

УДК 351.77: 614.2 (477)(1-22)

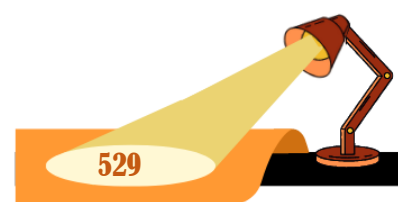
[https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-1\(23\)-529-540](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-1(23)-529-540)

Бугаєв Владислав Юрійович аспірант кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції, ННІ «Інститут Державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, м.Харків, <https://orcid.org/0000-0003-1432-8229>

Вашев Олег Єгорович кандидат медичних наук, доцент, кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції ННІ «Інститут Державного управління» Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, <https://orcid.org/0000-0003-2496-240X>

ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У СІЛЬСЬКИХ ГРОМАДАХ УКРАЇНИ: УПРАВЛІНСЬКІ ЧИННИКИ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ВИКЛИКИ

Анотація. У статті здійснено комплексний аналіз сучасного стану та механізмів державного регулювання системи надання медичної допомоги сільському населенню України. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю подолання критичних диспропорцій у доступі до якісних медичних послуг між міськими та сільськими територіями, що загострилися в умовах децентралізації влади та правового режиму воєнного стану. Визначено, що чинна модель фінансування охорони здоров'я, яка базується на принципі капітації («гроші ходять за пацієнтом»), у сільській місцевості стикається з викликами низької щільності населення, що робить утримання амбулаторної мережі фінансово ризикованим для територіальних громад. На основі аналізу нормативно-правової бази та статистичних даних виокремлено ключові проблеми «первинної ланки» на селі: кадровий дефіцит та старіння медичного персоналу, руйнування інфраструктури внаслідок бойових дій, логістичні бар'єри (правило «золотої години»), а також відсутність фізичного доступу до лікарських засобів через скорочення аптечної мережі. Особливу увагу приділено трансформації управлінських підходів. Обґрунтовано неефективність суто галузевого управління та необхідність переходу до міжсекторальної взаємодії (охорона здоров'я – соціальна політика – інфраструктура). У результаті дослідження запропоновано удосконалення механізмів державного управління, зокрема: запровадження коригувальних коефіцієнтів капітаційної ставки для депресивних сільських територій; інституціоналізацію мобільних медичних бригад та аптечних пунктів як елементів критичної інфраструктури села; розвиток телемедичних мереж не





як допоміжного, а як базового інструменту діагностики. Доведено, що забезпечення медичної безпеки сільського населення є складовою національної безпеки та потребує окремої державної цільової програми відновлення.

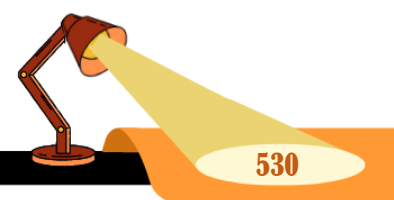
Ключові слова: державне управління охороною здоров'я, сільська медицина, первинна медична допомога, територіальні громади, децентралізація, телемедицина, доступність медичних послуг, мобільні аптечні пункти, кадрова політика.

Bugayev Vladyslav Yuriyovych PhD student, Department of Law, National Security and European Integration, Institute of Public Administration, V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, <https://orcid.org/0000-0003-1432-8229>

Vashev Oleg Yegorovych PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Law, National Security and European Integration, Institute of Public Administration, V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, <https://orcid.org/0000-0003-2496-240X>

ACCESS TO MEDICAL SERVICES IN RURAL COMMUNITIES OF UKRAINE: MANAGEMENT FACTORS AND INSTITUTIONAL CHALLENGES

Abstract. The article provides a comprehensive analysis of the current state and mechanisms of state regulation regarding the healthcare provision system for the rural population of Ukraine. The relevance of the study is driven by the urgent need to address critical disparities in access to quality medical services between urban and rural areas, which have intensified under the conditions of power decentralization and the legal regime of martial law. It is determined that the current healthcare financing model, based on the capitation principle ("money follows the patient"), faces challenges in rural areas due to low population density. This makes maintaining an outpatient network financially risky for territorial communities (hromadas). Based on the analysis of the regulatory framework and statistical data, the key problems of the "primary link" in rural areas are identified: personnel shortage and the aging of medical staff, infrastructure destruction due to hostilities, logistical barriers (the "golden hour" rule), and the lack of physical access to medicines due to the reduction of the pharmacy network. Special attention is paid to the transformation of management approaches. The inefficiency of purely sectoral management is substantiated, and the necessity of transitioning to intersectoral interaction (healthcare – social policy – infrastructure) is argued. As a result of the study, improvements to public administration mechanisms are proposed, specifically: the introduction of adjustment coefficients for the capitation rate for depressed rural territories; the institutionalization of mobile medical teams and





mobile pharmacy points as elements of critical rural infrastructure; and the development of telemedicine networks not as an auxiliary, but as a basic diagnostic tool. It is proven that ensuring the medical security of the rural population is a component of national security and requires a separate state targeted recovery program.

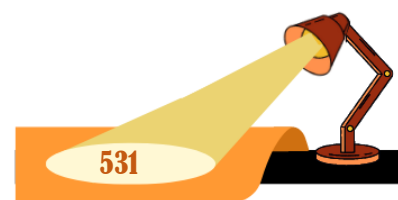
Keywords: public administration in healthcare, rural medicine, primary health care, territorial communities, decentralization, telemedicine, accessibility of medical services, mobile pharmacy points, personnel policy.

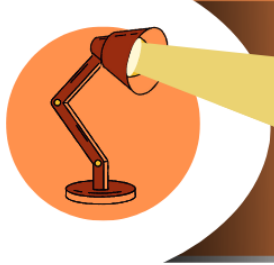
Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наукові дослідження у сфері державного управління охороною здоров'я в Україні формуються на перетині публічного адміністрування, соціальної політики та регіонального розвитку. Аналіз наукових джерел свідчить про наявність різнопланових підходів до вивчення управлінських механізмів функціонування системи охорони здоров'я, однак водночас виявляє низку недостатньо досліджених аспектів, особливо на рівні територіальних громад.

Фундаментальні засади інституційних трансформацій у сфері охорони здоров'я розкрито у працях Я. Ф. Радиша, який розглядає реформування галузі крізь призму еволюції моделей державного управління. Автор обґрунтовує необхідність відходу від централізованої командно-адміністративної моделі до системи, побудованої на принципах децентралізації, автономізації закладів охорони здоров'я та запровадження економічних інструментів управління [4]. З позицій публічного управління особливу цінність мають його висновки щодо перерозподілу управлінських повноважень між центральними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, що безпосередньо впливає на спроможність територіальних громад забезпечувати базові медичні послуги.

Питання кадрового забезпечення як ключового елементу управлінської спроможності органів та установ у сфері охорони здоров'я ґрунтовно досліджено у працях М. М. Білинської. У співавторстві з Н. О. Васюк та іншими науковцями вона аналізує проблеми формування управлінських компетентностей керівників закладів охорони здоров'я в умовах реформування публічного сектору [7]. Автори підкреслюють, що сучасний керівник медичного закладу, особливо на рівні сільської громади, має виконувати функції публічного менеджера, здатного до стратегічного планування, управління фінансами, проектної діяльності та взаємодії з донорами. З позицій спеціальності 281 це розглядається як проблема інституційної та кадрової спроможності публічного управління на місцевому рівні.

Організація медичної допомоги в сільській місцевості розглядається у тісному взаємозв'язку з політикою регіонального розвитку та управління розвитком територій. У цьому контексті важливими є напрацювання П. В. Книша та В. Д. Парубчака, які доводять, що ефективність державного регулювання у





сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від стану транспортної, соціальної та комунальної інфраструктури сільських територій. В. Д. Парубчак вводить поняття «інфраструктурного розриву», який виникає внаслідок невідповідності між формальними управлінськими рішеннями та фактичними умовами їх реалізації на місцях [15]. З позицій публічного адміністрування це свідчить про недостатню координацію між секторальними політиками та слабкість механізмів міжвідомчої взаємодії.

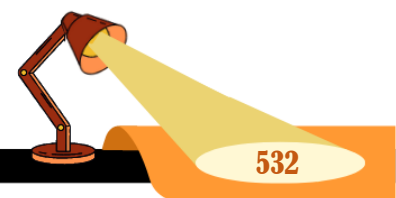
Демографічні аспекти ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я розкрито у працях Н. О. Рингач, яка аналізує втрати життєвого потенціалу населення як результат недосконалості управлінських рішень у соціальній сфері. Авторка демонструє, що обмежений доступ до первинної медичної допомоги в сільських громадах сприяє зростанню рівня передчасної смертності, що з позицій публічного управління виступає індикатором результативності державної політики та якості публічних послуг [3].

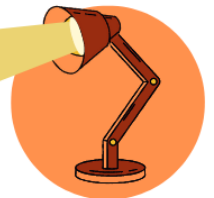
Особливе значення для прикладних досліджень у сфері публічного адміністрування мають аналітичні звіти та емпіричні дослідження 2022–2024 років, підготовлені науково-дослідними установами та громадськими організаціями. Зокрема, звіт Харківського інституту соціальних досліджень містить дані, які дозволяють оцінити реальний стан доступності публічних медичних послуг у сільських і прифронтових громадах.

За даними зазначеного звіту [5], станом на 2024 рік основними управлінськими бар'єрами у сфері доступу до медичних послуг є:

- обмежена територіальна доступність аптечної мережі, що свідчить про недосконалість механізмів публічного регулювання фармацевтичного ринку на місцевому рівні;
- фінансова недоступність медичних послуг через логістичні витрати, що вказує на необхідність інтеграції транспортної та медичної політики в межах публічного управління;
- кадрова неспроможність системи охорони здоров'я на місцевому рівні, спричинена відтоком працездатного медичного персоналу та відсутністю ефективних мотиваційних інструментів публічного адміністрування.

Водночас аналіз наукових джерел засвідчує, що більшість досліджень орієнтована на макрорівень державної політики або на функціонування окремих елементів системи охорони здоров'я. Недостатньо розробленими залишаються питання публічного регулювання впровадження інноваційних управлінських інструментів — зокрема телемедицини, мобільних аптечних пунктів, виїзних медичних сервісів — як складових механізму забезпечення доступності публічних послуг в умовах воєнних ризиків та депопуляції сільських територій. Також бракує комплексних моделей, які поєднували б бюджетну децентралізацію з інституційними гарантіями медичної безпеки громад, що визначає мету даної статті.



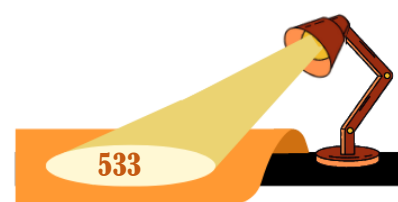


Метою статті є аналіз системних проблем і викликів державного регулювання надання медичних послуг сільському населенню України в умовах децентралізації та правового режиму воєнного стану, а також обґрунтування напрямів удосконалення механізмів публічного управління із застосуванням інноваційних організаційно-правових і технологічних інструментів.

Методологія дослідження базується на системі загальнонаукових та спеціальних методів, застосування яких дозволило комплексно розглянути проблематику державного регулювання надання медичних послуг у сільській місцевості. Зокрема, використано метод системного аналізу для дослідження механізмів взаємодії між центральними органами виконавчої влади (МОЗ, НСЗУ) та органами місцевого самоврядування. Нормативно-правовий метод застосовано для аналізу законодавчої бази, що регламентує реформування первинної ланки медицини та децентралізацію. За допомогою статистичного методу опрацьовано дані Державної служби статистики України та аналітичні дашборди Національної служби здоров'я України (НСЗУ) щодо динаміки мережі закладів охорони здоров'я та кадрового забезпечення в розрізі регіонів. Структурно-функціональний метод дозволив виявити дисфункції в системі управління медичною інфраструктурою на рівні сільських територіальних громад. Інформаційною базою дослідження слугували законодавчі акти України, офіційні звіти профільних міністерств, а також аналітичні матеріали міжнародних організацій (WHO, USAID), що здійснюють моніторинг реформ в Україні.

Результати дослідження. Трансформація системи охорони здоров'я України, що розпочалася у 2017 році, за часом співпала з реформою децентралізації публічної влади, що сформувало складний та багатоаспектний інституційний контекст для розвитку сільських територій. З позицій державного управління ключовим нормативно-правовим актом, спрямованим на зміну парадигми організації медичної допомоги на селі, став Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII.

Аналіз положень зазначеного Закону дає підстави стверджувати, що законодавцем були закладені прогресивні норми, орієнтовані на пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги та наближення місць надання медичних послуг до місця проживання населення. Водночас результати дослідження засвідчують наявність суттєвих проблем їх практичної імплементації, насамперед у зв'язку зі зміною фінансової моделі галузі. Перехід від системи медичної субвенції, що базувалася на фінансуванні «ліжко-місця» та штатної одиниці, до фінансування через Національну службу здоров'я України за принципом капітації («гроші ходять за пацієнтом») створив додаткові ризики для функціонування сільських амбулаторій.



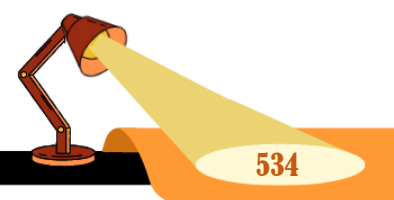


Сутність проблеми капітаційної ставки полягає у неврахуванні демографічної щільності та просторової розосередженості населення. Базова капітаційна ставка, як фіксована сума, що сплачується за одного пацієнта з укладеною декларацією, є однаковою як для лікаря в обласному центрі, так і для лікаря у віддаленій сільській громаді. Водночас лікар у місті має можливість сформувати рекомендований обсяг декларацій у межах 1800–2000 осіб, тоді як сільський лікар, що обслуговує кілька територіально віддалених населених пунктів, об'єктивно обмежений у кількості пацієнтів (800–1000 осіб). У результаті дохід сільського комунального некомерційного підприємства є суттєво нижчим, тоді як накладні витрати, пов'язані з утриманням приміщень, транспортним забезпеченням і логістикою, залишаються підвищеними. Це формує інституційну пастку, за якої КНП функціонує у підприємницькому статусі без реальних передумов для фінансової самодостатності, а орган місцевого самоврядування, як власник закладу, часто не має достатнього бюджетного ресурсу для компенсації дефіциту.

Варто звернути увагу на положення статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», відповідно до якої управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальним громадам, віднесено до власних повноважень виконавчих органів місцевих рад. У межах реформи децентралізації громади отримали додаткові управлінські повноваження та відповідальність, однак їх фінансова спроможність, зокрема в частині надходжень податку на доходи фізичних осіб, у сільських громадах часто є недостатньою для утримання розгалуженої мережі фельдшерсько-акушерських пунктів. Це зумовлює управлінську колізію, за якої держава через НСЗУ фінансує медичну послугу, тоді як утримання інфраструктури покладається на місцеві бюджети. У разі їх дефіцитності заклади змушені скорочувати діяльність або припиняти функціонування незалежно від наявності лікаря.

Окремим аспектом є нормативне регулювання телемедицини. Закон № 2206-VIII вперше закріпив поняття телемедицини як комплексу організаційних, фінансових і технічних заходів. Водночас аналіз підзаконних актів, зокрема наказів МОЗ України, свідчить про відсутність повної інтеграції телемедичних послуг до пакетів Програми медичних гарантій із чітко визначеною тарифі-кацією, що знижує їх економічну привабливість для закладів первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Системний аналіз нормативно-правового поля дозволив структурувати розподіл управлінських функцій між ключовими суб'єктами публічного управління у сфері надання медичних послуг сільському населенню. Результати цієї структуралізації узагальнено у таблиці 1, сформованій на основі аналізу Бюджетного кодексу України та Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [2; 13].



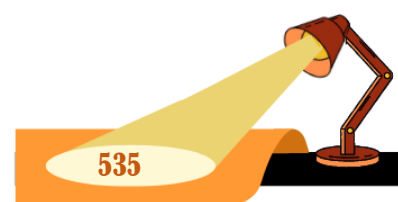


Таблиця 1. Розподіл повноважень суб'єктів публічного управління у сфері надання медичних послуг сільському населенню

Суб'єкт управління	Ключові функції та повноваження	Проблемні аспекти реалізації в сільській місцевості
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Формування державної політики, розробка галузевих стандартів, затвердження протоколів лікування, ліцензування медичної практики.	Відсутність адаптивних стандартів для сільської місцевості (уніфіковані вимоги до штатного розпису часто неможливо виконати в умовах кадрового дефіциту села).
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Виступає замовником медичних послуг, укладає договори з КНП, здійснює оплату за Програмою медичних гарантій (ПМГ), моніторинг виконання договорів.	Уніфікована капітаційна ставка не враховує низьку щільність сільського населення та підвищені логістичні витрати на обслуговування викликів. Жорсткі вимоги до матеріально-технічної бази для контракування часто є непосильними для сільських амбулаторій.
Органи місцевого самоврядування (Сільські/селищні ради)	Власники закладів охорони здоров'я (КНП). Забезпечують оплату комунальних послуг, енергоносіїв, здійснюють капітальні видатки (ремonti, закупівля обладнання), затверджують фінансові плани.	Хронічна дефіцитність місцевих бюджетів у малих громадах. Неможливість забезпечити конкурентні стимули для лікарів (житло, транспорт). "Конфлікт інтересів": громада платить за утримання будівлі, але не впливає на якість медичної послуги, яку контролює НСЗУ.
Районні державні (військові) адміністрації	Координація діяльності територіальних органів, забезпечення виконання державних програм, мобілізаційна підготовка закладів охорони здоров'я.	Втрата реальних важелів впливу після реформи децентралізації та ліквідації районних відділів охорони здоров'я. Функції зведені переважно до моніторингу та збору статистики.

Як видно з таблиці 1, у системі управління наявний розрив між фінансуванням медичної послуги на державному рівні та фінансуванням матеріально-технічної інфраструктури на рівні територіальних громад. Для сільських громад це створює ризик закриття закладів не внаслідок відсутності потреби в медичних послугах, а через обмежену спроможність місцевих бюджетів забезпечувати утримання приміщень відповідно до вимог НСЗУ.

Фізична доступність медичної допомоги є базовим індикатором ефективності державного управління галуззю охорони здоров'я. Для сільського населення України цей показник значною мірою залежить від стану дорожньо-транспортної інфраструктури та матеріально-технічного забезпечення закладів





первинної ланки. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 1271, норматив прибуття бригади екстреної медичної допомоги у сільській місцевості становить 20 хвилин [11]. Проте в реальних умовах дотримання цього нормативу ускладнюється через незадовільний стан доріг місцевого значення, що призводить до збільшення фактичного часу доїзду та порушення принципу «золотої години» при гострих станах [14].

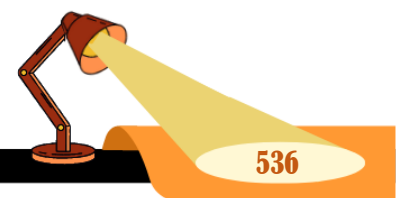
Значним інфраструктурним викликом залишається фізичний стан будівель ФАПів та амбулаторій, збудованих переважно у 1960–1980-х роках, які не відповідають сучасним вимогам енергоефективності та санітарії. Відсутність централізованого водопостачання та використання застарілих систем опалення створюють додаткове фінансове навантаження на бюджети територіальних громад.

Ситуація суттєво ускладнилася після повномасштабного вторгнення російської федерації. За даними ВООЗ та МОЗ України, станом на кінець 2023 року було пошкоджено понад 1400 об'єктів закладів охорони здоров'я, значна частина яких розташована у сільській місцевості прифронтових регіонів [1]. Це актуалізує управлінську дилему щодо доцільності відновлення стаціонарних амбулаторій у громадах із суттєвим скороченням чисельності населення або переходу до мобільних форм надання медичної допомоги.

Найбільш гострою проблемою державного управління у сфері сільської медицини залишається кадровий дефіцит. Аналіз вікової структури лікарів первинної ланки свідчить про високу частку фахівців пенсійного та передпенсійного віку в окремих регіонах, що створює ризик формування так званих «медичних пустель». Скасування механізму обов'язкового державного розподілу випускників закладів медичної освіти без запровадження ефективних альтернативних стимулів призвело до втрати інструментів регулювання кадрового забезпечення сільської медицини [9].

Окремим результатом дослідження є виявлення домінування реактивної моделі надання медичної допомоги в сільській місцевості. Незважаючи на нормативно визначені обов'язки сімейного лікаря щодо проведення профілактичних скринінгів [12; 6], практична діяльність зосереджена переважно на лікуванні гострих станів. Запровадження індикаторів якості діяльності центрів первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованих на рівень охоплення сільського населення скринінговими програмами, у поєднанні з розвитком мобільної діагностики, може підвищити ефективність управління хронічними неінфекційними захворюваннями.

В умовах обмеженої економічної доцільності фізичної присутності лікаря та аптеки у кожному селі особливого значення набувають компенсаторні механізми. Аналіз засвідчує потенціал телемедицини за умови її повноцінної інтеграції до системи фінансування, а також ефективність впровадження





мобільних аптечних пунктів у межах програми «Доступні ліки». Подальший розвиток цього напрямку потребує нормативного врегулювання доставки термолабільних лікарських засобів із залученням національного поштового оператора [10].

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень.

Узагальнюючи результати можна стверджувати, що система надання медичної допомоги сільському населенню України перебуває у фазі глибокої структурної трансформації, зумовленої одночасним впливом двох системних чинників. З одного боку, завершення реформи децентралізації докорінно змінило фінансово-управлінську модель функціонування галузі охорони здоров'я, а з іншого — повномасштабна збройна агресія суттєво загострила наявні інфраструктурні, кадрові та демографічні диспропорції, характерні для сільських територій.

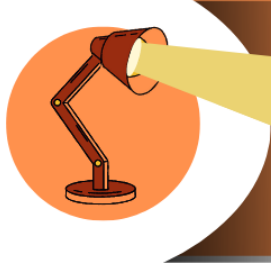
Проведений аналіз дозволив сформулювати такі ключові висновки.

По-перше, встановлено наявність *дисфункції фінансової моделі первинної медичної допомоги в сільській місцевості*. Чинний механізм фінансування через Національну службу здоров'я України на основі капітаційного принципу («гроші ходять за пацієнтом») демонструє відносну ефективність у міських агломераціях, однак виявляється економічно вразливим для комунальних некомерційних підприємств, що функціонують у громадах з низькою щільністю населення. Уніфікована капітаційна ставка не компенсує підвищених логістичних витрат, витрат на утримання розгалуженої інфраструктури та транспортну доступність, що призводить до хронічної фінансової нестабільності таких закладів і перекладання фінансового навантаження на бюджети органів місцевого самоврядування.

По-друге, доведено існування *інфраструктурного бар'єра доступності медичної допомоги*, який суттєво обмежує реалізацію принципу своєчасності надання медичних послуг у сільській місцевості. Фізична доступність первинної та екстреної медичної допомоги, зокрема дотримання нормативу «золотої години», перебуває у прямій залежності від стану дорожньо-транспортної інфраструктури та забезпеченості медичних служб транспортними засобами. За відсутності міжсекторальної координації державної політики, зокрема синхронізації програм розвитку дорожньої інфраструктури з маршрутами екстреної медичної допомоги, подальші галузеві реформи в охороні здоров'я не здатні забезпечити очікуваний соціальний ефект.

По-третє, ідентифіковано *поглиблення кадрової кризи в системі сільської медицини*, що проявляється у формуванні так званих «медичних пустель». Старіння медичних кадрів, їх міграція до міських центрів або за кордон, а також скасування механізму обов'язкового державного розподілу випускників закладів медичної освіти без запровадження ефективних компенсаторних інструментів (житлове забезпечення, конкурентна оплата праці, розвиток соціальної інфра-





структури) призвели до системного дефіциту лікарів і середнього медичного персоналу в сільській місцевості.

З метою удосконалення державного регулювання системи надання медичних послуг сільському населенню доцільним є впровадження таких управлінських і організаційно-економічних заходів.

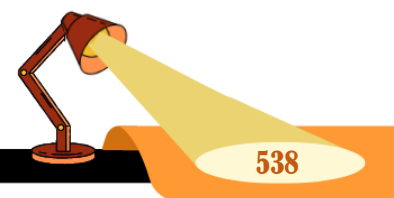
По-перше, доцільно *запровадити коригувальні коефіцієнти до капітаційної ставки*, що враховували б територіальні особливості надання медичної допомоги. Національній службі здоров'я України рекомендовано розробити та імплементувати коефіцієнт «територіальної доступності» у межах 1,2–1,5 для закладів та лікарів, які обслуговують населення гірських, віддалених, деокупованих громад або громад з низькою щільністю населення. Такий підхід сприятиме вирівнюванню економічних умов діяльності сільських і міських комунальних некомерційних підприємств.

По-друге, обґрунтовано необхідність *інституціоналізації мобільних форм надання медичних послуг*. На нормативному рівні Міністерству охорони здоров'я України доцільно закріпити статус мобільних медичних бригад не як тимчасового інструменту реагування на виклики воєнного часу, а як постійного елементу системи первинної медичної допомоги в населених пунктах з чисельністю населення менше 500 осіб. Паралельно доцільним є масштабування практики функціонування мобільних аптечних пунктів із залученням національного поштового оператора для доставки, у тому числі термолабільних лікарських засобів.

По-третє, потребує перегляду *підхід до впровадження телемедицини в сільській місцевості*. Перехід від декларативного використання телемедичних технологій до їх повноцінної інтеграції в програму медичних гарантій передбачає включення відповідних послуг до окремих пакетів із чітко визначеною тарифікацією. Доцільним є створення мережі регіональних телемедичних консультаційних центрів на базі обласних багатопрофільних лікарень для цілодобової підтримки лікарів і фельдшерів, що працюють у сільських громадах.

По-четверте, актуальним залишається *відновлення профілактичного напрямку в системі сільської первинної медичної допомоги*. Запровадження індикаторів якості діяльності центрів первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованих на рівень охоплення населення профілактичними скринінгами (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія тощо), у поєднанні з фінансуванням виїзних лабораторних форм забору біоматеріалу, здатне суттєво підвищити ефективність раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань.

Перспективним напрямом подальших наукових досліджень є аналіз механізмів психологічної реабілітації сільського населення, що зазнало впливу бойових дій, а також вивчення можливостей інтеграції послуг з ментального здоров'я у практику сімейного лікаря. Особливої уваги потребує подолання





соціальної стигматизації звернень за психологічною допомогою в сільських громадах та формування міждисциплінарних моделей підтримки психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги.

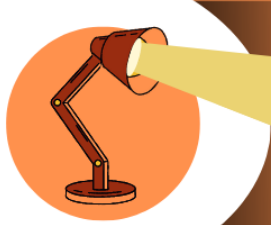
Література:

1. Attacks on Health Care in Ukraine. World Health Organization (WHO) Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). 2024. веб-сайт: URL: <https://extranet.who.int/ssa> (дата звернення: 07.12.2025).
2. Бюджетний кодекс України : Закон України від 08.07.2010 № 2456-VI. Відомості Верховної Ради України. 2010. № 50-51. Ст. 572.
3. Громадське здоров'я в Україні: виклики та відповіді / Рингач Н. О. : кол. монографія. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2021. 308 с.
4. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Радиш Я. Ф. : монографія. Київ : НАДУ, 2018. 420 с.
5. Доступ до медичних послуг у сільській місцевості постраждалих від війни громад : аналітичний звіт / Харківський інститут соціальних досліджень. Харків, 2024. 52 с. веб-сайт: URL: <https://khisr.kharkov.ua/index.php?id=1678> (дата звернення: 06.12.2025).
6. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Затверджено розпорядженням КМУ від 26.07.2018 № 530-р.
7. Підготовка лідерів змін у системі охорони здоров'я: виклики сьогодення / Білінська М. М., Васюк Н. О. : Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. Вип. 16. С. 25–30.
8. Покращення доступу до ПМД через мобільні бригади / Юрочко Т.П., Сузима В.В.. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. №1(72). С. 25–30.
9. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. (Щодо змін у системі працевлаштування випускників).
10. Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) : Постанова Кабінету Міністрів України від 04.08.2023 № 809 (Щодо мобільних аптечних пунктів).
11. Про затвердження нормативу прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події : Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271. веб-сайт: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-п> (дата звернення: 07.12.2025).
12. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504.
13. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1997. № 24. Ст. 170. (Стаття 32).
14. Про схвалення Стратегії розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 № 383-р.
15. Публічне управління сталим розвитком сільських територій в умовах децентралізації / Парубчак В. Д. : дис.д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. Львів, 2019. 412 с.

References:

1. Attacks on Health Care in Ukraine. World Health Organization (WHO) Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). 2024. веб-сайт: URL: <https://extranet.who.int/ssa> (дата звернення: 07.12.2025).
2. Budjetniy kodeks Ukrainy : Zakon Ukrainy vid 08.07.2010 № 2456-VI. Vidomosti Verhovnoi Rady Ukrainy. 2010. № 50-51. S. 572.





3. Gromadske zdorov`ya v Ukraine : vyklyky ta vydповydy / Ryngach N.O. : kol. Monographiya. Kyiv : Inst. Demographii ta socialnyh doslydjen im. M.B. Ptuhy NAN Ukrainy, 2021. 308 s.
4. Derjavne upravlinnya ohoronou zdorov`ya v Ukrainy: genezys, problemy ta shlyahy rephormuvanniya / Radysh Y.F. : monographiya. Kyiv : NADU, 2018/ 420s.
5. Dostup do medychnykh posluh u silskii mistsevosti postrazhdalykh vid viiny hromad : analitychnyi zvit / Kharkivskiy instytut sotsialnykh doslidzhen. Kharkiv, 2024. 52 s. veb-sait: URL: <https://khisr.kharkov.ua/index.php?id=1678> (data zvernennia: 06.12.2025).
6. Natsionalnyi plan zakhodiv shchodo neinfektsiinykh zakhvoriuvan dlia dosiahnennia hlobalnykh tsilei staloho rozvytku. Zatverdzheno rozporiadzhenniam KМУ vid 26.07.2018 № 530-r.
7. Pidhotovka lideriv zmin u systemi okhorony zdorovia: vyklyky sohodennia / Bilynska M. M., Vasiuk N. O. : Publichne upravlinnia i administruvannia v Ukraini. 2020. Vyp. 16. S. 25–30.
8. Pokrashchennia dostupu do PMD cherez mobilni bryhady / Yurochko T.P., Suzyma V.V.. Reproduktyvne zdorovia zhinky. 2024. №1(72). S. 25–30.
9. Pro vyshchu osvitu : Zakon Ukrainy vid 01.07.2014 № 1556-VII. (Shchodo zmin u systemi pratsevlashtuvannia vypusknnykiv).
10. Pro vnesennia zmin do Litsenziinykh umov provadzhennia hospodarskoi diialnosti z vyrobnytstva likarskykh zasobiv, optovoi ta rozdribnoi torhivli likarskymy zasobamy, importu likarskykh zasobiv (krim aktyvnykh farmatsevychnykh inhrediientiv) : Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 04.08.2023 № 809 (Shchodo mobilnykh aptechnykh punktiv).
11. Pro zatverdzhennia normatyvu prybuttia bryhad ekstrenoi (shvydkoi) medychnoi dopomohy na mistse podii : Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 16.12.2020 № 1271. veb-sait: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-p> (data zvernennia: 07.12.2025).
12. Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy : Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 19.03.2018 № 504.
13. ro mistseve samovriaduvannia v Ukraini : Zakon Ukrainy vid 21.05.1997 № 280/97-VR. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy. 1997. № 24. St. 170. (Stattia 32).
14. Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy ekstrenoi medychnoi dopomohy : Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 22.05.2019 № 383-r.
15. Publichne upravlinnia stalym rozvytkom silskykh terytorii v umovakh detsentralizatsii /Parubchak V. D. : dys.d-ra nauk z derzh. upr. : 25.00.02. Lviv, 2019. 412 s.

