

Рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України

У статті здійснено комплексну оцінку інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України як ключового елемента ресурсного забезпечення медичної галузі, що визначає доступність, безперервність і якість надання медичної допомоги населенню. Обґрунтовано, що медична інфраструктура включає мережу закладів охорони здоров'я, ліжковий фонд, матеріально-технічну базу та амбулаторно-поліклінічні потужності, які формують функціональну спроможність системи.

Доведено, що в умовах медичної реформи, демографічних змін та воєнних дій в Україні відбувається суттєва трансформація просторової та функціональної структури медичної інфраструктури. Встановлено наявність виражених регіональних диспропорцій у забезпеченості медичними ресурсами, що проявляються у нерівномірному розміщенні лікарняних закладів, різному рівні ліжкового фонду та доступності амбулаторної допомоги.

Проведений аналіз засвідчив концентрацію основної частини медичної інфраструктури у великих урбанізованих регіонах – Дніпропетровській, Харківській, Львівській, Одеській областях та місті Києві, які характеризуються високими показниками госпіталізації, відвідуваності лікарів та забезпеченості ліжками. Натомість у регіонах, що зазнали впливу воєнних дій, фіксується критичне скорочення інфраструктурного потенціалу, руйнування медичних закладів та обмеження доступу населення до медичних послуг.

Виявлено загальну тенденцію до зменшення ліжкового фонду та одночасного зростання ролі амбулаторно-поліклінічної допомоги, що відповідає сучасним підходам до реформування системи охорони здоров'я. Водночас встановлено значні відмінності у показниках використання медичної інфраструктури, зокрема тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі та коефіцієнті використання ліжок, що свідчить про нерівномірність ефективності функціонування системи.

Наголошено на необхідності удосконалення механізмів державного управління розвитком медичної інфраструктури з метою зменшення регіональних диспропорцій та забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги.

Ключові слова: інфраструктурний потенціал; система охорони здоров'я; медична інфраструктура; ліжковий фонд; амбулаторно-поліклінічна допомога; регіональні диспропорції; державне управління; доступність медичних послуг.

Постановка проблеми. Важливою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я є її інфраструктурний потенціал, який визначає спроможність медичної системи забезпечувати доступність, безперервність та якість медичної допомоги для населення. Інфраструктура охорони здоров'я включає мережу закладів медичної допомоги, їх матеріально-технічне забезпечення, ліжковий фонд, а також амбулаторно-поліклінічні потужності, що формують основу функціонування медичної системи.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України досліджувався у працях В.Лехана, Г.Слабкого, В.Рудого, І.Сазонця, Т.Юрочко, О.Шекери, які аналізували стан медичної мережі, ліжкового фонду та ефективність її функціонування в умовах реформ. Питання регіональних диспропорцій та доступності медичних послуг розглядали І.Мартусенко, О.Корнага, Н.Решота. Окремі аспекти інституційного та організаційного розвитку інфраструктури охорони здоров'я висвітлювалися у працях І.Сенюти, В.Рудого та З.Скалецької.

Мета статті – дослідити рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України.

Викладення основного матеріалу. В умовах трансформації системи охорони здоров'я України, зумовленої медичною реформою, демографічними змінами та наслідками воєнних дій, особливого значення набуває оцінка просторової структури медичної інфраструктури, рівня забезпеченості населення медичними ресурсами та ефективності їх використання. Аналіз інфраструктурного потенціалу дозволяє визначити регіональні диспропорції у розвитку медичної мережі, оцінити доступність стаціонарної та амбулаторної допомоги, а також виявити ключові тенденції трансформації системи медичного обслуговування населення.

Здійснено комплексний аналіз інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України за такими основними напрямками: територіальна структура мережі медичних закладів; забезпеченість регіонів лікарняними ліжками та розвиток ліжкового фонду; потужність амбулаторно-поліклінічних закладів; інтенсивність використання медичної інфраструктури через показники відвідуваності,

госпіталізації та ліжко-днів; ефективність функціонування стаціонарної медичної допомоги через середню тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі.

Зазначені показники дозволяють комплексно оцінити рівень розвитку медичної інфраструктури України та визначити основні напрями її подальшої модернізації з урахуванням сучасних викликів функціонування системи охорони здоров'я.

На рисунку 1 представлено кількість лікарняних закладів в окремих регіонах України (2024 р.).

Найбільша кількість лікарняних закладів зосереджена у великих промислових та густонаселених регіонах (рис. 1). Зокрема, лідируючі позиції за цим показником займають Харківська область – 69 закладів, Дніпропетровська область – 68 закладів, Львівська та Одеська області – по 56 закладів, а також місто Київ – 54 заклади.

Значна кількість лікарень у зазначених регіонах пояснюється високою чисельністю населення, розвинутою мережею багатопрофільних медичних установ, а також концентрацією спеціалізованих та високотехнологічних медичних центрів, які забезпечують надання медичної допомоги не лише мешканцям відповідних областей, але й пацієнтам з інших регіонів країни.

Водночас у низці регіонів кількість лікарняних закладів є значно меншою. Найнижчі значення показника спостерігаються у Луганській області – 16 закладів, Херсонській області – 17 закладів, а також у Запорізькій та Чернівецькій областях – по 22 заклади. Така ситуація може бути зумовлена як меншою чисельністю населення, так і процесами оптимізації госпітальної мережі, що відбуваються у межах реформування системи охорони здоров'я.

Крім того, суттєво на функціонування лікарняної мережі окремих регіонів впливають наслідки воєнної агресії російської федерації, що призвели до часткового руйнування медичної інфраструктури, тимчасового припинення діяльності окремих медичних закладів та змін у структурі надання медичних послуг.

Важливим елементом аналізу інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я є дослідження структури лікарняної мережі за типами медичних закладів у регіональному розрізі. Такий аналіз дозволяє оцінити рівень диференціації стаціонарної медичної допомоги, а також визначити особливості організації госпітальної мережі в різних областях України.

На рисунку 2 представлено показники розподілу лікарняних закладів за кількістю ліжок за типами у регіональному розрізі України за 2024 р.

Структура лікарняних закладів в Україні (рис. 2) характеризується переважанням міських лікарень, що є основною ланкою надання спеціалізованої медичної допомоги населенню.

Найбільша кількість міських лікарень спостерігається у Харківській області – понад 30 закладів, Львівській області – 29 закладів, Вінницькій області – 28 закладів, а також у Дніпропетровській та Івано-Франківській областях – по 26 закладів. Значна концентрація міських лікарень у цих регіонах пояснюється високою урбанізацією, значною чисельністю населення та розвинутою мережею багатопрофільних медичних установ, які забезпечують надання широкого спектра стаціонарної медичної допомоги.

Центральні районні лікарні також відіграють важливу роль у структурі госпітальної мережі, забезпечуючи доступність медичної допомоги для населення сільських та віддалених територій. Найбільша їх кількість зафіксована у Полтавській області – 25 закладів, Чернігівській області – 19 закладів, а також у Одеській області – 17 закладів. Наявність значної кількості центральних районних лікарень сприяє забезпеченню територіальної доступності стаціонарної медичної допомоги.

Кількість обласних лікарень у регіонах є відносно стабільною і, як правило, становить один заклад на область, що відповідає організаційній структурі системи охорони здоров'я України. Обласні лікарні виконують функції високоспеціалізованих медичних центрів та забезпечують надання складної медичної допомоги пацієнтам з усієї території області.

Окрему групу медичних установ становлять дитячі лікарні та пологові будинки, які забезпечують спеціалізовану допомогу дітям та жінкам. Їх кількість у регіонах є значно меншою, однак вони відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я, забезпечуючи надання вузькоспеціалізованих медичних послуг.

На рисунку 3 визначено кількість лікарняних ліжок у стаціонарних закладах охорони здоров'я за регіонами України.

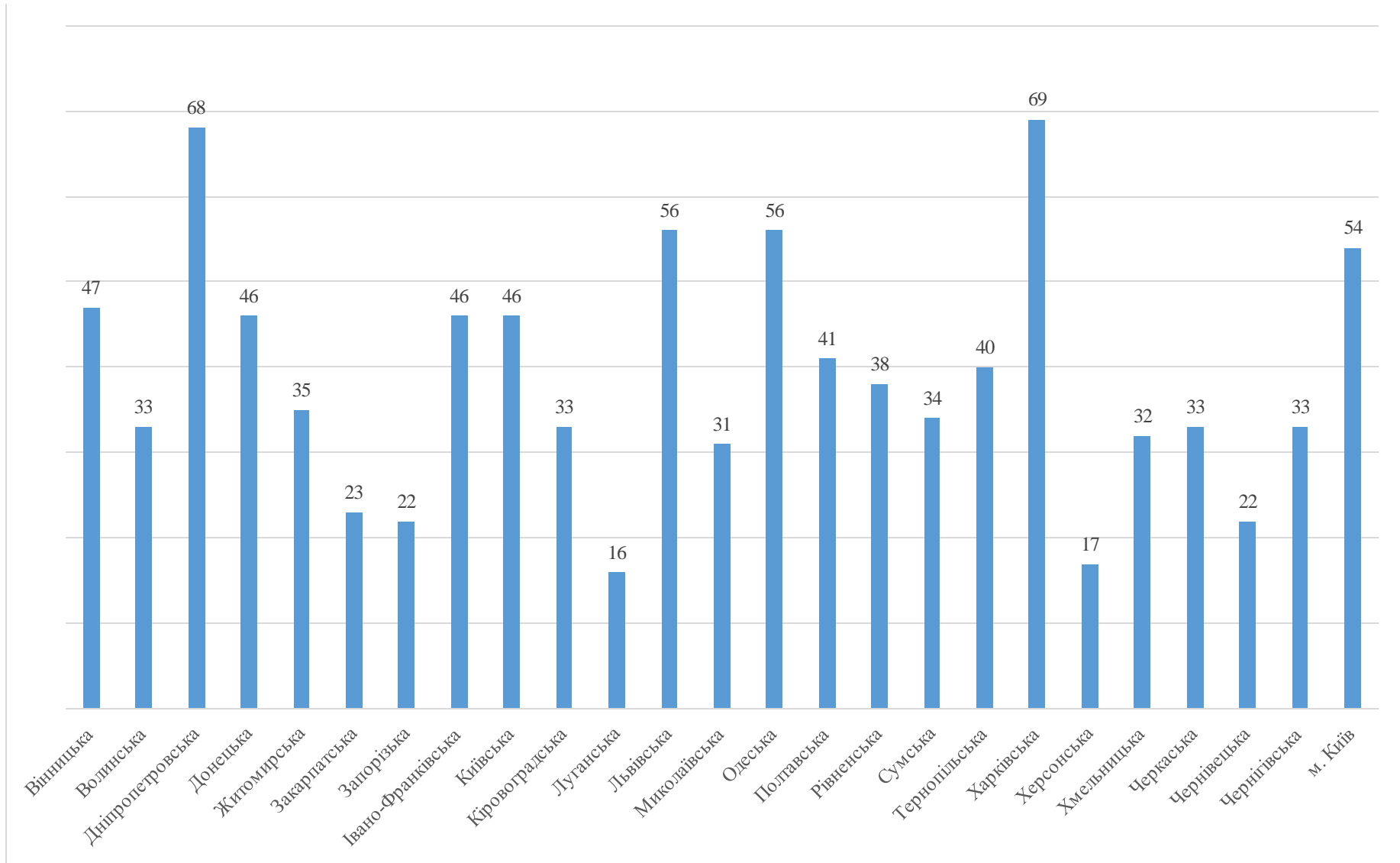


Рис. 1. Кількість лікарняних закладів в окремих регіонах України, 2024 р. [2]

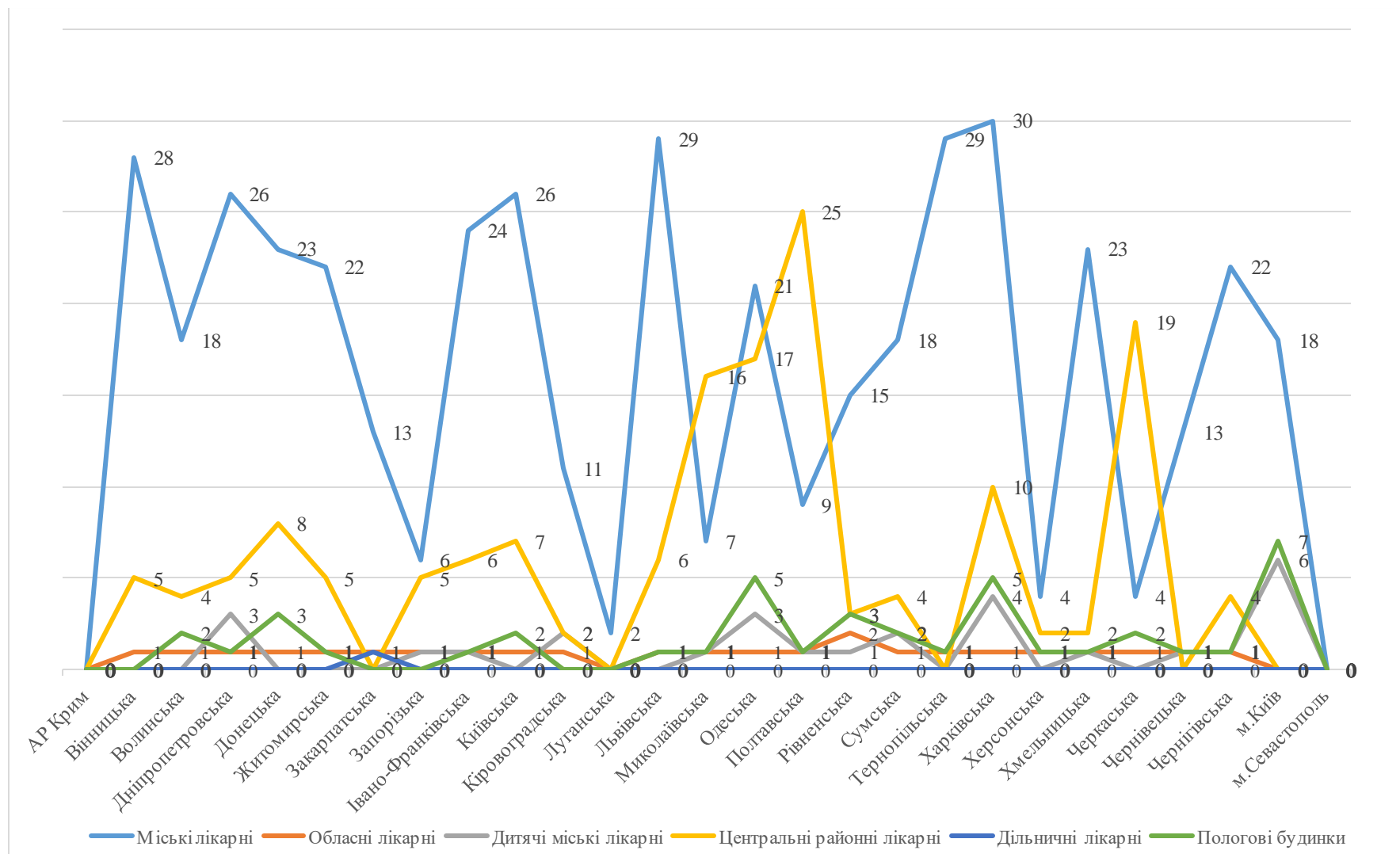


Рис. 2. Розподіл лікарняних закладів за кількістю ліжок за типами у регіональному розрізі України, 2024 р. [2]

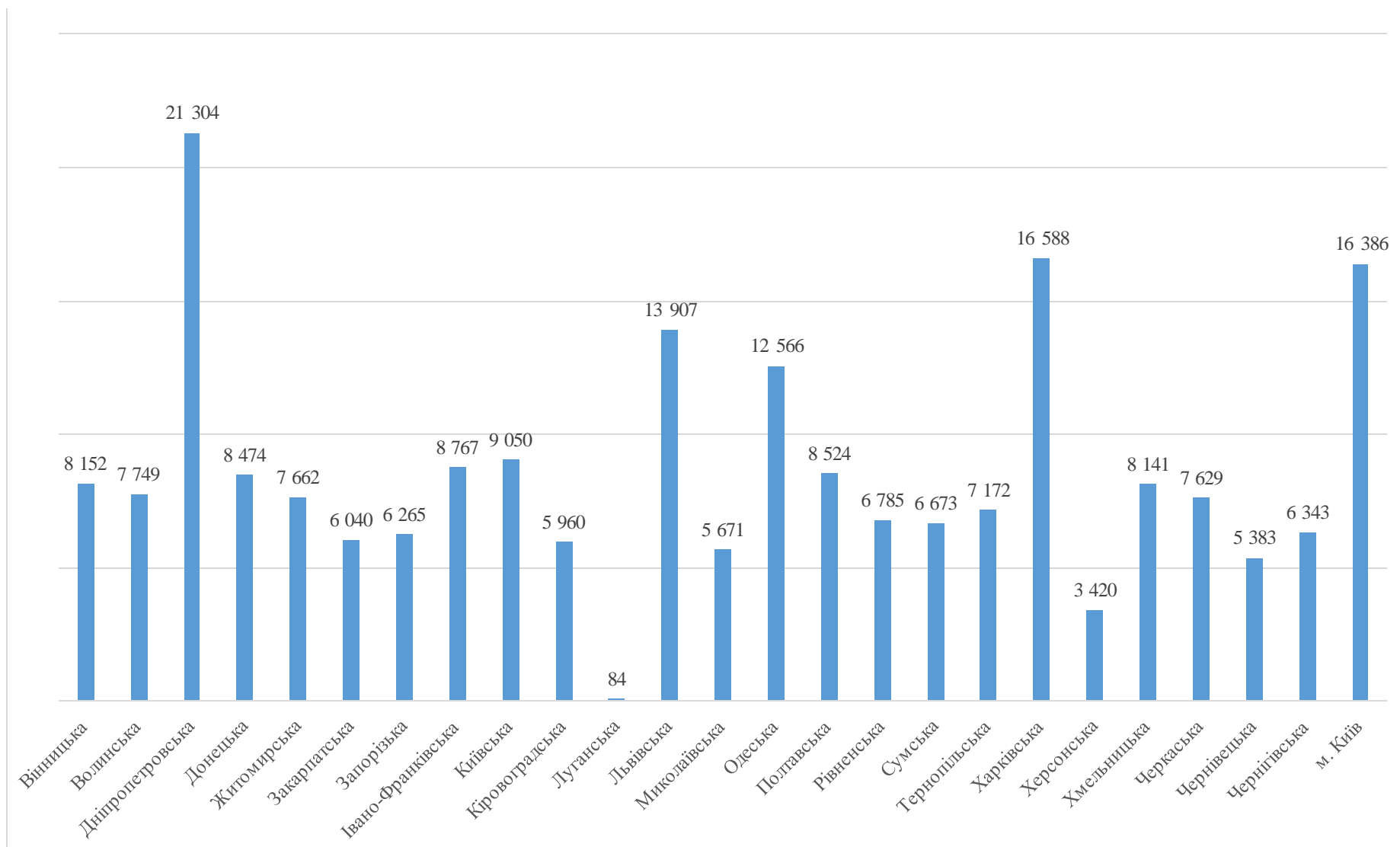


Рис. 3. Кількість лікарняних ліжок у стаціонарних закладах охорони здоров'я за регіонами України, 2024 р., тис. од. [2]

Найбільша кількість лікарняних ліжок (рис. 3) зосереджена у великих економічних та демографічних центрах країни. Зокрема, лідером за цим показником є Дніпропетровська область, де налічується 21 304 лікарняних ліжка. Значні обсяги ліжкового фонду також характерні для Харківської області – 16 588 ліжок, міста Києва – 16 386 ліжок, Львівської області – 13 907 ліжок та Одеської області – 12 566 ліжок. Така концентрація ліжкового фонду пояснюється високою чисельністю населення, розвинутою мережею багатопрофільних лікарень та наявністю спеціалізованих медичних центрів, які обслуговують пацієнтів не лише з відповідних областей, а й з інших регіонів України.

Найнижчі значення показника зафіксовано у Луганській області: лише 84 ліжка на 10 тис. населення, що пояснюється наслідками воєнних дій, тимчасовою окупацією частини території та руйнуванням медичної інфраструктури. Порівняно невеликі обсяги ліжкового фонду також спостерігаються у Херсонській області – 3 420 ліжок, Чернівецькій області – 5 383 ліжка та Миколаївській області – 5 671 ліжко.

Загалом аналіз регіонального розподілу лікарняного ліжкового фонду свідчить про значну територіальну диференціацію у забезпеченні стаціонарною медичною допомогою населення України. Концентрація значної частини ліжкового фонду у великих промислових та адміністративних центрах зумовлена високою щільністю населення, розвитком медичної інфраструктури та функціонуванням спеціалізованих медичних установ, тоді як у менш населених або постраждалих від воєнних дій регіонах можливості стаціонарної медичної допомоги залишаються обмеженими.

На рисунку 4 відображено показники забезпеченості лікарняними ліжками на 10 тис. населення за регіонами України у 2010–2024 рр.

Як свідчать наведені дані (рис. 4), протягом досліджуваного періоду в Україні спостерігається стійка тенденція до скорочення забезпеченості населення лікарняними ліжками. У більшості регіонів країни показник у 2024 р. є суттєво нижчим порівняно з 2010 р. Таке зниження пояснюється насамперед структурною трансформацією системи охорони здоров'я, оптимізацією мережі медичних закладів, розвитком амбулаторно-поліклінічної допомоги, а також впровадженням нових підходів до організації надання медичних послуг у рамках медичної реформи.

Найвищі значення забезпеченості лікарняними ліжками у 2024 р. спостерігаються у місті Києві – 24,5 ліжка на 10 тис. населення, Дніпропетровській області – 24,3, Харківській області – 19,4 та Львівській області – 16,0. Високі значення показника у зазначених регіонах пояснюються їх статусом великих медичних центрів, на території яких зосереджена значна кількість багатопрофільних лікарень, спеціалізованих медичних установ та науково-медичних центрів, що обслуговують не лише місцеве населення, але й пацієнтів з інших регіонів.

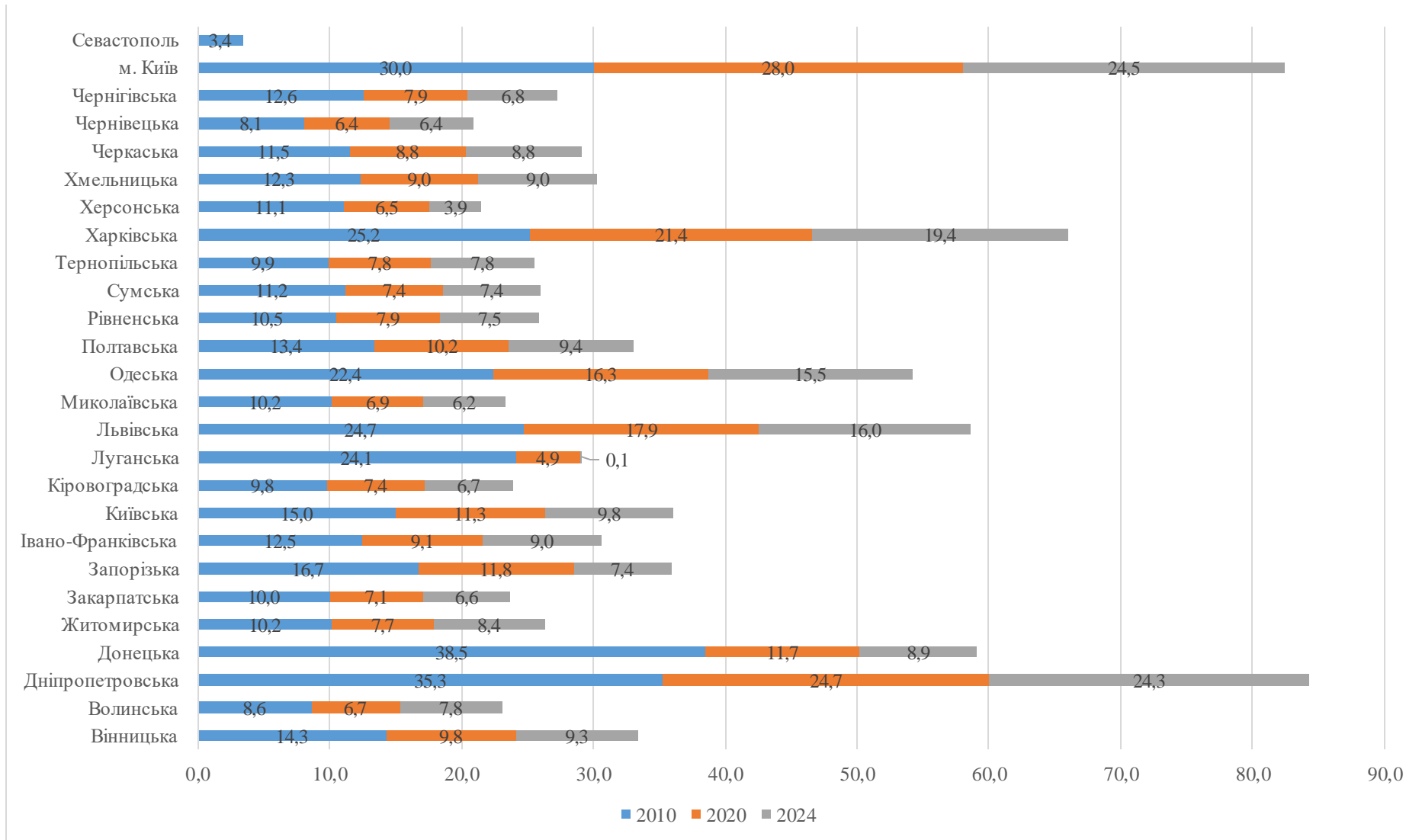


Рис. 4. Забезпеченість лікарняними ліжками на 10 тис. населення за регіонами України у 2010–2024 рр. [1]

Водночас у низці областей спостерігається значно нижчий рівень забезпеченості лікарняними ліжками. Зокрема, найнижчі показники у 2024 р. зафіксовано у Херсонській області – 3,9 ліжка на 10 тис. населення, Закарпатській області – 6,6, Волинській області – 7,8, Сумській області – 7,4 та Рівненській області – 7,5. Така ситуація зумовлена як демографічними та територіальними особливостями регіонів, так і процесами оптимізації госпітальної мережі. Крім того, суттєво на показники окремих регіонів, таких як Сумська та Херсонська області, впливає військова агресія російської федерації, що призвела до руйнування частини медичної інфраструктури, переміщення населення та зміни структури надання медичних послуг.

Порівняльний аналіз динаміки показника за 2010–2024 рр. свідчить про суттєве скорочення ліжкового фонду практично в усіх регіонах України, що відображає загальносвітову тенденцію переходу від стаціонарно орієнтованої моделі медичної допомоги до розвитку амбулаторних, денних та стаціонарозамінних форм лікування.

На рисунку 5 представлено динаміку планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів (тис. відвідувань за зміну) за регіонами України (2010–2024 рр.).

Відповідно до даних, представлених на рисунку 5, у більшості регіонів України упродовж 2010–2024 рр. спостерігаються зміни у плановій ємності амбулаторно-поліклінічної мережі, що зумовлено реформуванням системи охорони здоров'я, оптимізацією медичної інфраструктури та впровадженням нових організаційних моделей надання медичної допомоги.

Найбільша планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів у 2024 р. спостерігається у місті Києві близько 85,4 тис. відвідувань за зміну, що пояснюється високою концентрацією медичних установ, значною чисельністю населення та функціонуванням великої кількості спеціалізованих медичних центрів. Значні показники також характерні для Дніпропетровської області – 83,6 тис. відвідувань за зміну та Харківської області – 62,8 тис. відвідувань за зміну. Високі значення цього показника також спостерігаються в Одеській області близько 51,2 тис. відвідувань та Львівській області 46,8 тис. відвідувань за зміну.

Слід зазначити, що найменші значення показника у 2024 р. зафіксовано у Луганській області 7,4 тис. відвідувань за зміну, що обумовлено руйнуванням медичної інфраструктури та тимчасовою окупацією значної частини території регіону. Порівняно невеликі значення також характерні для Херсонської області 12,7 тис. відвідувань та Чернівецької області 17,6 тис. відвідувань за зміну.

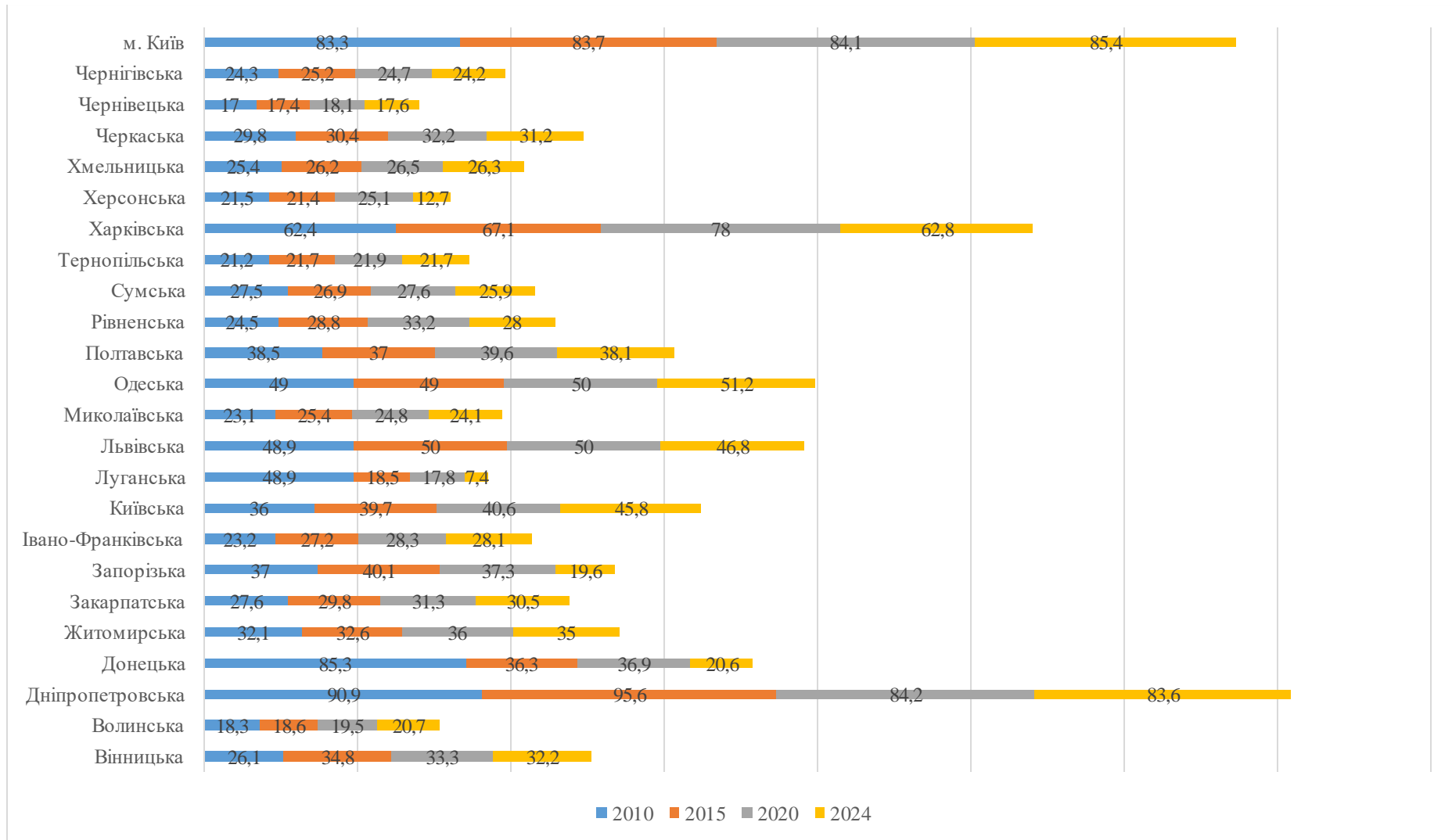


Рис. 5. Динаміка планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів (тис. відвідувань за зміну) за регіонами України, 2010–2024 рр. [1]

Після аналізу структурних характеристик та потужності медичної інфраструктури доцільно розглянути показники фактичного використання закладів охорони здоров'я населенням, що дозволяє оцінити рівень навантаження на систему медичної допомоги.

На рисунку 6 представлено показники кількості відвідувань лікарів у поліклініках за регіонами України у 2024 р.

Регіональний розподіл кількості відвідувань лікарів у поліклініках (рис. 6) відображає рівень фактичного навантаження на амбулаторно-поліклінічну ланку системи охорони здоров'я та характеризує інтенсивність використання населенням медичних послуг. На відміну від показників інфраструктурної забезпеченості, цей індикатор демонструє реальну активність звернення населення до медичних установ.

Найбільші обсяги відвідувань лікарів у 2024 р. спостерігаються у регіонах з високою чисельністю населення та розвинутою медичною інфраструктурою. Зокрема, значні показники зафіксовано у Дніпропетровській області – понад 7,2 млн відвідувань, Львівській області – близько 6,7 млн, Полтавській області – майже 4,8 млн, Харківській області – понад 4,2 млн, а також в Одеській області – майже 3,9 млн. Високий рівень звернень до лікарів у цих регіонах пояснюється значною концентрацією медичних установ, розвинутою мережею амбулаторно-поліклінічних закладів та високою щільністю населення.

У групі регіонів із середніми значеннями показника перебувають Київська, Івано-Франківська, Житомирська, Волинська, Сумська та Рівненська області, де кількість відвідувань коливається приблизно від 2,5 до 3,8 млн на рік. Такий рівень використання амбулаторних медичних послуг свідчить про відносно стабільне функціонування амбулаторно-поліклінічної мережі та достатній рівень доступності медичної допомоги.

Найнижчі значення показника зафіксовані у Луганській області – близько 230 тис. відвідувань, Херсонській області – менше 1 млн, а також у Донецькій області – близько 1,5 млн. Скорочення обсягів амбулаторної медичної допомоги у цих регіонах відображає складну соціально-економічну ситуацію та обмежений доступ населення до медичних послуг.

На рисунку 7 відображено показники кількості спеціалізованих відділень (кабінетів) у закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу у 2024 р.

Важливою характеристикою інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я є наявність спеціалізованих підрозділів у закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу. Кількість таких відділень (кабінетів) відображає рівень спеціалізації медичних установ та їх спроможність забезпечувати надання вузькопрофільної медичної допомоги населенню.

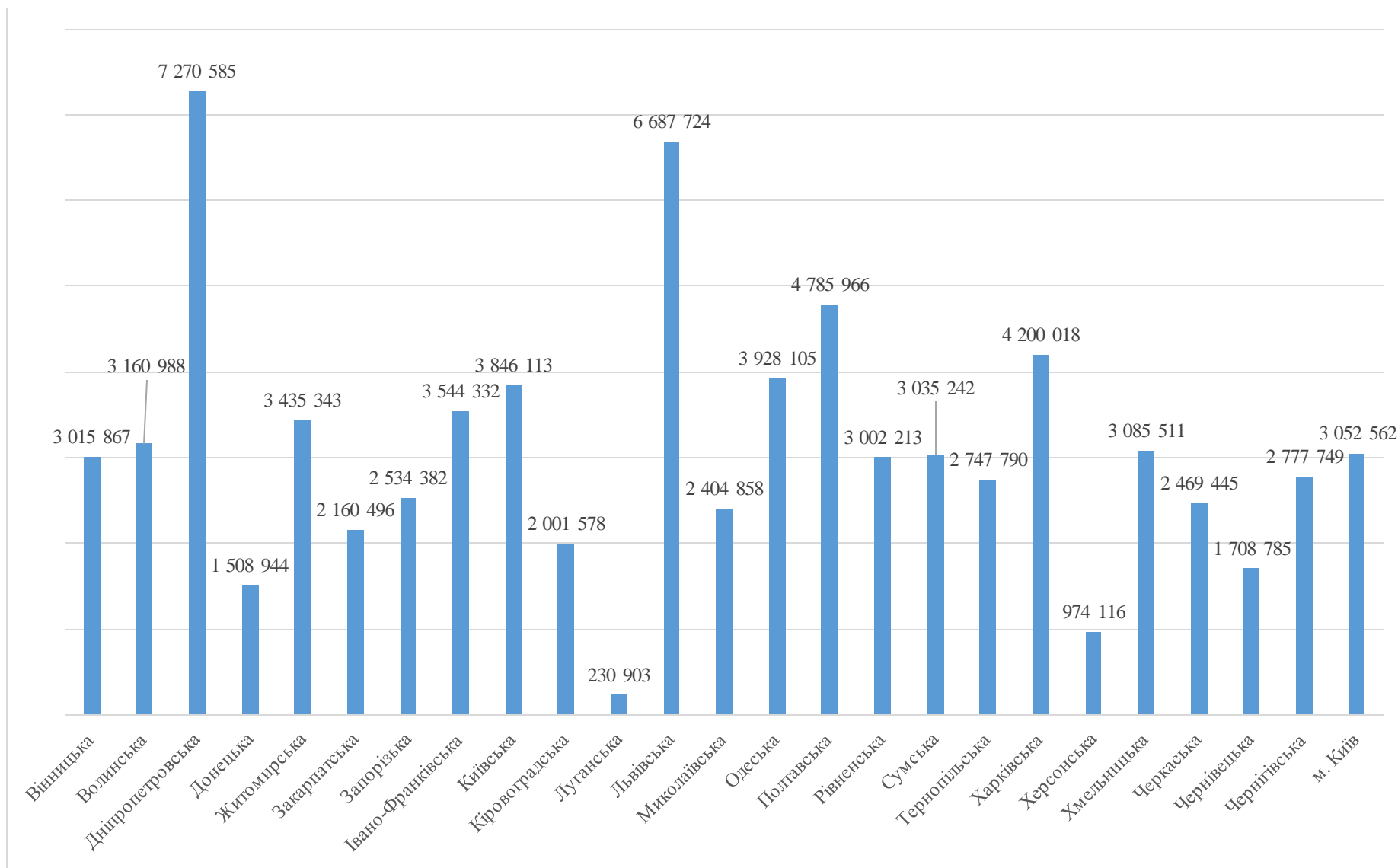


Рис. 6. Кількість відвідувань лікарів у поліклініках за регіонами України у 2024 р., млн відвідувань [2]

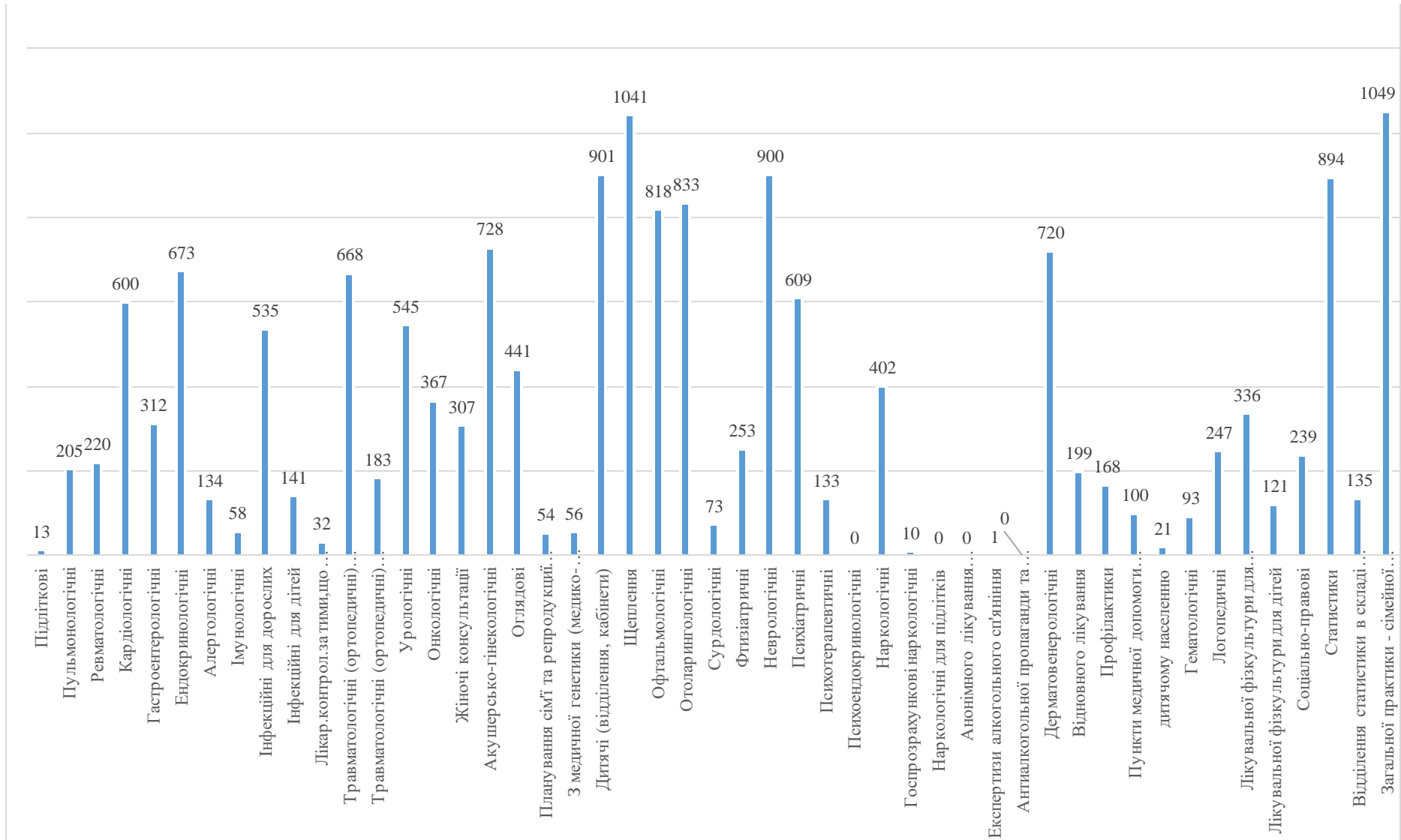


Рис. 7. Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, 2024 р. [2]

Найбільша кількість кабінетів функціонує у напрямі загальної лікарської практики (рис. 7), де їх налічується 1049 одиниць, що зумовлено ключовою роллю первинної медичної допомоги у системі охорони здоров'я. Високі показники також характерні для педіатричних кабінетів понад 1041 од., хірургічних – 901 од., терапевтичних – 900 од., а також акушерсько-гінекологічних – 894 од. Значною є кількість офтальмологічних кабінетів – 833 од., отоларингологічних – 818 од. та кабінетів функціональної діагностики – 728 од., що свідчить про розвиненість діагностичної та консультативної медичної допомоги.

Серед інших поширених спеціалізованих підрозділів слід вирізнити кабінети ультразвукової діагностики – 720 од., рентгенологічні кабінети – 673 од., стоматологічні – 668 од., неврологічні – 609 од. та кабінети фізіотерапії – 600 од., які забезпечують проведення діагностичних процедур і лікування широкого спектра захворювань.

Водночас низка спеціалізованих підрозділів представлена у значно меншій кількості. Зокрема, кількість геріатричних кабінетів становить лише 10 од., ендоскопічних – 21 од., пульмонологічних – 32 од., алергологічних – 54 од., що пояснюється вузькою спеціалізацією відповідних медичних послуг та їх концентрацією переважно у великих медичних центрах. Окремі спеціалізовані підрозділи фактично відсутні або представлені поодинокими випадками.

На рисунку 8 відображено показники кількості госпіталізованих пацієнтів у стаціонарні заклади охорони здоров'я за регіонами України у 2024 р.

Відповідно до даних, представлених на рисунку 8, у 2024 р. найбільша кількість госпіталізованих пацієнтів зафіксована у Дніпропетровській області понад 718 776 осіб, що пояснюється значною чисельністю населення регіону, розвинутою мережею медичних закладів та концентрацією спеціалізованих медичних центрів.

Високі показники госпіталізації також характерні для міста Києва 621 149 осіб, Львівської області – 562 410 осіб, Харківської області – 470 414 осіб, а також Одеської області – 417 551 особа. Значні обсяги стаціонарної медичної допомоги у цих регіонах зумовлені як високою чисельністю населення, так і функціонуванням великих багатопрофільних лікарень, що обслуговують пацієнтів із сусідніх областей.

У групі регіонів із середніми значеннями показника перебувають Івано-Франківська область – 336 399 госпіталізованих пацієнтів, Житомирська область – 309 448, Полтавська область – 299 582, Черкаська область – 296 596, а також Київська область – 293 180 осіб. Це свідчить про відносно стабільний рівень функціонування стаціонарної медичної допомоги в цих регіонах.

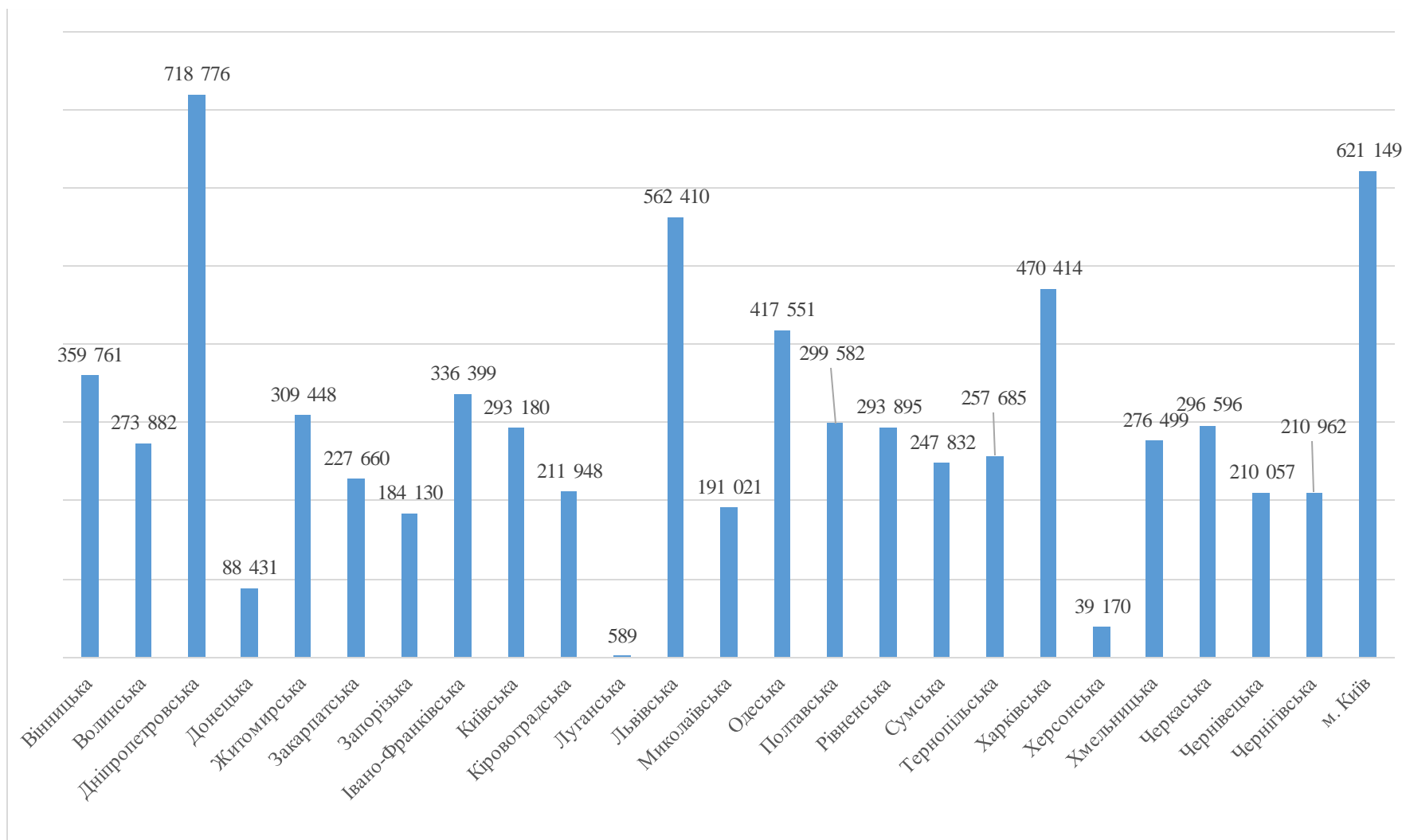


Рис. 8. Кількість госпіталізованих пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я за регіонами України, 2024 р., осіб [2]

Найменша кількість госпіталізованих пацієнтів спостерігається у регіонах, що найбільше постраждали внаслідок воєнних дій. Зокрема, у Луганській області цей показник становить лише 589 осіб, що зумовлено значними втратами медичної інфраструктури та тимчасовою окупацією частини території. Порівняно низькі значення також зафіксовані у Херсонській області – 39 170 госпіталізованих пацієнтів та Донецькій області – 88 431 особа.

На рисунку 9 відображено показники кількості ліжко-днів у стаціонарах за регіонами України у 2024 р.

Найбільші обсяги ліжко-днів у 2024 р. (рис. 9) спостерігаються у регіонах із потужною медичною інфраструктурою та високою чисельністю населення. Зокрема, у Дніпропетровській області цей показник становить 6 577 994 ліжко-днів, у місті Києві – 4 702 004, у Харківській області – 4 270 738, у Львівській області – 4 206 515, а в Одеській області – 3 628 436 ліжко-днів. Значні обсяги стаціонарного лікування у цих регіонах зумовлені концентрацією багатопрофільних лікарень та спеціалізованих медичних центрів, що обслуговують значні потоки пацієнтів.

Порівняно середні значення показника характерні для Вінницької області – 2 746 123 ліжко-днів, Івано-Франківської області – 2 753 514, Полтавської області – 2 525 962, Рівненської області – 2 253 502, а також Хмельницької області – 2 210 050 ліжко-днів, що свідчить про стабільний рівень функціонування стаціонарної медичної допомоги в цих регіонах.

Найнижчі значення показника спостерігаються у регіонах, що зазнали найбільшого впливу воєнних дій. Так у Луганській області кількість ліжко-днів становить лише 3 930, у Херсонській області – 409 652, а у Донецькій області – 799 530 ліжко-днів, що пояснюється значним скороченням медичної інфраструктури та обмеженим функціонуванням стаціонарних закладів.

Проте для більш глибокої оцінки ефективності функціонування стаціонарних закладів охорони здоров'я доцільно проаналізувати середню тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі, яка є важливим індикатором організації лікувального процесу та раціонального використання медичних ресурсів.

Саме цей показник відображає організаційні особливості надання медичної допомоги, рівень ефективності використання ліжкового фонду та інтенсивність лікувального процесу у стаціонарних закладах. У зв'язку з цим наступним етапом аналізу є визначення середньої тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі в регіональному розрізі.

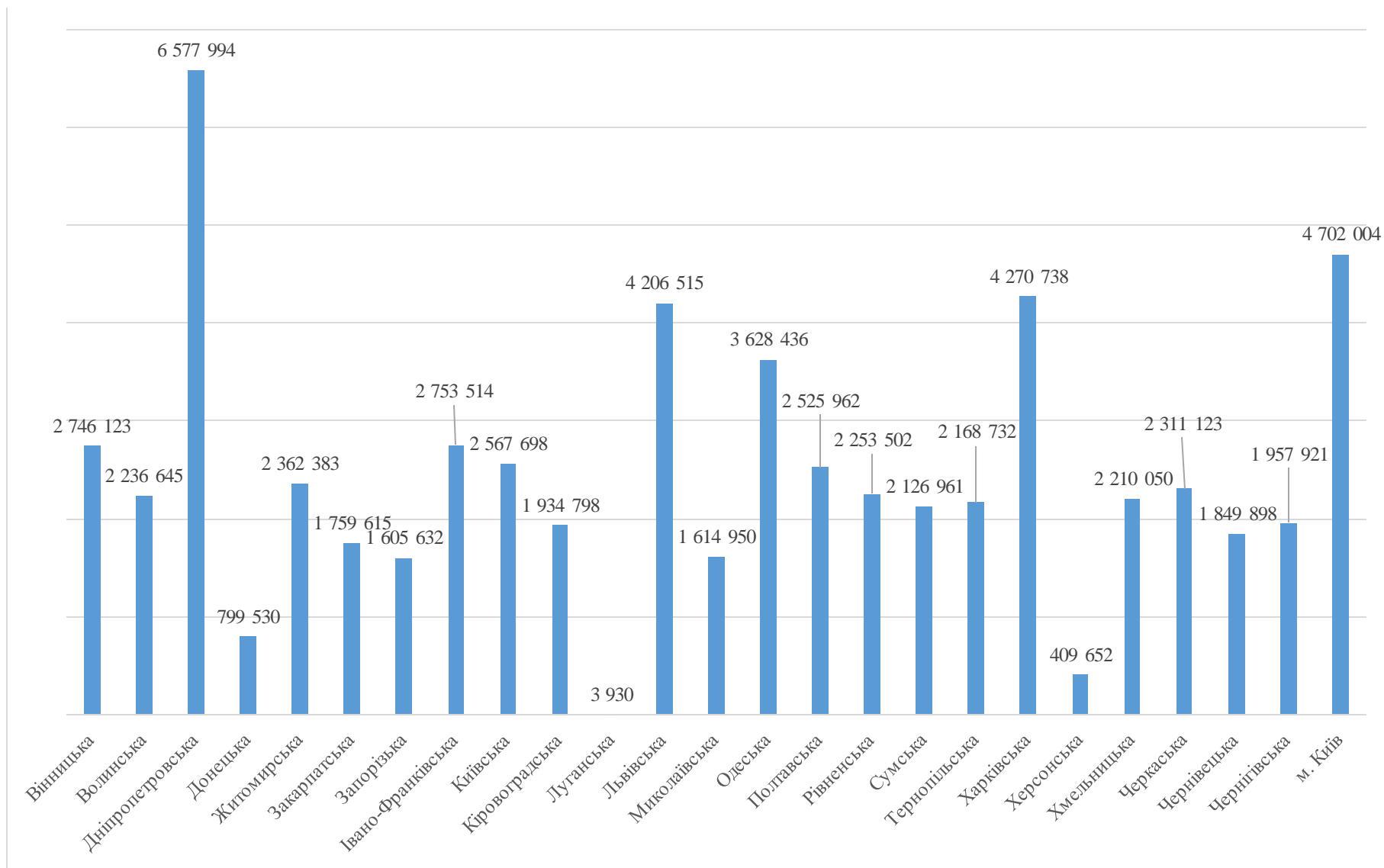


Рис. 9. Кількість ліжко-днів у стаціонарах за регіонами України, 2024 р., млн ліжко-днів [2]

Результати відповідних розрахунків відображено в таблиці 1.

Таблиця 1

Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі за регіонами України

Регіон	Поступило хворих	Ліжко-днів	Середня тривалість перебування, днів
Вінницька	359 761	2 746 123	7,6
Волинська	273 882	2 236 645	8,2
Дніпропетровська	718 776	6 577 994	9,2
Донецька	88 431	799 530	9,0
Житомирська	309 448	2 362 383	7,6
Закарпатська	227 660	1 759 615	7,7
Запорізька	184 130	1 605 632	8,7
Івано-Франківська	336 399	2 753 514	8,2
Київська	293 180	2 567 698	8,8
Кіровоградська	211 948	1 934 798	9,1
Луганська	589	3 930	6,7
Львівська	562 410	4 206 515	7,5
Миколаївська	191 021	1 614 950	8,5
Одеська	417 551	3 628 436	8,7
Полтавська	299 582	2 525 962	8,4
Рівненська	293 895	2 253 502	7,7
Сумська	247 832	2 126 961	8,6
Тернопільська	257 685	2 168 732	8,4
Харківська	470 414	4 270 738	9,1
Херсонська	39 170	409 652	10,5
Хмельницька	276 499	2 210 050	8,0
Черкаська	296 596	2 311 123	7,8
Чернівецька	210 057	1 849 898	8,8
Чернігівська	210 962	1 957 921	9,3
м. Київ	621 149	4 702 004	7,6

Джерело: розраховано автором на основі даних медичної звітності комунальних закладів охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, які знаходяться у сфері управління МОЗ

Загалом показник середньої тривалості перебування пацієнта у стаціонарі коливається у межах від 6,7 до 10,5 днів, що відображає різну інтенсивність використання лікарняного фонду та особливості організації медичної допомоги в окремих регіонах.

Найбільша середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі у 2024 р. спостерігається у Херсонській області близько 10,5 днів, що може бути пов'язано з обмеженими можливостями медичної інфраструктури та складністю організації медичної допомоги в умовах воєнного стану. Високі значення показника також зафіксовані у Чернігівській області – 9,3 дня, Дніпропетровській області – 9,2, Харківській області – 9,1 та Кіровоградській області – 9,1, що свідчить про відносно тривале перебування пацієнтів у стаціонарних закладах.

Середні значення показника характерні для більшості регіонів України. Зокрема, у Полтавській області середня тривалість перебування становить 8,4 дня, у Сумській області – 8,6, у Миколаївській області – 8,5, у Волинській області – 8,2, а у Запорізькій області – 8,7. Такі значення свідчать про відносно збалансоване використання лікарняного фонду та ефективну організацію стаціонарної медичної допомоги.

Найменша середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі спостерігається у Луганській області – 6,7 дня, що пояснюється обмеженим функціонуванням медичних закладів та значним скороченням обсягів стаціонарної допомоги внаслідок воєнних дій. Порівняно низькі значення також характерні для Львівської області – 7,5 дня, Житомирської області – 7,6, Вінницької області – 7,6 та міста Києва – 7,6, що може свідчити про більш інтенсивний обіг пацієнтів та ефективніше використання лікарняного фонду.

Найвищі значення коефіцієнта використання лікарняних ліжок у 2024 р. (рис. 10) зафіксовано у Чернівецькій області – понад 0,967, Вінницькій області – 0,918, Рівненській області – 0,913, Кіровоградській області – 0,885, а також у Житомирській області – 0,856. Високий рівень використання

лікарняних ліжок у цих регіонах свідчить про значне навантаження на стаціонарні заклади охорони здоров'я та інтенсивне використання наявної медичної інфраструктури.

Середні значення коефіцієнта використання ліжкового фонду характерні для більшості регіонів України. Зокрема, у Дніпропетровській області цей показник становить 0,844, у Львівській області – 0,823, у Полтавській області – 0,823, у Сумській області – 0,873, а у місті Києві – 0,784. Такі значення свідчать про відносно стабільне функціонування стаціонарної медичної допомоги та достатній рівень використання лікарняного фонду. Проте у деяких регіонах коефіцієнт використання лікарняних ліжок є суттєво нижчим. Найменші значення показника спостерігаються у Луганській області – 0,168, Херсонській області – 0,325 та Донецькій області – 0,451, що зумовлено наслідками воєнних дій, пошкодженням медичної інфраструктури та скороченням кількості функціонуючих медичних закладів.

Дані рисунка 11 свідчать про значну регіональну диференціацію використання закладів екстреної та планово-консультативної допомоги у 2024 р. Найбільша кількість пацієнтів, які отримали екстрену та планово-консультативну допомогу, зафіксовано у Харківській області – понад 16 998 осіб, що свідчить про високу потребу населення регіону у спеціалізованій медичній допомозі. Значні показники також спостерігаються у Запорізькій області – 10 188 осіб, Чернігівській області – 9 800 та Дніпропетровській області – 8 802.

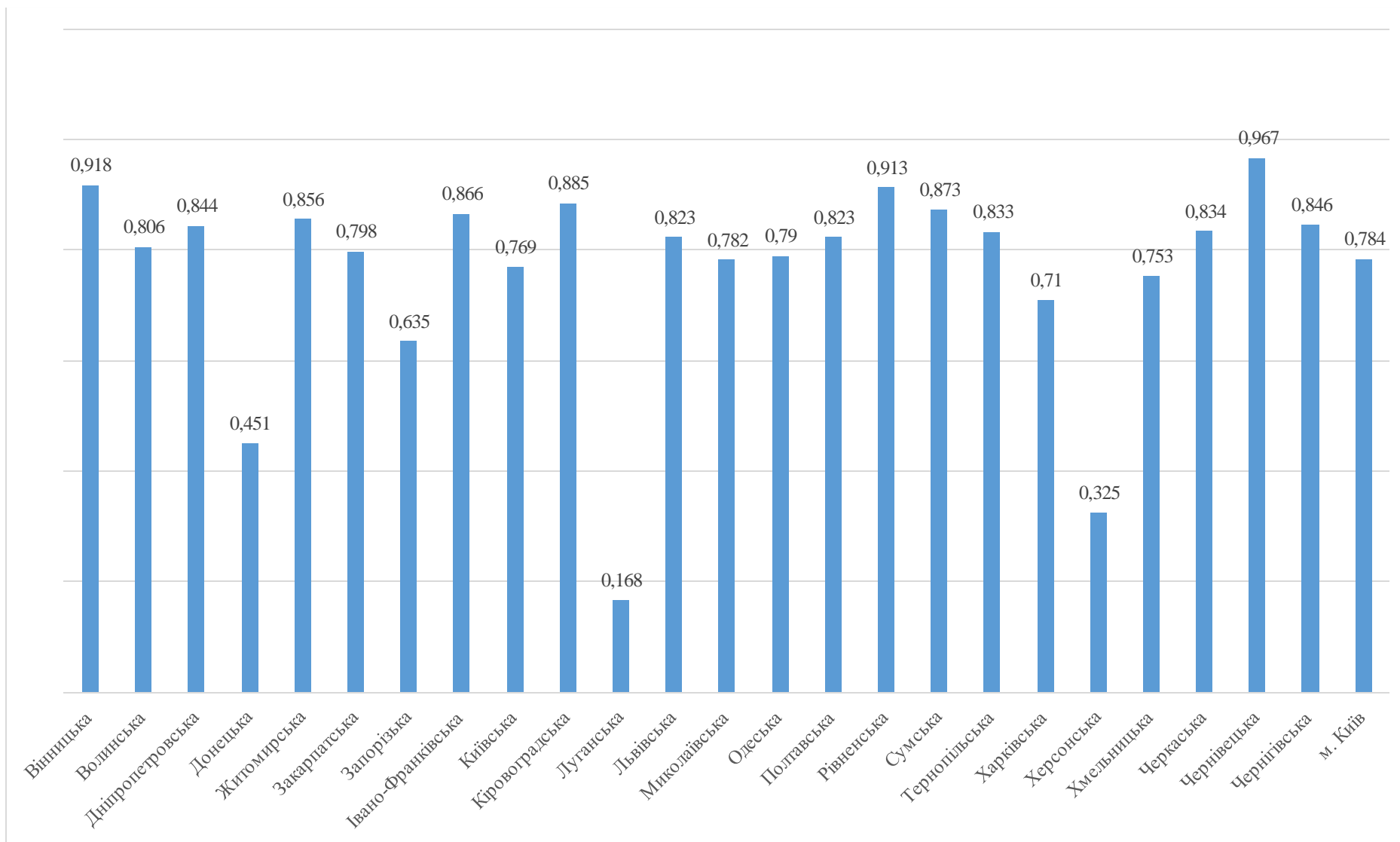
Середні значення інтенсивності використання закладів характерні для Сумської області – 2 479 осіб, Івано-Франківської області – 1 250, Чернівецької області – 1 573, а також Вінницької області – 1 774. Такі показники свідчать про відносно стабільний рівень функціонування системи консультативної медичної допомоги в цих регіонах.

Водночас у більшості областей кількість осіб, які отримали послуги у відповідних закладах, є значно меншою або взагалі відсутня. Зокрема, у низці регіонів показник дорівнює 0, що може бути пов'язано як із відсутністю спеціалізованих закладів такого типу, так і з реорганізацією системи медичної допомоги або передачею відповідних функцій іншим медичним установам.

Проведений аналіз інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України свідчить про наявність суттєвих регіональних відмінностей у розвитку медичної інфраструктури, що проявляється у територіальному розміщенні медичних закладів, обсягах ліжкового фонду та рівні забезпеченості населення медичними ресурсами.

Встановлено, що найбільша концентрація лікарняних закладів і стаціонарних потужностей характерна для найбільш урбанізованих регіонів, зокрема Дніпропетровської, Харківської, Львівської та Одеської областей, а також міста Києва. У той же час у частині регіонів рівень розвитку медичної інфраструктури є нижчим, що зумовлює певні диспропорції у доступності медичних послуг для населення.

Аналіз показників використання медичної інфраструктури, зокрема кількості відвідувань лікарів, госпіталізованих пацієнтів та ліжко-днів, свідчить про значне навантаження на медичні заклади у регіонах із високою концентрацією медичних ресурсів. Проте середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі демонструє регіональні відмінності, що відображає особливості організації стаціонарної допомоги та ефективність використання ліжкового фонду.



Джерело: розраховано автором на основі [2]

Рис. 10. Коефіцієнт використання лікарняних ліжок у регіонах України, 2024 р.

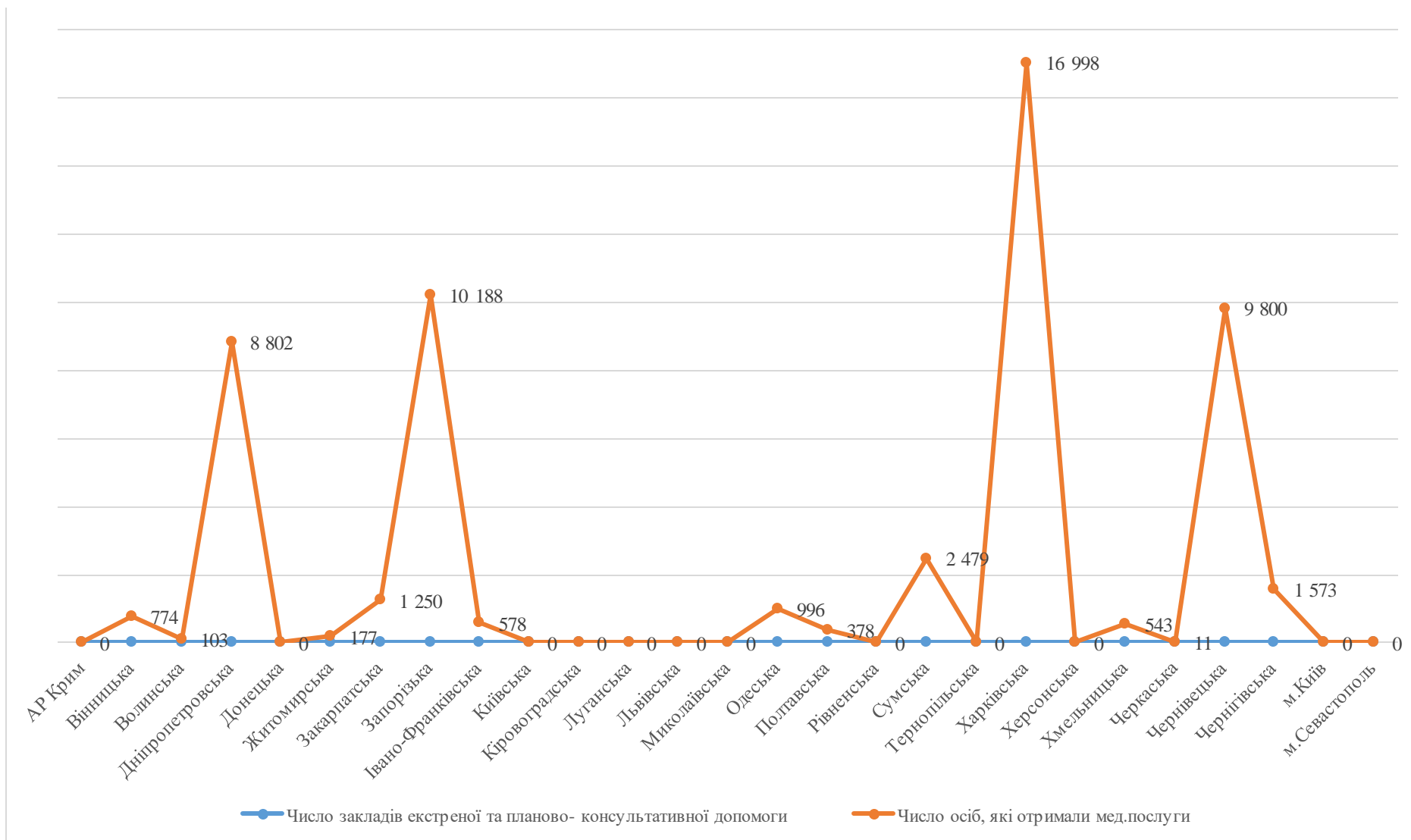


Рис. 11. Інтенсивність використання закладів екстреної та планово-консультативної допомоги, 2024 р., осіб [2]

Висновки. Таким чином, інфраструктурний потенціал системи охорони здоров'я України характеризується територіальною диференціацією та потребує подальшого удосконалення механізмів планування і розвитку медичної мережі з метою забезпечення більш рівномірного доступу населення до медичних послуг. Зокрема спостерігаються такі системні проблеми, як: виражена регіональна асиметрія, адже медична інфраструктура критично сконцентрована у п'яти ключових центрах (Дніпропетровська, Харківська, Львівська, Одеська області та м. Київ); деструктивний вплив війни на східні та південні регіони; структурна трансформація ліжкового фонду; нерівномірність спеціалізованої амбулаторної допомоги; варіативність інтенсивності лікування; критичне навантаження на систему екстреної допомоги.

Список використаної літератури:

1. Статистичний щорічник України, 2024 / Державна служба статистики України (Держстат) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://stat.gov.ua/uk/publications/statystychnyy-shchorichnyk-ukrayiny-2024>.
2. Узагальнені дані медичної звітності по комунальним закладам охорони здоров'я та закладам охорони здоров'я, які знаходяться у сфері управління МОЗ / МОЗ. Центр громадського здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1>.

References:

1. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy (Derzhstat), *Statystychnyi shchorichnyk Ukrainy, 2024*, [Online], available at: <https://stat.gov.ua/uk/publications/statystychnyy-shchorichnyk-ukrayiny-2024>
2. MOZ, *Uzahalneni dani medychnoi zvitnosti po komunalnym zakladam okhorony zdorovia ta zakladam okhorony zdorovia, yaki znakhodiatsia u sferi upravlinnia MOZ*, Tsentr hromadskoho zdorovia Ukrainy, [Online], available at: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1>

Курбанов Антон Костянтинович – кандидат медичних наук, асистент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

<http://orcid.org/0000-0002-6632-9525>.

Наукові інтереси:

- система охорони здоров'я;
- державне управління потенціалом системи охорони здоров'я;
- прогнозування та антикризове регулювання в системі охорони здоров'я;
- адаптивно-резервний потенціал.

Kurbanov A.K.

Level of infrastructure potential of the health care system of Ukraine

The article provides a comprehensive assessment of the infrastructure potential of the health care system of Ukraine as a key element of resource provision of the medical industry, which determines the accessibility, continuity and quality of medical care to the population. It is substantiated that the medical infrastructure includes a network of health care institutions, bed capacity, material and technical base and outpatient and poly clinic facilities, which form the functional capacity of the system.

It is proven that in the conditions of medical reform, demographic changes and military operations in Ukraine, a significant transformation of the spatial and functional structure of the medical infrastructure is taking place. The presence of pronounced regional disparities in the provision of medical resources has been established, manifested in the uneven distribution of hospital facilities, different levels of bed capacity and accessibility of outpatient care.

The analysis has shown the concentration of the main part of the medical infrastructure in large urbanized regions – Dnipropetrovsk, Kharkiv, Lviv, Odessa regions and the city of Kyiv, which are characterized by high rates of hospitalization, doctor visits and bed capacity. In contrast, in regions affected by military operations, a critical reduction in infrastructure potential, destruction of medical facilities and restrictions on the population's access to medical services have been recorded.

A general trend towards a decrease in bed capacity and a simultaneous increase in the role of outpatient care has been identified, which corresponds to modern approaches to reforming the healthcare system. At the same time, significant differences were found in the indicators of the use of medical infrastructure, in particular the duration of patients' stay in the hospital and the bed utilization rate, which indicates the uneven efficiency of the system.

The need to improve the mechanisms of state management of the development of medical infrastructure in order to reduce regional disparities and ensure equal access of the population to quality medical care was emphasized.

Keywords: infrastructure potential; health care system; medical infrastructure; bed capacity; outpatient and polyclinic care; regional disparities; state administration; accessibility of medical services.

Стаття надійшла до редакції 29.10.2025.