

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

2 медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
_____ В.Г. Нестеренко

**ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА ЩОДО АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА
ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

А.С. Лавріненко

Керівник,

д.мед.н., доц.

В.Г. Нестеренко

ХАРКІВ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ	6
1.1 Адаптація суспільства до старіння населення як предмет публічної політики	6
1.2 Інституціональне та інституційне забезпечення реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення	12
1.3 Механізми реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення	18
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ	28
2.1 Методики оцінювання рівня розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення	28
2.2 Результати реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення	30
2.3 Проблеми зі забезпеченням розвитку сфери охорони здоров'я	40
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ	48
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення	48
3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення	54
3.3 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення	1
ВИСНОВКИ	72
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	75
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Актуальність проблеми. Старіння населення стало однією з ключових демографічних реальностей ХХІ століття, що визначає траєкторію соціально-економічного розвитку більшості країн світу. Водночас ефективність такої політики значною мірою залежить від здатності держави перейти від фрагментарних, галузевих рішень до цілісного міжсекторального підходу, орієнтованого на підтримку активного та гідного життя у старшому віці. Особливої ваги в цьому контексті набуває сфера охорони здоров'я, яка концентрує основні наслідки демографічного старіння: зростання поширеності хронічних захворювань, потребу в довготривалому догляді, профілактиці та підтримці функціональної здатності людини. Саме від здатності системи охорони здоров'я адаптуватися до цих змін залежать не лише індивідуальна якість життя людей старшого віку, а й економічна стійкість держави та збереження людського потенціалу. У цьому зв'язку дослідження публічної політики адаптації суспільства до старіння населення з акцентом на трансформації системи охорони здоров'я є актуальним як у науковому, так і в практичному вимірі.

Значний внесок у дослідження проблематики зробили й українські науковці: демографічні тенденції та соціально-економічні наслідки старіння населення проаналізовано у працях Е.М. Лібанової, І.І. Рингача, Є.В. Слюсаря, П.Я. Шевчука; питання соціальної вразливості та якості життя людей похилого віку розкрито у дослідженнях Р.Т. Теслюка, В.Я. Бідака, О.М. Романухи; інституційні аспекти соціальної підтримки, розвитку соціальних послуг і ролі громад розглядаються у працях І.Б. Іванової, С. Толстоухової, О.М. Бордіян, О.Ю. Столярика; проблеми активного довголіття, освіти та соціальної участі осіб старшого віку висвітлені у дослідженнях О.В. Василенко, Б. Баніт, В.В. Гришка, А.В. Жуковської, О. Длухопольського та інших дослідників. Попри наявність широкого кола теоретичних і прикладних напрацювань, а

також відображення глибини проблеми в міжнародних і національних стратегічних документах, у науковому полі зберігається потреба в подальшому комплексному осмисленні механізмів публічної політики адаптації до старіння населення з акцентом на інтеграцію системи охорони здоров'я, соціальних послуг і місцевого розвитку в українських умовах.

Мета та завдання дослідження: наукове обґрунтування та розробка концептуальних підходів і практичних механізмів удосконалення публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення в Україні з акцентом на системі охорони здоров'я як ключовому компоненті цього процесу. Для досягнення поставленої мети в роботі передбачається розв'язання таких завдань:

- розкрити концептуальну сутність адаптації суспільства до старіння населення як предмета сучасної публічної політики;
- дослідити інституціональну архітектуру та інституційне забезпечення формування і реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення в Україні;
- проаналізувати механізми та інструменти реалізації публічної політики адаптації суспільства до старіння населення;
- розглянути методики та індикатори оцінювання рівня розвитку сфери охорони здоров'я в умовах демографічного старіння;
- оцінити результати та системні проблеми реалізації публічної політики адаптації в Україні, зокрема в контексті розвитку сфери охорони здоров'я;
- на основі узагальнення світового досвіду обґрунтувати концептуальні підходи та комплекс пріоритетних заходів з удосконалення публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення в Україні.

Об'єктом дослідження є процес формування та реалізації публічної політики у сфері адаптації суспільства до демографічного старіння.

Предметом дослідження є публічна політика щодо адаптації суспільства до старіння населення.

Методи дослідження: аналізу і синтезу, індукції та дедукції – для узагальнення наукових підходів до розуміння старіння населення як об'єкта публічної політики; системний і структурно-функціональний підходи – для дослідження публічної політики як цілісної системи взаємопов'язаних механізмів; порівняльний метод – для зіставлення національних і міжнародних практик; статистичний аналіз і аналіз вторинних даних – для опрацювання офіційної статистики та матеріалів ВООЗ і OECD; узагальнення й аналітичної інтерпретації – для формування висновків і обґрунтування напрямів удосконалення публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення з акцентом на сфері охорони здоров'я.

Практичне значення результатів дослідження

– отримані висновки та узагальнення можуть бути використані органами державної влади та органами місцевого самоврядування при розробленні й коригуванні програм та стратегій у сфері адаптації суспільства до старіння населення, зокрема у частині розвитку системи охорони здоров'я та довготривалого догляду;

– запропоновані підходи до вдосконалення механізмів реалізації публічної політики можуть бути використані в практиці діяльності закладів охорони здоров'я, соціальних служб і громад при плануванні інтегрованих медико-соціальних послуг для людей старшого віку.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

1.1 Адаптація суспільства до старіння населення як предмет публічної політики

Старіння населення є одним з найпотужніших демографічних процесів XXI століття, що характеризується зростанням частки осіб похилого віку у загальній структурі населення та має системний вплив на соціально-економічну, політичну та культурну структуру суспільства.

За висновками ВООЗ зростання частки людей похилого віку є результатом одночасного впливу двох факторів: підвищення тривалості життя, що стало наслідком значного прогресу у сфері охорони здоров'я, зниження рівня смертності, поліпшення умов життя та доступу до медичної допомоги та зниження народжуваності, яке зумовлене тривалими соціально-економічними змінами, а саме урбанізацією, підвищенням рівня освіти (зокрема жінок), зміною моделей сімейної поведінки та пріоритетів репродуктивної політики [49, с. 45-49]. Сукупність цих процесів призводить до зміни вікової структури населення, коли частка осіб похилого віку невідмінно зростає, тоді як частка молодших поколінь скорочується, що трансформує демографічний баланс більшості країн світу [29]. Так, на європейському рівні, за даними Eurostat, у 2019 році середня частка осіб віком 65 років і старше в країнах ЄС перевищувала 20,0 %, а до 2050 р. очікується її зростання до 29,4 % [3, с. 8]. Тенденції старіння населення характерні і для країн Азійсько-Тихоокеанського регіону, де агентство ООН з питань сексуального та репродуктивного здоров'я прогнозує збільшення частки людей віком старше 60 років з 13,6 % у 2020 р. до 24,9 % у 2050 р. [40, с. 2]. Прискорене старіння населення в країнах Азії відзначене у звіті OECD [33, с. 48]. Частиною того ж глобального процесу є

зменшення середнього розміру сім'ї на тлі зменшення народжуваності та збільшення очікуваної тривалості життя в Латинській Америці [28].

Україна входить до числа держав з найстарішим населенням: частка осіб віком старше 65 років у загальній структурі населення з 2014 року збільшилась з 15,3 % до 17,6 % станом на початок 2022 року, що відповідає рівню високого демографічного старіння за класифікацією ООН [85, с. 14; 103, с. 10]. До 2050 р. цей показник, за різними прогнозами, може досягти від 23,0 % до 29,0 % (рис. 1.1).

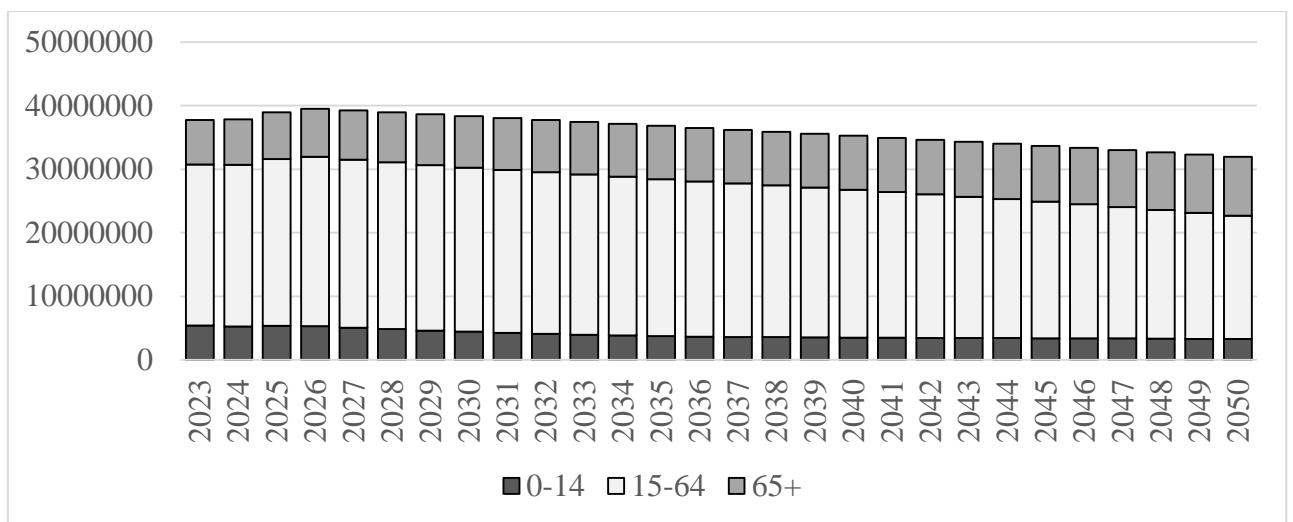


Рис. 1.1 – Прогноз чисельності населення за віковими групами [48]

Як підкреслює Р. Теслюк, старіння населення України має сталий характер: він відбувається протягом останніх 30 років та зумовлений переважно швидким зниженням народжуваності при більш повільному зростанні тривалості життя. При цьому спостерігається скорочення чисельності молодшої вікової групи (0–14 років) і поступове зростання чисельності старших вікових груп (65+) (Додаток А) [41].

З 2022 року демографічна ситуація в Україні ускладнюється наслідками воєнних дій та міграцією. За даними видання Frontliner, внаслідок повномасштабної війни Україна втратила близько 10 млн осіб населення, що стало результатом як масштабного виїзду за кордон молоді та жінок репродуктивного віку, так і значних демографічних зрушень: зниження

народжуваності, зростання смертності [62]. Це додатково вплинуло на зміщення вікової піраміди у бік старших вікових груп. Як зазначає Е. Лібанова, війна не лише спричинила втрати населення, а й поглибила кризу демографічного відтворення. Старіння населення в Україні відбувається на тлі зниження якості життя, високого рівня смертності у працездатному віці та низької очікуваної тривалості життя, що залишається нижчою за середньоєвропейські показники [26]. Така ситуація створює передумови для пришвидшеного старіння нації.

Трансформація вікової структури суспільства, наближення її до типових для розвинених країн моделей, формує нові соціально-економічні виклики для державної політики (рис. 1.2).

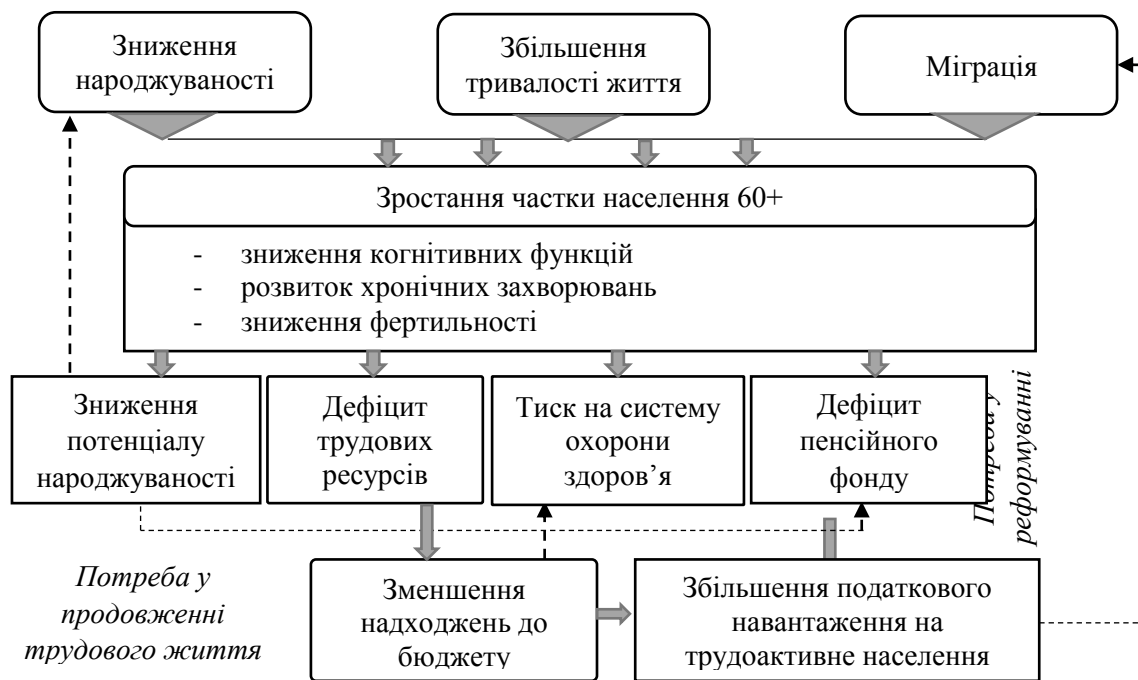


Рис. 1.2 – Схема механізм впливу старіння населення на соціально-економічні проблеми [43; 56; 58; 81; 105]

Так, Л.Б. Мартинова акцентує увагу на проблемах, пов'язаних з фінансовою стабільністю пенсійного забезпечення і охорони здоров'я [81, с. 91]. По-перше, старіння населення збільшує навантаження на систему охорони здоров'я: зі зростанням частки людей похилого віку зростає й поширеність хронічних захворювань, мультихвороб, потреб у профілактиці та

довготривалому догляді. Це зумовлено природними фізіологічними процесами, що супроводжують старіння організму. З віком знижується імунна реактивність, зменшується м'язова маса, погіршуються регенеративні функції, когнітивні та сенсорні можливості. Такі зміни збільшують ризик розвитку серцево-судинних, онкологічних, ендокринних та опорно-рухових захворювань, а також зумовлюють потребу у міждисциплінарному підході до лікування й реабілітації. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 75 % осіб віком понад 65 років мають принаймні одне хронічне захворювання, а близько 40 % – два або більше, що створює значний тиск на системи охорони здоров'я навіть у країнах з високим рівнем доходів [49, с. 59].

По-друге, старіння населення формує зростаючий фіскальний тиск на системи соціального забезпечення та пенсійного страхування, що особливо відчутно в країнах з переважанням солідарної моделі пенсійного забезпечення. Саме така модель реалізована наразі в Україні. Збільшення частки осіб пенсійного віку означає розширення кола отримувачів соціальних виплат при одночасному скороченні кількості працюючих, які сплачують внески до Пенсійного фонду. Це призводить до зростання дефіциту бюджету солідарної системи та потреби у бюджетних трансфертах для покриття її зобов'язань. Так, відповідно до звіту Рахункової палати України про виконання державного бюджету України у 2024 році з бюджету було виділено дотацій на покриття дефіциту пенсійного фонду та виплату надбавок, що не фінансуються з фонду у сумі 274,7 млрд грн., що становило 59 % загальної суми видатків на соціальне забезпечення [58, с. 31]. Таке суттєве навантаження на державний бюджет обмежує можливості фінансування інших соціальних програм, в тому числі, в сфері охорони здоров'я.

В Україні ця проблема загострюється внаслідок воєнних втрат, міграційних процесів і тінізації праці, які додатково скорочують кількість офіційних платників внесків. За даними національного інституту стратегічних досліджень близько 5 млн. українських біженців, серед яких близько 50 % осіб працездатного віку, отримали тимчасовий захист в інших країнах [112]. У

поєднанні з високою часткою осіб, які отримують мінімальні пенсії (пенсійна система України забезпечує низький рівень пенсійних виплат), це створює ризики не лише для фінансової стабільності системи, а й для соціальної справедливості, адже рівень заміщення (співвідношення пенсії до заробітку) залишається одним з найнижчих у Європі [89]. Отже, тенденції старіння населення в Україні обтяжуються зростанням соціальної вразливості людей похилого віку. Серед основних чинників Р.Т. Теслюк та В.Я. Бідак визначають високий рівень бідності, який охоплює понад половину пенсіонерів, недостатній розмір пенсій порівняно з фактичним прожитковим мінімумом, обмежений доступ до якісної медичної допомоги, а також слабкий розвиток інфраструктури догляду. У сільській місцевості ситуація загострюється через відсутність належних соціальних послуг і транспортної доступності [121]. На думку експертів ОЕСД, без структурної реформи пенсійної системи, яка б поєднувала солідарний і накопичувальний рівні, демографічне старіння може призвести до хронічного бюджетного дефіциту та подальшої соціальної вразливості осіб старшого віку [23, с. 6, 19].

Крім зазначених проблем старіння населення безпосередньо впливає на економічний потенціал країни, трансформуючи структуру ринку праці та продуктивність економіки. Згідно з дослідженням В.А. Веклича, процес демографічного старіння в Україні супроводжується скороченням чисельності працездатного населення та зменшенням його якісного потенціалу: освітнього, фізичного та інноваційного [56]. Зменшення частки молодих працівників призводить до уповільнення оновлення трудових ресурсів, тоді як підвищення частки старших вікових груп (55–64 роки) створює ризики зниження продуктивності праці, оскільки ці працівники частіше мають обмеження у фізичній витривалості, цифрових навичках і здатності до професійної мобільності.

В умовах старіння населення скорочується кількість жінок у віці активної фертильності, що поглиблює кризу народжуваності та в перспективі зумовлює подальше скорочення трудового потенціалу країни. Як зазначає О.М. Романуха,

процес старіння населення має кумулятивний ефект: зменшення частки жінок репродуктивного віку (15-49 років) призводить до сталого зниження показників народжуваності, що формує «демографічну інерцію» – довготривалу тенденцію скорочення кількості молодих поколінь, які вступають у працездатний вік [105, с. 91-92]. Так, частка жінок вікової групи 20-34 роки (найбільшої за інтенсивністю народжуваності) з початку 2000-х років в Україні скоротилася майже на третину, а міграційні процеси як наслідок війни додали цьому процесу динаміки, що обмежує потенціал природного відтворення населення [84, с. 143–147]. Потрібно зазначити, що подібну закономірність підкреслюють і міжнародні дослідження. За даними World Population Prospects 2022, у більшості країн Центральної та Східної Європи спостерігається стійке зниження чисельності жінок репродуктивного віку з прогнозом скорочення в середньому на 20-25% у період до 2050 року, що є ключовим чинником довгострокового скорочення робочої сили та зростання демографічного навантаження (Додаток Б).

Вплив старіння населення на ринок праці проявляється також в посиленні розриву між попитом і пропозицією робочої сили, особливо в умовах післявоєнної відбудови, коли зростає потреба у висококваліфікованих кадрах, а чисельність економічно активного населення скорочується [43, с. 28–31]

Старіння робочої сили зумовлює й структурні зміни – переорієнтацію економіки з виробничих секторів на сфери послуг, охорони здоров'я та догляду, де зосереджується значна частина працівників старших вікових груп.

Водночас старіння не слід розглядати виключно як кризовий процес. У сучасній європейській практиці формується концепція «активного та здорового старіння» – підхід, який розглядає людей старшого віку як ресурс розвитку, а не лише як об'єкт соціальної опіки [12]. Старіння робочої сили формує нову структуру попиту на працю, в якій зростає потреба у створенні умов для активного довголіття, професійної перепідготовки та розвитку гнучких форм зайнятості [61; 124] Всесвітня організація охорони здоров'я підкреслює, що

створення сприятливих середовищ для осіб літнього віку є не витратами, а інвестиціями у соціальну стабільність і міжпоколінну солідарність [49, с. 8].

Таким чином, старіння населення виступає визначальним чинником формування публічної політики, орієнтованої на продовження трудової активності, підтримку професійної адаптації людей старшого віку та інтеграцію принципів «активного старіння» в соціально-економічне планування, що потребує довгострокового, науково обґрунтованого та міжсекторального підходу. Основними принципами такої політики є [39, с. 15] рівність, доступність і міжсекторальна співпраця.

1.2 Інституціональне та інституційне забезпечення реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення

Публічна політика виступає фундаментальною складовою системи державного управління, оскільки спрямована на узгодження інтересів суспільства і держави у процесі вирішення соціально значущих проблем. Вона виконує не лише функцію реалізації політичних рішень, а й виступає інструментом соціального партнерства, що забезпечує взаємодію між владою, громадянським суспільством і приватним сектором.

У науковій літературі існують різні підходи до розуміння публічної політики. Так, у «Політичній енциклопедії» публічна політика трактується як складова політичного процесу, що поєднує державні інститути та соціальні групи, безпосередньо впливаючи на прийняття рішень [92, с. 571–572]. В «Енциклопедії державного управління» вона розглядається як діяльність органів влади всіх рівнів, спрямована на розв'язання суспільно важливих проблем [66, с. 484]. Проте, як зазначає С. Телешун, поняття «публічність» не можна зводити лише до роботи державних структур – воно передбачає відкритість, підзвітність і співпрацю з суспільством [101, с. 22].

Науковці підкреслюють багатогранність публічної політики. О. Шпортко визначає її як «симбіоз політичного рішення, наукової раціоналізації та акту масмедійної комунікації», наголошуючи на значенні суспільної легітимності через обговорення й комунікацію [131, с. 106]. Липовська Н., І. Письменний та О. Чальцева акцентують увагу на тому, що публічна політика є процесом колективного вироблення рішень, у якому враховуються ціннісні та культурні особливості суспільства, а поряд з державними інституціями важливу роль відіграють неформальні механізми громадської участі, такі як громадські ради, ініціативні групи, професійні асоціації тощо [79, с. 9–11; 128, с. 10].

Водночас, С. Телешун, С. Ситник та І. Рейтерович пропонують розглядати публічну політику як комплексну діяльність органів управління, що базується на узгодженні інтересів усіх зацікавлених сторін і спрямована на досягнення суспільно важливих цілей [120, с. 192]. Такий підхід відповідає західній традиції «со-governance» – спільного управління, у якому держава та суспільство разом формують порядок денний. Подібну позицію поділяє В. В. Кривошеїн, наголошуючи на необхідності розробки програм і пріоритетів влади на основі очікувань соціальних груп [78].

Отже, ми розглядаємо публічну політику не лише як механізм державного впливу, а й як систему партнерських відносин між державою, бізнесом і громадськістю. Комунікація, довіра та прозорість як основні умови ефективного управління, визначають специфіку реалізації публічної політики у сфері адаптації суспільства до старіння населення, де успішність рішень залежить від рівня взаємодії між владою, соціальними інститутами та громадянами. Це особливо важливо в умовах, коли запроваджувані рішення (наприклад, підвищення пенсійного віку, зміна системи соціальних виплат або перерозподіл бюджетних ресурсів) можуть викликати суспільне невдоволення та опір окремих груп. У такій ситуації завдання публічної політики полягає не лише в ухваленні ефективних управлінських рішень, а й у забезпеченні їх легітимності через діалог, пояснення та залучення громадськості до процесу формування політики.

Система реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення базується на двох взаємопов'язаних складових – інституціональній та інституційній. Перша визначає нормативно-правові та концептуальні засади державної політики, друга охоплює практичні інструменти, організаційну структуру та механізми координації між суб'єктами управління. Такий підхід дозволяє розглядати політику адаптації до старіння не лише як набір соціальних заходів, а як цілісну систему управління суспільними процесами, що включає розробку стратегій, формування правової бази, організацію міжвідомчої взаємодії й оцінювання результатів.

На інституціональному рівні основу становлять міжнародні нормативно-програмні документи серед яких Мадридський міжнародний план дій з проблем старіння (МІРАА), Європейська стратегія активного старіння, Стратегія ВООЗ «Decade of Healthy Ageing (2021–2030)», а також національні документи.

Концептуальні засади переходу від патерналістської до активної моделі старіння, орієнтованої на участь літніх людей у соціальному житті, доступ до освіти, праці та медичної допомоги заклад Мадридський план дій. В ньому визначено три стратегічні напрями, пов'язані з забезпеченням інтеграції осіб похилого віку в суспільство, стимулюванням здорового та активного старіння, а також створенням сприятливого середовища для довголіття. Основна ідея полягає в тому, що старіння населення це не лише виклик для систем соціального забезпечення, а можливість для залучення потенціалу старших поколінь до соціального й економічного розвитку [35]. Саме Мадридський план започаткував перехід від концепції «опіки» до парадигми «активного залучення», де особа похилого віку розглядається як суб'єкт, а не об'єкт політики.

У продовження цих підходів, на європейському рівні було сформовано Європейську стратегію активного старіння та солідарності між поколіннями [44]. Її основна мета полягає у створенні умов для гідного життя, активної участі та зайнятості осіб віком 55+, підвищенні їхньої кваліфікації, розвитку волонтерства, соціальної взаємодії та міжпоколінної підтримки. У документі

підкреслюється, що старіння не є загрозою, а ресурсом розвитку, який може забезпечити соціальну згуртованість та інноваційне оновлення суспільства. Європейська стратегія закликає держави інтегрувати питання демографічного розвитку у всі напрями публічної політики – від освіти й охорони здоров'я до ринку праці та міського планування, – що відповідає сучасній концепції «mainstreaming ageing» (інтеграції проблематики старіння в усі державні політики).

Ці положення поглиблено у Стратегії ВООЗ «Decade of Healthy Ageing (2021–2030)», яка є практичним інструментом реалізації глобальної ініціативи Мадридського плану. Документ окреслює чотири ключові напрями дій: зміна ставлення до старіння та вікової дискримінації; розбудова інтегрованих систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей літнього віку; забезпечення доступу до довготривалого догляду; створення сприятливих, безпечних і доступних громад, дружніх до людей похилого віку [9]. Таким чином, стратегія поєднує медико-соціальний і правовий виміри адаптації суспільства до старіння, підкреслюючи важливість міжсекторального партнерства держави, бізнесу та громадських організацій.

В Україні зазначені міжнародні підходи знайшли відображення у Стратегії демографічного розвитку України до 2040 року, яка визнає демографічне старіння одним з найвагоміших викликів розвитку держави. У документі наголошується на необхідності створення сприятливих умов для активного довголіття, реформування системи пенсійного забезпечення та розбудови інфраструктури догляду [114]. Цей документ став продовженням Державної стратегії з питань активного довголіття до 2022 року, що була прийнята у 2018 році. Наразі, в умовах війни, та бюджетних обмежень, пріоритет державної політики зміщено на гуманітарні потреби, соціальний захист внутрішньо переміщених осіб та відновлення інфраструктури. Водночас питання демографічного старіння не втрачає своєї актуальності, адже саме післявоєнна відбудова вимагатиме системного переосмислення підходів до підтримки осіб старшого віку, розширення їх участі в економічному та

громадському житті. Таким чином, зазначені документи визначають цілі, принципи та пріоритети державної політики у сфері старіння, формуючи рамкові орієнтири для діяльності державних і місцевих органів влади, а також для узгодження дій між різними секторами управління. Практичну реалізацію стратегії конкретизує План заходів на 2024–2027 роки, що деталізує механізми, терміни і відповідальних виконавців реалізації визначених цілей, забезпечуючи перехід від концептуальної до виконавчої площини політики [90].

Як зазначає Н. Липовська, ефективність державної політики залежить не лише від законодавчих актів, а від координаційного потенціалу державних інституцій, тобто їх здатності до міжвідомчої взаємодії, обміну інформацією та спільного планування дій [79, с. 81]. Інституційний рівень публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення – це мережа виконавчих органів, місцевих служб, спеціалізованих центрів і недержавних акторів (міністерства, ПФУ, територіальні центри соціального обслуговування, громадські об'єднання, приватні постачальники соціальних і медичних послуг), які безпосередньо втілюють політику на практиці. Саме на цьому рівні вирішуються питання розподілу повноважень, фінансування, міжвідомчої координації та контролю за ефективністю реалізації програм.

На державному рівні реалізація політики адаптації суспільства до старіння здійснюється через систему центральних органів виконавчої влади, що формують і реалізують політику у сфері соціального захисту, охорони здоров'я, зайнятості та пенсійного забезпечення. Координаційну роль відіграє Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України, яке визначає напрями державної політики у сфері соціального захисту осіб похилого віку, забезпечує розробку відповідних нормативно-правових актів, координує діяльність органів соціального обслуговування та територіальних центрів підтримки людей старшого віку [87]. Міністерство охорони здоров'я України є співвиконавцем Стратегії демографічного розвитку України та відповідає за впровадження політики здорового старіння, розвиток системи геріатричної допомоги та інтегрованих медико-соціальних послуг [116]. Адміністрування

солідарної системи пенсійного страхування здійснює Пенсійний фонд України, який забезпечує функціонування солідарного рівня пенсійного страхування, веде персоніфікований облік застрахованих осіб, контролює надходження страхових внесків і своєчасність пенсійних виплат [65]. Водночас Фонд бере участь у реалізації заходів з реформування пенсійної системи, зокрема щодо запровадження накопичувального рівня, спрямованого на підвищення фінансової стійкості системи в умовах демографічного старіння.

Крім того, до реалізації політики залучені Міністерство економіки України і Міністерство освіти і науки України, які забезпечують фінансування та реалізацію програм підтримки та адаптації людей старшого віку.

Попри те, що центральні органи виконавчої влади виступають основними суб'єктами формування та реалізації державної політики у сфері адаптації суспільства до старіння, безпосереднє втілення більшості заходів відбувається на місцевому рівні. Органи місцевого самоврядування забезпечують реалізацію державних програм у громадах, організовують надання соціальних і медичних послуг, координують діяльність територіальних центрів соціального обслуговування, а також впроваджують локальні ініціативи, спрямовані на підвищення якості життя людей похилого віку. Саме на місцевому рівні перетинаються повноваження соціальних служб, медичних закладів, центрів зайнятості, громадських організацій, що вимагає високого рівня координації, налагодження міжвідомчої взаємодії та створення ефективних механізмів управління на рівні територіальних громад.

Сучасна публічна політика у сфері старіння не може ефективно функціонувати без участі недержавних структур, таких як громадські організації, благодійні фонди, приватні компанії і міжнародні партнери. Це підкреслюють в своїх дослідженнях А.В. Мостепанюк, О.М Чальцева, Л.І. Мазуренко, наголошуючи, що саме ці суб'єкти забезпечують гнучкість, інноваційність і соціальну близькість політики до потреб громадян. Недержавні структури сприяють розширенню доступу людей похилого віку до соціальних і медичних послуг, розвитку програм активного довголіття, а також

компенсують обмежені ресурси державного сектору у сфері догляду й соціальної підтримки [80; 83; 128]. В Україні у сфері підтримки осіб похилого віку активно діють HelpAge International, Карітас Україна, Товариство Червоного Хреста України, а також низка регіональних ініціатив, що сприяють соціальній інтеграції літніх людей, розвитку волонтерства та просуванню концепції «активного старіння». Важливу роль відіграють міжнародні структури, зокрема ВООЗ, Європейська економічна комісія ООН (UNECE) та Міжнародна організація праці (МОП), які надають аналітичну та експертну підтримку, формують міжнародні стандарти і фінансують пілотні проекти.

Однак, попри наявність розвиненої нормативної бази, інституційне забезпечення політики у сфері старіння в Україні залишається фрагментарним та недостатньо скоординованим між центральним і місцевим рівнями. Регіональні аналізи стану організації соціальних послуг, в тому числі в Харківській області, фіксують нерівномірну спроможність громад до планування, моніторингу й оцінки якості послуг, а також дефіцит достовірних даних для управлінських рішень [123; 129, с. 30-31]. Паралельно триває поетапне впровадження Єдиної інформаційної системи соціальної сфери, що має зняти частину координаційних бар'єрів, однак наразі система перебуває у стадії розгортання [67]. Варто зазначити, що інституціональна та інституційна складові формують основу для розробки та впровадження політики адаптації суспільства до старіння населення. Водночас їх наявність ще не гарантує результативності: вирішальне значення має те, якими практичними механізмами наповнюється ця політика.

1.3 Механізми реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення

Механізми реалізації – це практичні інструменти, через які нормативно-правові й інституційні засади політики втілюються у конкретні дії. Вони

охоплюють соціально-економічні, медико-санітарні, освітньо-культурні та інформаційно-комунікаційні аспекти. Кожен з них розкриває окремий вимір адаптації суспільства до демографічних змін, а їх поєднання формує комплексну модель політики, що відповідає сучасним викликам і міжнародним стандартам. За напрямками впливу на процеси старіння доцільно виділити два взаємодоповнюючі блоки: механізми підтримки та механізми активного залучення. Перший орієнтований на гарантування базової соціальної безпеки та зниження вразливості людей літнього віку, тоді як другий акцентує увагу на розкритті потенціалу старших поколінь, їх включенні в економічне та суспільне життя [4; 52; 54]. Такий поділ дозволяє поєднати класичні інструменти соціального захисту з новітніми практиками «активного старіння», що відповідає міжнародним підходам (ООН, ВООЗ, ЄС) і сучасним викликам розвитку України. Поєднання цих підходів дозволяє розглядати механізми не ізольовано, а як взаємопов'язану систему (рис. 1.3)

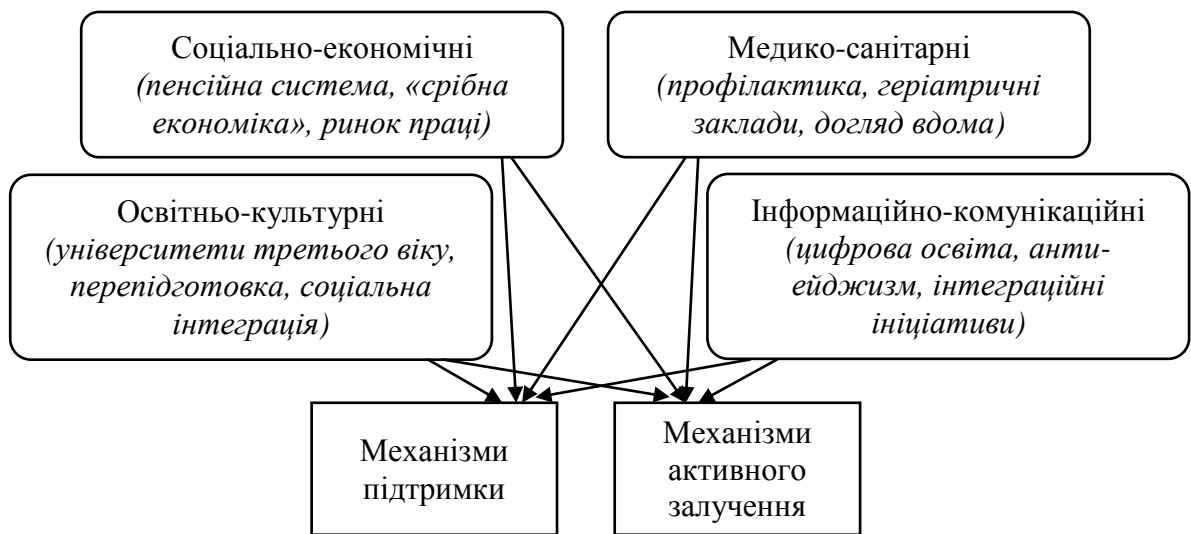


Рис. 1.3 – Система механізмів реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення [66; 79; 120]

Одним з центральних напрямів адаптації суспільства до старіння населення є формування адекватної фінансовим викликам пенсійної системи. Це фінансово-економічний інструмент, що забезпечує базову підтримку літніх людей та водночас визначає стабільність усієї соціальної сфери. Його сутність

полягає у гарантуванні регулярних виплат у разі втрати працездатності чи досягнення пенсійного віку, що дозволяє мінімізувати ризики бідності серед осіб старшого покоління та підтримувати їх соціальну інтеграцію. Такий механізм формує не лише систему захисту, а й є стабілізуючим фактором для суспільства, оскільки забезпечує передбачуваність доходів для значної частини населення.

Розглянуті вище причини та вплив старіння населення на солідарну модель пенсійного забезпечення зумовлюють особливу значимість реформування пенсійної системи саме для України. У цьому контексті важливим механізмом є розвиток накопичувального рівня пенсійного забезпечення і стимулювання додаткових добровільних внесків. Багаточисельні дослідження та досвід інших країн підтверджують, що накопичувальні системи формують додаткове джерело пенсійних виплат, що зменшує навантаження на систему солідарного страхування [14, с. 32; 104, с. 37; 106, с.124]. Сучасні пенсійні системи базуються на трьох рівнях (солідарному, накопичувальному та добровільно-накопичувальному), де накопичувальний елемент служить додатковим джерелом майбутніх пенсійних виплат поряд із солідарними [38; 108]. Крім зменшення потреби у бюджетному дофінансуванні солідарного рівня впровадження недержавного пенсійного страхування сприяє

- розвитку фінансової системи, зокрема страхової та банківської сфери,
- формуванню додаткових джерел доходів для пенсіонерів, що забезпечить підвищення якості їхнього життя,
- розподілу ризиків залежності від єдиного джерела виплат,
- економічному розвитку за рахунок використання додаткового інвестиційного ресурсу [69, с 250; 95; 109].

Соціально-економічні механізми адаптації суспільства до старіння населення передбачають не тільки реформування пенсійної системи, а охоплюють ширший спектр заходів. Паралельно формується і набирає ваги концепція «срібної економіки» (silver economy) – економічної моделі, що розглядає людей віком 60+ не лише як споживачів соціальних послуг, але як

активних учасників економічного процесу. В рамках реалізації цієї моделі велика увага приділяється подовженню економічної активності людей похилого віку, що проявляється в стимулюванні їх працевлаштування та підприємницької діяльності. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що ця модель дає змогу використовувати накопичений трудовий, освітній та інноваційний потенціал літніх людей, зменшуючи залежність економіки від обмежених трудових ресурсів молодших поколінь [47]. Зокрема, створення робочих місць для літніх працівників сприяє не лише зниженню рівня їх соціальної вразливості, а й підвищує загальну продуктивність економіки завдяки збереженню досвіду та професійних компетенцій. Розвиток підприємництва серед старших вікових груп дозволяє не тільки збільшити рівень самозайнятості, але й створювати нові економічні ніші, орієнтовані на потреби населення старшого віку. Тож ще одним елементом механізму є так званий «срібний ринок», або ринок товарів і послуг для осіб старшого покоління. Його розвиток відкриває додаткові можливості для бізнесу та формує стимули для інновацій, включаючи впровадження цифрових технологій і розробку продуктів, дружніх до людей літнього віку. У цьому контексті технології розглядаються як інструмент продовження активного трудового життя, наприклад, завдяки дистанційним формам зайнятості чи цифровій освіті [51].

З огляду на швидкі темпи технологічних та соціально-економічних змін працевлаштування літніх людей перестає бути лише питанням наявності вакансій, а все більше питанням адаптації до нових форм праці, цифрових навичок та здатності до безперервного навчання. При цьому варто враховувати, що для осіб похилого віку фізіологічні зміни (зниження швидкості засвоєння нових технологій, потреба в підтримці адаптації, соціальні бар'єри) створюють додаткові виклики, які потребують спеціалізованих освітніх підходів [74, с. 41]. З огляду на це особливого значення набуває такий механізм адаптації літніх людей до вимог сучасного суспільства як університети третього віку.

Попри те, що деякі науковці розглядають базову функцію університетів третього віку в контексті створення простору для запобігання соціальній

ізоляції, підтримки психічного та когнітивного здоров'я [53; 73; 74], їх роль є значно ширшою. У європейських країнах (Польща, Німеччина, Франція) вони уже давно розглядаються як ресурс для продовження соціальної та економічної активності літніх людей, а не лише як дозвіллєва чи соціальна платформа [55; 126]. Тож університети третього віку можна і потрібно трактувати двовекторно: 1) як соціально-культурний інструмент підтримки активності, комунікації та психічного здоров'я; 2) як економічний та професійний ресурс для адаптації до нових умов праці, підтримки конкурентоспроможності на ринку праці та продовження трудового життя. Цей підхід відповідає міжнародним концепціям «active ageing» (активного старіння) та «lifelong learning» (навчання протягом життя), які рекомендують ВООЗ та Європейська комісія [1].

Коли можливості людини через фізіологічні процеси частково обмежуються, на перший план виходять медико-санітарні заходи, пов'язані більше з підтримкою здоров'я, доглядом і геріатричною допомогою. Вони становлять ядро публічної політики адаптації до старіння, оскільки саме через систему охорони здоров'я та довготривалого догляду держава реагує на зростання поширеності хронічних захворювань, мультиморбідності та функціональних обмежень у літньому віці. Їхній зміст полягає у поєднанні профілактичних заходів, організації довготривалого догляду та розвитку інтегрованих медико-соціальних послуг.

Профілактичні програми, орієнтовані на раннє виявлення та попередження вікових хвороб, дозволяють зменшити потребу у тривалому лікуванні й догляді [42, с. 8–9; 102, с. 55]. Поряд з цим важливими інструментами є організація допомоги вдома та розвиток спеціалізованих закладів довготривалого догляду, які забезпечують комплексні медико-соціальні послуги. Організація допомоги вдома є найбільш прийнятною формою соціальної підтримки для значної частини людей старшого віку, дозволяє забезпечити їх базові потреби у знайомому середовищі та відтермінувати потребу в інституційному догляді. Інституційні форми підтримки залишаються необхідними для осіб з високим рівнем залежності. В

спеціалізованих закладах тривалого догляду та геріатричних центрах літні люди отримують медичну, соціальну і психологічну підтримку [64; 111; 122].

У сучасних підходах до підтримки літніх людей ефективність забезпечується роботою мультидисциплінарних команд, до складу яких входять сімейний лікар, медична сестра, соціальний працівник, реабілітолог і психолог. Така модель дозволяє врахувати комплексні потреби літньої людини та підвищити якість персоналізованої підтримки [98; 118].

Ефективність публічної політики у сфері адаптації до старіння значною мірою залежить від комунікації: як держава пояснює цілі й інструменти, як долає упередження щодо старших людей і як навчає громадян користуватися послугами та цифровими сервісами. Інформаційно-комунікаційні механізми включають анти-ейджистські кампанії і освітні програми (за стандартами ВООЗ), цифрову просвіту старших громадян для доступу до е-послуг, інтергенераційні ініціативи як спосіб зменшення соціальної дистанції; прозору звітність і оновлення публічної інформації про перебіг реформ [59; 70, с. 96].

Окреслені основні механізми й інструменти реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення, які можуть набувати різних форм, проте найбільший ефект вони забезпечують саме у взаємодії, коли соціально-економічні, медико-санітарні, освітньо-культурні та інформаційно-комунікаційні заходи функціонують як цілісний комплекс. Лише синергія цих механізмів дає можливість не тільки мінімізувати вразливість людей похилого віку, а й максимально розкрити їхній потенціал для суспільного розвитку та міжпоколінної солідарності.

В той же час найбільш «чутливим вузлом» публічної політики адаптації до старіння населення є саме сфера охорони здоров'я, адже вона одночасно реагує на зростання потреб у профілактиці, лікуванні хронічних станів і підтримці функціональної здатності людей старшого віку. В українських умовах цей виклик посилюється наслідками війни і накопиченими проблемами стану здоров'я населення. Це зумовлює логіку подільшого дослідження відповідності сфери охорони здоров'я умовам старіння населення.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

2.1 Методики оцінювання рівня розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення

Якість життя людей похилого віку, їхня соціальна інтеграція та активність значною мірою залежать від ефективності медичних і соціальних послуг, які є центральним елементом публічної політики у сфері адаптації до старіння населення. Оцінювання рівня розвитку сфери охорони здоров'я, що забезпечує реалізацію цих послуг, в умовах старіння населення є необхідною передумовою для визначення досягнутого стану, виявлення проблем та своєчасного коригування публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення. Такі методики дозволяють не лише зафіксувати слабкі місця у забезпеченні літніх людей медичними та соціальними послугами, а й визначити потенціал системи, спрогнозувати майбутні виклики та розробити відповідні управлінські рішення.

У світовій практиці для оцінювання ефективності політики, орієнтованої на людей літнього віку, міжнародні організації застосовують спеціальні індекси та системи показників. Вони охоплюють як медичні, так і соціально-економічні аспекти добробуту, дозволяючи оцінювати якість життя старшого покоління, рівень його інтеграції та активності. Одним з перших таких комплексних інструментів став Global AgeWatch Index, розроблений HelpAge International у 2013 році. Він дозволив скласти глобальний рейтинг добробуту людей 60+ за чотирма блоками: доходи, охорона здоров'я, можливості (зайнятість, освіта) та сприятливе середовище [15, с. 9]. Для оцінювання сфери охорони здоров'я застосовувалися такі показники: очікувана тривалість життя після 60 років (Life Expectancy at 60), очікувана тривалість здорового життя після 60 (Healthy Life

Expectancy at 60) і психологічне благополуччя (Psychological Well-being) осіб похилого віку [15, с. 9]. Цей рейтинг охопив 91 країну світу, включаючи Україну, яка в тому рейтингу посіла 66 місце, що відображало в цілому низькі показники доходів та охорони здоров'я літніх людей. Далі індекс оновлювався у 2014 та 2015 рр., охопивши вже 96 країн. Позиція України в цьому рейтингу знизилась до 73-ї у 2015 році [15; 16].

Після 2015 року Global AgeWatch Index більше не оновлювався, оскільки HelpAge International зосередилася на підготовці тематичних звітів Global AgeWatch Insights, які дозволяли глибше аналізувати окремі аспекти добробуту літніх людей у різних країнах (наприклад, нерівність у доходах чи доступі до медичних послуг). Основними причинами відмови від щорічного комплексного рейтингу стали висока ресурсомісткість збору даних та залежність від національної статистики, яка не завжди була доступною чи порівнюваною між країнами [8, с. 5].

Натомість у європейському контексті поступово набув поширення Індекс активного старіння (Active Ageing Index, AAI), розроблений ЄЕК ООН та Європейською комісією, який акцентував увагу на участі людей старшого віку в економічному, соціальному та культурному житті. Він охоплює чотири блоки: зайнятість, участь у суспільному житті, незалежне та здорове життя, сприятливе середовище для активності. На відміну від GAWI, цей індекс зорієнтований не лише на опис стану, а й на формування політичних рішень, зокрема у сфері охорони здоров'я, зайнятості й освіти літніх людей [45]. AAI позиціонується як інструмент для політиків і держменеджерів, що робить його придатним для планування програм і бюджетів у сфері старіння, а методичні настанови UNECE підкреслюють його роль у розробленні та моніторингу політики активного старіння [82].

Зазначимо, що Індекс активного старіння (AAI) не є інструментом прямої оцінки системи охорони здоров'я, він опосередковано відображає її вплив через блок «незалежне та здорове життя», що включає показники очікуваної тривалості життя, рівня фізичної активності та доступу до основних послуг.

Таким чином, медичні аспекти інтегруються у комплекс ширших соціальних показників, які використовуються як інструмент широкої політики активного старіння.

Водночас для більш цілеспрямованої оцінки саме функціонування системи охорони здоров'я у світовій практиці використовується методологія Health System Performance Assessment (далі – HSPA), розроблена ВООЗ. Вона не є безпосередньо адаптованою до специфіки демографічного старіння, проте дозволяє оцінити ключові параметри роботи медичних систем, які мають вирішальне значення й у контексті зростання частки літнього населення. Основою HSPA виступає оцінка досягнення стратегічних цілей: покращення рівня здоров'я населення; орієнтація на потреби пацієнтів; забезпечення фінансового захисту; ефективне використання ресурсів; рівність доступу до послуг [32, с.18]. Тож така рамка дозволяє комплексно оцінювати як результати діяльності системи охорони здоров'я, так і її здатність до адаптації в умовах соціально-демографічних змін, включно з викликами старіння населення

Health System Performance Assessment (далі – HSPA) виступає методологічною основою для створення національних систем моніторингу та оцінки. У межах HSPA окреслюються цілі системи охорони здоров'я (покращення стану здоров'я населення, орієнтація на потреби пацієнтів, забезпечення фінансового захисту, ефективність використання ресурсів і рівність доступу), визначаються ключові функції (фінансування, управління, кадрове й матеріальне забезпечення, надання послуг) та пропонується панель індикаторів для їх вимірювання. Такий підхід дозволяє країнам формувати власні моделі оцінювання, комбінуючи кількісні та якісні показники відповідно до пріоритетів і доступних статистичних даних, а також забезпечує можливість порівняння результатів між державами [22, с. 5–7; 32, с. 12–15]. В Україні методологія HSPA поки що не запроваджена як цілісна рамка, однак окремі її елементи вже застосовуються у практиці моніторингу і оцінювання СОЗ, зокрема у звітах щодо фінансування та реформування системи охорони здоров'я, підготовлених МОЗ спільно з ВООЗ та Світовим банком [20].

Найбільш системно імплементовано блок, що стосується фінансового захисту населення: використовується показник частки домогосподарств з катастрофічними витратами на медичну допомогу (понад 25 % доходу), а також індикатор бідності, спричиненої витратами на лікування. Ці критерії дозволяють оцінити вразливість домогосподарств, для яких високі витрати на медичні послуги можуть призводити до соціальної ізоляції та зниження рівня життя. З огляду на те, що основними споживачами медичних послуг є літні люди, котрі за рівних доходів несуть вищі витрати на лікування, ці показники можна інтерпретувати як непрямую характеристику здатності системи охорони здоров'я адаптуватися до викликів старіння населення [20, с. 19-23].

Другим важливим напрямом є оцінювання доступності медичних послуг, що охоплює як географічний, так і фінансовий вимір. У звітах аналізується охоплення населення ПМД через кількість підписаних декларацій з сімейними лікарями, визначаються бар'єри доступу до стаціонарних і амбулаторних послуг, а також виявляються відмінності між міськими та сільськими громадами, що дозволяє відстежувати охоплення первинною допомогою, бар'єри доступу та регіональні диспропорції в кадровому забезпеченні [20, с. 23-27]. Тому люди старшого віку є інтенсивними споживачами медичних послуг, ці індикатори можуть слугувати базою для оцінювання чутливості системи охорони здоров'я саме до викликів старіння, за умови, що їх буде стратифіковано за віковими групами (60+, 65+) і доповнено спеціальними показниками тривалого догляду, реабілітації та паліативної допомоги. У площині ефективності використання ресурсів HSPA застосовується для аналізу продуктивності лікарень: відстежується середня тривалість госпіталізації, рівень завантаження ліжкового фонду, витрати на пацієнта у різних секторах системи, а також результативність централізованих закупівель лікарських засобів. Такі показники дають змогу оцінити раціональність використання ресурсів та оптимізувати витрати державного бюджету [20, с. 35–37, 42-43].

Окремо у практиці використовується блок, що відображає справедливість та рівність доступу до медичних послуг. У звітах вказується на суттєві

розбіжності у фінансуванні, інфраструктурному забезпеченні та кадровому потенціалі системи охорони здоров'я між різними регіонами України. Це дозволяє виявити нерівності за доходами та місцем проживання, що є критично важливим у контексті забезпечення прав літніх людей на рівний доступ до медичної допомоги [20, с. 40–42].

Рівень, рівень методичного забезпечення оцінювання рівня розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення виглядає достатньо обмеженим. Українська практика імплементації HSPA зосереджується переважно на фінансових і доступових аспектах, тоді як оцінка якості та кінцевих результатів (наприклад, очікувана тривалість здорового життя після 60 років) поки що залишається недостатньо розробленою. Окрім міжнародних індексів, у практиці оцінювання розвитку сфери охорони здоров'я значне місце займають національні системи моніторингу та статистичні інструменти. Вони дають змогу отримувати первинні дані, необхідні для побудови інтегральних показників, а також дозволяють урахувувати специфіку старіння населення.

В Україні одним з ключових джерел інформації є щорічне репрезентативне опитування «Індекс здоров'я. Україна», яке здійснюється за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» та Київської школи економіки. Опитування охоплює різні вікові групи, включно з літніми людьми, і фіксує суб'єктивну оцінку доступності та якості медичних послуг, бар'єрів у їх отриманні, рівня задоволеності пацієнтів. Це дозволяє отримати унікальні дані щодо сприйняття системи охорони здоров'я самими користувачами та врахувати вікову стратифікацію (60+, 65+) у подальших розрахунках [71].

Додатковим джерелом інформації виступають статистичні матеріали Державної служби статистики України, зокрема модулі вибіркового обстеження домогосподарств. Вони дозволяють оцінювати витрати населення на медичні послуги, рівень самооцінки стану здоров'я, а також бар'єри у доступі до медичної допомоги за територіальною та соціально-економічною ознакою [110]. У поєднанні з національними рахунками охорони здоров'я ці дані формують підґрунтя для аналізу фінансової доступності медичних послуг,

включаючи поширеність катастрофічних витрат серед домогосподарств. Окреме місце посідають відкриті дані НСЗУ, що акумулюються у системі eHealth. Вони містять інформацію про кількість укладених декларацій з сімейними лікарями, структуру надавачів послуг, регіональні диспропорції у забезпеченні первинною медичною допомогою. Ці показники можуть бути інтегровані у критерій «доступність», а також частково у блок «інфраструктура», оскільки відображають реальну спроможність мережі задовольнити попит населення, у тому числі людей літнього віку [113].

Для міжнародних порівнянь використовуються щорічні звіти ОЕСР «Health at a Glance», що включають блок показників довготривалого догляду. Зокрема, аналізується частка осіб 65+, які отримують допомогу вдома або у спеціалізованих закладах, забезпеченість кадровими ресурсами й інфраструктурою довготривалого догляду, обсяги фінансування цієї сфери [19]. Навіть якщо Україна не завжди охоплена цими дослідженнями, методологія та референтні значення показників можуть бути використані як бенчмарки для оцінки спроможності національної системи реагувати на виклики старіння населення.

Таким чином, у сучасній практиці оцінювання розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення комбінуються різні джерела: міжнародні індекси (GAWI, AAI, HSPA), національна статистика (Держстат, НСЗУ), вибіркові соціологічні опитування («Індекс здоров'я. Україна»), а також міжнародні бенчмарки (OECD, WHO). Це дозволяє сформувавши комплексний набір індикаторів, який відображає як об'єктивні параметри (доступність, фінансування, інфраструктура), так і суб'єктивні оцінки самих літніх людей щодо якості та доступності медичних послуг (табл. 2.1). Такі індикатори дають можливість простежити не лише поточний стан галузі, а й окреслити потенціал її розвитку в умовах старіння населення.

Таблиця 2.1 – Критерії оцінювання розвитку сфери охорони здоров'я для осіб похилого віку [77; 107; 132]

Критерій	Показники для вимірювання	Джерела даних
Доступність	<ul style="list-style-type: none"> – Кількість лікарів загальної практики на 10 тис. населення – Частка літніх людей, які мають доступ до сімейного лікаря (наявність декларації) – Територіальна щільність медичних закладів (місто/село) – Бар'єри доступу до амбулаторних і стаціонарних послуг – Самооцінка доступності медичних послуг людьми 60+ 	МОЗ України, Держстат, НСЗУ (eHealth), «Індекс здоров'я. Україна», опитування
Якість	<ul style="list-style-type: none"> – Очікувана тривалість життя у 60 років – Очікувана тривалість здорового життя у 60 років – Рівень смертності від хронічних хвороб у віковій групі 65+ – Задоволеність пацієнтів якістю послуг – Рівень профілактичного охоплення (щеплення, скринінги) серед літніх осіб 	ВООЗ, НАН України, МОЗ, ОЕСД, «Індекс здоров'я. Україна», опитування
Фінансування	<ul style="list-style-type: none"> – Частка ВВП, що спрямовується на охорону здоров'я – Рівень державних і приватних витрат на лікування – Частка домогосподарств з «катастрофічними» витратами на медицину (>25% доходу) – Частка домогосподарств, які зіштовхнулися з бідністю через медичні витрати 	Світовий банк, ВООЗ, Держстат (рахунки охорони здоров'я), WHO & World Bank Reports
Інфраструктура	<ul style="list-style-type: none"> – Кількість геріатричних ліжок у лікарнях – Розвиток системи паліативної допомоги (кількість відділень, доступність) – Наявність центрів довготривалого догляду та соціальних послуг – Забезпеченість обладнанням для реабілітації – Частка осіб 65+, які отримують довготривалий догляд (LTC) удома чи у закладах 	МОЗ України, територіальні громади, ОЕСД (Health at a Glance), ПРООН, аналітичні звіти ВООЗ

2.2 Результати реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення

У межах державної політики України з адаптації до старіння населення реалізовано низку ключових стратегічних документів та програмних ініціатив.

Серед них Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та створення НСЗУ [97; 100]. Відповідно закону Кабінет Міністрів України щороку затверджує деталізований зміст Програми медичних гарантій, а Верховна Рада України забезпечує фінансування її реалізації затверджуючи відповідні витрати у складі Закону про Державний бюджет на відповідний рік.

Одночасно формуються міжвідомчі плани та регіональні стратегії, зокрема «Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні», План заходів з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні, а також «Стратегія реформування системи надання соціальних послуг» [86; 91; 115]. Ці документи спрямовані на підвищення якості життя людей похилого віку через розширення доступу до медичних і соціальних послуг, інтеграцію їх у громади, розвиток системи довготривалого догляду та стимулювання активної участі літніх осіб у соціально-економічному житті суспільства.

В той же час в Україні відсутня розгорнута система офіційної статистики у сфері охорони здоров'я, що дозволяла б здійснювати аналіз показників у розрізі вікових груп дорослого населення. Це істотно обмежує можливості комплексного оцінювання стану здоров'я осіб похилого віку та ефективності реалізованих заходів державної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення відповідно до обраних критеріїв. На офіційних вебресурсах Центру громадського здоров'я МОЗ і НСЗУ представлена переважно агрегована аналітика за регіонами, видами медичних послуг або рівнями надання допомоги. У більшості випадків дані публікуються без вікової стратифікації, за винятком окремих модулів. Внаслідок цього значна частина показників, які могли б характеризувати доступність, якість чи фінансову спроможність системи охорони здоров'я для літніх людей, залишається поза межами статистичного аналізу. Інформація по окремих показниках починається з 2024 року, що не дає можливості відслідкувати динаміку.

Аналіз програм медичних гарантій з моменту їх впровадження у 2020 році показав позитивну динаміку розширення доступу до медичних послуг, що

підтверджується зростанням кількості пакетів медичних послуг, обсягів фінансування та числа закладів, які укладають договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Програма медичних гарантій (ПМГ), 2020–2025: ключові параметри [94; 130]

Показники	2020	2021	2022	2023	2024
Пакети медичних послуг, включених в ПМГ	33	36	42	42	44
Оплата НСЗУ закладам, млрд. гре.	94,3	124,3	148,0	137,5	157,0
Кількість надавачів послуг станом на кінець року	140	4656	5404	6350	6647

У 2020 році, коли ПМГ було запроваджено на національному рівні, до програми було включено 33 пакети медичних послуг, що охоплювали базові напрямки медичної допомоги (первинну, екстрену, спеціалізовану амбулаторну та стаціонарну допомогу), а також лікування найбільш соціально значущих захворювань, таких як інфаркт, інсульт, пологи, неонатальна допомога. Кількість надавачів послуг становила лише 140 закладів, що відображало початкову фазу контрактування. Обсяг виплат НСЗУ у межах програми досяг 94,3 млрд. грн., що забезпечило базове фінансування системи у перехідний період запуску реформи. У 2021 році програма набула системного характеру: кількість пакетів зросла до 36, а до співпраці з НСЗУ долучилося 4656 медичних закладів. Фінансування збільшилося до 124,3 млрд. грн., що дозволило розширити перелік послуг, зокрема в частині амбулаторного лікування та хірургічних втручань. Основний акцент року полягав у масштабуванні системи та забезпеченні стабільного фінансування медичних послуг у межах укладених договорів. Попри початок повномасштабної війни у 2022 році програма зберегла 42 пакети медичних послуг, а кількість надавачів зросла до 5404. Обсяг фінансування досяг 148 млрд. грн., що свідчить про адаптацію системи фінансових гарантій до умов воєнного стану. Основним

фокусом року стало забезпечення безперервності надання медичної допомоги, зокрема первинної ланки, екстреної допомоги та підтримки лікарень у зонах активних бойових дій.

У 2023 році структура ПМГ залишилася стабільною, однак відбулося перегрупування акцентів: підвищення фінансування реабілітаційних послуг та розширення підтримки онкологічних програм. Збільшення кількості надавачів послуг свідчить про поступову інтеграцію приватних медичних установ у систему гарантованого фінансування. У 2024 році кількість пакетів медичних послуг збільшилась до 44, а загальний бюджет зріс до 157 млрд. грн. Ключовим нововведенням стало впровадження окремого пакета профілактичних послуг, який охоплює медичні огляди, вакцинацію, скринінги на неінфекційні захворювання. Таким чином, у фокус політики охорони здоров'я поступово переходить профілактика та раннє виявлення хвороб, що має особливе значення в контексті старіння населення.

Спроможність системи реагувати на зростання потреб населення у медичних послугах, спричинене старінням, значною мірою залежить від достатності та структури медичних кадрів. Аналіз динаміки показників забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом у 2019-2024 роках свідчить про стійку тенденцію до скорочення кадрового потенціалу, що створює системні ризики для реалізації політики здорового старіння (табл. 2.3). Так, кількість лікарів загальної практики зменшилася з 44,0 до 35,8 на 10000 населення, а медичних сестер з 58,4 до 44,2, що означає зниження майже на чверть. Подібна тенденція спостерігається і серед молодших медичних сестер по догляду за хворими, кількість яких скоротилася з 6,39 до 5,58 на 10000 населення. Найбільш помітне падіння показників відбулося у 2022 році, що пов'язано з міграцією медичних кадрів, зупинкою освітніх програм і зростанням навантаження на наявний персонал у період воєнних дій. Водночас певне відновлення у 2023 році не компенсувало структурний дефіцит кадрів, особливо у первинній ланці та доглядових службах, які є надзвичайно важливими для обслуговування людей похилого віку.

Таблиця 2.3 – Забезпеченість медичної системи України кадрами

Показники	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кількість лікарів загальної практики на 10000 населення	44,00	43,04	н/д	39,77	42,46	35,80
Частка лікарів пенсійного віку в загальній кількості	0,23	1,72	н/д	0,22	0,23	0,25
Кількість медичних сестер на 10000 населення	58,41	55,04	н/д	48,87	50,99	44,24
Частка середнього медперсоналу пенсійного віку в загальній кількості	0,12	0,11	н/д	0,11	0,11	0,12
Молодші медичні сестри по догляду за хворими на 10000 населення	6,39	6,06	н/д	5,20	5,55	5,58
Кількість лікарів дитячої спеціалізації на 10000 дитячого населення	31,08	31,11	н/д	29,90	32,64	28,74

Джерело: Побудовано автором за даними Додатку В (табл. В.1)

Для порівняння, показник лікарів дитячої спеціалізації на 10000 дитячого населення залишався відносно стабільним і навіть демонстрував короткострокове зростання у 2023 році (32,64 проти 29,9 у 2022 р.). Це свідчить, що кадрова політика у сфері охорони здоров'я досі має виразний пріоритет дитячої медицини, тоді як забезпечення лікарями для обслуговування людей старшого віку залишається другорядним.

Окремою проблемою залишається старіння самого медичного персоналу. Частка лікарів пенсійного віку у 2020-2024 роках коливалася на рівні 22-25 % з чіткою тенденцією до зростання, а середнього медичного персоналу на 11-12 %. Хоча абсолютні значення невеликі, з огляду на скорочення загальної чисельності кадрів вони свідчать про зростання вікового навантаження у системі охорони здоров'я. Значна частина лікарів старшого віку зберігає роботу після виходу на пенсію, особливо у сільській місцевості, що вказує на кадрову вразливість і ризики подальшого зменшення спроможності системи надавати послуги літнім людям.

Впровадження декларацій з сімейним лікарем та програми первинної допомоги дозволило збільшити покриття населення медичними послугами

навіть в умовах воєнного стану [21]. Аналіз статистики укладених декларацій з сімейними лікарями серед осіб віком 65 років і старше за період лютий 2024 – жовтень 2025 року (за доступною статистикою НСЗУ) свідчить про відносну стабільність охоплення літніх людей первинною медичною допомогою (рис. 2.1).

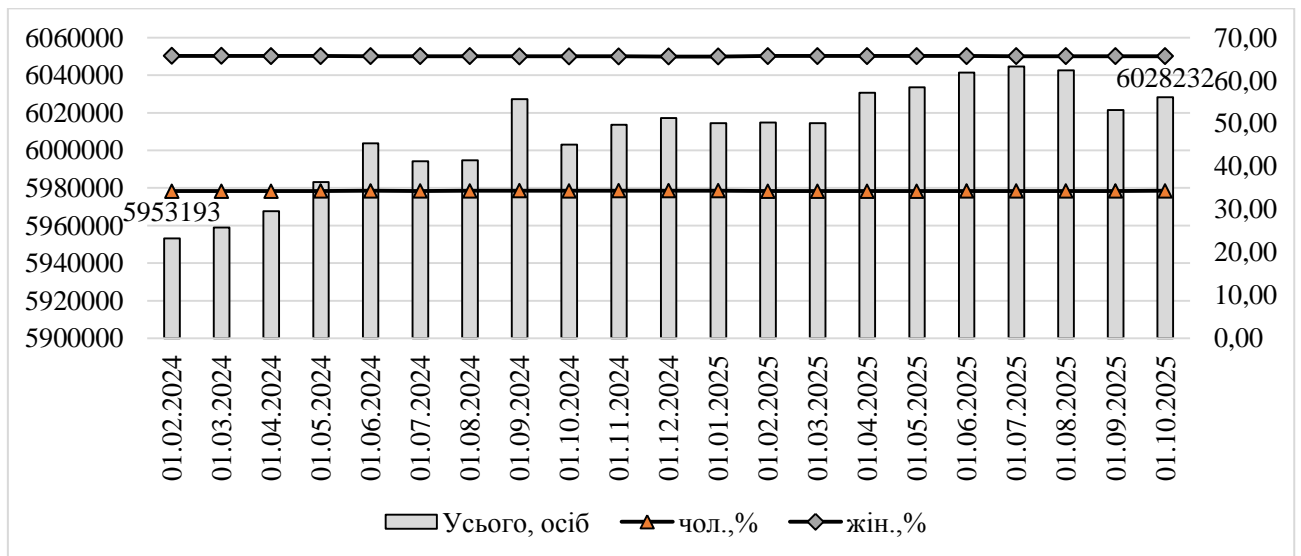


Рис. 2.1 – Динаміка укладення деларацій з сімейними лікарями серед осіб віком 65 +

Джерело: побудовано автором за даними Додатку В (табл. В.2)

Загальна кількість декларацій за вказаний період поступово зростала з 5,95 млн. до 6,02 млн., що становить приріст близько 1,2 %. Така динаміка вказує на насичення системи контрактування: більшість осіб цієї вікової групи вже уклали декларації, і подальше зростання відбувається повільними темпами.

Структура за статтю залишається сталою протягом усього періоду: близько 34 % декларацій припадає на чоловіків і 66 % — на жінок. Це відображає загальні демографічні пропорції старшого населення, у якому жінки переважають через вищу середню тривалість життя.

Коефіцієнт звернень пацієнтів віком 65 років і старших на рівні первинної медичної допомоги упродовж лютого 2024 – жовтня 2025 року демонструє загальну тенденцію до поступового зростання після незначних коливань у першій половині 2024 року (рис. 2.2).

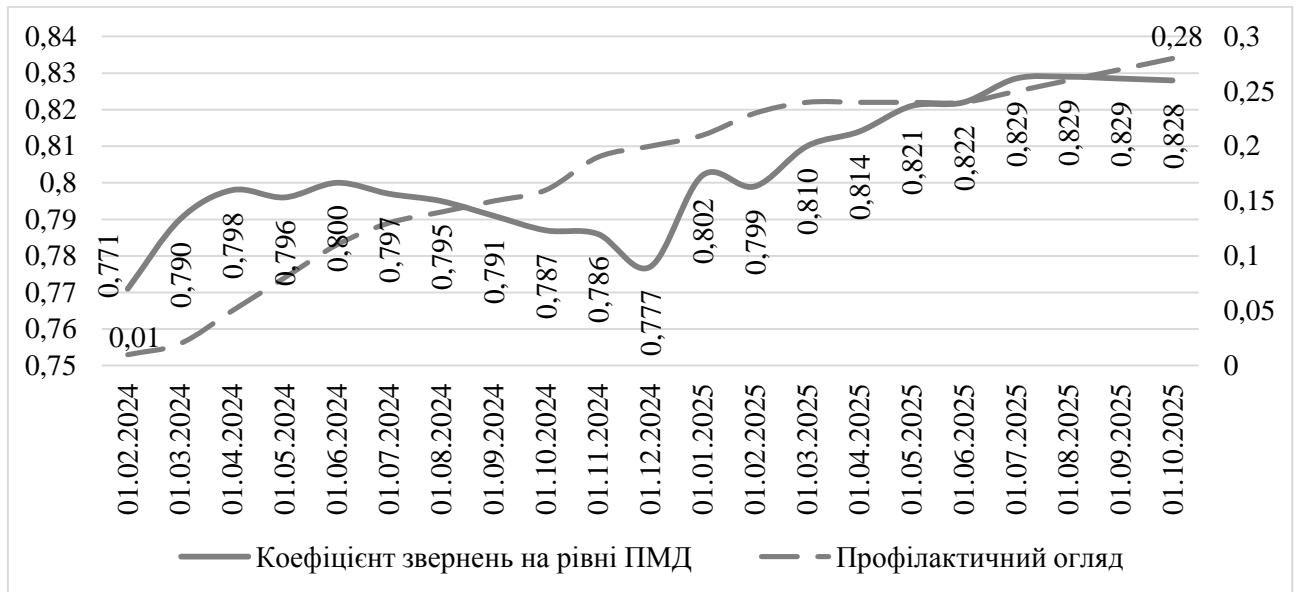


Рис. 2.2 – Коефіцієнт звернень на рівні первинної медичної допомоги та профілактичних оглядів пацієнтів віком 65 років і старших [72]

Така динаміка свідчить про підвищення активності літніх пацієнтів у зверненні до сімейних лікарів, що стало наслідком посилення профілактичної роботи та розширення доступу до медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Показник профілактичних оглядів, який враховує задекларованих пацієнтів з діагнозами за ІСРС2: К86, К87, К74, К76, Т89, Т90, за період збільшився практично з нуля до 0,28. Водночас середні значення коефіцієнта звернень (0,77-0,83) вказують на те, що понад 15-20 % осіб старшого віку залишаються поза регулярним контактом з первинною ланкою, що свідчить про наявність бар'єрів у доступі або недостатню залученість цієї групи до системи профілактики та моніторингу здоров'я.

У 2015-2019 роках спостерігалось помірне, але стабільне зростання показника середньої очікуваної тривалості життя при досягненні 65 років: для чоловіків з 12,43 до 12,7 року, для жінок з 16,56 до 16,98 року (рис. 2.3). Ця динаміка узгоджується з поступовим підвищенням доступності медичних послуг, розширенням профілактичних програм і зниженням смертності у старших вікових групах у довоєнний період.

Однак після 2019 року цей показник має тенденцію до скорочення, що стало наслідком епідемії COVID-19, яка суттєво підвищила смертність серед

осіб старшого віку, а також загального погіршення доступу до медичних послуг у зв'язку з перевантаженням системи охорони здоров'я. Водночас варто підкреслити обмеженість наявної статистики: дані за 2022-2024 роки відсутні у відкритому доступі, що унеможливлює аналіз подальшого впливу воєнних дій на тривалість життя.

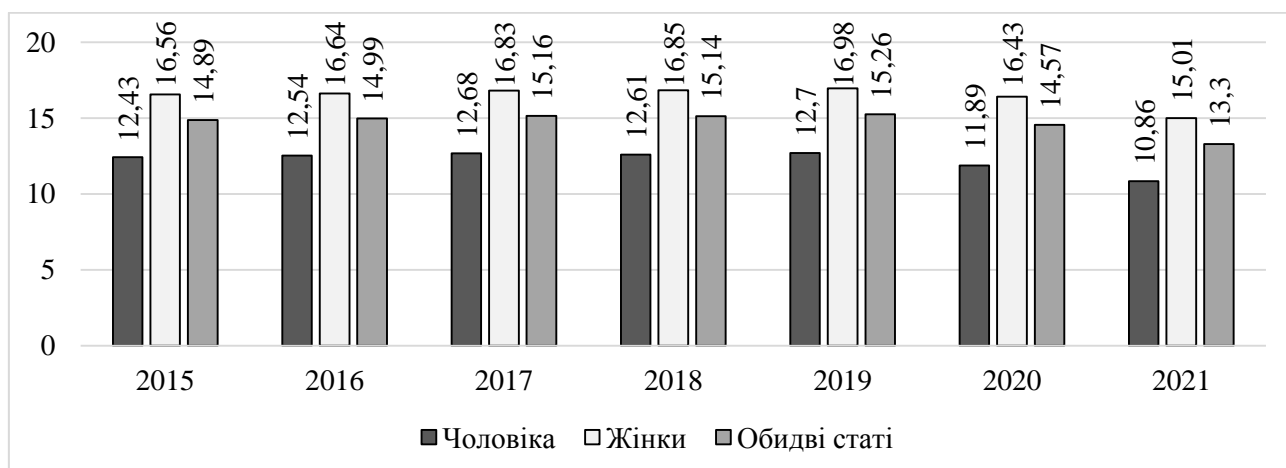


Рис. 2.3 – Показник середньої очікуваної тривалості життя при досягненні 65 років [119].

Хоча об'єктивні статистичні показники (тривалість життя, досутпність, фінансування галузі) є важливими індикаторами стану сфери охорони здоров'я, публічна політика оцінює ефективність системи не лише за ними. Важливе значення має суб'єктивне сприйняття громадянами якості, доступності та результативності медичних послуг [132, с. 87-88]. Саме рівень задоволеності населення є одним з ключових критеріїв довіри до системи охорони здоров'я, який безпосередньо впливає на поведінкові аспекти: готовність звертатися по допомогу, дотримання лікувальних рекомендацій і сприйняття реформ у сфері медицини. У контексті старіння населення цей показник набуває особливої ваги, адже літні люди є найбільш частими користувачами медичних послуг, а їхнє ставлення до системи охорони здоров'я відображає реальний рівень адаптованості політики до потреб старших вікових груп.

Тож у 2017–2020 рр. рівень задоволеності медичною допомогою у віковій групі 60+ за окремими видами послуг був нижчим, ніж серед усього населення.

Таблиця 2.4 – Частка «скоріше задоволених» та «цілком задоволених» медичною допомогою за результати вибірових опитувань в рамках дослідження «Індекс здоров'я. Україна» [71]

Вид допомоги	Вікові групи	2017	2018	2019	2020	2023
Дільничними терапевтами / сімейними лікарями	Усі вікові групи	72,7	75,8	73,1	74,1	79,4
	60+	72,5	74,2	73,3	71,9	н/д
Стоматологами	Усі вікові групи	74	71,4	73,5	72,9	81,5
	60+	66,7	65,1	68,4	65,3	н/д
Вузкими спеціалістами в поліклініці	Усі вікові групи	65,7	65,9	61,1	62,7	77,3
	60+	66,7	67,1	60,8	63	н/д
Швидкою медичною допомогою	Усі вікові групи	69,9	65	60,8	66,5	82,4
	60+	74,2	69,7	64,4	69,6	н/д
Медичною допомогою у стаціонарі	Усі вікові групи	57,2	55,9	51,9	51,1	76,3
	60+	60,6	57,6	54,3	52,9	н/д

Найбільша різниця простежується протягом всього періоду дослідження у сфері стоматологічної допомоги (65,3 % проти 72,9 % у 2020 р.), що відображає як фінансові, так і організаційні бар'єри для літніх людей.

У 2020 році спостерігалось загальне зниження рівня задоволеності у всіх категоріях населення, що, на нашу думку, пов'язано з пандемією COVID-19, обмеженням планових прийомів і навантаженням на медичну систему. Зокрема, серед осіб 60+ частка задоволених послугами сімейних лікарів скоротилася до 71,9 %, що є мінімальним показником за аналізований період. Аналогічна тенденція спостерігалась і щодо госпітальної допомоги (52,9 %), що свідчить про зниження доступності медичних послуг для осіб із хронічними захворюваннями у період карантинних обмежень.

Натомість дані 2023 року демонструють помітне зростання загального рівня задоволеності від 76,3 % (стаціонар) до 82,4 % (швидка допомога). Це стало наслідком стабілізації ситуації в системі охорони здоров'я після пандемії, розширення програм медичних гарантій і впровадження електронної системи eHealth. Проте через відсутність стратифікації за віком 60+ у 2023 р. не можна остаточно оцінити, чи ці позитивні тенденції торкнулися саме літніх пацієнтів.

У той же час, незважаючи на впровадження зазначених стратегічних документів і програмних заходів, в Україні зберігаються суттєві фінансові бар'єри у доступі до медичної допомоги, що створюють ризики для літніх вікових груп. За даними Державної служби статистики України у 2021 році більше 80% опитаних домогосподарств витрачали кошти на охорону здоров'я. Якщо в середньому такі витрати становили приблизно 5 % у сукупних витратах і дещо більше 10 % у непродуктивних витратах, то в домогосподарствах, що складаються з осіб в непрацездатному віці такі витрати становили близько 8 % в сукупних доходах і більше 16 % у непродуктивних витратах. При цьому в домогосподарствах з 2-х і більше непрацездатних осіб ці витрати були ще більшими і досягали 20 % і більше (табл. Г.1). За оцінкою VoxUkraine у довоєнний період частка домогосподарств з «катастрофічними» витратами на охорону здоров'я, залежно від методики, варіювалася від 2,2 % до приблизно 12 %. А саме, близько 2,2 % домогосподарств витрачали $\geq 40\%$ непродуктивних витрат на охорону здоров'я (альтернативний поріг «катастрофічності»), а 7,4 % витрачали $\geq 25\%$ непродуктивних витрат [31]. За методикою ВООЗ 2021 році частка домогосподарств, що зазнали катастрофічних витрат, становила 17 % (майже кожне п'яте господарство, а частка домогосподарств, які збідніли або поглибили бідність через витрати «з кишені» – 11 % [20, с. 16].

Водночас, відповідно до результатів вибіркового соціологічного дослідження «Індекс здоров'я. Україна 2023», за період 2016-2023 рр. спостерігається стала тенденція до покращення фінансової доступності медичних послуг, особливо серед осіб літнього віку [71]. Зокрема, частка громадян, які були змушені відмовитися від амбулаторної допомоги через нестачу коштів, скоротилася з 39 % у 2016 р. до 16 % у 2023 р., а серед фактичних споживачів амбулаторних послуг з 47,6 % до 20,5 % (Додаток Г). Найбільш виражене покращення зафіксовано серед осіб віком 60 років і старше: у цій групі частка вимушених відмов зменшилася майже вдвічі: з 49,7 % до 20 %, а серед тих, хто реально звертався по амбулаторну допомогу, з 55,4 % до 25,2 %. Аналогічна позитивна динаміка простежується і щодо госпіталізації:

якщо у 2016 р. 31,9 % респондентів повідомляли про відмову від стаціонарного лікування через фінансові причини, то у 2023 р. цей показник знизився до 6,6 %, а серед осіб віком 60+ з 39,6 % до 10,7 %. Такі зміни свідчать про поступове зменшення фінансових бар'єрів у доступі до медичної допомоги для найбільш уразливої вікової групи населення, що є важливим індикатором результативності державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Зазначена динаміка безпосередньо відображає ефект розширення Програми медичних гарантій, посилення ролі первинної медичної ланки та стабілізації системи фінансування через НСЗУ.

2.3 Проблеми зі забезпеченням розвитку сфери охорони здоров'я

Попри очевидний прогрес у реформуванні системи охорони здоров'я України існує низка суттєвих перешкод, які обмежують її подальший розвиток та адаптацію до потреб старіючого суспільства. Ці проблеми можна згрупувати у такі ключові блоки:

- фінансування та стійкість;
- ресурсне забезпечення;
- доступність послуг;
- координація між ланками та модернізація системи.

По-перше, система фінансування охорони здоров'я України в умовах воєнного стану стала значно вразливішою. У спільному звіті ВООЗ і Світового банку «Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery» зазначено, що хоча система демонструє стійкість, зменшення доходів домогосподарств, збільшення потреб і тиск на державний бюджет створюють ризик відкату назад у напрямку універсального охоплення. Зокрема, підкреслюється необхідність пріоритизації публічних ресурсів та фокусування на прозорості, ефективності і справедливості фінансування [20]. Вразливість фінансування підтверджується динамікою бюджетних видатків на охорону здоров'я, які у воєнних умовах

зазнали скорочення у відносних показниках. Незважаючи на зростання номінальних сум, частка видатків на охорону здоров'я у ВВП та у загальній структурі державного бюджету знижується, що свідчить про звуження «фіскального простору» для підтримки реформ у сфері універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Так, у 2020 році фактичні видатки державного бюджету на охорону здоров'я становили 124,93 млрд. грн., що дорівнювало 3,6 % ВВП і 12,7 % загальних бюджетних витрат. Підвищене бюджетне навантаження, зумовлене початком пандемії COVID-19, поєдналося з початком впровадження Програми медичних гарантій, що суттєво вплинуло на структуру видатків державного бюджету (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Видатки державного бюджету України на охорону здоров'я, 2020-2024 рр. [57; 88]

Рік	Видатки на охорону здоров'я, млрд грн	Частка у ВВП, %	Частка у видатках бюджету, %
2020	124,93	3,6	9,70
2021	170,51	3,7	11,44
2022	184,27	3,9	6,81
2023	179,26	3,2	4,47
2024	201,45	3,0	4,49

У 2021 році обсяг видатків зріс до 170,51 млрд. грн. (3,7 % ВВП), досягнувши пікового довоєнного рівня за рахунок стабільного збільшення доходів бюджету та ефективного адміністрування платежів.

У 2022 році, на тлі воєнного стану, фінансування зросло номінально до 184,27 млрд. грн. (3,9 % ВВП), однак його частка у загальних видатках скоротилася до 6,81 % через різке зростання оборонних потреб і перерозподіл бюджетних ресурсів у сферу безпеки. У 2023 році спостерігалось реальне зменшення обсягів фінансування (179,26 млрд. грн. або 3,2 % ВВП), при цьому зросла частка донорських коштів і гуманітарної допомоги у структурі видатків. Показники 2024 року (201,45 млрд. грн.) свідчать про збереження номінального зростання, однак пріоритет фінансування безпеки і оборони залишається

домінуючим, а приріст у секторі охорони здоров'я має компенсаторний характер.

Водночас, якщо скоригувати видатки на інфляцію, динаміка виявляється протилежною: у постійних цінах 2020 року реальні обсяги фінансування зменшилися (рис. 2.4).

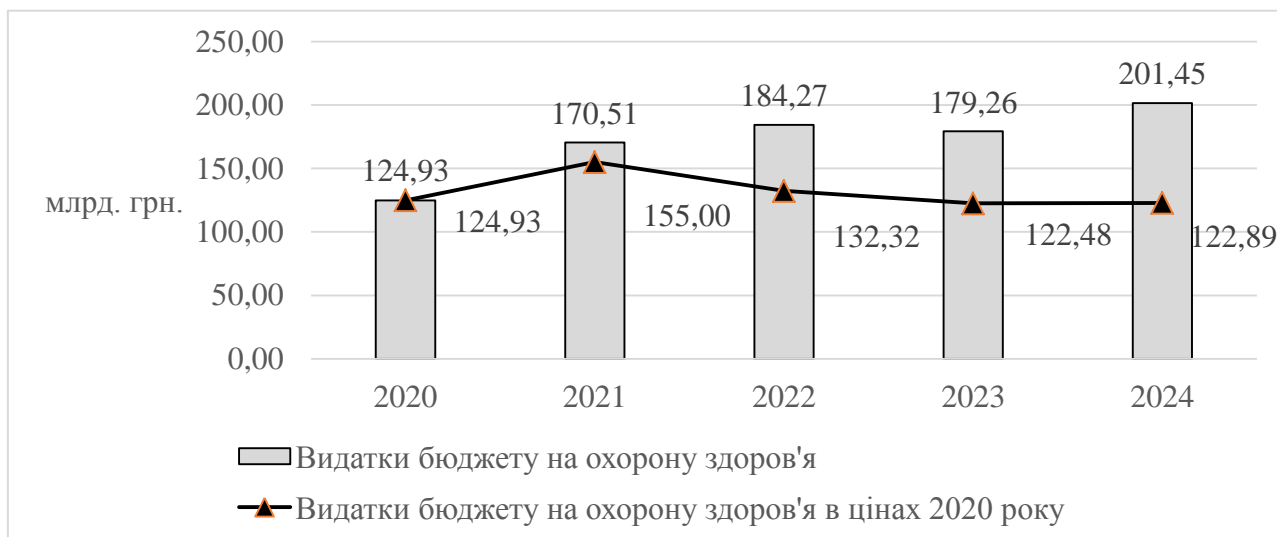


Рис. 2.4 – Динаміка бюджетних витрат на охорону здоров'я у фактичних та співставних цінах за період 2020-2024 рр. [57; 88]

За розрахунками, при сукупному індексі інфляції 1,64 (2020-2024 рр.) фактичні витрати на охорону здоров'я у 2024 р. еквівалентні лише 122,89 млрд. грн. у цінах 2020 р., тобто нижчі за рівень 2020 року (124,93 млрд. грн.). Це означає, що, незважаючи на номінальне зростання на 68 %, купівельна спроможність бюджетних коштів зменшилася на приблизно на 4 %.

Відтак, інфляційний чинник фактично «з'їв» позитивний ефект зростання фінансування, і реальні ресурси системи охорони здоров'я залишаються нижчими, ніж до початку війни. Тобто динаміка витратків свідчить, що бюджетна підтримка галузі у воєнний період має переважно стабілізаційний характер, а не спрямований на розвиток. В умовах інфляції та зростання вартості медичних послуг реальне фінансування системи охорони здоров'я знижується, що підтверджує висновки про звуження «фіскального простору» і підвищення ризику зниження фінансової стійкості галузі [20, с. 22-24].

По-друге, залишається гострою проблема кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази. В умовах війни інфраструктура охорони здоров'я піддається значним навантаженням, велика кількість об'єктів медичного призначення пошкоджено або функціонує з обмеженим ресурсом [125]. Інфраструктура психічного здоров'я, доглядових служб та послуг для старших вікових груп потребує посиленого оновлення і адаптації [21, с. 6-7, 11-12, 24]. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я залишається вразливим через: недостатню кількість фахівців у первинній ланці, старіння існуючого складу медиків та обмежену систему перепідготовки, орієнтовану на фахівців для обслуговування літніх людей. Так, забезпеченість лікарями первинної ланки становить лише близько 5,5-7,0 на 10000 населення (порівняно з 8,9 на 10000 у Європейському регіоні), більше 50 % лікарів первинної ланки віком понад 50 років, більше 29 % – віком понад 60 років. Одночасно спостерігається дефіцит зацікавленості в медичній професії: навчальні заклади стикаються з проблемою нестачі абітурієнтів на медичні факультети, що створює ризик подальшого скорочення молодих фахівців. Відтік молодих людей за кордон внаслідок війни, низький рівень заробітної плати в галузі, значна частка робіт немедичного характеру (введення даних тощо), а також високий рівень професійного вигорання зумовлюють зниження мотивації до роботи у сфері охорони здоров'я та втрату кадрового потенціалу навіть серед тих, хто вже має відповідну освіту [36]. Відсутність у закладах первинної медико-санітарної допомоги послуг та кадрових компетентностей у сферах фізіотерапії, стоматології, психічного здоров'я, довготривалого догляду та соціальної роботи обмежує можливості комплексного обслуговування населення, зокрема людей старшого віку. Це створює системний ризик зростання нерівності у доступі до медичних послуг, тому підготовка кадрів має стати пріоритетним напрямом відновлення та розвитку охорони здоров'я у післявоєнний період.

По-третє, доступ до медичних послуг та їх якість залишаються нерівномірними, особливо для вразливих груп (мешканців сільської місцевості, людей похилого віку, внутрішньо переміщених осіб). Це значною мірою

проявляється у сфері неформальних платежів, що підриває принципи фінансового захисту та справедливості. Тому навіть після впровадження Програми медичних гарантій зберігається практика стягнення додаткових платежів зі сторони пацієнтів (рис. 2.5).

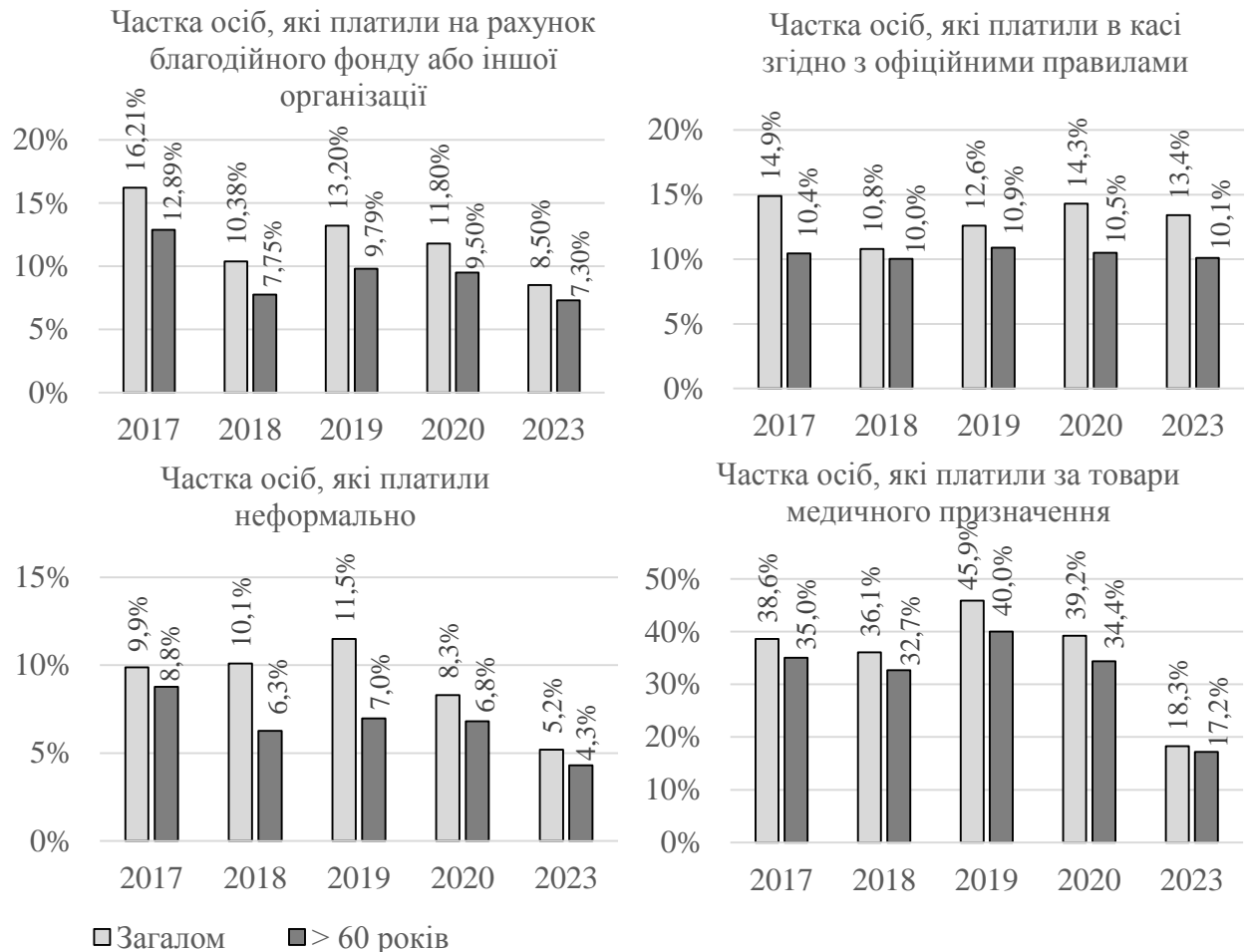


Рис. 2.5 – Частка осіб, які сплачували за амбулаторне лікування [71]

Варто зазначити, що загальна динаміка свідчить про поступове скорочення частки населення, яке здійснює як офіційні, так і неформальні платежі за медичні послуги. Це можна розглядати як результат поєднання двох чинників: з одного боку, інституційного зміцнення системи фінансування через Програму медичних гарантій і зростання прозорості розрахунків між НСЗУ та медичними закладами, а з іншого – падіння реальних доходів населення, що обмежує можливість оплачувати навіть необхідні послуги.

Зменшення частки внесків через благодійні фонди та організації відображає поступову втрату ролі напівофіційних механізмів збору коштів, які раніше компенсували дефіцит фінансування медичних закладів. Одночасно стабільність офіційних платежів через касу свідчить, що частина послуг залишилася поза межами державного фінансування, і громадяни продовжують сплачувати за окремі діагностичні чи додаткові послуги на законних підставах. Зниження неформальних платежів лікарям є показником посилення державного контролю та зменшення толерантності до тіньових практик, що стало можливим завдяки впровадженню електронної системи охорони здоров'я (eHealth) і більшій поінформованості пацієнтів про свої права. Водночас помітне скорочення витрат на товари медичного призначення демонструє не лише позитивні ефекти державних програм відшкодування, як-от «Доступні ліки», а й зниження купівельної спроможності населення в умовах війни.

Особливо уразливою групою залишаються особи старшого віку: вони рідше здійснюють як офіційні, так і неформальні платежі, що свідчить не стільки про покращення доступу до безоплатних послуг, скільки про вимушене скорочення споживання медичної допомоги через обмежені фінансові можливості.

Разом з тим, незважаючи на поступове зниження частки як офіційних, так і неформальних платежів, практика фінансової участі пацієнтів у фінансуванні медичної допомоги залишається доволі поширеною, чому є різні причини. Понад половина осіб, які здійснювали внески через благодійні фонди повідомляли, що плата за лікування була вимогою з боку закладу (табл. Г.4). Хоча з 2017 до 2023 року ця частка скоротилася більш ніж удвічі, це свідчить не лише про зменшення адміністративного тиску, але й про поступову інституціоналізацію благодійних внесків як напівофіційного механізму співфінансування, що компенсує нестачу бюджетних ресурсів. Неформальні платежі лікарям, хоча й знижуються, залишаються стійкою частиною фінансових взаємин у медицині. Їх наявність пояснюється не лише дефіцитом фінансування чи низьким рівнем оплати праці медиків (середня заробітна плата

в сфері охорони здоров'я становила у 2024 році 16850 грн, при середній зарплаті по Україні 21473 грн. [88]), але й певною культурною нормою, коли пацієнти сприймають «подяку» лікареві як гарантію кращого ставлення чи якіснішого лікування. Така практика свідчить про вкоріненість неформальних інституцій у сфері охорони здоров'я, які лише частково змінюються під впливом формальних реформ. Вищий рівень вимагання плати серед осіб віком понад 60 років ми пояснюємо меншою поінформованістю про свої права, традиційною довірою до лікарів і нижчим рівнем конфліктності, що робить літніх пацієнтів більш схильними погоджуватися на неофіційні чи «добровільно-примусові» платежі. Це додатково підтверджує частка відмов додаткових оплат серед осіб старшого віку.

По-четверте, існує проблема недостатньої координації між ланками охорони здоров'я, системою соціального захисту та громадськими послугами, що ускладнює комплексне реагування на потреби населення, особливо людей старшого віку. В умовах воєнного й післявоєнного стану питання довготривалого догляду, реабілітації, мобільності, профілактики хронічних хвороб і психічного здоров'я потребують міжсекторного підходу. Як наголошується у звіті ВООЗ «Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України», відновлювати систему потрібно не шляхом повернення до довоєнного стану, а через її структурну модернізацію, інтеграцію медичних і соціальних послуг та створення єдиних маршрутів пацієнта [96].

Водночас слабка координація між центральними та місцевими рівнями управління ускладнює планування та моніторинг у сфері охорони здоров'я. Відсутність надійної системи збору та обміну даними про кадрові ресурси охорони здоров'я (HRH) не сприяє регулярному моніторингу таких показників, як освіта, міграція, працевлаштування чи пенсійний вік працівників галузі. Дані часто збираються епізодично або на запит, що унеможлиблює повноцінний аналіз і прогнозування кадрових тенденцій. Крім того, спостерігаються розбіжності між статистикою МОЗ та НСЗУ, зокрема щодо кількості випускників медичних навчальних закладів і фактичного працевлаштування,

що знижує достовірність державної аналітики [36, с. 19–21]. НСЗУ поступово розбудовує електронну систему збору кадрових даних, однак вона наразі охоплює лише ті заклади, які мають контракти в межах Програми медичних гарантій. Нові регуляції, що зобов'язують усі медичні заклади незалежно від форми власності подавати інформацію через систему eHealth, лише впроваджуються, і ефективність їх реалізації ще не підтверджена на практиці.

Також ми зіштовхнулися з дефіцитом систематизованої статистики щодо лікарів геріатричного профілю, наявності мультидисциплінарних команд у громадах і ресурсного забезпечення закладів, що надають послуги довготривалого догляду. У більшості випадків такі дані відсутні або подані у фрагментарному вигляді у звітах місцевих органів влади, що унеможлиблює оцінку реальної спроможності системи реагувати на потреби старшого населення. Це обмежує можливості для координації між медичним і соціальним секторами, планування кадрових потреб і розвитку інфраструктури для надання комплексних послуг догляду та реабілітації.

Виявлені проблеми визначають основні напрями вдосконалення публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО АДАПТАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ДО СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення

У сучасних умовах війни, демографічного старіння та структурної трансформації суспільства потреба у переосмисленні підходів до організації охорони здоров'я та довготривалого догляду в Україні є надзвичайно актуальною. Міжнародний досвід, накопичений країнами з розвиненими системами соціального захисту та медицини, пропонує широкий спектр моделей, спрямованих на забезпечення максимальної автономії людей старшого віку, збереження їхнього здоров'я, розширення можливостей для соціальної участі та створення безперервного середовища медико-соціальної підтримки. Однак адаптація таких моделей потребує врахування українського контексту: воєнних руйнувань, кадрового дефіциту, обмежених бюджетних ресурсів, високої частки сільського населення та фрагментації інституційного середовища. Вивчення міжнародних підходів дозволяє окреслити декілька блоків досвіду, найбільш релевантних для України: інтегровані моделі медико-соціальної допомоги (WHO ICOPE, скандинавський LTC), community-based care (Канада, Японія), концепція «age-friendly communities» (ВООЗ, ЄС), континуум догляду, мультидисциплінарні команди, універсалізація гериатричних компетентностей, страхові моделі фінансування довготривалого догляду, а також профілактичні програми для населення 65+. Кожен з цих елементів може стати інституційною опорою для розбудови нової, більш стійкої моделі охорони здоров'я та соціального догляду в Україні.

Базовим міжнародним орієнтиром є система інтегрованої допомоги людям старшого віку (ICOPE), розроблена Всесвітньою організацією охорони

здоров'я [25]. Її логіка полягає у поєднанні медичних і соціальних компонентів навколо первинної ланки з фокусом на підтриманні функціонального стану людини. На відміну від традиційної моделі, яка концентрується на лікуванні окремих захворювань, підхід ICOPE спрямований на збереження здатності до самостійного життя – рухливості, когнітивних функцій, психологічної стійкості, сенсорного здоров'я, соціальних зв'язків. У практиці це означає, що первинна допомога має забезпечувати:

- регулярну оцінку функціонального стану людей 60+,
- скринінг депресії, деменції та ризику падінь,
- індивідуальний план догляду,
- мультидисциплінарний супровід,
- постійний моніторинг результатів.

У низці країн ОЕСР елементи, подібні до підходу ICOPE, закладені в сучасні моделі системи тривалого догляду (long-term care, LTC). Ця модель розглядається як інтегрована система тривалої підтримки людей похилого віку, що поєднує медичні, соціальні та реабілітаційні компоненти. На відміну від традиційного інституційного догляду, модель LTC передбачає гнучке надання послуг різними суб'єктами – державними, муніципальними, приватними чи громадськими організаціями, – а фінансування може здійснюватися як з бюджетних, так і зі страхових або змішаних джерел. Незалежно від організаційних форм, всі країни ОЕСР трактують LTC як частину ширшої системи охорони здоров'я, оскільки витрати на догляд, реабілітацію, профілактику інвалідності та медичний супровід людей 65+ становлять значну частку видатків саме сектору охорони здоров'я.

Особливість скандинавської моделі LTC полягає у поєднанні універсалізму і пріоритету домашніх і громадських послуг над інституційними формами догляду. У країнах Північної Європи (Данія, Швеція, Фінляндія) саме організаційні рішення, такі як мультидисциплінарні команди, мобільні служби, оцінка функціонального стану, адаптація житла, підтримка неформальних доглядальників, дозволили побудувати ефективну систему догляду,

незважаючи на високе демографічне навантаження. Країни забезпечують високу якість життя літніх людей не завдяки масштабному фінансуванню, а завдяки структурній переорієнтації на профілактику втрати самостійності та збереження автономії [17]. Для України важливим є те, що моделі LTC у країнах ОЕСР будуються не на дорогих інституційних рішеннях, а на поєднанні широкої мережі домашнього догляду, денних центрів, тимчасових стаціонарних відділень і реабілітаційних послуг. Такий підхід є економічно вигіднішим, оскільки догляд удома і в громаді потребує значно менше капітальних та адміністративних витрат, ніж утримання великих інтернатних закладів [24]. Для України, яка стикається з руйнуванням інфраструктури, браком інвестицій і високою часткою людей старшого віку в малих громадах, така логіка є не лише адаптивною, але й єдиною можливою з погляду фінансової стійкості системи охорони здоров'я.

Якщо скандинавська модель показує ефективність універсалістських систем, то у країнах з високою географічною розпорошеністю населення пріоритет отримують громадоорієнтовані підходи. Саме за такою логікою організовано системи Канади, Австралії та особливо Японії, де, попри високий рівень розвитку системи охорони здоров'я, довготривалий догляд дедалі більше орієнтується на домашні та громадські форми підтримки: пріоритет надається наданню послуг за місцем проживання, денним центрам догляду, тимчасовій підтримці для осіб, які здійснюють догляд за родичами, а також мобільним мультидисциплінарним командам [24]. Наприклад, у японській моделі створення мережі «міні-громад» з доступністю послуг у межах близької відстані стало відповіддю на швидке старіння населення та обмеженість інфраструктури. Мультидисциплінарні команди, що працюють 24/7, поєднання служб догляду, медичної допомоги та соціальної підтримки на локальному рівні, активне залучення громадських та волонтерських ініціатив, усе це формує найбільш гнучку та життєздатну форму організації догляду, яка може працювати навіть у ситуації значних ресурсних втрат [7, с. 2-18]. Україна, де значна частка людей 60+ проживає у сільській місцевості, а багато амбулаторій

та лікарень пошкоджено внаслідок війни, або знаходяться на значній відстані, що обмежує доступність для літніх людей, може використати саме цю логіку: опора на мобільність, взаємодію між службами, створення невеликих центрів денного перебування і розширення домашніх послуг здатні компенсувати інфраструктурні втрати та забезпечити базовий рівень підтримки там, де відновлення закладів поки неможливе.

Окремий напрям, який доповнює медико-соціальні моделі, стосується організації життєвого простору та міського середовища пристосованого до потреб людей старшого віку – концепції «age-friendly communities», який просуває ВООЗ та активно підтримує ЄС [2]. Його основою є створення міської інфраструктури, за яких люди старшого віку зберігають мобільність, соціальну активність та можливість участі у житті громади. Європейські практики показують, що підхід «age-friendly» працює як місцева політика – через стратегії громад, партисипативне планування з участю людей 60+, інтеграцію питань старіння у просторове планування, транспорт, соціальні послуги, культуру тощо. У післявоєнній Україні ці ідеї мають особливе значення, адже відбудова територій створює унікальне вікно можливостей для інтеграції цих принципів у нові архітектурні, транспортні та соціальні рішення: адаптація просторів до потреб маломобільних груп, розвиток локальних мереж соціальної взаємодії, створення інклюзивних зон для спілкування і активності, формування систем інформування, зрозумілих для людей з когнітивними порушеннями.

Управлінська логіка більшості згаданих моделей ґрунтується на принципі безперервності допомоги (continuum of care). На нашу думку, підхід, який характеризується переходом від набору розрізнених послуг до цілісної системи, де людина може отримувати різні рівні допомоги без порушення безперервності супроводу, становить суттєвий потенціал для України. Такий континуум включає домашні послуги, денні центри, короткостроковий стаціонар, реабілітаційні програми та спеціалізовані заклади для осіб з високим рівнем залежності. Ключовими умовами ефективності цієї моделі є наявність

уніфікованої системи оцінки потреб та закріплення відповідального фахівця (case manager), який координує маршрут людини між медичними та соціальними службами [6; 27, с. 34-47; 50]. В Україні така модель могла б усунути нинішню фрагментацію системи, коли літня людина змушена звертатися до кількох установ окремо, часто не отримуючи комплексного супроводу.

В умовах дефіциту спеціалізованого геріатричного кадрового забезпечення звертають на себе увагу моделі формування мультидисциплінарних команд і концепція «базові геріатричні компетентності для всіх працівників» (geriatric skills for all), в рамках якої базові компетентності щодо роботи з людьми похилого віку інтегруються в навчання всіх медичних і соціальних працівників. Це зменшує залежність від вузьких спеціалістів-геріатрів і підвищує здатність системи реагувати на потреби старшого населення навіть за дефіциту кадрів. Мультидисциплінарні команди, що поєднують лікарів, медичних сестер, соціальних працівників, фахівців з реабілітації, психологів та асистентів з догляду, забезпечують комплексність втручань, зменшують кількість госпіталізацій і продовжують період самостійного життя людини [10; 11; 18]. Для України цей підхід є оптимальним, адже підготовка великої кількості вузьких геріатрів у найближчі роки є нереалістичною, тоді як універсалізація компетентностей може реалізовуватися швидко та порівняно недорого.

Певний інтерес для України становлять і моделі страхування довготривалого догляду, впроваджені в Німеччині (Pflegeversicherung) та Нідерландах (Wet langdurige zorg). У Німеччині система страхування довготривалого догляду (Pflegeversicherung) інтегрована в соціальне страхування (Sozialgesetzbuch XI) і забезпечує фінансування як домашнього, так й інституційного догляду, базуючись на оцінці рівня залежності (Pflegegrade) [5; 34]. У Нідерландах реформа системи довготривалого догляду (Wet langdurige zorg) також спрямована на поєднання страхової логіки з високою часткою домашнього догляду й активною підтримкою неформальних

доглядальників [37]. Хоча національний бюджет України сьогодні не дозволяє реалізувати повноцінну страхову систему, окремі її елементи можна адаптувати, зокрема такі, як стандартизована оцінка рівня залежності (єдина шкала, що визначає, який обсяг і тип догляду потрібен людині), прозорі критерії доступу до послуг (чіткі правила, за якими встановлюється право на отримання домашнього, денного чи інституційного догляду), комбінування бюджетних і страхових джерел фінансування (поєднання державних, місцевих та добровільно-страхових механізмів фінансування пакету послуг), визнання ролі сімейних доглядальників (офіційне закріплення їх статусу, навчання та базові форми підтримки).

Важливим елементом міжнародних практик є також профілактичні програми для населення старшого віку. Країни ЄС, Канада та Австралія активно впроваджують програми запобігання падінням, тренінги з самодогляду, когнітивні тренування, програми вакцинації і раннього виявлення хронічних станів [30; 46; 60; 76; 117]. З огляду на обмеженість ресурсів в Україні, акцент на профілактиці є не лише гуманістично виправданим, але й економічно доцільним: відтермінування інвалідизації зменшує тиск на систему охорони здоров'я та соціального догляду.

Узагальнюючи наведений аналіз, важливо підкреслити, що звернення до міжнародного досвіду не означає механічного перенесення окремих іноземних моделей у вітчизняну систему охорони здоров'я. Мова йде про формування адаптивного набору інструментів, здатних забезпечити стійкість української моделі, підвищити її чутливість до потреб старших вікових груп і створити інституційні засади для післявоєнної модернізації.

З огляду на війну, руйнування інфраструктури, кадровий дефіцит, фрагментацію медичних і соціальних служб, обмеженість бюджетних можливостей та швидке старіння населення, Україні доцільно адаптувати насамперед ті елементи міжнародних моделей, які не потребують значних капітальних вкладень, але дають суттєвий системний ефект. До таких рішень належать інтегрована первинна медико-соціальна допомога, моделі «єдиного

вікна» та case management для людей 60+, розвиток age-friendly громад, поширення підходу «geriatric skills for all», розбудова домашнього догляду і денних центрів, а також поетапне запровадження окремих елементів страхової логіки в організацію довготривалого догляду. Застосування цих елементів не потребує негайного збільшення фінансування, однак вимагає інституційної перебудови, зміни управлінської логіки та формування нових механізмів взаємодії між медичною, соціальною та реабілітаційною ланками.

3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів реалізації публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення

Реалізація публічної політики у сфері адаптації суспільства до старіння населення неможлива без формування продуманої, інституційно стійкої та технологічно підкріпленої системи механізмів, здатних забезпечити перетворення стратегічних рішень на реальні зміни в організації медичної допомоги, соціального догляду, реабілітації та профілактики. Аналіз сучасних викликів (воєнних руйнувань, дефіциту фахівців, розривів між медичною та соціальною сферами, відсутності безперервного маршруту для людей 60+, обмеженості бюджетів і значної географічної нерівності) засвідчує, що вдосконалення механізмів реалізації політики має бути системним і спрямованим на подолання саме цих структурних бар'єрів.

На нашу думку, удосконалення механізмів реалізації політики має виходити з розуміння того, що старіння населення створює принципово нову конфігурацію соціальних і медичних потреб, які неможливо задовольнити у межах традиційної моделі, що спирається на інституційний догляд, розірваність між секторами та епізодичну медичну допомогу. Натомість необхідний перехід до системи, де послуги організовані навколо людини, а не навколо установ, де відповідальність є розподіленою, а не фрагментованою, а механізми взаємодії між медичною та соціальною сферами забезпечують безперервність підтримки.

Це передбачає поєднання інституційного переосмислення, фінансової перебудови, нової кадрової логіки та цифрової інфраструктури, яка має стати «несучою конструкцією» цієї системи (рис. 3.1).

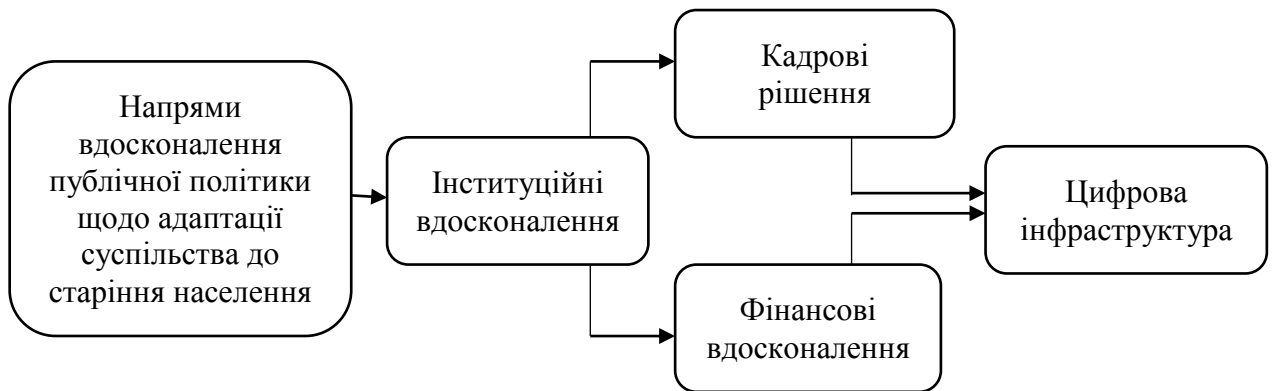


Рис. 3.1 – Структурна модель напрямів удосконалення політики адаптації до старіння населення

Першочерговим завданням є трансформація інституційно-організаційних підходів до реалізації політики. Одним з основних недоліків нинішньої системи є фрагментація управлінських рішень між МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ, органами місцевого самоврядування та окремими установами, що унеможливорює формування цілісного медико-соціального маршруту для людей старшого віку. Так, МОЗ відповідає за медичну складову (лікування й профілактику), Мінсоцполітики – за соціальні послуги та грошову підтримку, НСЗУ – за закупівлю медичних послуг за програмою медичних гарантій, а органи місцевого самоврядування – за організацію мережі та доступності послуг на місцях. Фактично кожен з цих суб'єктів діє у власному нормативному полі, зі своїми цілями, критеріями ефективності та інформаційними системами: медичні заклади орієнтуються на вимоги НСЗУ та електронну систему охорони здоров'я, органи соціального захисту – на державні реєстри одержувачів соціальної підтримки, а громади – на локальні програми та бюджетні обмеження.

Обмін інформацією між цими структурами зазвичай має епізодичний характер, здійснюється через формальні запити, паперові довідки або несумісні

електронні бази, а основним «носієм інформації» часто залишається сама людина похилого віку або її родина, які змушені повторювати одні й ті самі дані в різних установах. Сімейний лікар часто не знає, які соціальні послуги реально отримує пацієнт 60+, соціальний працівник не має повної картини щодо медичних ризиків, планів лікування і прогнозу, а громада як замовник послуг не бачить «цілісної карти» потреб літніх мешканців. У результаті медична допомога, соціальні послуги, реабілітація та підтримка психічного здоров'я організуються паралельно, без єдиного плану й відповідального координатора, що призводить до втрат часу, ресурсів і зниження якості догляду. Усунення цієї розірваності можливе лише за умови інституційного зближення систем та створення єдиного координаційного середовища, здатного визначати пріоритети, встановлювати спільні стандарти та забезпечувати узгодженість дій усіх суб'єктів.

Тому першочерговим кроком має стати створення міжвідомчих координаційних центрів на національному та регіональному рівнях, які узгоджуватимуть політику у сферах охорони здоров'я, соціального захисту, реабілітаційної допомоги та психічного здоров'я. Їх доцільно розглядати не як додаткову бюрократичну надбудову, а як інструмент синхронізації вже наявних ресурсів і повноважень. Подібні механізми вже застосовувалися в Україні під час реалізації комплексних державних програм (протидія ВІЛ/СНІД, підтримка внутрішньо переміщених осіб, реабілітація ветеранів), коли робочі групи й координаційні штаби забезпечували узгодження дій різних відомств.

Для уникнення надмірної бюрократизації координаційні центри мають бути інституційно компактними, заснованими на цифровому обміні даними, з чітко визначеним мандатом (узгодження політики, затвердження маршрутів пацієнта 60+, моніторинг показників) і працювати через існуючі структури, а не паралельно з ними. За такого підходу вони виконують роль «організаційного хребта» системи, який мінімізує фрагментарність і забезпечує необхідну керованість, не створюючи додаткових бар'єрів для людей старшого віку. Саме ці центри здатні забезпечити розроблення спільних маршрутів для людини 60+.

визначення переліку послуг, розподіл повноважень між секторами та узгодження правил фінансування. Без цього механізму неможливо перейти до моделі безперервної підтримки – континуум допомоги, який є основою сучасних систем догляду. Логічним продовженням діяльності міжвідомчих центрів є формування єдиного маршруту людини старшого віку, оскільки саме цей інструмент дозволяє структуровано перевести міжвідомчу координацію у практичний вимір. Іншими словами, координаційні центри створюють управлінську архітектуру, а єдиний маршрут – її операційну реалізацію. Саме завдяки узгодженим рішенням центру можливо забезпечити спільні стандарти оцінки потреб, визначити відповідальних за супровід, встановити механізми передачі інформації між медичними та соціальними службами та закріпити єдині правила руху пацієнта між етапами допомоги.

Таким чином, наступним етапом після визначення інституційної рамки координації стає побудова практичного механізму її реалізації – єдиного маршруту людини старшого віку. Йдеться не про перелік служб, до яких може звернутися пацієнт, а про чітко структурований процес, який починається з оцінки потреб, продовжується індивідуальним планом підтримки, передбачає супровід відповідального фахівця та завершується регулярним моніторингом результатів. Центром цього маршруту виступає первинна медична допомога, яка володіє найбільшою інформацією про стан здоров'я, має контакт з пацієнтом і здатна ініціювати подальші етапи допомоги. Саме на рівні первинної ланки доцільно організувати щорічну оцінку функціонального стану людей 60+, скринінги ризику падінь, когнітивних порушень та депресії. Результати такої оцінки стають відправною точкою для формування індивідуального плану підтримки, що охоплює як медичні, так і соціальні послуги.

Водночас ефективність маршруту залежить від наявності механізму індивідуального супроводу. У міжнародній практиці цю функцію виконує спеціальний фахівець, який координує взаємодію між службами, стежить за виконанням плану підтримки, організовує доступ до послуг та підтримує

зв'язок з сім'єю. В українських умовах ця функція може бути закріплена як за службами соціального захисту, так і за комунальними установами догляду, залежно від моделі, яку сформує громада. Змістовна необхідність такого інструменту очевидна: він дозволяє усунути розірваність між секторами, зменшити кількість повторних звернень та забезпечити персоніфікований підхід до кожної людини. Наступним системоутворювальним механізмом є зміна фінансової логіки організації догляду та медичної підтримки. В умовах обмежених бюджетних можливостей та значного демографічного навантаження система не може спиратися на виключно інституційні форми догляду, які є найдорожчими. Міжнародний досвід переконливо показує, що саме перехід до фінансування на основі рівня залежності людини (тобто не за кількістю місць у закладах, а за реальними потребами) дозволяє створити гнучку та економічно виправдану модель. Такий підхід вже застосовує Національна служба здоров'я України у сфері медичної допомоги. Це означає необхідність затвердження єдиної шкали оцінки рівня залежності, яка використовуватиметься для обґрунтування обсягу й інтенсивності послуг. Такий підхід дозволить уникнути суб'єктивних рішень, прозоро розподіляти ресурси та стимулювати розвиток домашнього і громадського догляду.

Важливою складовою фінансового механізму є можливість контрахтування послуг у недержавних постачальників. Громади, особливо сільські, часто не мають власних комунальних закладів, здатних забезпечити широкий перелік послуг. Водночас громадські організації, приватні ініціативи, соціальні підприємства та окремі фахівці можуть пропонувати якісні послуги догляду, реабілітації, психологічної підтримки або соціального супроводу. Надання громадам можливості укласти договори з такими постачальниками та оплачувати їхню діяльність за визначеними стандартами створює умови для розширення пропозиції послуг і зниження нерівності доступу.

Крім інституційних і фінансових механізмів, важливим фактором реалізації політики є кадрова спроможність. В умовах війни та масової міграції кадровий дефіцит зачіпає всі сектори, однак у сфері догляду за людьми

старшого віку він є особливо відчутним. Підготовка вузьких спеціалістів-геріатрів є тривалим процесом, що не відповідає нагальним потребам. Тому одним з найефективніших рішень є впровадження моделі універсалізації базових компетентностей, коли всі медичні та соціальні працівники отримують необхідні знання та навички роботи з людьми 60+. Такий підхід, який у міжнародній літературі описується через «базові геріатричні компетентності для всіх», дозволяє створити гнучку та стійку професійну екосистему, що не залежить від кількості вузьких спеціалістів. Короткі курси, онлайн-програми, симуляційні модулі та інтеграція геріатричного компоненту у системи підвищення кваліфікації можуть забезпечити швидке поширення цих компетентностей по всій країні.

Паралельно з цим важливою стає організація мультидисциплінарних команд, які поєднують лікарів, медичних сестер, соціальних працівників, реабілітологів та асистентів з догляду. Такі команди здатні працювати як у міських громадах, так і у віддалених сільських районах, де саме мобільність є ключовою умовою доступності послуг. Мультидисциплінарна взаємодія дозволяє забезпечити цілісність втручань, уникнути дублювання функцій і створити систему, зорієнтовану на результат – збереження самостійності людини та покращення її якості життя.

З урахуванням викладених інституційних, фінансових, кадрових та цифрових викликів важливо сформулювати цілісне бачення того, які саме механізми мають стати основою модернізованої системи підтримки людей старшого віку. Кожен з них виконує власну функцію, але реальний ефект досягається лише тоді, коли вони працюють як узгоджена система, орієнтована на одну центральну мету – забезпечення безперервного, персоніфікованого й доступного маршруту людини 60+. Узагальнення цих елементів в інтегральну модель дозволяє подолати фрагментацію між секторами, усунути дублювання функцій, вирівняти нерівність доступу до послуг і створити середовище, в якому медична, соціальна та реабілітаційна допомога працюють у спільному контексті. Інституційні рішення забезпечують узгодженість правил і маршруту;

фінансова логіка – можливість оплати саме тих послуг, які відповідають рівню потреб; кадрові рішення – професійну спроможність системи; цифрова інфраструктура – технологічну основу безперервності й прозорості. Однак у центрі моделі має перебувати людина 60+ як ключовий орієнтир усіх управлінських рішень (рис. 3.2).



Рис. 3.2 – Інтегральна модель удосконалення механізмів медико-соціальної підтримки людей 60+

Окремим, але надзвичайно важливим компонентом, є цифровізація. У сучасних умовах цифрові інструменти перетворюються на необхідну передумову для координації між службами, моніторингу стану пацієнтів та організації підтримки в громадах. Створення єдиної електронної карти людини

60+ з доступом для медичних і соціальних установ дозволить уникнути втрати інформації, підвищити точність ухвалення рішень і забезпечити безперервність маршруту. Розвиток телемедицини може компенсувати кадровий дефіцит у сільській місцевості й забезпечити регулярні консультації для людей, які не можуть самотійно пересуватися. Системи електронного кейс-менеджменту, які фіксують перебіг підтримки та забезпечують комунікацію між службами, створюють технологічну основу для роботи мультидисциплінарних команд.

Лише така конфігурація забезпечує можливість перетворення стратегічних намірів на реальні зміни у повсякденному житті людей старшого віку. В умовах війни та післявоєнної відбудови ці механізми набувають особливого значення, оскільки дозволяють компенсувати структурні втрати, знизити нерівність доступу до послуг і сформувати систему, здатну забезпечити гідну якість життя для старшого покоління в довгостроковій перспективі.

3.3 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я в умовах старіння населення

Практичне втілення механізмів, окреслених у попередньому підрозділі, потребує переходу від концептуального бачення до конкретних управлінських та нормативних рішень, здатних забезпечити реальну зміну стану справ у галузі охорони здоров'я й довготривалого догляду. В умовах України ключовим викликом є не стільки відсутність моделей чи концепцій, скільки нестача інструментів їх практичного впровадження. Саме тому реалізація політики адаптації до старіння населення має бути організована у формі комплексної нормативно-інституційної реформи, яка охоплює управлінську, фінансову, просторову та цифрову складові. Всі ці елементи повинні працювати узгоджено й базуватися на спільному баченні ролі держави, органів місцевого самоврядування та професійних спільнот.

Для створення міжвідомчого координаційного механізму, який здатний забезпечити інтеграцію медичної, соціальної, реабілітаційної та інфраструктурної політики, Кабінет Міністрів має ухвалити постанову про утворення Національної координаційної ради з питань адаптації до старіння населення з визначенням підпорядкованості віце-прем'єр-міністру або відповідному міністру соціальної політики. У склад ради мають увійти МОЗ, Мінсоцполітики, Мінфін, Мінрозвитку, МОН, представники НСЗУ, асоціацій органів місцевого самоврядування та громадських організацій, що представляють людей старшого віку. Функції цього органу повинні включати розроблення та узгодження міжвідомчих стратегій, підготовку пропозицій щодо змін у нормативних документах (зокрема тих, що регулюють соціальні послуги і медичні стандарти), контроль за впровадженням моделей інтегрованої допомоги, стандартизацію маршруту людини 60+ та моніторинг виконання цільових індикаторів. Без подібного організаційного центру реалізація будь-яких системних змін неминуче залишатиметься фрагментованою.

Водночас доцільно внести зміни до Наказу Міністерства соціальної політики України від 23.06.2020 р. № 429 «Про затвердження Класифікатора соціальних послуг». В документі достатньо широко представлені типи підтримки потреб літніх людей. Зокрема під кодом 009.1 зазначені заходи підтримки проживання осіб похилого віку (медичний патронаж, допомога з самообслуговуванням, взаємодія з іншими службами), під кодом 013.0 зазначені заходи соціальної адаптації (клуби активного довголіття, психологічна підтримка), під кодом 015.1 зазначені заходи по догляду вдома, містяться елементи взаємодії з медичними службами, під кодом 015.3 зазначені заходи денного догляду, включаючи реабілітаційні послуги, під кодом 015.4 зазначені заходи паліативного догляду [75].

В той же час в класифікаторі немає інтегрованої логіки «маршруту людини 60+, жодна послуга не прив'язана до процесу: оцінка → план → супровід → моніторинг. Також не зазначена обов'язковість взаємодії медичних і соціальних суб'єктів. Наявність у більшості пунктів фрази «взаємодія з

іншими фахівцями» декларує можливість, але не містить вимоги такої взаємодії. У переліку суб'єктів надання послуг не виділена функція case manager, тобто особи відповідальної за забезпечення системності допомоги.

У такій ситуації виникає потреба в оновленні класифікатора. На нашу думку, доцільно виокремити спеціальну групу послуг для людей віком 60+, визначивши їх як інтегровані медико-соціальні послуги, що надаються на основі індивідуального плану підтримки, з залученням відповідального фахівця з супроводу (координатора) та міжпрофесійних команд. Опис таких послуг має передбачати обов'язкову взаємодію з закладами охорони здоров'я, проведення оцінки функціонального стану та можливість надання короткострокового тимчасового догляду для підтримки родинних доглядальників. Структуровані пропозиції щодо вдосконалення класифікатора наведено у таблиці 3.1.

Другим напрямом є нормативне забезпечення інтегрованого маршруту людини старшого віку. Для цього доцільно передбачити внесення змін до Наказу МОЗ №504 «Про організацію первинної медичної допомоги», закріпивши обов'язковість щорічної оцінки функціонального стану осіб 60+, включно зі скринінгом когнітивних порушень, депресії та ризику падінь [93]. Відсутність такої норми сьогодні призводить до пізнього виявлення хронічних станів та підвищених витрат системи.

У свою чергу, Мінсоцполітики має розробити та затвердити типові Положення про індивідуальний план підтримки людини 60+ з чітким визначенням структури плану, процедур його погодження, відповідальних осіб і строків перегляду.

Забезпечити цю функцію можна двома взаємодоповнюваними шляхами:

– внесенням до чинних професійних стандартів («Соціальний працівник» (затверджений наказом Мінсоцполітики від 04.07.2019 року № 1049), «Фахівець з фізичної реабілітації» (затверджений наказом Мінекономіки від 25.01.2022 року № 170-22)) компетентностей, пов'язаних з координацією маршруту людини 60+;

– або, що є більш системним і відповідає міжнародній практиці, розробленням окремого професійного стандарту «Фахівець із супроводу людей старшого віку», за аналогією до вже затвердженого профстандарту «Фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб» (затверджений наказом Наказ Міністерства у справах ветеранів України від 31.12.2024 р. № 508).

Таблиця 3.1 – Пропозиції щодо вдосконалення Класифікатора соціальних послуг у частині підтримки осіб 60+

Пропоновані зміни	Обґрунтування
1. Додати нову підкатегорію соціальних послуг «Інтегровані послуги підтримки людей віком 60+»	Дає змогу виокремити специфічні потреби групи 60+, створює правову основу для подальших порядків і стандартів, що деталізуватимуть механізми
2. У послугах, що стосуються людей похилого віку (009.1; 015.1; 015.3; 015.4), замінити формулювання «допомога в організації взаємодії з іншими службами» на «послуга надається у взаємодії з закладами охорони здоров'я відповідно до індивідуального плану підтримки отримувача 60+».	Перехід від «можливої» взаємодії до чітко визначеної обов'язкової, що забезпечує інтеграцію медичних і соціальних послуг.
3. Додати загальну примітку до Класифікатора: «Послуги, що надаються людям віком 60 років і більше, здійснюються на підставі індивідуального плану підтримки».	Нормативно закріплює ключову частину маршруту 60+: оціни → сплануй → супроводжуй → оцінкой.
4. Ввести нову позицію соціальної послуги: «Супровід отримувача віком 60+ (координатор підтримки)».	Нормативно закріплює наявність координатора як норми всіх сучасних систем LTC.
5. Додати загальне положення: «Перед початком надання соціальних послуг отримувачам 60+ проводиться оцінка їхнього функціонального стану».	Закріплює базовий компонент планування послуг.
6. Додати нову позицію: «015.X – короткостроковий тимчасовий догляд (підтримка родинних доглядальників)».	Є логічним розширенням типології послуг.
7. Додати в описах окремих послуг (009.1; 015.1; 015.3; 015.4) формулювання: «Послуга може надаватися міжпрофесійною (мультидисциплінарною) командою».	Відповідає скандинавським і японським моделям; підвищує якість, зменшує потребу в інституційному догляді.

Такий підхід дозволить чітко визначити зміст компетенцій, відповідальність за координацію, механізми взаємодії між секторами та

джерела фінансування цих посад через місцеві бюджети або спеціальні цільові субвенції. Нормативне оформлення ролі фахівця з супроводу є важливою умовою безперервності маршруту людини 60+ та забезпечує уникнення повторних звернень, дублювання функцій і хаотичного руху між установами.

Третім блоком заходів є розвиток мультидисциплінарних команд і мережі послуг у громаді. На нашу думку, практичне впровадження цього напряму потребує використання двох взаємодоповнюваних нормативних інструментів, які забезпечують одночасно організаційні й змістовні засади інтегрованої підтримки.

Першим кроком має стати ухвалення спільного наказу Мінсоцполітики і МОЗ, який визначатиме модель функціонування мультидисциплінарних команд: їхній склад, компетентності, порядок взаємодії з первинною медичною допомогою, процедури направлення людей старшого віку та алгоритм передачі інформації між медичною і соціальною сферами. Такий документ створить організаційну основу інтегрованої допомоги та встановить правила взаємодії, без яких координація між секторами залишатиметься формальною.

Другим елементом має стати розроблення Мінсоцполітики нового державного стандарту соціальної послуги, орієнтованого на комплексну підтримку людей віком 60+. Чинні стандарти описують окремі види догляду, проте не містять положень щодо короткострокового догляду, тимчасової заміни родинного доглядальника, мобільних мультидисциплінарних команд та обов'язкової взаємодії з закладами охорони здоров'я [64]. Окремий стандарт дозволить нормативно закріпити інтегровану модель підтримки та створить умови, за яких громади зможуть включати ці послуги до своїх програм і отримувати фінансування на їх надання. Після формування загальнодержавної нормативної рамки громади отримують можливість переходити до практичного застосування цих механізмів. На рівні органів місцевого самоврядування має бути ухвалене рішення про створення мультидисциплінарних команд у складі комунальних закладів охорони здоров'я або соціального захисту, з можливістю залучати додаткових фахівців на договірній основі. Саме громада визначатиме,

як саме така команда інтегрується у локальну мережу послуг, як координується з первинною ланкою і які групи населення отримуватимуть пріоритетний доступ. Окремого нормативного оформлення потребує також розвиток мережі денних центрів, мобільних бригад та короткострокового догляду. Для цього Мінсоцполітики має оновити відповідні державні стандарти, встановивши чіткі вимоги до змісту послуг, їх тривалості, індикаторів якості, умов фінансування та кадрового забезпечення. У результаті інтегровані соціальні та доглядові послуги перестають бути факультативною ініціативою окремих громад і перетворюються на обов'язковий елемент системи, який забезпечує людям старшого віку безперервність та повноту підтримки.

Четвертий напрям стосується фінансової моделі, яка має перейти від утримання закладів до оплати конкретного обсягу послуг, визначених потребами людини. Програма медичних гарантій сьогодні покриває лікувальні послуги, але не підтримку функціональності чи комплексну оцінку потреб людей старшого віку. Це вимагає внесення змін до Програми державних медичних гарантій та наказів НСЗУ, якими передбачити окремий пакет ПМГ «Допомога людям 60+» з можливістю фінансування оцінки потреб, індивідуального супроводу та частини послуг догляду. Мінсоцполітики має одночасно розробити стандартизовану шкалу оцінки рівня залежності, яка визначатиме обсяг соціальних послуг і розмір трансферту громаді. Важливою частиною нової моделі є співфінансування послуг громадами, що потребує уточнення положень Бюджетного кодексу та запровадження окремої цільової субвенції «На послуги довготривалого догляду та підтримки людей 60+», яка розподілятиметься відповідно до рівня залежності, визначеного за стандартизованою шкалою Мінсоцполітики. Це дозволить розвинути домашній догляд як економічно ефективну альтернативу інтернатним закладам. На місцевому рівні доцільно ухвалити рішення про застосування механізмів співоплати (для економічно спроможних домогосподарств) та повного бюджетного покриття для вразливих груп. Таким чином фінансова система переходить від підтримки інституцій до підтримки людини.

П'ятий напрям реалізації політики пов'язаний з просторовою організацією середовища та впровадженням стандартів «дружнього до віку» простору. Цей напрям вимагає конкретних змін у державних будівельних нормах, які регулюють доступність закладів охорони здоров'я, соціальних установ, громадських місць, транспорту та інфраструктури. Міністерство розвитку громад і територій має ініціювати перегляд ДБН В.2.2-40:2018 щодо доступності, які нині орієнтовані переважно на людей з інвалідністю, але не враховують специфічних вікових потреб [63]. Попри те, що чинна редакція ДБН В.2.2-40:2018 вже містить значний перелік вимог щодо доступності для маломобільних груп населення, вона все ж залишається орієнтованою переважно на потреби людей з інвалідністю. Натомість специфічні вікові особливості людей 60+, які поєднують знижену рухливість, сенсорні зміни та погіршення когнітивних функцій, у документі враховані лише частково. У межах політики адаптації до старіння населення важливо розширити існуючі норми так, щоб вони прямо визнавали вікові потреби та задавали стандарти безпечного й комфортного середовища у громадських закладах, медичних установах і соціальній інфраструктурі. Саме тому доцільно сформулювати комплекс точкових пропозицій до ДБН, спрямованих не на повне переосмислення документа, а на його уточнення й доповнення у частині, що стосується людей похилого віку. Нижче представлено систематизований перелік таких пропозицій та обґрунтування їх внесення (таблиця 3.2). Оновлена редакція ДБН повинна інтегрувати принципи «дружнього до віку» середовища, що дозволить адаптувати громадські простори до демографічних змін. МОЗ може доповнити санітарні вимоги до медичних закладів, а Міністерство інфраструктури – норми, що регулюють транспортну доступність для літніх людей. На рівні місцевого самоврядування слід передбачити обов'язкове включення принципів «дружнього до віку» середовища у місцеві стратегії розвитку та програми благоустрою. Завдяки такому підходу просторові зміни стають частиною системної політики, а не окремими проектами.

Таблиця 3.2 – Проект пропозицій щодо змін до ДБН В.2.2-40:2018 з урахуванням вікових потреб людей 60+

Пропоновані зміни	Обґрунтування
1. Уточнити термінологію в межах категорії «маломобільні групи населення (МГН)», додавши підгрупу «люди похилого віку»: «особи віком 60+ зі специфічними віковими змінами рухових, сенсорних і когнітивних функцій, які потребують спеціальних умов навігації та пересування»	У чинному ДБН літні люди формально включені до МГН, але документ не враховує їхню когнітивну специфіку, що є окремою потребою, відмінною від інвалідності чи сенсорних порушень. Таке уточнення дає нормативну підставу для впровадження навігаційних рішень і зон відпочинку, орієнтованих саме на вікові особливості.
2. Додати до ДБН вимоги до навігації з урахуванням когнітивних особливостей людей похилого віку: передбачити спрощені маршрути руху, мінімізацію візуального навантаження, повторювані піктограми, контрастні позначення ключових точок (вихід, реєстратура, санвузли), дублювання інформації текстом та піктограмами	Чинна редакція ДБН містить загальні вимоги до навігації для осіб з порушеннями зору чи слуху, але не враховує типові для людей 60+ когнітивні зміни (погіршення орієнтації, уваги, пам'яті). Включення таких вимог підсилює безпеку та доступність середовища для старших людей.
3. Передбачити обов'язкове облаштування зон відпочинку на маршрутах пересування: сидіння зі спинками, поручні, розміщення на відстані 40–60 м, неслизьке покриття, достатнє освітлення.	У чинному ДБН відсутні вимоги щодо зон перепочинку. Через вікове зниження витривалості та високі ризики падінь літні люди потребують можливості регулярних зупинок у громадських будівлях і на прилеглих територіях.

Шостий напрям стосується цифрової інфраструктури, яка забезпечує координацію, моніторинг і прозорість процесів. Для цього Мінсоцполітики і МОЗ мають розробити технічні вимоги до єдиної електронної карти людини 60+, інтегрованої з eHealth та Єдиною інформаційною системою соціального захисту. Важливим є введення нормативних положень щодо обов'язкового внесення даних про результати оцінки потреб, план підтримки, отримані послуги та результати їх виконання. Це дозволить забезпечити безперервність маршруту та покращить управлінські рішення. Також необхідно встановити окремі стандарти теледогляду, оскільки чинні регуляції МОЗ регламентують телемедицину лише загально. Стандарти мають визначити форму дистанційних консультацій, порядок скринінгів та вимоги до збереження даних.

Сьомим і невід'ємним елементом реалізації політики є участь громад та людей старшого віку у процесах ухвалення рішень. Ідеться не про формальні чи

декоративні консультації, а про реальний механізм публічної участі, який має бути інституційно вмонтований у весь цикл формування політики. У 2024 році ухвалено Закон України «Про публічні консультації», що встановлює обов'язковість електронних консультацій та публічного обговорення програмних і нормативних документів [99]. Він набере чинності після припинення воєнного стану, однак його положення вже задають рамку, у межах якої мають вибудовуватися і галузеві процедури.

З огляду на це на рівні Кабінету Міністрів доцільно передбачити деталізацію вимог Закону для сфери охорони здоров'я та соціального захисту, зокрема, визначити порядок проведення публічних консультацій під час розроблення стратегій активного старіння, маршрутів підтримки людини 60+, державних стандартів послуг та фінансових моделей довготривалого догляду. Така деталізація забезпечить системне залучення організацій, що представляють інтереси літніх людей, а також фахових спільнот.

На місцевому рівні важливим є створення консультативних рад або громадських платформ при виконавчих органах рад, які братимуть участь у попередньому розгляді проектів програм, рішень щодо інфраструктури, організації послуг і тарифної політики. Подібний механізм фактично повертає людину в центр політики, посилюючи прозорість рішень і даючи можливість впливати на зміни, що безпосередньо стосуються якості життя людей старшого віку. Узагальнення запропонованих заходів (табл. 3.3) потребує систематизації за напрямками, відповідальними органами і очікуваними результатами. Такий підхід дозволяє перетворити концептуальні положення на чітку операційну рамку, зрозумілу для ЦОВВ, органів місцевого самоврядування та практичних виконавців політики. Окремі блоки реформи (управлінський, нормативний, фінансовий, просторовий, цифровий та інституційний) взаємодіють між собою та формують комплексну систему підтримки людей віком 60+.

Таблиця 3.3 – Зведена таблиця заходів, відповідальних і очікуваного результату

Заходи	Відповідальний орган	Очікуваний результат
1	2	3
Утворення Національної координаційної ради	КМУ	Єдиний центр координації політики щодо старіння
Формування регіональних координаційних центрів	ОДА/ВЦА	Системна взаємодія на місцях, узгодження рішень
Деталізація вимог Закону «Про публічні консультації» у сфері здоров'я та соцзахисту	КМУ	Прозорі, обов'язкові процедури залучення людей 60+
Оновлення наказів МОЗ щодо ПМД (щорічна оцінка функціонального стану 60+)	МОЗ	Раннє виявлення ризиків, профілактика втрати самостійності
Типове Положення Мінсоцполітики про індивідуальний план підтримки	Мінсоцполітики	Персоналізована підтримка людини 60+
Введення професійного стандарту «фахівець з супроводу людей старшого віку»	Мінсоцполітики, НАК	Професійний супровід і координація послуг
Спільний наказ МОЗ і Мінсоцполітики про мультидисциплінарні команди	МОЗ, Мінсоцполітики	Командна робота медичних і соціальних служб
Новий Державний стандарт соціальної послуги довготривалого догляду	Мінсоцполітики	Єдині державні вимоги до догляду
Зміни до Класифікатора соціальних послуг (Наказ №429) введення інтегрованої підкатегорії, обов'язкової взаємодії, оцінки, короткострокового догляду	Мінсоцполітики	Інтегрована структура послуг та відповідність маршруту 60+
Створення МДК у громадах	ОМС	Доступність підтримки на рівні громади
Розвиток денних центрів, короткострокового догляду, мобільних бригад	Мінсоцполітики, ОМС	Розвантаження родинного догляду, профілактика інституціоналізації
Окремий пакет ПМГ для людей 60+	НСЗУ, МОЗ	Фінансована система послуг для старших людей
Шкала оцінки рівня залежності	Мінсоцполітики	Справедливий розподіл послуг за рівнем потреб
Субвенція на догляд; зміни до Бюджетного кодексу	Мінфін, ВРУ	Стабільне фінансування послуг у громадах
Моделі співфінансування послуг	ОМС	Гнучкість фінансування та охоплення більшої кількості людей
Оновлення ДБН В.2.2-40:2018 з віковими аспектами (когнітивна доступність, відпочинок)	Мінрегіон	Простори, адаптовані до змін рухливості та когніції

Продовження таблиці 3.3

1	2	3
Уточнення поняття МГН (додати підгрупу людей 60+ з віковими змінами)	Мінрегіон	Законодавче визнання вікових потреб як частини доступності
Інтеграція «дружнього до віку» середовища у місцеві програми благоустрою	ОМС	Безпечне й комфортне середовище у громадах
Єдина електронна карта людини 60+ (eHealth + ЄІССС)	МОЗ, Мінсоцполітики, Мінцифри	Безперервність даних і координація послуг
Стандарти дистанційного нагляду та телеконсультацій	МОЗ	Доступ до медичних послуг для малорухомих осіб
Упорядкування процедур консультацій у сфері старіння	КМУ	Врахування думок цільових груп при розробці політик
Створення консультативних рад при органах місцевого самоврядування	ОМС	Регулярний діалог з людьми старшого віку
Виконання вимог Закону «Про публічні консультації» щодо програм і стратегій	Центральні органи влади, ОМС	Прозоре ухвалення рішень із залученням громад
Моніторинг виконання індикаторів	Національна координаційна рада, МОЗ, Мінсоцполітики	Контроль якості політики та вимір прогресу
Методика щорічного звіту про консультації	КМУ	Єдиний стандарт звітності
Інтеграція індикаторів «дружнього до віку» середовища у стратегії розвитку	Мінрегіон, ОДА, ОМС	Сталість політики та узгодженість з демографічними змінами

Загалом представлений комплекс заходів демонструє, що адаптація системи охорони здоров'я та соціального захисту до умов старіння населення не може зводитися до точкових ініціатив чи розрізнених програм. Тільки поєднання міжвідомчої координації, оновлених стандартів послуг, фінансових стимулів, просторової доступності, цифрових інструментів та реальної участі громад забезпечує формування цілісної, людиноцентричної моделі підтримки людей віком 60+. Упровадження цього пакета рішень створює підґрунтя для системних змін, підвищує ефективність використання ресурсів, сприяє профілактиці втрати функціональності, розширює можливості людей старшого віку жити гідно та формує довгостроковий позитивний вплив на суспільний добробут.

ВИСНОВКИ

1. У ході дослідження розкрито концептуальну сутність адаптації суспільства до старіння населення як предмета сучасної публічної політики. Встановлено, що старіння населення є ключовим демографічним трендом ХХІ століття, який формує нову конфігурацію соціально-економічних викликів та потребує переосмислення традиційних підходів до державного втручання. Обґрунтовано, що публічна політика у цій сфері має виходити за межі соціальної підтримки й орієнтуватися на створення умов для активного, здорового та гідного життя людини на всіх етапах життєвого циклу. Адаптація суспільства до старіння розглядається як міжсекторальний процес, у якому інтегруючу роль відіграє система охорони здоров'я, поєднуючи соціальні, економічні та гуманітарні виміри розвитку.

2. Дослідження інституціональної архітектури та інституційного забезпечення формування і реалізації публічної політики щодо адаптації до старіння населення в Україні показало, що її нормативна база ґрунтується на поєднанні міжнародних нормативно-програмних документів ООН, ВООЗ, ЄС і національних стратегій та планів дій, а реалізація здійснюється за участі органів державної влади, місцевого самоврядування та недержавних акторів. Водночас виявлено розпорошеність повноважень між різними органами публічної влади, недостатню узгодженість стратегічних документів і обмежену інтеграцію секторів охорони здоров'я, соціального захисту, зайнятості та розвитку громад, що знижує загальну ефективність політики адаптації до старіння населення.

3. Аналіз механізмів та інструментів реалізації публічної політики адаптації суспільства до старіння населення засвідчив, що найбільш результативними є поєднання соціально-економічних, медико-санітарних, освітньо-культурних та інформаційно-комунікаційних інструментів. Встановлено, що саме їх синергія створює умови для зниження соціальної вразливості людей похилого віку та водночас сприяє збереженню їхнього

людського, соціального й економічного потенціалу. Домінування ізольованих або короткострокових рішень суттєво знижує адаптаційні можливості публічної політики. В той же час, ефективна система охорони здоров'я є базовою умовою реалізації публічної політики у цій сфері, оскільки саме вона визначає можливість збереження працездатності, соціальної активності та якості життя людей похилого віку.

4. Розгляд методик та індикаторів оцінювання рівня розвитку сфери охорони здоров'я в умовах демографічного старіння дозволив встановити, що поєднання міжнародних інструментів оцінювання (Global AgeWatch Index, Active Ageing Index, Health System Performance Assessment) з національними статистичними даними створює можливість комплексного аналізу доступності, якості, фінансування та інституційної спроможності системи охорони здоров'я. Водночас використання в Україні лише окремих елементів таких методик, недостатня вікова деталізація статистики та відсутність системних даних щодо тривалого догляду, реабілітаційних і геріатричних послуг істотно ускладнюють аналітичну підтримку управлінських рішень.

5. Оцінка результатів та системних проблем реалізації публічної політики адаптації в Україні, зокрема в контексті розвитку сфери охорони здоров'я, засвідчила наявність відчутного прогресу: впровадження Програми медичних гарантій, розвиток електронної системи охорони здоров'я та розширення договірних відносин з НСЗУ створили інституційну основу для підвищення фінансової доступності медичних послуг. У забезпеченні фінансової доступності медичних послуг, розбудові інституційних засад реформи та цифровізації галузі. Водночас збереження фінансової вразливості системи, кадрового дефіциту, нерівності доступу до послуг і слабкої узгодженості між медичним та соціальним секторами свідчить, що національна система охорони здоров'я перебуває у фазі переходу від стабілізації до стійкого розвитку, але її адаптаційний потенціал у контексті старіння населення ще не реалізовано повною мірою.

6. На основі узагальнення світового досвіду обґрунтовано концептуальні підходи та комплекс пріоритетних заходів з удосконалення публічної політики щодо адаптації суспільства до старіння населення в Україні. Доведено доцільність переходу від фрагментованої моделі надання послуг до інтегрованої системи медичної, соціальної та реабілітаційної підтримки, орієнтованої на потреби людини 60+. Узагальнення практик ВООЗ (ICORE), скандинавських моделей довготривалого догляду, японських і канадських громадоорієнтованих підходів дозволило запропонувати комплекс заходів, що включає посилення міжвідомчої координації через створення Національної координаційної ради та регіональних центрів, розвиток мультидисциплінарних команд у громадах, запровадження фінансування з урахуванням рівня залежності, формування інституту фахівця з супроводу людей старшого віку, модернізацію нормативної бази (зокрема класифікатора соціальних послуг, стандартів ПМД, державних стандартів догляду) та розвиток цифрової інфраструктури (формування єдиної електронної карти людини 60+).

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що Україна має всі передумови для формування сучасної, людиноцентричної моделі політики активного старіння. Водночас її реалізація потребує узгоджених управлінських, нормативних і фінансових рішень, переорієнтації системи на профілактику та підтримку функціональності, розвитку кадрового потенціалу й використання цифрових інструментів. Запропонований у дослідженні комплекс заходів створює концептуальну рамку та практичний алгоритм трансформації, здатний забезпечити підвищення якості життя людей віком 60+, посилити стійкість громад і підготувати державу до довгострокових демографічних змін.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva : World Health Organization; Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department; Ageing and Life Course, 2002. 60 p.
2. Age-friendly World. World Health Organization. URL: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/> (дата звернення: 12.10.2025).
3. Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU. Eurostat. Statistical publication. Luxembourg : Publications Office of the EU, 2020. 184 p.
4. Ageing Policy in Europe, North America and Central Asia in 2017–2022 : Synthesis Report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the ECE region between 2017 and 2022. United Nations Economic Commission For Europe, 2022. 84 p.
5. Arntz M., Sacchetto R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S. The German Social Long-Term Care Insurance : Structure and Reform Options. *IZA Discussion paper series*. 2007. № 2625. p. 1-29.
6. Bonnie H.Y. Wong, William Y.W. Leung, Maria Chu, Kwong Y. Liu. A Case Study on Implementing a Continuum of Care Based on Client Needs. *International Journal of Public and Private Perspectives on Healthcare, Culture, and the Environment*. 2018. Volume 2. Issue 2 P. 25–26.
7. Community-based Integrated Care in Japan – Suggestions for developing countries from cases in Japan. Japan International Cooperation Agency (JICA), 2022. 100 p. URL: <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/1000048192.pdf> (дата звернення: 07.10.2025).
8. Cruz-Martinez, G., Cerev, G. Global AgeWatch Index and Insights / In: Gu, D., Dupre, M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* : Springer, Cham, 2020. P. 1–6.
9. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. UN General Assembly on 14 December 2020 (Resolution 75/131). WHO, 2020. 31 p.

10. Dimitriadou, I.; Sini, E.; Šteinmiller, J.; Saridi, M.; Lundberg, A.; Häger, M.; Hjaltadóttir, I.; Skuladóttir, S.S.; Korsström, N.; Mört, S.; et al. Comprehensive Geriatric Health Assessment Core Competencies and Skills for Primary Care Nurses: A Scoping Review. *Geriatrics*. 2025. № 10(2). P. 48.

11. Ellis G., Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing*. 2019. № 48(4). P. 498–505.

12. European Year for Active Ageing (2012). European Union. URL: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/european-year-for-active-ageing-2012.html> (дата звернення: 15.08.2025)

13. Female population of reproductive age (15-49 years). United Nations : Data Portal Population Division URL: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/41/locations/804,2089/start/1990/end/2050/table/pivotbylocation?df=733a42fb-6a72-4b6f-b965-c34345795dcf> (дата звернення: 27.10.2025)

14. Fox L., Palmer E. New approaches to multi-pillar pension systems: what in the world is going on? International social security association (ISSA), 2000. 40 p.

15. Global AgeWatch Index 2013 : Purpose, methodology and results. London : HelpAge International, 2013. 28 p.

16. Global AgeWatch Index 2015: Insight report. London: HelpAge International, 2015. 28 p.

17. Halásková R., Bednář P., Halásková M. Forms of Providing and Financing Long-Term Care in OECD Countries. *Review of economic perspectives – národohospodářský obzor*. 2017. VOL. 17. ISSUE 2, P. 159–178.

18. Hayes C., Manning M., Condon B., Griffin AC., FitzGerald C., Shanahan E., O'Connor M., Glynn L., Robinson K., Galvin R. Effectiveness of community-based multidisciplinary integrated care for older people: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2022. № 21;12(11):e063454.

19. Health at a Glance 2021. OECD Indicators. Paris: OECD, 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

20. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery Synthesis report. Joint review prepared by the World Health Organization and the World Bank. World Health Organization, 2024. 75 p.

21. Health financing in Ukraine: resilience in the context of war. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. 31 p.

22. Health system performance: from assessment to action : Expert workshop in Tallinn, Estonia, 12 June 2018. Copenhagen Ø, Denmark : WHO Regional Office for Europe, 2018. 24 p.

23. Hoj J.-C., Klimchuk V. Safeguarding the sustainability of the Ukrainian pension system. *OECD Economics Department Working Papers*. 2024. № 1805. P. 23.

24. Home But Not Alone : A Report on the Home and Community Care Program. Canberra : Australian Government Publishing Service, 1994. 128 p.

25. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization, 2017. 60 p.

26. Libanova E. No. 88: Ukraine's Plans for Demographic Recovery. *Wilson Center*. 2024. № 88. URL: https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/uploads/documents/KennanCable_88.pdf (дата звернення: 14.08.2025)

27. Long-Term Care for Older People : The OECD Health Project. Paris : OECD Health Project, 2005. 140 p.

28. Márquez H. Goodbye to Large Families in Latin America. *Inter press service. News Agency*. URL: <https://www.ipsnews.net/2024/10/goodbye-large-families-latin-america/> (дата звернення: 10.08.2025).

29. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health: Report by the Secretariat. *Sixty-ninth world health assembly*. Provisional agenda item 13.4, 22 April 2016. World Health Organization, 2015. 37 p.

30. Ndegwa S., MacDougall D. Healthy Aging Interventions, Programs, and Initiatives: An Environmental Scan. Ottawa: CADTH, 2020. 92 p.

31. Obrizan M. Determinants of catastrophic health expenditures in Ukraine before the full-scale war. URL: <https://voxukraine.org/en/determinants-of-catastrophic-health-expenditures-in-ukraine-before-the-full-scale-war> (дата звернення: 16.09.2025).

32. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: A framework for policy analysis. Copenhagen (Denmark) : European Observatory on Health Systems and Policies, 2022. 246 p.

33. Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024. Paris : OECD, 2024. 94 p.

34. Pflegeleistungen i Pflegegrad у Німеччині. Консультаційний центр «LARU». URL: <https://laruhelptukraine.com/uk/info/pflegeleistungen-i-pflegegrad-u-nimechchyni/> (дата звернення: 17.10.2025).

35. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. *Second World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain 8-12 April 2002. New York : United Nations, 2002. 58 p.

36. Results of initial health labour market analysis in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. 90 p.

37. Schut E., Sorbe S., Høj J. Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands. OECD Economics Department Working Papers, 2013. № 1010. 37 p.

38. Sokurenko O., Matchuk S., Chyzhmar K., Petrenko P., Marchenko O. Ways of developing the pension system of Ukraine through the study of some European countries' experience. *Journal of Infrastructure. (Policy and Development)*. 2024. № 8(9). 6897. <https://doi.org/10.24294/jipd.v8i9.6897>

39. Sowa-Kofta A., Marcinkowska I., Ruzik-Sierdzińska A., Mackevičiūtė R. Ageing policies – access to services in different Member States. Luxembourg, European Parliament, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, 2021. 136 p.

40. Summary *Expert Group Meeting on Population Ageing and Low Fertility*, 11-12 July, 2023. *Seventh Asian and Pacific Population Conference*. Bangkok, Thailand: UNFPA Asia-Pacific Regional Office, 2023. 13 p.

41. Tesliuk R., Krupin V. The Aging of Ukraine's Population: Demographic Trends, Social and Economic Implications. *Wiś i Rolnictwo* 2019. № 3 (184). P. 121–135.

42. The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care. Paris : OECD Publishing, 2025. P. 217.

43. Tverdostup M. The Demographic Challenges to Ukraine's Economic Reconstruction. Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (WIIW). Policy Note and Reports 71, Vienna, 2023, 44 p.

44. Tymowski J. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. *European Implementation Assessment*. Brussels: European Union, 2015. 34 p.

45. Varlamova M. Active Ageing Index (AAI) in non-EU countries and at subnational level: Guidelines. UNECE. Geneva: European Commission's Directorate General for Employment, 2018. 48 p.

46. Who Global report on falls Prevention in older Age. Geneva: World Health Organization, 2007. 53 p.

47. World economic outlook. A Critical Juncture amid Policy Shifts. Washington : International Monetary Fund, 2025. 190 p.

48. World Population Prospects 2024. United Nations: Department of Economic and Social Affairs Population Division. URL: <https://population.un.org/wpp/> (дата звернення: 14.08.2025)

49. World report on ageing and health. World Health Organization. Geneva: Publications of the World Health Organization, 2015. 246 p.

50. Yu Z., Gallant A.J., Cassidy C.E., Boulos L., Macdonald M., Stevens S. Case Management Models and Continuing Care : A Literature Review across nations, settings, approaches, and assessments. *Home Health Care Management & Practice*. 2020. № 33. P. 96–107.

51. Zhukovska A., Dluhopolskyi O., Zheliuk T., Shushpanov D., Brechko O., Kryvokulska N., Horiachko K. «Silver economy»: analysis of world trends and forecast for Ukraine. *Journal of Management Information and Decision Sciences*.

2021. Volume 24. Issue 7. URL: <https://www.abacademies.org/articles/Silver-Economy-analysis-of-world-trends-and-forecast-for-Ukraine-1532-5806-24-7-295.pdf> (дата звернення: 28.08.2025).

52.Балогова Б., Ковальчук Ю. Особливості проблематики старіння в контексті соціальної підтримки людей поважного віку. *Social work and education*. 2022. № 9(3). С. 331–339.

53.Баніт О., Гришко В. В. Сучасний стан розвитку університетів третього віку в Україні . *Імідж сучасного педагога*. 2022. № 2(197). С. 18–22.

54.Бордіян Я.І., Столярик О.Ю., Танчак Я.А. Стратегія активного старіння: роль соціальних служб у системі інтегрованих соціальних послуг для осіб похилого віку. *Публічне управління та соціальна робота*. 2024. № 1. С 30–37.

55.Василенко О.В. Університети третього віку в контексті концепції активного старіння. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*. 2023. № 2(24). С. 47–55.

56.Веклич В. Дефіцит робочої сили в Україні в контексті демографічного розвитку. *Економіка та суспільство*. 2024. № 68. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-68-40>

57.Видатки (функціональна класифікація): Державний веб-портал бюджету для громадян. URL: <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table> (дата звернення: 20.09.2025).

58.Висновки про результати аналізу річного звіту про виконання Закону України «Про Державний бюджет України на 2024 рік»: Рішення Рахункової палати від 18.04.2025 р. № 8–1. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2025/8-1_2025/Zvit_8-1_2025.pdf (дата звернення: 15.08.2025)

59.Вікторова Л.В., Роганов М.М. Використання соціально-комунікаційних технологій у роботі з людьми похилого віку. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2019. № 5 (92). С. 30–40.

60.Гакман А.В. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у похилому віці: монографія. Чернівці: Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2021. 360 с.

61. Герасименко Ю.С. Ринок праці та демографічні виклики: старіння населення та дефіцит кадрів. *Психолого-педагогічні аспекти формування сучасних навичок у кваліфікованих робітників для повоєнного відновлення України*: матеріали наук.-практ. семінару, 27 березня 2025 р. Біла Церква: БІНПО ДЗВО «УМО», 2025. С. 49–53.

62. Гребінка О. Скільки залишилось українців: рахунок воєнних втрат. *Frontliner*. 2025. URL: <https://frontliner.ua/en/ukraine-population-losses-amid-war/> (дата звернення: 14.08.2025)

63. ДБН В.2.2-40:2018. Наказ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 30.11.2018 р. № 327. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3192362160978134152?doc_type=2 (дата звернення: 27.10.2025).

64. Державні стандарти соціальних послуг: збірка документів / За заг.ред. І.В.Маслянікової. Київ: Університет «Україна», 2023. 475 с.

65. Діяльність Пенсійного фонду (основні завдання та нормативно-правові засади діяльності органу). URL: <https://www.pfu.gov.ua/1391-diyalnist-pensijnogo-fondu-osnovni/> (дата звернення: 24.08.2025).

66. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол.: Ю.В. Ковбасюк (голова) [та ін.]. Київ : НАДУ, 2011. 630 с.

67. Єдина інформаційна система соціальної сфери (ЄІССС). Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України. URL: <https://www.msp.gov.ua/e-servisy/yeisss> (дата звернення: 26.08.2025).

68. Єршова Н.Г. Публічні комунікації у публічній політиці: визначення основних понять. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 4. DOI: 10.32702/2307-2156-2019.4.102

69. Зварич О.І., Волошин В. В. Аналіз стану недержавного пенсійного страхування в Україні. *Бізнес Інформ*. 2024. №8. С. 237–251.

70. Іванова І.Б. Соціальна робота з людьми похилого віку: навчальний посібник. Київ: Університет «Україна», 2023. 220 с.

71.Індекс здоров'я. Україна. Дослідження стану здоров'я населення України та задоволеності наданням йому медичних послуг. URL: <https://healthindex.com.ua/reports> (дата звернення: 08.09.2025).

72.Індикатори надавачів ПМД. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/pokazniki-dosiagnennia-universalnogo-oxoplennia-nase> (дата звернення: 16.09.2025)

73.Кабаченко Н.В., Смик І.О. Деякі проблеми діяльності Університетів третього віку в Україні. *Наукові записки НаУКМА: Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота*. 2016. Т. 188. С. 65–69.

74.Каркач А., Семигіна Т. Цифрова компетентність людей літнього віку. Таллінн: Teadmus, 2024, 322 с.

75.Класифікатор соціальних послуг. Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2020 № 429. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20> (дата звернення: 24.10.2025).

76.Коваль О. Міжнародні підходи до політики щодо громадян поважного віку. Національний інститут стратегічних досліджень, 2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/mizhнародni-pidkhody-do-polityku-shchodo-hromadyan-povazhnoho-viku> (дата звернення: 21.10.2025).

77.Корольок Т.О. Сучасні підходи до оцінювання ефективності публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 24. С. 181–187.

78.Кривошеїн В.В. Концептуалізація публічної політики в полі соціологічного теоретизування. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2014. Т. 22. Вип. 24. С. 87–92.

79.Липовська Н.А., Письменний І.В. Публічна політика: навчальний посібник. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2018 104 с.

80.Мазуренко Л. І. Неурядові організації як суб'єкт соціальної політики. *Наукове пізнання: методологія та технологія*. 2012. № 2. С. 93–99.

81.Мартінова Л.Б. Державна політика у сфері захисту літніх людей в Україні. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2017. № 1. С. 91–94.

82. Мельничук Д.П., Шпиталенко Г.А., Тростенюк Т.М., Хом'як Л.І. Міжнародна практика оцінювання якості життя населення літнього віку: систематизація та аналіз із позицій теорії соціальної держави. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 4 (94) С. 110–116.

83. Мостепанюк А. В. Роль Недержавних організацій у період соціально-економічних трансформацій. *Наукові горизонти*. 2020. № 23(6). С. 84–91.

84. Населення України. Імперативи демографічного старіння. Київ : ВД «АДЕФ- Україна», 2014. 288 с.

85. Населення України. нариси про демографічний стан країни у перше тридцятиріччя незалежності / за заг. ред. І.І. Рингача, Є.В. Слюсаря, П.Я. Шевчука. Київ: Наукова думка, 2023. 168 с.

86. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 11.09.2025)

87. Особам старшого віку. Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України. URL: <https://www.msp.gov.ua/about/klyuchovi-paryamy/polityka-shchodo-litnikh-lyudey> (дата звернення: 24.08.2025).

88. Офіційний сайт державної служби статистики України: <https://stat.gov.ua>

89. Пенсії мають зрости до 40% від середньої зарплати – Д. Гетьманцев: Kadroland. URL: <https://kadroland.com/news/5520-pensiyi-mayut-zrosti-do-40-vid-serednyoyi-zarplati-dgetmancev> (дата звернення: 16.08.2025)

90. План заходів з реалізації у 2024-2027 роках Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 листопада 2024 р. № 1091-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1091-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 22.08.2025).

91. План заходів на 2025-2026 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 25 березня 2025 р. № 374-р.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/374-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 11.09.2025)

92. Політична енциклопедія. Київ: Парламентське видавництво, 2011. 808 с.

93. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 25.10.2025).

94. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році. Постанова Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#n70> (дата звернення: 17.09.2025)

95. Приймак І., Вишивана Б. Недержавне пенсійне забезпечення в системі соціального захисту населення України. *Світ фінансів*. 2019. № 3. С. 121–138.

96. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України: Спільний документ для обговорення. 2022. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper> (дата звернення: 24.09.2025).

97. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 11.09.2025)

98. Про Порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Наказ Міністерства соціальної політики України від 26.12.2011 р. № 568. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12#Text> (дата звернення: 30.08.2025).

99. Про публічні консультації. Закон України від 20.06.2024 р. № 3841-IX (набирає чинності). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3841-20#Text> (дата звернення: 28.10.2025).

100. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.09.2025)
101. Публічна політика: навчальний посібник / за заг. ред. С.О. Телешуна. Київ: НАДУ, 2016. 340 с.
102. Роанья І., Іванова О., Сімутіна Я. Звіт про оцінку політики та нормативно-правової бази України щодо права літніх осіб на соціальний захист згідно зі статтею 23 Європейської соціальної хартії (переглянутої). Рада Європи, 2020. 91 р.
103. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2022 р. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ, 2022. 347 с.
104. Романовська Ю. реформування пенсійного забезпечення в Україні. *Scientia fructuosa*. 2024. № 5 С. 34–47.
105. Романуха О.М. Соціально-економічні наслідки старіння населення України. *Науковий вісник Херсонського державного університету. (Серія: Економічні науки)*. 2016. № 17(3). С. 91–94.
106. Рудик В.К., Бурденюк С.В. Особливості розвитку недержавного пенсійного забезпечення в Україні на сучасному етапі проведення пенсійної реформи. *Облік і фінанси*. 2020. № 1(87). С. 123–128
107. Руснак О. Підходи до оцінювання ефективності публічного управління: актуальні дискурси сучасності. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2024. № 2 (74). С. 79–85.
108. Chebryako O., Stepanovych V., Stepanovych Z., Hurochkina V., Miedviedkova N. Implementation of non-state pension provision in Ukraine in the system of strengthening social protection. *Ekonomika*. 2023. № 102(2). P. 108–109.
109. Савицька Н.Л., Жиликова О.В. Оцінка перспективи розвитку ринку страхування життя в умовах реформування пенсійної системи. *Проблеми економіки*. 2019. № 1(39). С. 170–175.

110. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2021 року). Київ: Державна служба статистики України, 2022. 143 с.

111. Соціальні послуги та догляд вдома. Товариство Червоного Хреста України. URL: <https://redcross.org.ua/social-services-home-care/> (дата звернення: 30.08.2025).

112. Соціально-демографічна ситуація в Україні: шляхи подолання наслідків війни. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/sotsialno-demohrafichna-sytuatsiya-v-ukrayini-shlyakhy-podolannya> (дата звернення: 16.08.2025)

113. Статистика наданих послуг за договорами із НСЗУ про медичне обслуговування населення. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanix-poslug-za-dogovorami-iz-nszu-pr> (дата звернення: 09.09.2025).

114. Стратегія демографічного розвитку України на період до 2040 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2024 р. № 922-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 22.08.2025).

115. Стратегія реформування системи надання соціальних послуг. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2012 р. № 556-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80#Text> (дата звернення: 11.09.2025)

116. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategija> (дата звернення: 24.08.2025).

117. Суровцева І.Ю., Антонова А.О. Міжнародний досвід підтримки осіб похилого віку в контексті активного довголіття. *Вісник Приазовського державного технічного університету. Серія: Соціально-гуманітарні науки та*

публічне адміністрування. 2024. Т. 1. № 12. URL: https://journals.uran.ua/vsgf_pstu/article/view/320584 (дата звернення: 20.10.2025).

118. Суровцева І.Ю., Макарус Т.М. Професійна взаємодія у діяльності мультидисциплінарної команди територіального центру соціального обслуговування. *Вісник Приазовського державного технічного університету. (Серія: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування)*. 2025. Том 1 № 13. URL : https://journals.uran.ua/vsgf_pstu/article/view/333762 (дата звернення: 01.09.2025).

119. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя : Статистичний збірник. Київ : Державна служба статистики України, 2022. 68 с.

120. Телешун С., Ситник С., Рейтерович І. Публічна чи державна політика – вітчизняна дилема вибору. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2012. Вип. 4. С. 185–196.

121. Теслюк Р.Т., Бідак В.Я. Старіння населення України та соціальна вразливість людей похилого віку. *Економіка та суспільство*. 2023. № 56. С. 27–34.

122. Толстоухова С., Пінчук І., Левкіна Г. Методичні рекомендації з організації та функціонування мобільної соціальної служби з догляду вдома та паліативного догляду. Організація Об'єднаних Націй в Україні, 2021. 109 р.

123. Толстоухова С., та інш. Аналіз стану організації та надання соціальних послуг у Миколаївській області: посібник. Київ, 2024. 122 с.

124. Трудові ресурси для повоєнного відновлення України: інформаційно-аналітична доповідь. Київ: Центр Разумкова, 2024. 229 с.

125. Українська система охорони здоров'я вистояла та частково відновилася: аналіз УНС. Український центр охорони здоров'я. URL: <https://uhc.org.ua/healthcare-at-war/> (дата звернення: 22.09.2025).

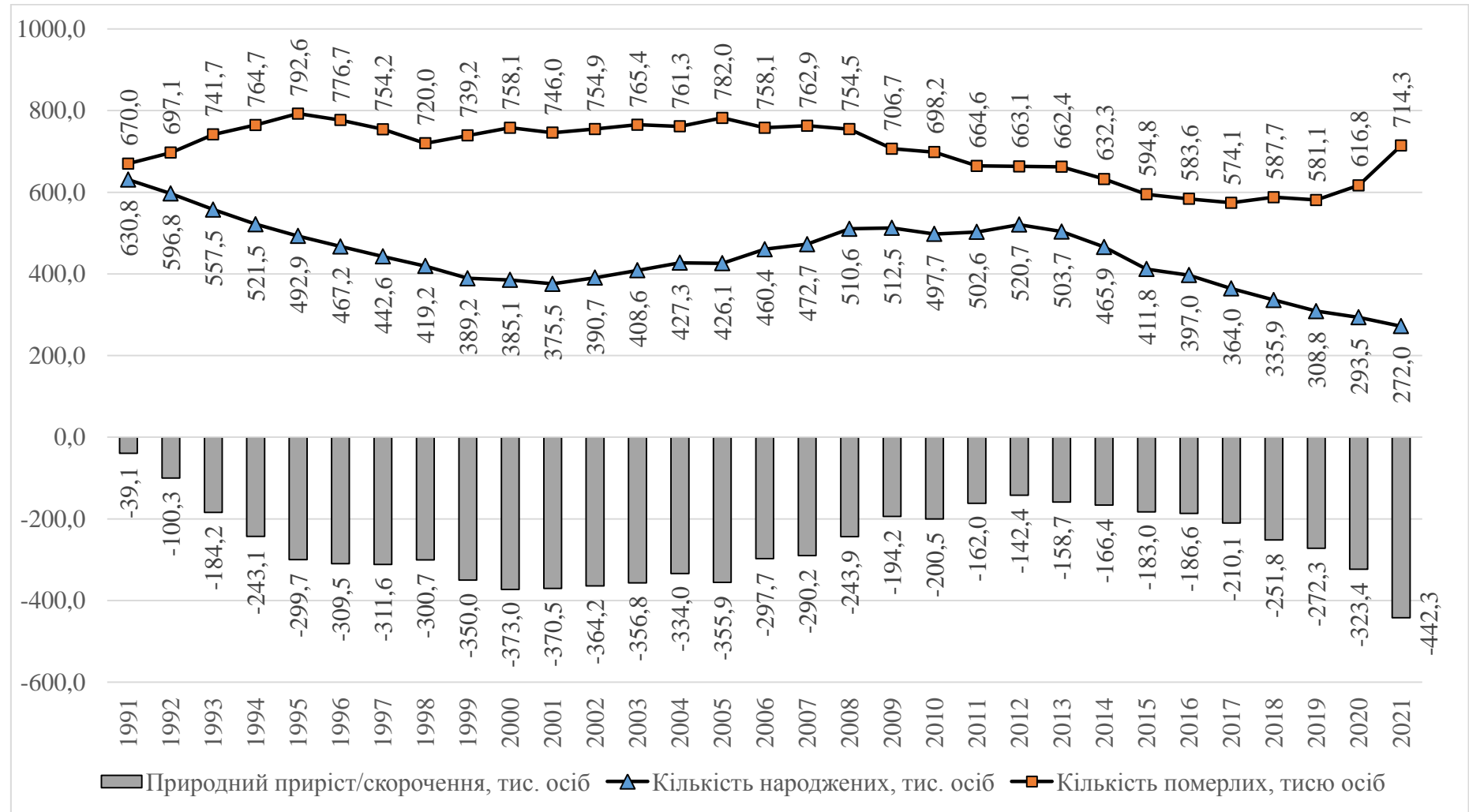
126. Федоренко С. А. Університети «третього віку» як складова безперервної освіти; зарубіжний досвід. *Педагогічний процес: Теорія і практика*. 2014. № 1. С. 133–138.

127. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-2> (дата звернення: 10.09.2025)
128. Чальцева, О. М. Публічна політика: теоретичний вимір і сучасна практика : монографія. Вінниця : ФОП Барановська Т. П., 2017. 336 с.
129. Черноусов А., Щербань С. Звіт за результатами впровадження проекту «Посилення ролі місцевих громад у прийнятті рішень щодо надання соціальних послуг»: досвід змін на місцевому рівні Харків : ХІСД, 2018. 44 с.
130. Чотири роки тому Програма медичних гарантій запрацювала в повному обсязі. НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua/news/cotiri-roki-tomu-programa-medicnix-garantii-zapras> (дата звернення: 12.09.2025)
131. Шпортко О. Поле публічної політики Політичний менеджмент. 2010. № 5. С. 90-95.
132. Яневська Т.М. Суспільна ефективність публічного управління у сфері охорони здоров'я та її оцінювання: аналіз понятійного апарату. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. (Серія: Публічне управління та адміністрування)*. 2023. № 34(73) № 3. С. 85–93.

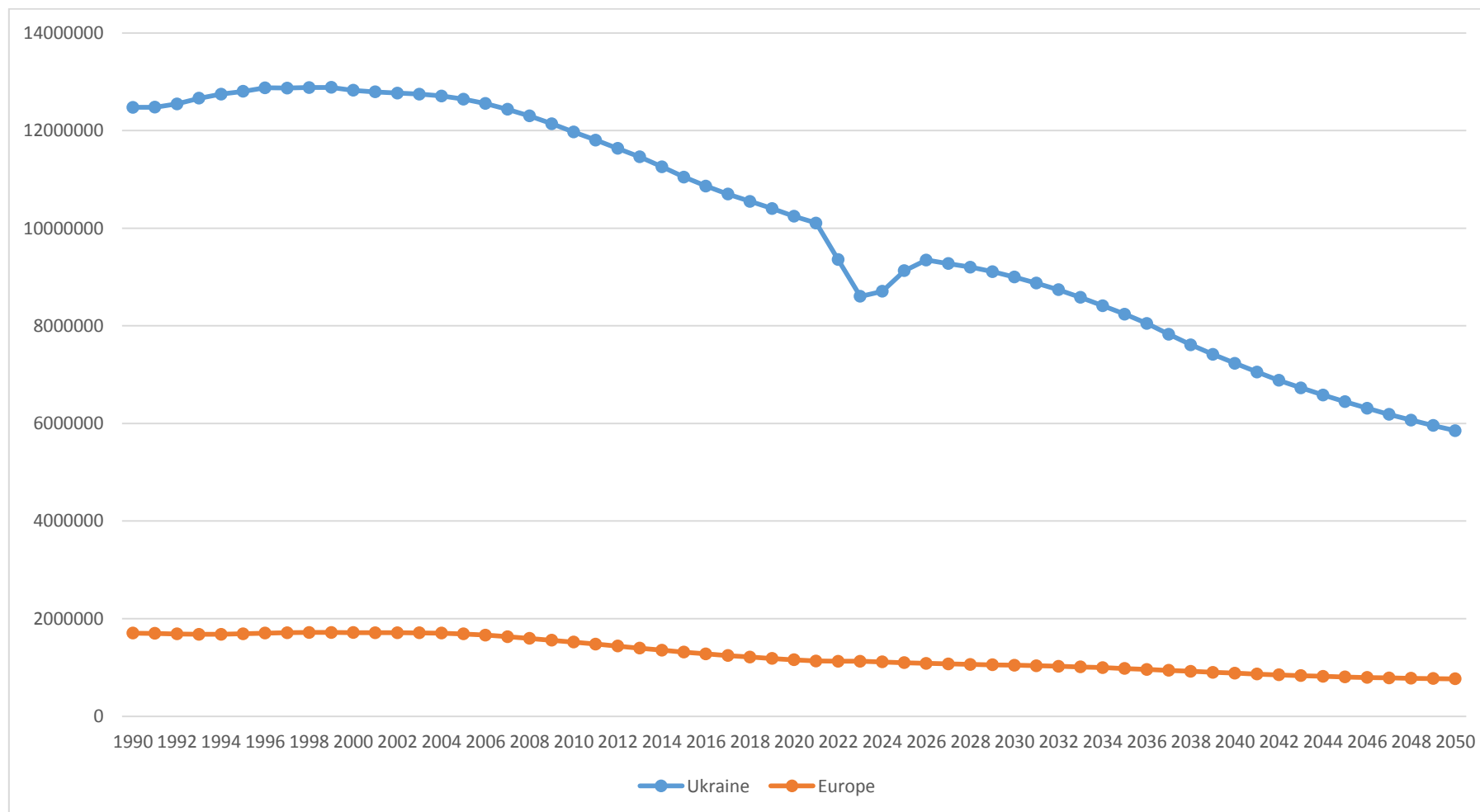
ДОДАТКИ

Додаток А

Динаміка народжуваності, смертності та природного руху населення в Україні



Жіноче населення репродуктивного віку (15-49 років) [13]



Таблиця В.1 – Дані звітності про медичні кадри [127]

Показники	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кількість населення	41983564	41732779	41418717	40997698	37732862	37860244
Загальна кількість лікарів	184713	179602	н/д	163033	160198	135554
Кількість лікарів загальної практики	15576	15557	н/д	15151	14986	13307
Пенсійного віку з загальної кількості	41807	308409	н/д	35555	36248	34240
Середній медперсонал всього	330322	308758	н/д	268231	257532	225622
В т.ч. пенсійного віку	40123	32854	н/д	28742	28011	27774
Медичні сестри	245243	229699	н/д	200336	192412	167487
Молодші медичні сестри по догляду за хворими	26826	25280	н/д	21334	20950	21139
Дитячої спеціалізації	20140	19871		18301	17605	15 114
Чисельність дітей віком 0-15	6 480 979	6 386 756	6 279 769	6 119 886	5 394 114	5 258 233
Забезпеченість на 10000 дитячого населення	31,08	31,11	0,00	29,90	32,64	28,74

Таблиця В.2 – Кількість укладених декларацій [72]

Дата	Кількість декларацій, чоловіки 65+	Кількість декларацій, жінки 65+	Кількість декларацій усього, 65+	Питома вага чоловіків	Питома вага жінок
01.02.2024	2039272	3913921	5953193	34,26	65,74
01.03.2024	2042090	3916833	5958923	34,27	65,73
01.04.2024	2046218	3921482	5967700	34,29	65,71
01.05.2024	2052482	3930595	5983077	34,30	65,70
01.06.2024	2061140	3942670	6003810	34,33	65,67
01.07.2024	2057438	3936788	5994226	34,32	65,68
01.08.2024	2058144	3936576	5994720	34,33	65,67
01.09.2024	2071519	3955794	6027313	34,37	65,63
01.10.2024	2062436	3940573	6003009	34,36	65,64
01.11.2024	2067651	3945979	6013630	34,38	65,62
01.12.2024	2069294	3947891	6017185	34,39	65,61
01.01.2025	2069088	3945428	6014516	34,40	65,60
01.02.2025	2061711	3953148	6014859	34,28	65,72
01.03.2025	2061226	3953215	6014441	34,27	65,73
01.04.2025	2066835	3963876	6030711	34,27	65,73
01.05.2025	2068349	3965173	6033522	34,28	65,72
01.06.2025	2072324	3969016	6041340	34,30	65,70
01.07.2025	2074175	3970457	6044632	34,31	65,69
01.08.2025	2073912	3968596	6042508	34,32	65,68
01.09.2025	2066296	3955157	6021453	34,32	65,68
01.10.2025	2069686	3958546	6028232	34,33	65,67

Таблиця Г.1 – Витрати і ресурси домогосподарств України у 2021 році

[88]

Показники	Квартали			
	1	2	3	4
Опитаних домогосподарств	7979	7834	7686	7614
Домогосподарства, які повідомили даний вид витрат (на охорону здоров'я), %	88,4	83,3	86,5	87,8
Усі домогосподарства				
Середні витрати на охорону здоров'я на домогосподрство, грн.	543,05	492,16	534,45	550,7
Споживчі витрати домогосподарств, грн	10148,92	9685,08	10071,84	10882,48
Витрати на охорону здоров'я у % до споживчих витрат	5,4	5,1	5,3	5,1
Сукупні витрати домогосподарств, грн	10967,65	10546,62	11289,24	11869,96
Витрати на охорону здоров'я у % до сукупних витрат	5	4,7	4,7	4,6
Непродовольчі витрати домогосподарств, грн	4949,28	4266,37	4628,77	5109,13
Витрати на охорону здоров'я у % до непродовольчих витрат	10,97	11,54	11,55	10,78
Домогосподарства з однієї особи у непрацездатному віці				
Середні витрати на охорону здоров'я на домогосподрство, грн.	414,44	360,84	389,72	350,07
Споживчі витрати домогосподарств, грн	5116,89	4512,08	4522,35	5144,65
Витрати на охорону здоров'я у % до споживчих витрат	8,1	8,0	8,6	6,8
Сукупні витрати домогосподарств, грн	5381,07	4791,99	4964,6	5502,28
Витрати на охорону здоров'я у % до сукупних витрат домогосподарства	7,7	7,5	7,8	6,4
Непродовольчі витрати домогосподарств, грн	2566,04	1833,59	1790,72	2204,06
Витрати на охорону здоров'я у % до непродовольчих витрат домогосподарств	16,2	19,7	21,8	15,9
Домогосподарства з двох і більше осіб у непрацездатному віці				
Середні витрати на охорону здоров'я на домогосподрство, грн.	786,96	756,68	673,11	706,71
Споживчі витрати домогосподарств, грн	8144,88	7595,52	7557,45	8518,93
Витрати на охорону здоров'я у % до споживчих витрат	9,7	9,9	8,9	8,3
Сукупні витрати домогосподарств, грн	8737,05	8303,81	8908,45	9563,11
Витрати на охорону здоров'я у % до сукупних витрат домогосподарства	9	9,1	7,6	7,4
Непродовольчі витрати домогосподарств, грн	3975,5	3137,36	3117,53	3691,7
Витрати на охорону здоров'я у % до непродовольчих витрат домогосподарств	19,8	24,1	21,6	19,1

Таблиця Г.2 – Вимушена відмова від амбулаторної допомоги через брак коштів: порівняння за роками [110]

		Частка осіб, які відмовилися від амбулаторної допомоги через брак коштів												
		Усе населення						Споживачі амбулаторної допомоги						
		2023	2020	2019	2018	2017	2016	2023	2020	2019	2018	2017	2016	
Загалом		%	16,0%	19,3%	24,5%	22,1%	27,8%	39,0%	20,5%	27,2%	33,0%	32,2%	35,8%	47,6%
		N	1400	1835	2396	2241	2698	3819	713	827	1215	1094	1338	1761
СТАТЬ	Чоловік	%	11,5%	13,8%	18,6%	15,9%	22,2%	31,6%	14,0%	22,9%	29,2%	24,1%	30,5%	41,2%
		N	430	476	618	518	687	1023	179	193	286	215	302	393
	Жінка	%	19,7%	22,4%	29,5%	27,3%	32,5%	45,4%	24,7%	28,9%	35,1%	37,1%	38,9%	51,3%
		N	970	1359	1778	1723	2011	2796	534	634	929	879	1036	1368
ВІКОВА ГРУПА	18-29 років	%	12,1%	9,9%	13,3%	12,5%	17,7%	27,3%	14,9%	16,5%	21,1%	19,9%	25,9%	34,8%
		N	150	134	175	154	224	393	77	62	92	79	111	161
	30-44 роки	%	13,4%	14,3%	19,9%	17,2%	22,8%	33,7%	16,4%	21,7%	29,1%	27,2%	31,6%	44,5%
		N	374	375	492	430	515	838	175	155	240	199	250	374
	45-59 років	%	16,8%	19,3%	24,8%	23,9%	30,5%	43,4%	22,4%	27,3%	33,0%	33,3%	39,7%	49,8%
		N	449	465	597	660	817	1133	239	205	300	313	403	515
	60 років та більше	%	20,0%	27,4%	36,3%	33,1%	38,5%	49,7%	25,2%	33,8%	41,5%	41,5%	41,3%	55,4%
		N	427	861	1132	997	1142	1455	222	405	583	503	574	711

Таблиця Г.3 – Вимушена відмова від госпіталізації через брак коштів: порівняння за роками [110]

		% осіб, які відмовилися від госпіталізації через брак коштів												
		Усе населення							Споживачі стаціонарної допомоги					
		2023	2020	2019	2018	2017	2016	2023	2020	2019	2018	2017	2016	
Загалом	%	6,6%	8,1%	11,2%	9,0%	11,8%	31,9%	17,5%	21,1%	27,6%	21,6%	24,2%	с	
	N	558	784	1165	1005	1314	481	144	183	339	298	386	481	
СТАТЬ	Чоловік	%	5,4%	6,0%	8,1%	6,0%	8,1%	26,9%	15,5%	16,5%	23,2%	16,7%	21,6%	26,9%
		N	192	210	281	203	304	117	55	43	86	63	110	117
	Жінка	%	7,7%	9,3%	13,9%	11,4%	14,8%	35,0%	19,5%	23,1%	30,5%	24,5%	26,0%	35,0%
		N	366	574	884	802	1010	364	89	140	253	235	276	364
ВІКОВА ГРУПА	18-29 років	%	3,2%	2,9%	5,8%	2,7%	4,2%	17,4%	14,0%	11,2%	20,0%	8,9%	12,9%	17,4%
		N	33	40	71	37	52	33	13	10	28	15	20	33
	30-44 роки	%	4,3%	4,2%	6,7%	5,9%	6,9%	27,3%	11,7%	11,4%	19,1%	16,9%	21,6%	27,3%
		N	117	112	170	150	178	85	21	19	47	45	67	85
	45-59 років	%	6,8%	7,7%	10,7%	10,3%	13,6%	34,9%	15,2%	23,7%	28,8%	23,2%	28,3%	34,9%
		N	183	187	286	297	402	136	50	47	82	90	121	136
	60 років та більше	%	10,7%	14,0%	20,3%	15,8%	21,1%	39,6%	24,4%	25,8%	35,2%	29,8%	28,4%	39,7%
		N	225	445	638	521	682	227	60	107	182	148	178	227

Таблиця Г.4 – Частка осіб, у кого вимагали плату за стаціонарну допомогу: порівняння за роками [110]

Група опитаних	2017	2018	2019	2020	2023
Серед тих, що платили на рахунок благодійного фонду або іншої організації	64,6%	57,5%	59,8%	49,5%	31,8%
Серед тих, що не платили на рахунок благодійного фонду або іншої організації	2,5%	2,1%	2,5%	2,2%	2,4%
Серед тих, що платили лікареві неформально	34,7%	30,9%	50,3%	28,3%	36,4%
Серед тих, що не платили лікареві неформально	2,3%	2,1%	2,0%	1,5%	1,3%

Серед осіб віком >60	2017	2018	2019	2020	2023
Серед тих, що платили на рахунок благодійного фонду або іншої організації	69,1%	64,6%	66,6%	59,3%	47,8%
Серед тих, що не платили на рахунок благодійного фонду або іншої організації	2,1%	1,7%	2,2%	1,2%	1,6%
Серед тих, що платили лікареві неформально	36,6%	16,1%	44,8%	20,4%	37,5%
Серед тих, що не платили лікареві неформально	1,9%	1,6%	1,1%	0,7%	1,8%

Перелік скорочень

Скорочення	Розшифровка
КМУ	Кабінет Міністрів України
ОДА	Обласна державна адміністрація
ВЦА	Військово-цивільна адміністрація
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
ПМД	Первинна медична допомога
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України
НАК	Національне агентство кваліфікацій
МДК	Мультидисциплінарна команда
ОМС	Органи місцевого самоврядування
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПМГ	Програма медичних гарантій
Мінфін	Міністерство фінансів України
ВРУ	Верховна Рада України
ДБН	Державні будівельні норми
МГН	Маломобільні групи населення
ЄІССС	Єдина інформаційна система соціальної сфери
Мінцифри	Міністерство цифрової трансформації України
Мінрегіон	Міністерство розвитку громад та територій України