

Н. М. КАЛИНЮК, Т. М. БОДНАР

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ ФОРМУВАННЯ КЛАСТЕРНОЇ МЕРЕЖІ ЛІКАРЕНЬ В УКРАЇНІ (СВІТОВИЙ ДОСВІД)

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: проаналізувати державну політику та механізми регулювання у сфері охорони здоров'я на прикладі формування кластерної мережі лікарень в Україні, а також порівняти її параметри з провідними міжнародними моделями організації медичних закладів.

Матеріали і методи. У дослідженні використано комплекс загальнонаукових та прикладних методів: техніко-економічний, порівняльний, системно-структурний і статистичний аналіз. Матеріалами слугували нормативно-правові акти України, аналітичні звіти НСЗУ, дані міжнародних організацій (зокрема, ВООЗ), а також офіційні статистичні джерела країн ЄС, США, Великої Британії. У статті використано результати дослідження з кваліфікаційної роботи.

Результати. Україна наразі демонструє вищу щільність медичних кластерів на 1 млн населення порівняно з більшістю країн Європи, однак значно поступається за кількістю закладів базового та середнього рівня як на 100 тис. населення, так і на один кластер. Це свідчить про незавершеність структурної трансформації системи, а також обмежену доступність медичних послуг у частині регіонів.

Висновки. Для забезпечення ефективного функціонування кластерної мережі в Україні необхідне подальше укрупнення кластерів, розвиток інфраструктури базового та середнього рівнів медичної допомоги, а також впровадження найкращих європейських практик у сфері планування, кадрового забезпечення та управління закладами охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; охорона здоров'я; порівняльне правознавство; конституційне право; медичне страхування; ЕСОЗ; НСЗУ; кластерна мережа лікарень.

Вступ. Система охорони здоров'я в Україні перебуває на фазі трансформації [1], що є відповіддю на виклики пострадянської медичної системи: командно-адміністративна модель, неефективне фінансування, дефіцит кадрів і нерівномірний доступ до якісної медичної допомоги [2]. Одним із ключових та актуальних елементів цієї трансформації є впровадження кластерної моделі організації закладів охорони здоров'я, яка вже довела свою ефективність у низці розвинених країн. Тому тема оцінки ефективності та порівняння параметрів її реалізації із запланованими залишатиметься особливо актуальною як у час проведення цих змін, так і для накопичення досвіду й планування подальших етапів реформування системи охорони здоров'я України.

Мета: проаналізувати нормативно-правову базу, яка регламентує кластеризацію закладів охорони здоров'я в Україні та світовий досвід, і вивчити організаційні принципи та механізми формування кластерних мереж у сфері громадського здоров'я на регіональному й місцевому рівні.

Матеріали та методи. У процесі виконання дослідження використано комплекс

загальнонаукових і прикладних методів. Проведено техніко-економічний, порівняльний аналізи. Також застосовано діалектичний, формально-логічний, порівняльно-правовий, системно-структурний, статистичний методи та проведено роботу з нормативними, аналітичними й фінансовими документами. Матеріали дослідження містили вітчизняні та зарубіжні нормативно-правові акти, наукові публікації, електронні бази даних та портали центральних органів охорони здоров'я різних країн.

У статті використано матеріали з кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та обговорення. Аналіз міжнародного досвіду формування кластерних лікарняних мереж (США, Велика Британія, країни ЄС). Кластерний підхід в організації охорони здоров'я набув значного поширення в багатьох розвинених країнах як ефективна відповідь на дедалі більші потреби населення в якісних медичних послугах та необхідність раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я.

У США, як чільного представника ринкової (приватної) моделі системи охорони здоров'я,

концепція кластеризації лікарень активно розвивається у форматі регіональних медичних мереж (Regional Health Networks). Такі мережі формуються шляхом об'єднання лікарень різного рівня, амбулаторних центрів, реабілітаційних закладів та спеціалізованих установ у єдину координовану систему. Типовим прикладом є конгломерат Kaiser Permanente (робота якого неодноразово досліджувалася та описана в роботах K. Cooke, A. Schickedanz, N. Curry, and co-authors [7–9]) – інтегрована система медичної допомоги, яка містить у своєму складі лікарні, амбулаторні установи, лабораторії та страхові компанії. Особливістю американського підходу є орієнтація на вертикальну інтеграцію, що забезпечує повний цикл медичної допомоги від профілактики до реабілітації та паліативної медицини. Дослідження показують, що завдяки цьому суттєво знижується кількість госпіталізацій і повторних звернень, зменшуються витрати на лікування, підвищується задоволеність пацієнтів [7].

Велика Британія, у якій домінує державна система охорони здоров'я, має свій унікальний досвід кластеризації через мережі Національної служби охорони здоров'я (NHS Trusts). Де лікарні групуються в госпітальні трасти, які відповідають за надання медичної допомоги населенню на визначеній території. Ця модель передбачає чітку спеціалізацію медичних закладів: загальні лікарні надають базові послуги, а спеціалізовані клініки здійснюють високоспеціалізовану допомогу. Наприклад, Imperial College Healthcare NHS Trust у Лондоні об'єднує п'ять лікарень та співпрацює з університетами, що дає змогу активно використовувати науковий потенціал у клінічній практиці. Основними перевагами британської моделі є покращення якості медичних послуг, оптимізація витрат через централізоване управління ресурсами та ефективне використання спеціалізованих центрів для складних випадків [10].

У країнах ЄС (зокрема, Німеччині, Швеції, Франції та Нідерландах) формування кластерних лікарняних мереж також набуло широкого поширення. У Німеччині домінує модель регіональних медичних кластерів, де базові лікарні (Grundversorgungskrankenhäuser), спеціалізовані (Schwerpunktkrankenhäuser) та максимального забезпечення (Maximalversorgungskrankenhäuser) співпрацюють у межах єдиної регіональної стратегії. Ці кластери регулюються місцевими та федеральними органами, що забезпечує ефективне планування медичних послуг і контроль їх якості [11].

Шведська модель передбачає створення регіональних медичних округів (Regional sjukvård), які інтегрують первинну медичну допомогу, спеціалізовану та високоспеціалізовану медицину в єдину систему із централізованим управлінням. Це дає

змогу оперативно розподіляти пацієнтів відповідно до складності випадків та забезпечувати швидкий доступ до якісної медичної допомоги [12].

Французька система кластеризації (Groupements Hospitaliers de Territoire, GHT) створює лікарняні об'єднання, які містять заклади різного рівня складності для оптимального використання ресурсів та покращення якості надання медичних послуг. Основним завданням GHT є забезпечення рівного доступу пацієнтів до необхідних медичних послуг незалежно від їх місця проживання [13].

Порівняльна таблиця мереж медичних закладів перелічених зарубіжних систем охорони здоров'я та України, приведених для можливості зіставності згідно з параметрами, закладеними в побудову спроможної мережі лікарень в Україні.

Тут варто нагадати, про принципи формування спроможної мережі лікарень України. Згідно із Законом № 2347 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 року [3] та Постанови Кабінету Міністрів України № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.02.2023 р. [4], кожна область стала окремим госпітальним округом, який, своєю чергою, поділяється на кластери. У межах одного госпітального округу лікарні розділені на **надкластерні, кластерні та загальні** [5; 6].

Надкластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, у якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування в найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного КМУ. Як правило, це:

- багатопрофільні лікарні для дорослого населення;
- одна багатопрофільна лікарня для дитячого населення на регіон (округ);
- спеціалізовані заклади (центри) за окремим профілем не більше одного на госпітальний округ;
- Онкологічний, Кардіологічний, Психіатричний, Фтизіопульмонологічний або інфекційний, Перинатальний центри.

Кластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні в найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного КМУ. При їх формуванні дотримуються принципів:

- один кластер, що розташований в адміністративному центрі району;

Таблиця 1. Структура ЗОЗ в системах охорони здоров'я окремих країн та України

Країна	Постійне населення, млн. ос. (1)	Оціночна приведена кількість, од.				
		Регіонів / кластерів, груп ЗОЗ (2)	високорівневих ЗОЗ	ЗОЗ середнього рівня	ЗОЗ базового рівня	ЗОЗ за межами груп
США	340,111	50 / 900	400	5600	7200	900
Велика Британія	68,265	100 / 42	50	1350	6000	300
Німеччина	83,253	110 / 100	90	1600	8500	700
Швеція	10,674	21 / 21	15	350	900	120
Франція	68,400	18 / 135	80	2000	6500	600
Україна	30-32,000	19 / 96	123	157	282	-

(1) Для України використано статистичні дані з урахуванням міграції, викликані повномасштабним воєнними діями 2022–2024 років.

(2) Співвідношення адміністративних і медичних регіонів щодо країни США – штат / Hospital Referral Regions (HRRs); Велика Британія – графство (область) / Integrated Care Systems (ICS); Німеччина – 1:1 – Versorgungs Regionen; Швеція – 1:1 – Regioner; Франція – області / GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire); Україна – область (округ) / Госпітальний кластер.

– додатково можуть бути виділені кластери за умови охоплення понад 120 тисяч населення, територіально доступний та здатний виконувати мінімально встановлений перелік медичних послуг.

Загальний заклад охорони здоров'я – багато-профільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного КМУ, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я. Із додаткових критеріїв визначено [4]:

- оптимальну практику охоплення населення понад 40 тисяч на один ЗОЗ;
- доступність стаціонарної допомоги до 60 км, до 60 хвилин;

– фінансова стійкість закладу, коли ПМГ забезпечує понад 85% оплати праці.

Зважаючи на ці вихідні дані, можемо побудувати графіки порівняння покриття населення ЗОЗ (рис. 1) та оцінити рівень доступності й забезпечення жителів медичними послугами (рис. 2) відповідно до країни, регіону та зіставити їх з нормативними вимогами в законодавстві України, визначені для різних рівнів.

1. Кількість медичних кластерів на 1 млн. постійного населення країни.

За цим показником Україна випереджає інші розвинені країни світу з обраних для аналізу і найближче розташоване до США, незначно перевершуючи його. Що може свідчити про ще не остаточно сформовану мережу кластерів й очікуване їх укрупнення із часом. Як еталон може бути запропонований рівень, що досягнутий у Франції

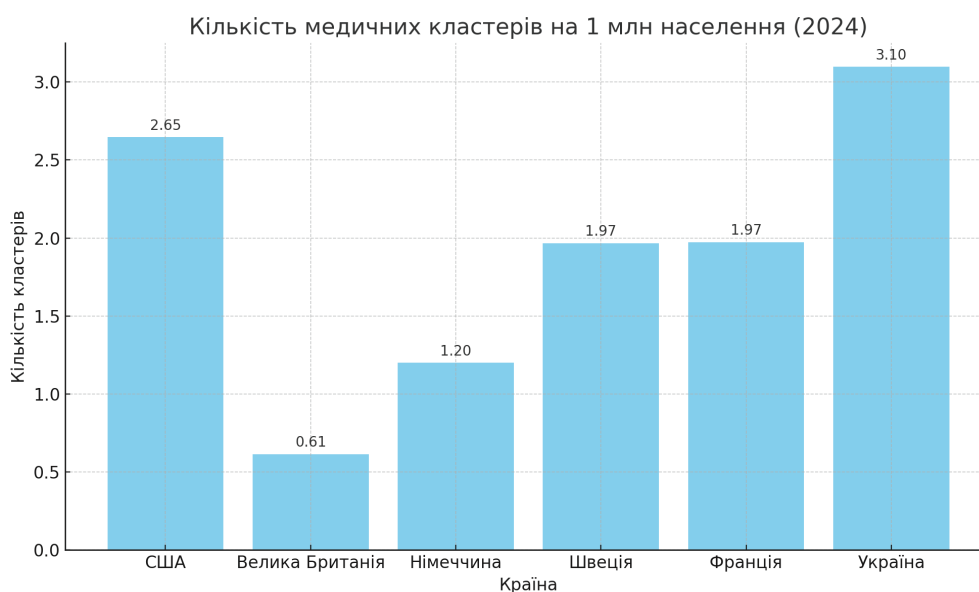


Рис. 1. Кількість медичних кластерів на 1 млн постійного населення

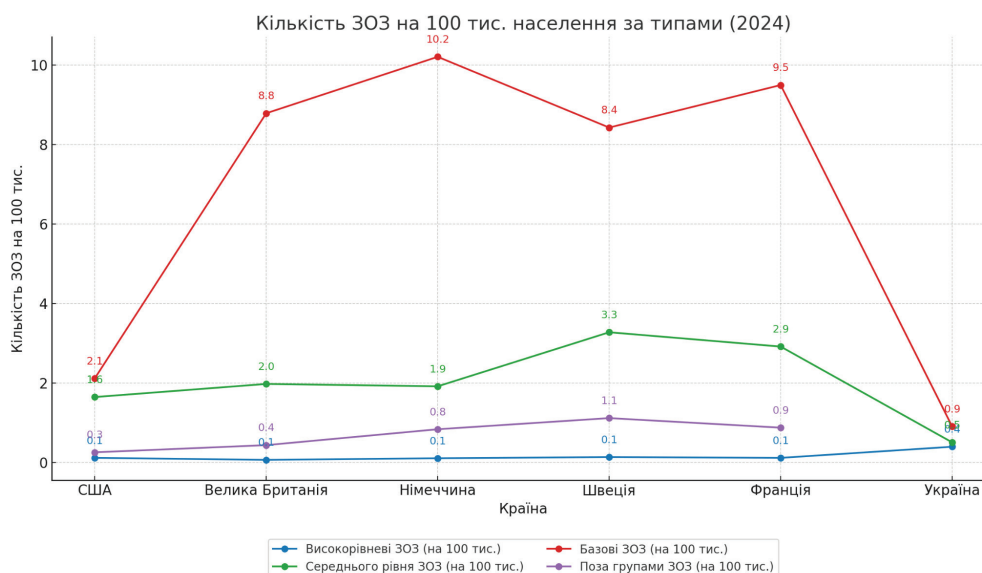


Рис. 2. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями, відповідно до 100 тисяч населення країни

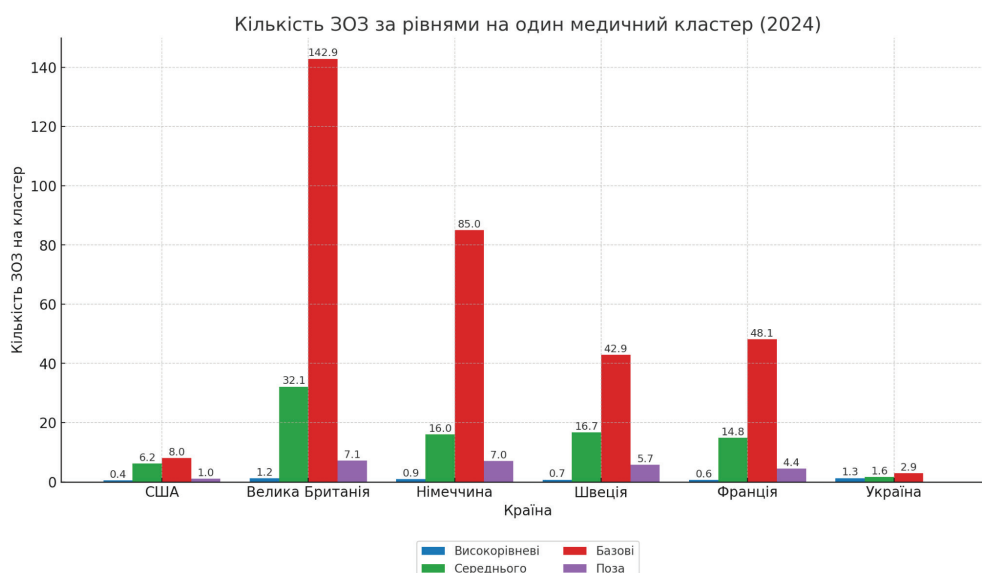


Рис. 3. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями на один госпітальний кластер

(близько 2-х кластерних округів на 1 млн населення). Досвід Франції може бути ще корисним, оскільки її структура кластерних груп відрізняється від адміністративних одиниць, на відміну від Швеції, і, водночас, як було зазначено вище, спрямована на надання послуг незалежно від регіону проживання, навіть в умовах високої міграції чи мобільності населення.

2. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями, відповідно до 100 тисяч населення країни.

За цією оцінкою Україна знову максимально близько стоїть з показниками США, але навіть за базовими ЗОЗ поступається їм удвічі, а середнього рівня втричі. І це ще одна можлива ознака ще незавершеного укрупнення медичних кластерів нашої країни. Також разючим є відставання

України щодо об'єднання в одному кластері перед країнами ЄС, які йдуть майже рівно в діапазоні 8,4–10,2 закладів Базового рівня на один кластер проти 0,9 для України. Досвід США в цьому аспекті перебивається розвитком приватної терапевтичної практики. Яка в Україні, на жаль, не є ще достатньо поширеним явищем, показує інколи перевантаження сімейних лікарів тисячами пацієнтів. На це варто звернути увагу на подальших етапах розвитку медичної реформи в Україні.

3. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями на один медичний кластер (рис. 3).

Цей графік максимально корелює з двома попередніми і підтверджує як факт ще незрілої системи кластерів та медичних округів в Україні, так і потребу покращення доступу населення до

медичних послуг у регіонах. Розкриває проблему нестачі медичних працівників та розвитку базових закладів охорони здоров'я і розвитку сімейної медицини.

Висновки. Отже, результати порівняльного аналізу свідчать, що, попри відносно високу щільність кластеризації в Україні, система медичних кластерів ще перебуває в стадії становлення: країна суттєво поступається провідним державам за кількістю базових і середніх ЗОЗ на 100 тис. населення та в межах одного кластера. Це вказує на потребу в подальшому розвитку мережі загальних лікарень, зростанні кадрового потенціалу первинної ланки й адаптації кращих міжнародних практик для підвищення доступності та якості медичної допомоги в регіонах.

Перспективи подальших досліджень. Серед майбутніх можливих очікуваних та важливих кроків можемо запропонувати розширення сфери дослідження. А саме – поглиблення дослідження та включення в аналітику закладів первинної ланки та закладів невідкладної медичної допомоги. Вони перебувають за межами кластерної структури та їх реформування ще триватиме надалі. Саме це дасть змогу охопити та оцінити всю повноту доступності медичних послуг населенню на всіх рівнях системи охорони здоров'я України. І також на основі аналізу кращих міжнародних практик це дасть змогу виявити наявні та потенційні вузькі місця, виробити дієві інструменти для ефективного виконання завдань медичної реформи в нашій країні.

Список літератури

1. Калинюк Н. М., Галіян А. В. Новели законодавства України у сфері громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3. С. 80–85.
2. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р, м. Київ. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.01.2025)
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон від 01.07.2022. Документ 2347-IX. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 10.01.2025)
4. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ від 28.02.2023 р. № 174, м. Київ. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.01.2025)
5. Національна служба здоров'я України. Аналітичний дашборд: Показники роботи ЗОЗ. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення: 29.04.2025).
6. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Звіт про стан надання медичних послуг в регіонах України. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 29.04.2025).
7. Cooke K. Kaiser Permanente: Highlights of an Integrated Care Delivery System. *Health & Medicine Policy Journal*. 2024. URL: <https://www.hksmp.com/hamp/article/view/739> (дата звернення: 29.04.2025).
8. Schickedanz A., Sharp A., Hu Y. R., Shah N. R., Adams J. L., Francis D., Rogers A. (2019). Impact of Social Needs Navigation on Utilization Among High Utilizers in a Large Integrated Health System: A Quasi-experimental Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2382–2389. URL: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05123-2> (дата звернення: 29.04.2025).
9. Curry N., & Ham C. Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes. *The Permanente Journal*, 18(2). 2014. 54–60. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4116268/> (дата звернення: 26.04.2025).
10. Monitor. Annual report and accounts 2020 to 2021. NHS Improvement. United Kingdom. 2021. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/monitor-annual-report-2020-to-2021-web.pdf> (дата звернення: 26.04.2025).
11. Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens – 2021. Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland). 2021. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/220125_BMG_DdGW_2021_bf.pdf (дата звернення: 26.04.2025).
12. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR). *Vårdgarantiläget i Sverige 2021-2025*. 2021. URL: (дата звернення: 26.04.2025).
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les groupements hospitaliers de territoire: un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre. Cour des comptes. Chapitre IV. 2020. URL: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire_0.pdf (дата звернення: 26.04.2025).

References

1. Kalyniuk, N. M., & Haliian, A. V. (2023). Novely zakonodavstva Ukrainy u sferi hromadskoho zdorovia [Novelties of Ukrainian legislation in the field of public health]. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine*, (3), 80–85 [in Ukrainian].
2. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2016, November 30). Pro skhvalennia Kontseptsii reformy finansuvannia systemy okhorony zdorovia [On approval of the Concept of health care system financing reform]. *Verkhovna Rada Ukrainy*. January 10, 2025, Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> [in Ukrainian].
3. Verkhovna Rada Ukrainy. (2022, July 1). Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo udoskonalennia nadannia medychnoi dopomohy [On amendments to certain legislative acts of Ukraine regarding the

- improvement of medical care provision]. *Zakon Ukrainy № 2347-IX. Baza danykh "Zakonodavstvo Ukrainy"*. January 10, 2025. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> [in Ukrainian].
4. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2023, February 28). Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia [Certain issues of organizing a capable health care facility network]. *Postanova № 174. Baza danykh "Zakonodavstvo Ukrainy"*. January 10, 2025, Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> [in Ukrainian].
 5. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (2025). Analitychnyi dashboard: Pokaznyky roboty ZOZ [Analytical dashboard: Performance indicators of health care institutions]. April 29, 2025, Retrieved from: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard> [in Ukrainian].
 6. Tsentor hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy. (2025). Zvit pro stan nadannia medychnykh posluh v rehionakh Ukrainy [Report on the provision of medical services in the regions of Ukraine]. April 29, 2025. Retrieved from: <https://phc.org.ua> [in Ukrainian].
 7. Cooke, K. (2024). Kaiser Permanente: Highlights of an Integrated Care Delivery System. *Health & Medicine Policy Journal*. Retrieved from: <https://www.hksmp.com/hamp/article/view/739> (accessed: 29.04.2025).
 8. Schickedanz, A., Sharp, A., Hu, Y. R., Shah, N. R., Adams, J. L., Francis, D., & Rogers, A. (2019). Impact of Social Needs Navigation on Utilization Among High Utilizers in a Large Integrated Health System: A Quasi-experimental Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2382–2389. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05123-2> (accessed: 29.04.2025).
 9. Curry, N., & Ham, C. (2014). Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes. *The Permanente Journal*, 18(2), 54–60. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4116268/> (accessed: 26.04.2025).
 10. Monitor. (2021). Annual Report and Accounts 2020 to 2021. NHS Improvement, United Kingdom. Retrieved from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/monitor-annual-report-2020-to-2021-web.pdf> (accessed: 26.04.2025).
 11. Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Daten des Gesundheitswesens. Retrieved from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/220125_BMG_DdGW_2021_bf.pdf (accessed: 26.04.2025).
 12. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR). (2021). Vårdgarantiläget i Sverige 2021–2025. Retrieved from: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/aktuelltvardgarantilage.46227.html> (accessed: 26.04.2025).
 13. Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). Les groupements hospitaliers de territoire: un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre. Cour des comptes. Retrieved from: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire_0.pdf (accessed: 26.04.2025).

STATE POLICY AND REGULATION OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM ON THE EXAMPLE OF THE HOSPITAL CLUSTER NETWORK STRUCTURE IN UKRAINE (INTERNATIONAL EXPERIENCE)

N. M. Kalyniuk, T. M. Bodnar

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

The aim of the study is to analyze and compare the state policy and regulatory mechanisms in the healthcare system on the example of forming a cluster-based hospital network in Ukraine, and to evaluate its alignment with international models of hospital integration.

Materials and methods. The study applies a range of general scientific and empirical methods, including technical and economic analysis, comparative analysis, system-structural and statistical methods. Materials used include legislative and regulatory documents of Ukraine and the EU, data from the National Health Service of Ukraine, WHO reports, and analytical dashboards from ministries of health and national statistical agencies of selected countries. The article uses research findings from the qualification thesis.

Results. The analysis revealed that Ukraine currently has a higher density of medical clusters per population compared to most European countries, yet demonstrates a considerably lower number of basic and mid-level healthcare institutions per 100,000 people and per cluster. This reflects a transitional stage of reform, with the need for further optimization of the cluster model and expanded access to medical services. Ukraine's structure is closer to the US model in terms of decentralization but still lacks infrastructural maturity.

Conclusions. Ukraine's healthcare system, while showing steps toward structural modernization through clusterization, requires additional development of regional infrastructure, especially in primary and basic-level care. Adapting international practices and aligning with WHO standards will be critical for improving the accessibility and efficiency of the public health system and achieving equity in health service delivery across regions.

KEY WORDS: public health; health care; comparative jurisprudence; constitutional law; health insurance; eHealth; eZdorovya; NHSU.

Рукопис надійшов до редакції 30.04.2025

Відомості про авторів:

Калинюк Наталя Миколаївна – кандидатка юридичних наук, доцентка, доцентка кафедри педагогіки вищої школи та суспільних дисциплін Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1613-835X>; Scopus Author ID: 57226237819.

Боднар Тетяна Миколаївна – здобувачка вищої освіти спеціальності 229 «Громадське здоров'я», Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Головна медична сестра КНП «Міська клінічна лікарня №1 Івано-Франківської Міської Ради», м. Івано-Франківськ; ORCID <https://orcid.org/0009-0009-7354-968X>.

Електронна адреса для листування: bodnar.t.m@gmail.com.