

В. М. ЛЕХАН, Е. В. БОРВІНКО, М. І. ЗАЯРСЬКИЙ

СТАН ФІНАНСОВОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРИ ОТРИМАННІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета: оцінка стану фінансового захисту населення України при отриманні первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Використані дані Глобальної бази даних ВООЗ про витрати на охорону здоров'я в цілому та первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) за 2020 р. і матеріали Національної служби здоров'я України за 2018–2023 рр. Дослідження проводилося з використанням бібліосемантичного, історичного методів та бенчмаркінгу.

Результати. Витрати на ПМСД у % валового внутрішнього продукту (ВВП) в Україні в 2020 р. склали 2,1 %, частка загальних охороноздоровчих витрат на ПМСД – 38 %, що відповідає діапазону витрат для країн із доходами нижче середнього і мало відрізняється від показників країн-сусідів України. Реальні витрати на ПМСД на душу населення становили 104 доларів США і 307 – за паритетом купівельної спроможності, що на 31–26,7 % нижче порівняно з Молдовою – країною, яка, як і Україна, належить до групи з доходами нижче середнього, і в 3,8–2,6 рази нижче, ніж у сусідніх з Україною країнах із високими рівнями доходів. Подушна (капітаційна ставка) на ПМСД у рамках програми медичних гарантій за період 2018–2023 рр. у доларовому еквіваленті збільшилася на 30 %, що привело до обмеження офіційних платежів пацієнтів за ПМСД та розширення спектра гарантованих послуг. При цьому співвідношення державних та приватних витрат на ПМСД в Україні складало 26 % до 74 % і було одним із найгірших показників в Європейському регіоні.

Висновки. Дослідженням встановлено, що в Україні за останні роки досягнуто певних успіхів у покращенні фінансового захисту пацієнтів у системі ПМСД, чому сприяло реформування державного фінансування за подушним принципом, певне збільшення бюджетного фінансування ПМСД та розширення пакета гарантованих послуг.

Водночас рівень фінансової захищеності в цій сфері залишається вкрай низьким, що зумовлено хронічним недофінансуванням у рамках програми медичних гарантій пакета «Первинна медична допомога», значними витратами з кишені на лікарські препарати та діагностичні тести.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медико-санітарна допомога; фінансовий захист; капітаційна ставка.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є фундаментом системи охорони здоров'я у будь-якій країні [1]. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від її доступності та якості значною мірою залежать ефективність охорони здоров'я в цілому та досягнення загального охоплення медичними послугами [2]. Вирішальну роль у реалізації стратегічних цілей ПМСД відіграє ретельно розроблена та реалізована політика фінансування охорони здоров'я [3]. ВООЗ вважає фінансовий захист (забезпечення доступності послуг охорони здоров'я для кожного) центральним елементом універсального охоплення медичною допомогою та основним виміром ефективності системи охорони здоров'я [4]. Такої ж позиції дотримується Організація Об'єднаних Націй, яка в документі щодо цілей сталого розвитку, прийнятому у 2015 р., одним із двох показників універсального охоплення медичною допомогою, що вимагає моніторингу і звітування, визначила фінансову

захищеність населення при отриманні медичної допомоги [5]. Підтримка необхідності моніторингу фінансового захисту також зазначена ВООЗ в Європейській робочій програмі на 2020–2025 роки «Спільні дії для міцнішого здоров'я», яка включає перехід до універсального охоплення медичною допомогою як перший із трьох основних пріоритетів для Європейського регіону [6].

Наукова оцінка стану фінансової захищеності населення України при отриманні ПМСД не проводилася, що створює певні перешкоди для розробки виваженої політики щодо забезпечення універсального охоплення ПМСД як ключової складової системи медичного обслуговування.

Мета роботи: оцінка стану фінансового захисту населення України при отриманні первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Як основне джерело даних було використано зібрану та узагальнену ВООЗ Глобальну базу даних про витрати на охо-

рону здоров'я (Global Health Expenditure Database – <https://apps.who.int/nha/database>), яка містить матеріали та оціночні дані про загальні витрати на ПМСД для 74 країн та державні витрати на ПМСД для 57 (за виключенням країн ОЕСР) країн за 2020 (останній доступний) рік. Аналіз витрат на ПМСД в Україні проводився порівняно з її країнами-сусідками, які, за класифікацією Світового банку, відносилися до країн із різними групами доходів: Республіка Молдова, яка як і Україна до 2024 р.¹, належала до групи країн із доходами нижче середнього; Польща, Румунія, Угорщина, Словаччина віднесені до групи країн із високими рівнями доходів.

Доповнювали інформаційну базу матеріали Національної служби здоров'я України (НСЗУ – <https://data.gov.ua/organization/natsionalna-sluzhba-zdorovia-ukrainy> та Міністерства фінансів України – <https://www.mof.gov.ua/uk/>).

Проводився аналіз загальних витрат на охорону здоров'я та ПМСД у % валового внутрішнього продукту (ВВП), витрат на ПМСД на душу населення в доларах США та за паритетом купівельної спроможності (ПКС), розподіл витрат на ПМСД із різних джерел фінансування.

У дослідженні використано бібліосемантичний, історичний методи та бенчмаркінг.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та Excel-2010 із використанням методів параметрич-

ної і непараметричної статистики, аналізу рядів динаміки. Співвідношення між варіантами оцінювали за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена (r_s). Критичне значення рівня статистичної значущості приймалося на рівні $p < 0,05$ (5 %).

Результати дослідження та їх обговорення. Загальні витрати на охорону здоров'я в % ВВП в Україні становили 8 %, у сусідніх країнах коливалися – від 8 % в Республіці Молдова до 6 % в Румунії та Польщі (рис. 1). Виявлено наявність кореляційного зв'язку між цим показником і приналежністю досліджуваних країн до певної групи доходів ($r_s = -0,85$; $p < 0,05$), тобто країни з високим доходом витрачали меншу частку ВВП на потреби охорони здоров'я порівняно з країнами з доходами нижче середнього. Витрати на ПМСД у % ВВП коливалися в межах від 2 % у Словаччині до 2,6 % в Республіці Молдова. В Україні цей показник складав 2,1 %, що відповідає діапазону витрат для країн із доходами нижче середнього – 2,6 % з інтерквартильним розмахом 1,9 % та 3,2 % [7]. Частка загальних охороноздоровчих витрат на ПМСД знаходилася в площині від 35 % у Румунії до 44 % в Республіці Молдова (Україна – 38 %). Залежності зазначених показників від категорії країни за рівнем доходів не встановлено, тобто їх розмір визначається переважно не економічними показниками.

Водночас реальні витрати на ПМСД, виміряні в доларах США та за ПКС на душу населення,

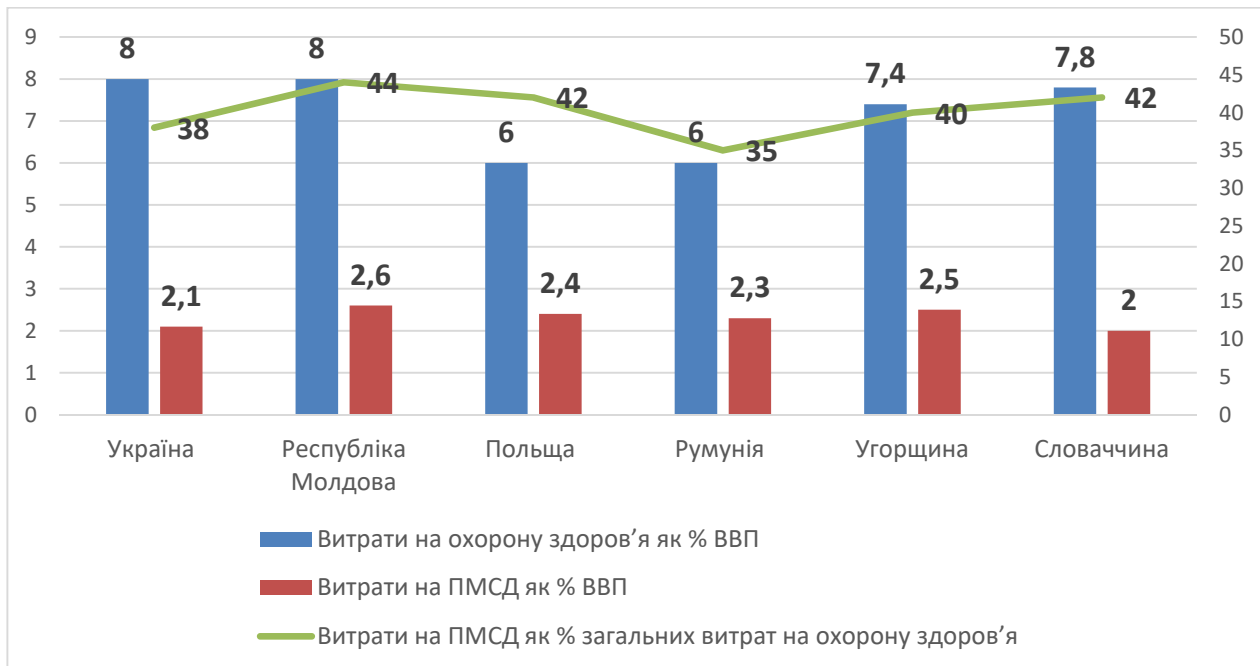


Рис. 1. Загальні витрати на охорону здоров'я, витрати на ПМСД як % ВВП та витрати на ПМСД як % поточних витрат на охорону здоров'я в Україні та сусідніх до України країнах (2020).

¹ У 2024 р. Світовий банк включив Україну в групу країн із доходами вище середнього рівня.

демонструють чітку пряму залежність від того, до якої групи відносяться країни за рівнем доходів ($r_s = -0,83$; $p < 0,05$). У 2020 р. в Україні зафіксовано найнижчий в зіставленні з країнами-сусідами рівень витрат на одну особу як у доларах США (\$104), так і за ПКС (307) (табл. 1). Дещо вищі показники зафіксовані в Республіці Молдова (\$136 та 389 відповідно), в інших, обраних для порівняння країнах, витрати на ПМСД на душу населення в доларах США були в 2,8–4,5 раза вищими за українські, за ПКС – в 2,1–3,1.

На рисунку 2 представлені доступні в Глобальній базі [8] оціночні дані про витрати на ПМСД із різних джерел фінансування, з яких видно, що в Україні питома вага бюджетних надходжень найнижча з порівнюваних країн – 26 % (в Молдові – 49 % та ще 4 % з зовнішніх джерел; у Словаччині – 68 %) й істотно менша порівняно з середніми даними для країн із доходами нижче середнього (35 % [7]), а частка приватних платежів відповідно найвища – 74 % (у Молдові – 47 %; у Словаччині – 32 %).

З 2018 р. після прийняття Закону про державні медичні гарантії [9] в Україні проводиться комплексна реформа ПМСД, заснованої на принципах загальної практики – сімейної медицини, центральним елементом якої стало фінансування з державних джерел за подушним принципом, згідно з яким провайдер отримує від спеціально уповноваженого державного органу – НСЗУ в рамках програми медичних гарантій (ПМГ) кошти за кожного прикріпленого пацієнта, тобто за пацієнта, що уклав декларацію з обраним лікарем. У рамках ПМГ передбачено надання значного спектра послуг, який постійно розширюється, в тому числі: діагностика та лікування найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь, патологічних станів; профілактичні огляди та вакцинація; нагляд за пацієнтами з хронічними захворюваннями; виписка рецептів на ліки; направлення на консультації до вузьких спеціалістів; амбулаторна паліативна допомога тощо.

За період функціонування ПМГ (2018–2023) капітаційна (подушна) ставка в гривневому еквіваленті зросла більш ніж у 2 рази (рис. 3) з 370 грн у

2018 р. до 786,7 грн у 2023 р., однак у доларовому еквіваленті картина виглядає менш сприятливо – ріст лише на 30 % з 15,8 долара США в 2018 р. до 20,6 долара США в 2023 р.

За даними масштабного дослідження, проведеного в Україні під егідою ВООЗ робочою групою, до складу якої входили представники Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Національної служби здоров'я, Асоціації міст та міжнародних експертів, було встановлено, що базова капітаційна ставка на 11 % менша порівняно з реальними витратами (786,65 грн та 878, 2 грн у 2023 р. відповідно) [10]. При цьому слід зазначити, що в структурі розрахункової капітаційної ставки витрати на лікарські засоби практично не враховувалися.

Важливим кроком до узгодження гарантованих державою медичних послуг із медичними потребами населення та наявними ресурсами стало запровадження у 2017 р. програми «Доступні ліки», яка передбачала реімбурсацію вартості ліків проти серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та діабету 2 типу, з подальшим її розширенням у 2021 р. препаратами для лікування ревматичних захворювань, цукрового діабету, нецукрового діабету, психічних розладів, епілепсії. Однак програма «Доступні ліки» все ще охоплює лише відносно невелику кількість захворювань [4].

Додаткові ресурси провайдери ПМСД отримують із місцевих бюджетів, оскільки органи місцевого самоврядування є власниками закладів ПМСД, що перебувають на їх території, і несуть відповідальність за їх обслуговування. Вони повинні оплачувати комунальні послуги, гарантувати матеріально-технічне та кадрове забезпечення, а також можуть проводити заходи щодо запровадження програм «місцевих стимулів» для підвищення оплати праці медичного персоналу, реалізовувати місцеві програми у сфері охорони здоров'я тощо [11]. Проте існують дані, що можливості більшості громад долучатися до економічного стимулювання якості та ефективності роботи персоналу закладів ПМСД, виділяти кошти для пільгового медикаментозного забезпечення за рамками про-

Таблиця 1. Витрати на ПМСД в Україні та країнах-сусідах на одну особу в доларах США і за ПКС (2020)

Країни	Витрати на ПМСД на одну особу в доларах США	Витрати на ПМСД на одну особу за ПКС
Україна	104	307
Республіка Молдова	136	389
Польща	433	918
Румунія	286	655
Угорщина	470	940
Словаччина	393	668

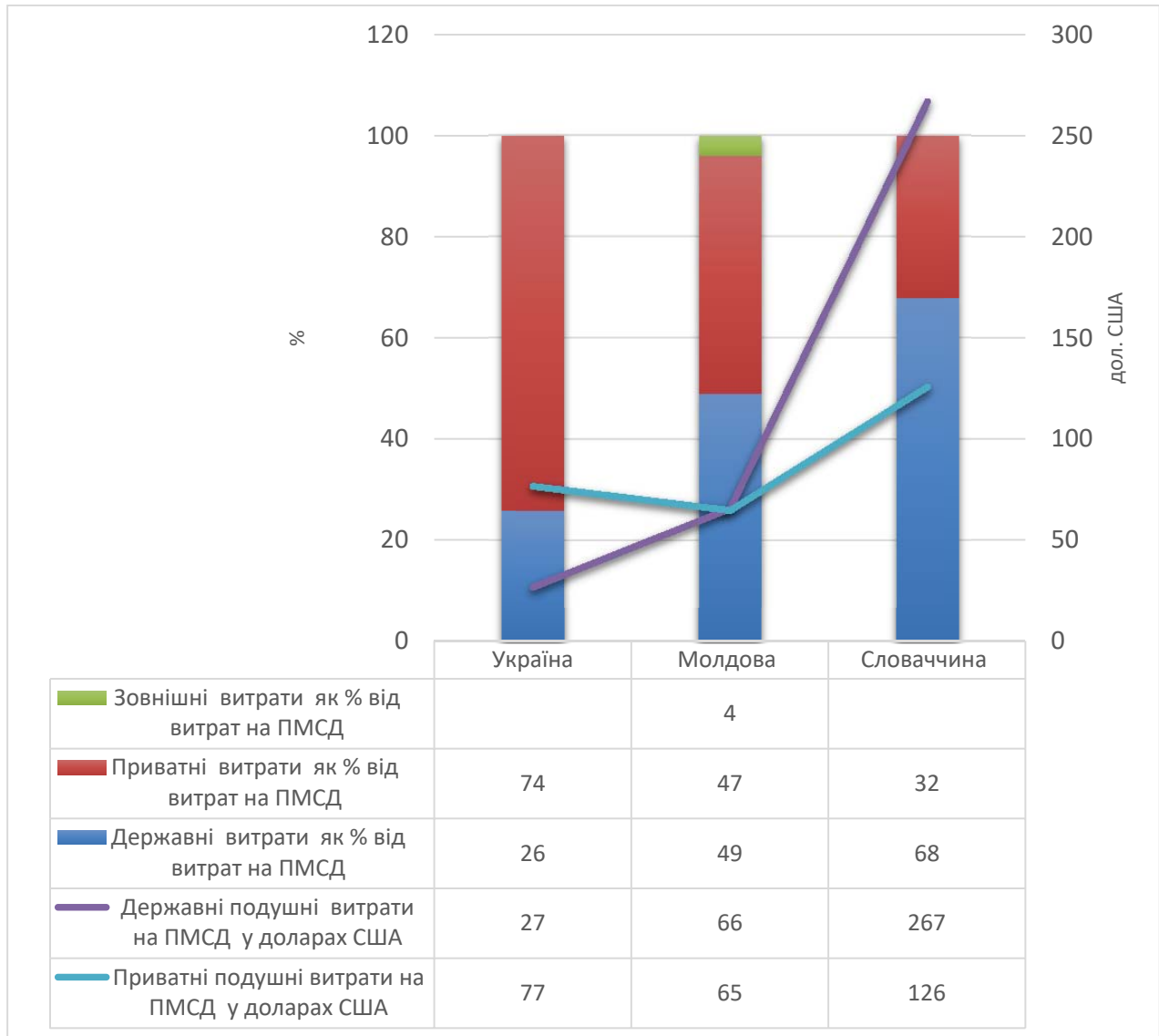


Рис. 2. Рівні і структура витрат на ПМСД із різних джерел в Україні та окремих країнах Європи (2020).

грами «Доступні ліки» та забезпечення необхідними медичними виробами обмежені [12].

У звіті центру передового досвіду у фінансуванні охорони здоров'я для універсального охоплення медичною допомогою Європейського регіонального бюро ВООЗ «Чи можуть люди дозволити собі платити за медичне обслуговування? Нові дані щодо фінансового захисту в Україні» [4] зазначено, що реформи останніх років системи охорони здоров'я в Україні забезпечили майже універсальне охоплення населення та обмежену присутність офіційних платежів пацієнтів при отриманні ПМСД. При цьому, незважаючи на вжиті урядом України заходи для поліпшення доступу та фінансового захисту, як було продемонстровано нещодавніми реформами в системі ПМСД, приватні платежі широко розповсюджені. До числа основних напрямків у системі ПМСД, на які скеровуються платежі «з кишені», належать:

– плата за призначені лікарські засоби, оскільки програма «Доступні ліки» все ще охоплює лише відносно невелику кількість захворювань і використовується невеликою часткою населення;

– плата за гарантовані ПМГ діагностичні тести через їх недоступність у багатьох державних і комунальних закладах (закладах ПМСД, з якими НСЗУ уклала договір, або в інших закладах за направленням), у зв'язку з чим пацієнти змушені платити за них у приватних установах;

– так звані «платні послуги» – медичні послуги, що не входять до програми медичних гарантій.

ВООЗ також звертає увагу на так звану неотриману медичну допомогу, коли високі фінансові бар'єри змушують людей відмовлятися від необхідної медичної допомоги. Незадоволена потреба в первинному медичному обслуговуванні є найвищою для ліків, що зумовлено їх високою для споживачів вартістю [4].

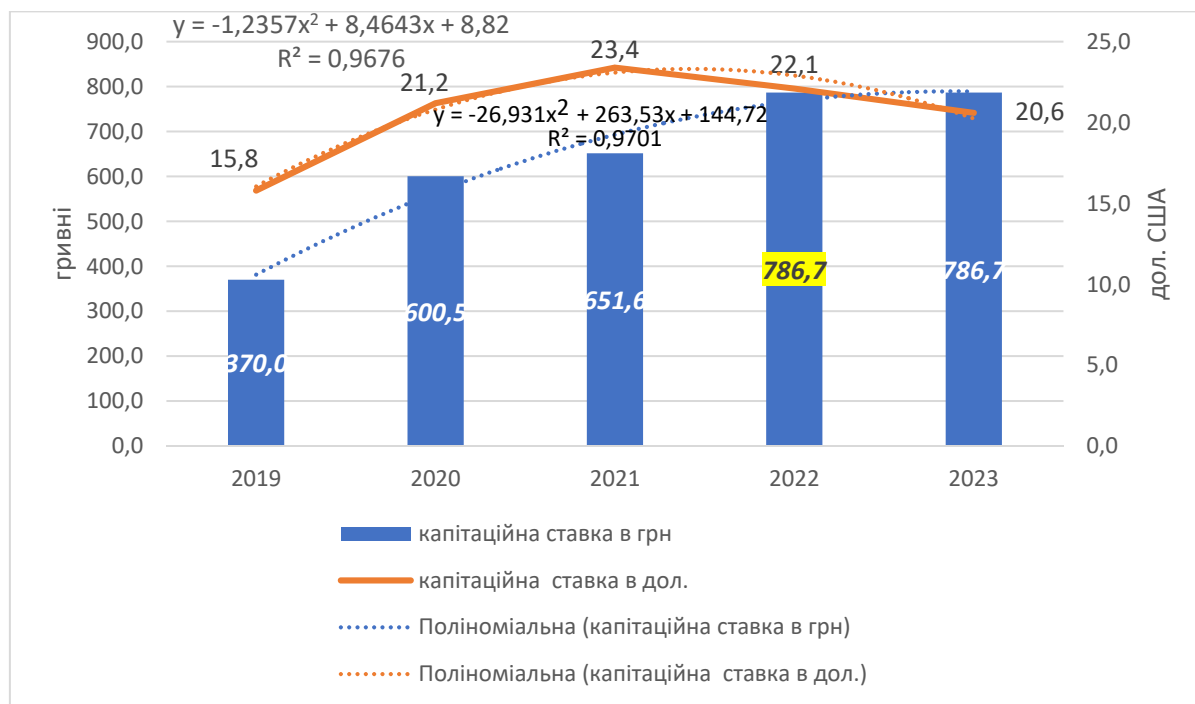


Рис. 3. Динаміка розміру капітаційної ставки на фінансування ПМСД в Україні (2019–2023).

Джерело: Матеріали Національної служби здоров'я України (<https://data.gov.ua/organization/natsionalna-sluzhba-zdorovia-ukrainy>).

В цілому у 2021 р. 11 % українських домогосподарств збідніли після платежів із власної кишені на медичне обслуговування, а 17 % домогосподарств зазнали катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що є одним із найвищих показників у Європі. Особливо страждають домогосподарства, в яких проживають пенсіонери або літні люди, і домогосподарства в сільській місцевості. При цьому відзначається, що масштаби збідніння вперше з 2016 р. дещо знизилися, незважаючи на COVID-19-пандемію, що можна вважати одним із позитивних результатів реформи ПМСД.

Війна Росії проти України, що розпочалася у лютому 2022 р., серйозно вплинула на ситуацію в країні в цілому і систему охорони здоров'я зокрема. За оціночними даними, ВВП України у 2022 р. скоротився на 29 %, що не могло не вплинути на державні доходи та здатність уряду витрачати кошти на охорону здоров'я [4]. Незважаючи на міжнародну фінансову допомогу, все це ускладнює, але не знімає з порядку денного задачу поліпшення фінансового захисту населення при отриманні ПМСД.

Висновки

Дослідженням встановлено, що в Україні за останні роки досягнуто певних успіхів у покращенні фінансового захисту пацієнтів у системі ПМСД, чому сприяло реформування державного фінансування за подушним принципом, певне збільшення бюджетного фінансування ПМСД та розширення пакета гарантованих послуг.

Водночас рівень фінансової захищеності в цій сфері залишається вкрай низьким, що зумовлено хронічним недофінансуванням у рамках програми медичних гарантій пакета «Первинна медична допомога», значними витратами з кишені на лікарські препарати та діагностичні тести.

Перспективи подальших досліджень полягають у науковому обґрунтуванні комплексної системи державних витрат на первинну медичну допомогу, яка об'єднує фінансування медичних послуг, заходів для поліпшення доступу до лікарських засобів та діагностичних тестів; оптимізацію системи призначення, відпуску та регулювання цін на лікарські засоби.

Список літератури

1. *Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries* / A. Bitton, H. L. Ratcliffe, J. H. Veillard [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2016. – Vol. 32, no. 5. – P. 566–571. DOI <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>.
2. *Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries* / N. Vande Maele, K. Xu, A. Soucat [et al.] // *BMJ Global Health*. – 2019. – Vol. 4, no. 1. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001497>.

3. *Health financing* // World Health Organization. – Access mode : https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1.
4. *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. – 36 p. – Access mode : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342261/9789289053655-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. *Global sustainable development report.* – Edition advance unedited version. – United Nations Organization, 2015. – 202 p. – Access mode : <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1758GSDR%202015%20Advance%20Unedited%20Version.pdf>.
6. *European Programme of Work 2020–2025: United Action for Better Health.* – WHO Regional Office for Europe, 2021. – 56 p. – Access mode : <https://iris.who.int/handle/10665/339209>.
7. *Global expenditure on health: public spending on the rise?* Global report. – World Health Organization, 2021. – 92 p. – Access mode : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219>.
8. *Global Health Expenditure Database* // World Health Organization. – Access mode : <https://apps.who.int/nha/database>.
9. *Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення* : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. – Режим доступу : <https://ehealth.gov.ua/wp-content/uploads/2018/10/doc-429494.pdf>.
10. *Це сталося! Прозора структура тарифу на надання первинної медичної допомоги: важливі акценти, наслідки та наступні кроки* // Всеукр. Асоц. об'єдн. територ. громад. – Режим доступу : <http://surl.li/tyffck>.
11. *Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво* / [Д. Баценко, П. Брагінський, М. Бучма та ін.]. – К. : МОЗ України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна», 2018. – 368 с.
12. *Лехан В. М.* Характеристика стосунків органів місцевого самоврядування із закладами первинної медичної допомоги / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Л. О. Гриценко // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2021. – Т. 6, № 6. – С. 164–170.

References

1. Bitton, A., Ratcliffe, H.L., Veillard, J.H., Kress, D.H., Barkley, S., Kimball, M., ... Hirschhorn, L.R. (2016). Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5), 566-571. DOI <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>.
2. Vande Maele, N., Xu, K., Soucat, A., Fleisher, L., Aranguren, M., & Wang, H. (2019). Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4(1). DOI <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001497>.
3. Health financing. *World Health Organization*. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1.
4. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine.* WHO Regional Office for Europe. Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342261/9789289053655-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. (2015). *Global sustainable development report.* United Nations Organization. Retrieved from: <http://surl.li/quwecj>.
6. (2021). *European Programme of Work 2020–2025: United Action for Better Health.* WHO Regional Office for Europe. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/339209>.
7. (2021). *Global expenditure on health: public spending on the rise?* World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219>.
8. *Global Health Expenditure Database.* *World Health Organization*. Retrieved from: <https://apps.who.int/nha/database>.
9. *Zakon Ukrainy Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleennia vid 19.10.2017 r. № 2168-VIII* [Law of Ukraine On state financial guarantees of medical care for the population dated 19.10.2017 No. 2168-VIII]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> [in Ukrainian].
10. (2023). *Tse stalosia! Prozora struktura taryfu na nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy: vazhlyvi aktsenty, naslidky ta nastupni kroky* [It happened! Transparent primary care tariff structure: important highlights, implications and next steps]. *Vseukrainska asotsiatsiia obiednanykh terytorialnykh hromad – All-Ukrainian Assoc. united territory communities*. Retrieved from: <http://surl.li/tyffck> [in Ukrainian].
11. Batsenko, D., Braginskyi, P., Buchma, M., Horoshko, A., Gutsalova, H., Gurin, M., ... Yaremenko, O. (2018). *Yak orhanizuvaty systemu nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy na mistsevomu rivni. Operatsiine kerivnytstvo* [How to organize a system of providing primary medical care at the local level. Operational management]. Kyiv [in Ukrainian].
12. Lekhan, V.M., Nadutyi, K.O., & Hrytsenko, L.O. (2021). *Kharakterystyka stosunkiv orhaniv mistsevoho samovriaduvannia iz zakladamy pervynnoi medychnoi dopomohy* [Characteristics of relations between local self-government bodies and primary medical care institutions]. *Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biologii ta sportu – Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sports*, 6(6), 164-170 [in Ukrainian].

THE STATE OF FINANCIAL PROTECTION OF THE POPULATION OF UKRAINE WHEN RECEIVING PRIMARY HEALTH CARE

V. M. Lekhan, E. V. Borvinko, M. I. Zaiarskyi

Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

Purpose: assessment of the state of financial protection of the population of Ukraine when receiving primary health care.

Materials and Methods. Data from the WHO Global Health Expenditure Database in general and primary health care (PHC) for 2020 were used, as well as materials of the National Health Service of Ukraine for 2018–2023. The research was conducted using bibliosemantic, historical methods, and benchmarking.

Results. Spending on primary health care as a % of gross domestic product in Ukraine in 2020 was 2.1 %, and the share of total healthcare spending on primary care was 38 %, which corresponded to the range of costs for countries with incomes below the average and differed little from the indicators of Ukraine's neighboring countries. The real costs of primary care per capita amounted to 104 US dollars and 307 US dollars in terms of purchasing power parity, which is 31–26.7 % lower compared to Moldova – a country that, like Ukraine, belongs to the group with below-average incomes and is 3.8–2.6 times lower than in neighboring countries with Ukraine, countries with high levels of income. The per capita (capitation rate) for primary care within the framework of the state guarantee program for the period 2018–2023 increased by 30 % in dollar terms, which led to the limitation of official payments by patients for primary care and the expansion of the range of guaranteed services. At the same time, the ratio of public and private spending on primary care in Ukraine was 26 % to 74 % and was one of the worst indicators in the European region.

Conclusions. Research has established that in Ukraine in recent years, certain successes have been achieved in improving the financial protection of patients in the primary care system by the reform of state funding based on the per capita principle, a certain increase in budgetary funding of primary care and the expansion of the package of guaranteed services

At the same time, the level of financial security in this area remains extremely low, which is due to chronic underfunding within the framework of the medical guarantee program of the "Primary medical care" package, and significant out-of-pocket costs for drugs and diagnostic tests.

KEY WORDS: **primary health care; financial protection; capitation rate.**

Рукопис надійшов до редакції 24.07.2024.

Відомості про авторів:

Лехан Валерія Микитівна – докторка медичних наук, професорка, професорка кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2953-3292>.

Борвінко Ельвіра Вікторівна – кандидатка медичних наук, доцентка, доцентка кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6353-3678>.

Заярський Микола Іванович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2351-5755>.

Електронна адреса для листування: v.n.lexan@gmail.com