: <https://www.sum.dk/Media/C/A/Healthcare-in%20denmark%20an%20overview%20english-V16-dec.pdf> [in English].

17. Pflegeversicherung (Online-Ratgeber Pflege). (2025). Bundesministerium für Gesundheit (Germany). Retrieved from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html> [in German].

18. Shlapko, T.V., Starynskyi, M.V., & Myrhorod-Karpova, V.V. (2021). Yevropeiski oriientyry reformuvannya systemy okhorony zdorovia v Ukraini v porivnianni z Nimechchynoiu [European guidelines for reforming the healthcare system in Ukraine compared with Germany]. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Law*, No. 68. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.68.16> [in Ukrainian].

19. Population of Ukraine, 2021. State Statistics Service of Ukraine. <https://stat.gov.ua/index.php/en/publications/population-ukraine-2021> [in English].

20. Opieka koordynowana w POZ (dla pacjenta). (2025). NFZ. Retrieved from: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/opieka-koordynowana-w-poz/> [in Polish].

21. Zarządzenie nr 61/2024/DSOZ. (2024). NFZ. Retrieved from: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-612024dsoz%2C7781.html> [in Polish].

22. Pflegeversicherung. (2025). Bundesministerium für Gesundheit (Germany). Retrieved from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeversicherung.html> [in German].

Дата надходження статті: 08.01.2026 р.

Дата прийняття статті до друку: 23.01.2026 р.