

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ШАБАГА АНДРІЙ МИРОСЛАВОВИЧ

**Удосконалення управління розвитком первинної
медичної допомоги в регіоні**

спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
ДСПУАзм-11
Шабага Андрій Мирославович

Науковий керівник:
д.е.н., професор
Мельник Алла Федорівни

ТЕРНОПІЛЬ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНА БАЗА УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РЕГІОНІ	6
1.1.Первинна медична допомога в системі охорони здоров'я: сутність, цілі, та завдання управління	6
1.2. Інституціональна база управління первинною медичною допомогою в регіоні.	10
РОЗДІЛ 2. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЮ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ	16
2.1. Організаційне забезпечення процесів надання первинної медичної допомоги населенню в досліджуваному регіоні.	16
2.2. Оцінка практики застосування основних функціональних механізмів управління первинною медичною допомогою в досліджуваному регіоні.	23
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ ТА МЕДИЧНИХ КЛАСТЕРІВ.	32
3.1. Концептуальні засади формування інтегрованого медичного простору громади	32
3.2. Розробка системи ключових показників ефективності (КРІ) як інструменту управління розвитком ПМД в громаді	36
ВИСНОВКИ	44
Список використаних джерел	46

ТЕМА: «УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РЕГІОНІ»

ПЛАН

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНА БАЗА УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РЕГІОНІ

1.1. Первинна медична допомога в системі охорони здоров'я: сутність, цілі, та завдання управління

1.2. Інституціональна база управління первинною медичною допомогою в регіоні.

РОЗДІЛ 2. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЮ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ

2.1. Організаційне забезпечення процесів надання первинної медичної допомоги населенню в досліджуваному регіоні.

2.2. Оцінка практики застосування основних функціональних механізмів управління первинною медичною допомогою в досліджуваному регіоні.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ ТА МЕДИЧНИХ КЛАСТЕРІВ.

3.1. Концептуальні засади формування інтегрованого медичного простору громади

3.2. Розробка системи ключових показників ефективності (КРІ) як інструменту управління розвитком ПМД в громаді

ВИСНОВКИ

Список використаних джерел

Погоджено:

Науковий керівник

д.е.н. проф. Алла Мельник

Перелік умовних скорочень

ВПО – внутрішньо переміщена особа

ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІМПГ – інтегрований медичний простір громади

КНП – комунальне некомерційне підприємство

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОМС – орган місцевого самоврядування

ПМД – первинна медична допомога

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

АНОТАЦІЯ

Шабага Андрій. «Удосконалення управління розвитком первинної медичної допомоги в регіоні» - Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього рівня «магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» - Західноукраїнський національний університет. - Тернопіль, 2025.

Робота присвячена дослідженню актуальних питань удосконалення управління розвитком первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі. У роботі висвітлені теоретичні та інституційні засади управління первинною медичною допомогою в умовах формування спроможної мережі; проведений системний аналіз організаційного та фінансового забезпечення надання первинної медичної допомоги в Тернопільській області; запропоновано концепцію "Інтегрованого медичного простору громади" та розроблено систему ключових показників ефективності (KPI) для керівників закладів охорони здоров'я.

ANNOTATION

Shabaha Andrii «Improving the management of primary health care development in the region» - Manuscript.

Research for the educational degree «Master» specialty 281 «Public Management and Administration» - West Ukrainian National University. - Ternopil, 2025.

The work is devoted to the study of current issues regarding the improvement of primary health care development management in the context of industry reform. The work highlights the theoretical and institutional principles of primary health care management under the conditions of forming a capable network; a systematic analysis of organizational and financial support for providing primary health care in the Ternopil region was carried out; the concept of the «Integrated Medical Space of the Community» is proposed and a system of Key Performance Indicators (KPI) for heads of healthcare institutions is developed.

ВСТУП

Актуальність теми. Трансформація системи охорони здоров'я України, що триває останні роки, докорінно змінила філософію надання медичних послуг, поставивши в центр уваги пацієнта та змінивши механізми фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Фундаментом цієї системи є первинна медична допомога (ПМД), яка виступає першим контактом людини з системою охорони здоров'я та забезпечує безперервність і комплексність нагляду [1].

Ефективне управління розвитком первинної ланки є критично важливим завданням публічного управління, оскільки саме на цьому рівні вирішується близько 80% питань, пов'язаних зі здоров'ям населення [6]. Впровадження інституту сімейної медицини, автономізація закладів охорони здоров'я (перетворення їх на комунальні некомерційні підприємства), а також перехід на договірні відносини з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) створили нові управлінські виклики для керівників закладів та органів місцевого самоврядування [2; 5].

Особливої гостроти питання набуває в умовах повномасштабної війни та повоєнного відновлення. Медична система зіткнулася з руйнуванням інфраструктури, міграцією медичних кадрів та пацієнтів, а також різким зростанням потреби у послугах з охорони ментального здоров'я та реабілітації на первинному рівні. Окрім того, завершення формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я та госпітальних округів, нормативно закріплене Постановою КМУ № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [3], вимагає переосмислення місця та ролі «первинки» у новій архітектурі медичного простору регіону.

Для проведення емпіричного аналізу було обрано Тернопільську область, як регіон, що дає змогу дослідити управлінські моделі як у великих міських, так і в сільських територіальних громадах.

Усе це зумовлює необхідність пошуку нових механізмів та інструментів удосконалення управління розвитком первинної медичної допомоги, що і визначає актуальність обраної теми дослідження.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблематика управління первинною медичною допомогою висвітлена у працях таких вітчизняних науковців, як В. Лекхан, яка досліджувала стратегічні напрями розвитку ПМД [5], а також у роботах інших вчених, що аналізували фінансові аспекти реформи та автономізацію закладів.

Теоретико-методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я та розвитку людського капіталу досліджували такі вітчизняні вчені, як М. Шкільняк, А. Мельник, Г. Монастирський, Т. Желюк, які розглядають охорону здоров'я як ключовий елемент соціальної інфраструктури регіону. Питання стратегічного розвитку ПМД та фінансової децентралізації висвітлено також у працях І. Солоненко.

Проблематику автономізації медичних закладів та перетворення їх на комунальні некомерційні підприємства (КНП) аналізува Н. Рингач.

Водночас, аналіз наукових джерел свідчить про наявність певної прогалини у дослідженнях. Більшість праць фокусуються або на макроекономічних аспектах реформи фінансування, або на суто медичних протоколах надання допомоги. При цьому недостатньо висвітленими залишаються питання управлінської адаптації закладів первинної медичної допомоги до роботи в умовах нової спроможної мережі госпітальних округів, а також механізми взаємодії місцевого самоврядування та державної влади (НСЗУ) в умовах правового режиму воєнного стану. Саме ці аспекти потребують нового науково-методичного осмислення та розробки практичних рекомендацій.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у розробці та обґрунтуванні науково-методичних і практичних рекомендацій щодо удосконалення управління розвитком первинної медичної допомоги в регіоні в умовах функціонування госпітальних округів.

Для досягнення мети поставлено такі завдання:

систематизувати теоретичні основи та визначити сутність первинної медичної допомоги як об'єкта публічного управління;

проаналізувати інституціональну та нормативно-правову базу управління ПМД в Україні та в досліджуваному регіоні;

здійснити системний аналіз практики функціонування та організаційного забезпечення ПМД в регіоні;

оцінити ефективність діючих механізмів управління ПМД та виявити ключові проблеми;

розробити пропозиції щодо удосконалення управління ПМД в умовах госпітальних округів та формування медичних кластерів.

Об'єктом дослідження є процеси управління розвитком первинної медичної допомоги в Тернопільській області.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методичних засад, інституціональних механізмів, форм та методів удосконалення управління розвитком первинної медичної допомоги.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: аналіз і синтез, системний підхід (для аналізу інституціональної бази), статистичний метод (для оцінки показників діяльності ПМД на основі даних НСЗУ [7]), графічний метод (для візуалізації даних).

Практична значущість отриманих результатів полягає у розробці прикладних рекомендацій для органів місцевого самоврядування та керівників центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) щодо оптимізації мережі та покращення якості надання послуг ПМД.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано статтю на тему «Досвід організації первинної медичної допомоги у зарубіжних країнах: висновки для України» у Збірнику матеріалів доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» ((Збараж, 15 травня 2025 року). (<https://conference.wunu.edu.ua/index.php/apmpuvusv/index>))

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНА ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНА БАЗА УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РЕГІОНІ

1.1. Первинна медична допомога в системі охорони здоров'я: сутність, цілі, та завдання управління

Первинна медична допомога (ПМД) є фундаментом сучасної системи охорони здоров'я будь-якої розвиненої країни, оскільки саме на цьому рівні задовольняється переважна більшість потреб населення у медичних послугах протягом усього життя. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), первинна медико-санітарна допомога - це підхід до здоров'я та благополуччя, орієнтований на потреби та переваги окремих осіб, сімей та громад, який охоплює весь спектр детермінант здоров'я та зосереджується на всебічному і взаємопов'язаному фізичному, психічному та соціальному благополуччі [6].

В Україні законодавче визначення закріплено у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», де ПМД визначається як «медична допомога, що передбачає надання консультацій, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів» [1, ст. 35-1].

З точки зору публічного управління та адміністрування, сутність ПМД не обмежується лише лікувальним процесом. Це складна соціально-економічна система, яка виконує функцію регулювання доступу пацієнта до вузькоспеціалізованої допомоги. Як зазначає В. Лекхан, ефективне управління цією ланкою дозволяє раціонально використовувати бюджетні кошти, оскільки профілактика та лікування на ранніх стадіях є значно дешевшими для держави,

ніж лікування запущених випадків у стаціонарах, що підтверджує економічну доцільність пріоритетного інвестування саме у первинну ланку [5, с. 12].

Управління розвитком ПМД в умовах реформування набуває ознак сервісно-орієнтованої моделі та базується на принципах сімейної медицини. Відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого Наказом МОЗ № 504, надавач ПМД забезпечує безперервність, координованість та пацієнт-орієнтованість послуг [4]. Принцип безперервності означає довготривалу взаємодію між пацієнтом та лікарем незалежно від наявності чи відсутності захворювання, що формує довіру та підвищує комплаєнс (прихильність до лікування).

Перехід від дільничної моделі до моделі загальної практики - сімейної медицини змінив об'єкт управління: від управління «ліжко-місцями» та відвідуваннями до управління якістю життя пацієнта та здоров'ям громади. У цій парадигмі суб'єкт управління (керівник ЦПМСД, органи місцевого самоврядування) фокусується не на процесі надання послуги як такої, а на досягненні конкретних індикаторів здоров'я населення.

Цілі управління первинною медичною допомогою можна класифікувати за такими напрямками:

забезпечення доступності: фізичної (географічної) та фінансової. Фінансова доступність реалізується через механізм державних фінансових гарантій, коли пацієнт не здійснює прямих платежів у точці надання послуги. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» гарантує повну оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів коштом Державного бюджету України [2];

забезпечення якості: відповідність наданих послуг галузевим стандартам, клінічним маршрутам та протоколам лікування, а також забезпечення належного рівня сервісу та комфорту для пацієнта під час отримання послуги;

ефективність ресурсів: оптимальне використання кадрового потенціалу, фінансових ресурсів та матеріально-технічної бази комунальних некомерційних

підприємств (КНП) з метою досягнення максимального соціального ефекту при наявних бюджетних обмеженнях;

справедливість: рівний доступ до послуг для вразливих верств населення, включаючи внутрішньо переміщених осіб (ВПО), осіб з інвалідністю та маломобільних груп населення, що є критично важливим в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення.

Реалізація цих цілей забезпечується через виконання основних функцій управління на рівні регіону та окремого закладу (ЦПМСД), які наповнюються новим змістом в умовах децентралізації та автономізації:

стратегічне та оперативне планування: визначення потреби населення у медичних послугах, формування спроможної мережі амбулаторій, що регламентується відповідними постановами уряду, а також прогнозування попиту на нові види послуг, такі як психологічна підтримка та реабілітація на первинному рівні [3];

організація: налагодження ефективних маршрутів пацієнта, організація роботи лікарів та середнього медичного персоналу, забезпечення командної взаємодії, впровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) як інструменту цифрового менеджменту;

мотивація: розробка ефективних колективних договорів, які стимулюють медичний персонал не лише кількістю укладених декларацій, але й якістю надання послуг, що передбачено принципами фінансування НСЗУ [7]. Сучасна система мотивації має включати як матеріальні (диференційована оплата праці), так і нематеріальні стимули (професійний розвиток, умови праці);

контроль та моніторинг: оцінка діяльності закладу за індикаторами якості та результативності. Згідно з вимогами НСЗУ, ключовими індикаторами є рівень охоплення вакцинацією, рівень проходження профілактичних оглядів та скринінгів на пріоритетні захворювання. Важливим елементом контролю також стає моніторинг задоволеності пацієнтів якістю обслуговування.

Разом з тим, говорячи про ПМД, однозначно варто звернутися до світового досвіду, щоб оцінити можливі рішення для подальшого розвитку чи імплементації певних готових варіантів.

Модель «Ворота» та інституційна підтримка, згідно з міжнаціональними дослідженнями D. Krings та співавторів [1], успішні системи ПМД вирізняються сильною інституційною підтримкою, стабільним державним фінансуванням і широким спектром компетенцій сімейних лікарів.

У країнах, що використовують Бевериджську модель (державне фінансування з податків), первинна ланка виконує ключову функцію «воріт» до всієї системи охорони здоров'я.

Сімейні лікарі мають високий рівень автономії, працюють у мультидисциплінарних командах та отримують фінансування переважно за моделлю капітації або її комбінацією з оплатою за результат.

Жорстка функція «воріт» є ефективним інструментом для раціонального використання бюджетних коштів та запобігання перевантаженню дорогих стаціонарів [40].

В той ж час, система охорони здоров'я, що базується на моделі соціального страхування (Бісмарська модель), демонструє інші управлінські виклики. Фінансування здійснюється через обов'язкові внески до страхових фондів. Пацієнти тут мають значну свободу вибору між лікарями загальної практики та вузькими спеціалістами без обов'язкової реєстрації [40]. Це створює конкурентне середовище між ланками.

Навіть у ринковій моделі координація ПМД вимагає цільових програм та фінансових інструментів, прив'язаних до результату.

Модель, орієнтована на громаду представлена моделлю, що кожна команда сімейного здоров'я обслуговує до 4 000 осіб у визначеному районі та включає лікаря, медсестру та громадських медичних працівників [40]. Останні здійснюють щомісячні візити до сімей, надаючи профілактичні послуги. Для вирішення проблеми нестачі кадрів у віддалених районах.

Для боротьби з кадровим дефіцитом у сільській місцевості потрібні компенсаційні механізми та використання мультидисциплінарних команд з розширеною роллю медсестер.

Україна з 2018 року реалізує власну гібридну модель ПМД. Вона поєднує фінансування з Державного бюджету (риси моделі Бевериджа) та конкуренцію між надавачами послуг (включно з приватними) та принцип «гроші йдуть за пацієнтом» (риси моделі Бісмарка) [40].

Отже, первинна медична допомога в системі публічного управління розглядається не просто як етап надання послуг, а як стратегічний ресурс збереження людського капіталу регіону та запорука національної безпеки в сфері громадського здоров'я.

1.2. Інституціональна база управління первинною медичною допомогою в регіоні

Ефективність управління первинною медичною допомогою (ПМД) на сучасному етапі визначається якістю інституціонального середовища, яке формує «правила гри» для всіх суб'єктів системи. Інституціональна база управління ПМД в Україні є багаторівневою системою, що охоплює нормативно-правове регулювання та організаційну взаємодію суб'єктів владних повноважень та надавачів послуг. Саме інституційне забезпечення визначає межі автономії закладів, механізми їх фінансування та стандарти надання послуг. Інформаційну базу дослідження складають закони України, постанови Кабінету Міністрів України та накази профільних відомств.

Нормативно-правовий базис управління побудований за ієрархічним принципом та може бути класифікований за рівнями юридичної сили:

1. Конституційний рівень:

Стаття 49 Конституції України гарантує право на охорону здоров'я та медичну допомогу, що є фундаментальною основою для публічного управління галуззю та покладає на державу обов'язок щодо фінансування відповідних

соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [14].

2. Законодавчий рівень, який формує архітектуру системи:

основою є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [1], який визначає правовий статус ПМД, права та обов'язки пацієнтів і медичних працівників, а також встановлює гарантії держави щодо надання первинної допомоги безоплатно;

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2] змінив парадигму фінансування, запровадивши принцип закупівлі послуг та створивши інституцію стратегічного закупівельника (НСЗУ). Цей закон перевів управління з кошторисного утримання закладів на оплату за результатами діяльності;

важливим для дослідження є Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» [8], який розмежовує повноваження органів місцевої влади (як власників закладів) та держави, визначаючи делеговані повноваження у сфері охорони здоров'я та власні повноваження щодо управління комунальним майном;

Закон України № 2347-IX (від 01.07.2022) «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [15] заклав підвалини для формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, що безпосередньо впливає на маршрутизацію пацієнтів від «первинки» до спеціалізованої допомоги та інтеграцію ПМД у єдиний медичний простір госпітального округу.

3. Підзаконний рівень регламентує операційну діяльність:

Постанова КМУ № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [3] є ключовим документом, що визначає межі госпітальних округів та кластерів, а також вимоги до надавачів медичних послуг, які входять до спроможної мережі;

Наказ МОЗ № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [4] регламентує безпосередні правила роботи лікарів та закладів ПМД, визначає перелік послуг, що входять до гарантованого пакету, та правила організації роботи надавача ПМД.

Суб'єктна структура управління ПМД в регіоні характеризується розподілом функцій між центральними та місцевими органами влади, що створює систему дуального підпорядкування (Рис. 1.1).

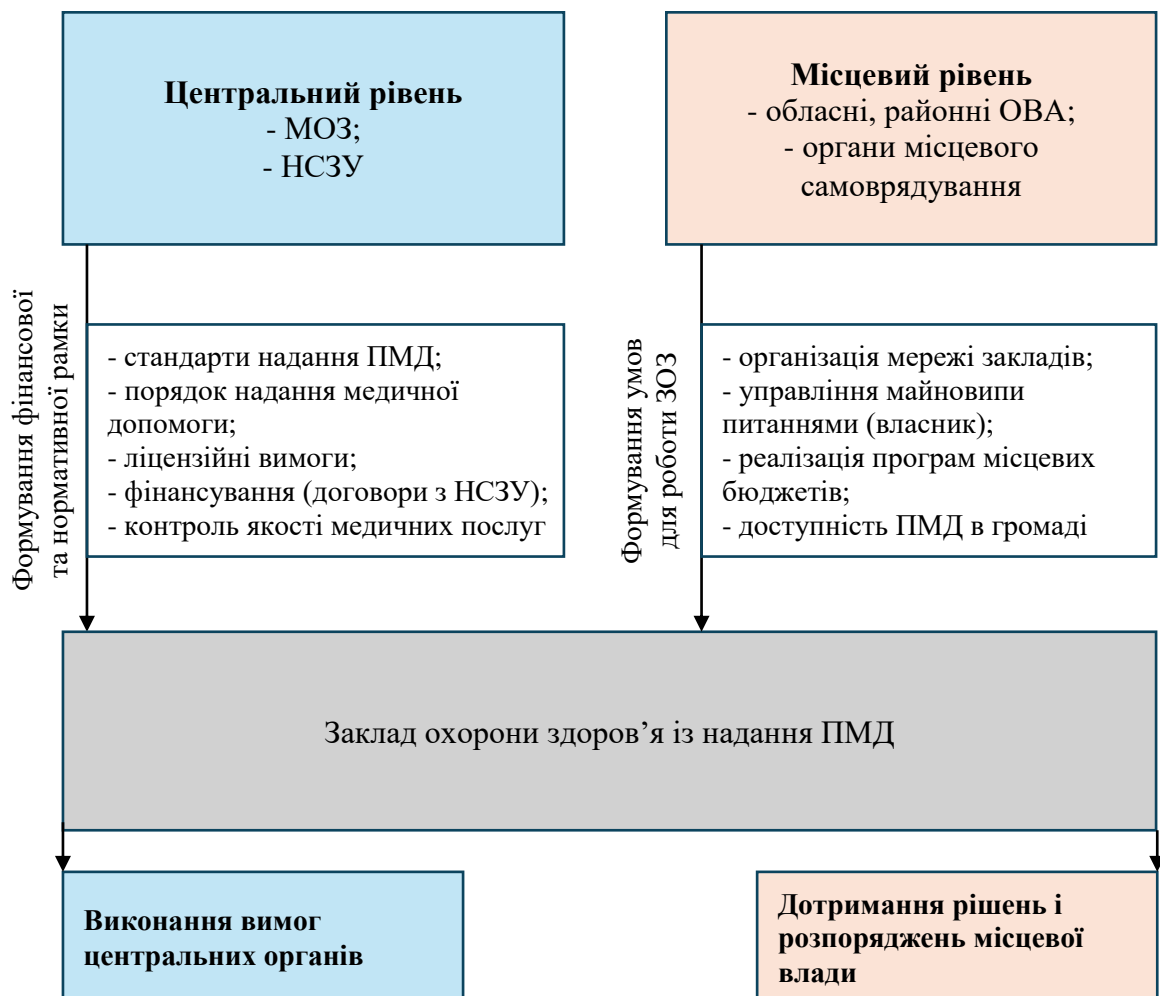


Рис. 1.1. Система дуального підпорядкування ПМД в регіоні

Примітка: Сформовано автором на підставі джерел [2], [4], [8],

Розглянемо повноваження ключових суб'єктів:

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ): Виступає головним регулятором, що формує державну політику. МОЗ розробляє стандарти надання

допомоги, ліцензійні умови та затверджує примірні таблиці матеріально-технічного оснащення [33].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ): Реалізує функцію стратегічного закупівельника. Через механізм контрахтування НСЗУ здійснює фінансове управління, контролює виконання умов договорів та проводить моніторинг якості надання послуг (електронні дані, скарги пацієнтів). НСЗУ впливає на мотивацію закладів через капітаційну ставку та коефіцієнти [7], [34].

Органи місцевого самоврядування (ОМС): Виконують функцію власників комунальних некомерційних підприємств (ЦПМСД) [8]. До їх компетенції належить:

- призначення керівників закладів (через конкурс);
- забезпечення та розвиток матеріально-технічної бази (ремонти, закупівля обладнання);
- оплата комунальних послуг та енергоносіїв;
- затвердження місцевих програм розвитку охорони здоров'я (наприклад, програми місцевих стимулів для медиків).

Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД): Як автономні суб'єкти господарювання, здійснюють оперативне управління ресурсами, кадрами та процесом надання послуг, маючи право самостійно визначати організаційну структуру та штатний розпис.

Окремо слід виділити вплив формування госпітальних округів на управління ПМД. Згідно з Постановою КМУ № 174, формування спроможної мережі передбачає поділ лікарень на загальні, кластерні та надкластерні [3]. Хоча заклади ПМД не мають градації на кластери, вони виступають точкою входу до цієї мережі. Інституціональна новизна полягає в тому, що управління ПМД тепер має узгоджуватися з Планом розвитку госпітального округу. Це вимагає від менеджменту ЦПМСД чіткої координації маршрутів пацієнта, щоб забезпечити своєчасне направлення до кластерного чи загального закладу оминаючи зайві ланки, що оптимізує використання ресурсів системи в цілому.

Регіональна специфіка управління реалізується через локальні нормативні акти. Так, мережу закладів ПМД затверджено розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 21 травня 2018 року № 404-од «Про затвердження Плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області» [38], який адаптує національні вимоги до демографічних та географічних особливостей регіону.

Аналіз інституціональної бази дозволяє зробити висновок про складну модель управління ПМД, що характеризується інституційним дуалізмом: фінансове управління та контроль якості централізовані (НСЗУ), тоді як управління інфраструктурою та мережею децентралізоване (ОМС). Така конструкція створює ризики неузгодженості дій (наприклад, коли ОМС не фінансує оснащення, необхідне для контракування з НСЗУ), але водночас надає громадам інструменти для впливу на якість медицини на своїй території через механізм власності та місцевого фінансування.

Правове регулювання ПМД є ієрархічним і базується на Конституції України, базових законах та підзаконних актах, які визначають архітектуру мережі ПМД. Ця база формує правове поле для автономізації закладів та зміни механізмів фінансування.

Аналіз суб'єктної структури дозволив виділити модель «дуального підпорядкування» закладів ПМД. З одного боку, Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виступає стратегічним закупівельником, забезпечуючи фінансування та контроль якості через договірні відносини. З іншого боку, органи місцевого самоврядування (ОМС) як власники закладів відповідають за розвиток матеріально-технічної бази, оплату комунальних послуг та призначення керівників. Така конструкція створює ризики неузгодженості дій між центральною та місцевою владою, що може впливати на ефективність розвитку закладу.

Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я та поділ лікарень на кластерні й надкластерні створює нові виклики для менеджменту ПМД. Хоча заклади первинної ланки не кластеризуються, вони стають точкою

входу до цієї мережі, що вимагає від керівництва ЦПМСД удосконалення координації маршрутів пацієнта для забезпечення своєчасного доступу до спеціалізованої допомоги.

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЮ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ РЕГІОНІ

2.1. Організаційне забезпечення процесів надання первинної медичної допомоги населенню в досліджуваному регіоні

Організаційне забезпечення надання первинної медичної допомоги (ПМД) у Тернопільській області ґрунтується на засадах децентралізації та розмежування функцій замовника послуг (держава в особі НСЗУ) та надавача послуг (комунальні некомерційні підприємства).

Станом на 2025 рік мережа закладів ПМД регіону повністю пройшла етап автономізації, трансформувались із бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (КНП), що дозволило їм укласти договори з НСЗУ та отримати управлінську гнучкість у питаннях фінансів і кадрів..

Система надання первинної допомоги в області представлена розгалуженою мережею, яка включає:

- Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) – 34;
- амбулаторій загальної практики сімейної медицини (що функціонують як окремі юридичні особи або відокремлені підрозділи) – 6;
- лікарень, що надають первинну медичну допомогу – 7;
- надавачів ПМД приватної форми власності - 31.

За даними аналітичних панелей НСЗУ, у Тернопільській області загалом законтраковано 47 надавачів первинної медичної допомоги комунальної форми власності [9]. Особливу увагу привертає тенденція до зростання частки приватного сектору: договори з НСЗУ мають 31 приватних клінік (ФОП та ТОВ). Це свідчить про формування конкурентного середовища, де пацієнт голосує

«декларацією» за кращий сервіс, що змушує комунальні заклади оптимізувати свої організаційні процеси.

Мережа закладів ПМД представлена на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Мережа закладів ПМД в Тернопільській області

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги.

Важливим елементом організаційного забезпечення є диверсифікація послуг. Заклади, що надають первинну медичну допомогу, у 2025 році можуть укласти договори з НСЗУ за наступними напрямками (пакетами), що розширює їхні функціональні можливості:

Пакет № 1 «Первинна медична допомога» (базовий рівень);

Пакет № 24 «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» (соціально важливий напрям для старіючого населення області);

Пакет № 50 «Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів» (механізм оновлення кадрів);

Пакет № 73 «Розширені послуги з первинної медичної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України», що став доступним для контракування із 2025 року та є відповіддю системи на виклики воєнного часу, потребуючи від менеджменту закладів нових підходів до роботи з ветеранами.

Організаційна структура типового ЦПМСД у регіоні побудована за територіальним принципом і включає [36]:

адміністративно-управлінський апарат (директор, медичний директор, фінансова служба, відділ кадрів);

лікарські амбулаторії (АЗПСМ), наближені до місця проживання населення, які є основними точками входу пацієнта в систему;

фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) та фельдшерські пункти (ФП) у віддалених селах. Варто зазначити, що їх кількість поступово оптимізується через економічну недоцільність утримання, проте соціальний аспект часто стримує цей процес;

Мережа місць надання послуг з ПМД в Тернопільській області зображена на рис. 2.2

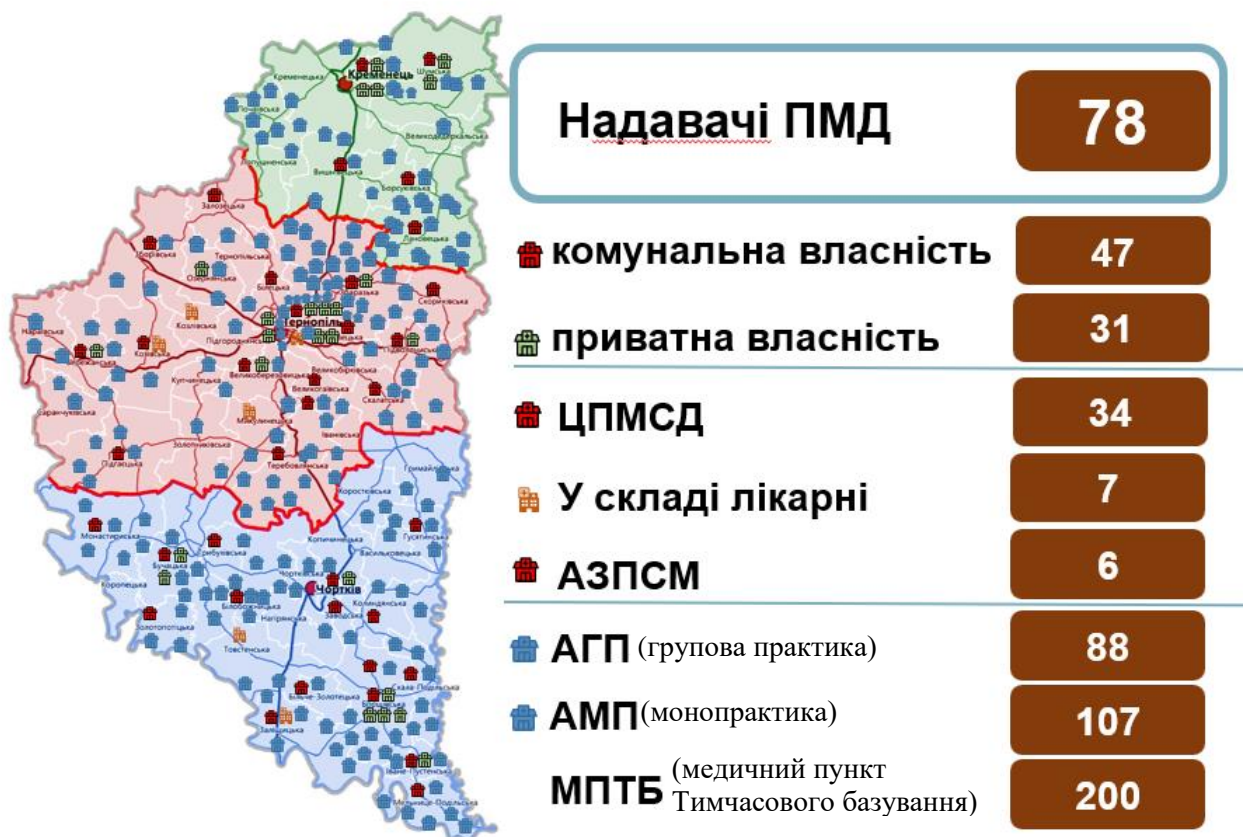


Рис. 2.2. Мережа місць надання послуг з ПМД в Тернопільській області

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги.

Окремим викликом для організаційного забезпечення стала війна. В умовах воєнного стану значно збільшилася кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що створило додаткове навантаження на мережу. Медична допомога ВПО в Тернопільській області надається відповідно до наказу МОЗ України від 17.03.2022 № 496 «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» [36]. Ключовою організаційною особливістю є спрощення доступу: первинна медична допомога для внутрішньо переміщених осіб надається в повному обсязі без переукладання декларацій із сімейним лікарем, що вимагає від закладів ведення окремого обліку таких візитів для коректної звітності перед НСЗУ [36].

Функціональне наповнення роботи лікарів первинної ланки охоплює: спостереження за станом здоров'я, діагностику та лікування найбільш поширених захворювань; проведення базових тестів та аналізів (загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, сечі, рівень глюкози та холестерину, вимірювання АТ, ЕКГ, швидкі тести на ВІЛ, гепатити, тропонін, вагітність); організаційну функцію направлення до вузькопрофільних спеціалістів; адміністрування програми «Доступні ліки» та проведення вакцинації згідно з Календарем щеплень [36].

Кадрове забезпечення. Ключовим ресурсом організаційного забезпечення є людський капітал. Станом на поточний рік у закладах ПМД області працює близько 780 лікарів (сімейні лікарі, терапевти, педіатри). Аналіз навантаження свідчить про суттєву нерівномірність розподілу кадрів, що створює диспропорції в доступності послуг:

у місті Тернопіль та районних центрах укомплектованість лікарями сягає 90-95%, що дозволяє пацієнту вільно обирати лікаря;

у віддалених громадах спостерігається дефіцит кадрів, що змушує керівників ЦПМСД застосовувати кризові методи управління: вахтовий метод роботи або організацію виїзних прийомів.

Одним з головних індикаторів ефективності організації ПМД є рівень охоплення населення деклараціями. У Тернопільській області цей показник становить понад 87,71%, що є високим результатом і свідчить про довіру до інституту сімейної медицини та сформовану культуру звернення до сімейного лікаря.

Динаміку укладання декларацій про вибір лікаря, що надає ПМД зображено на рис. 2.3.

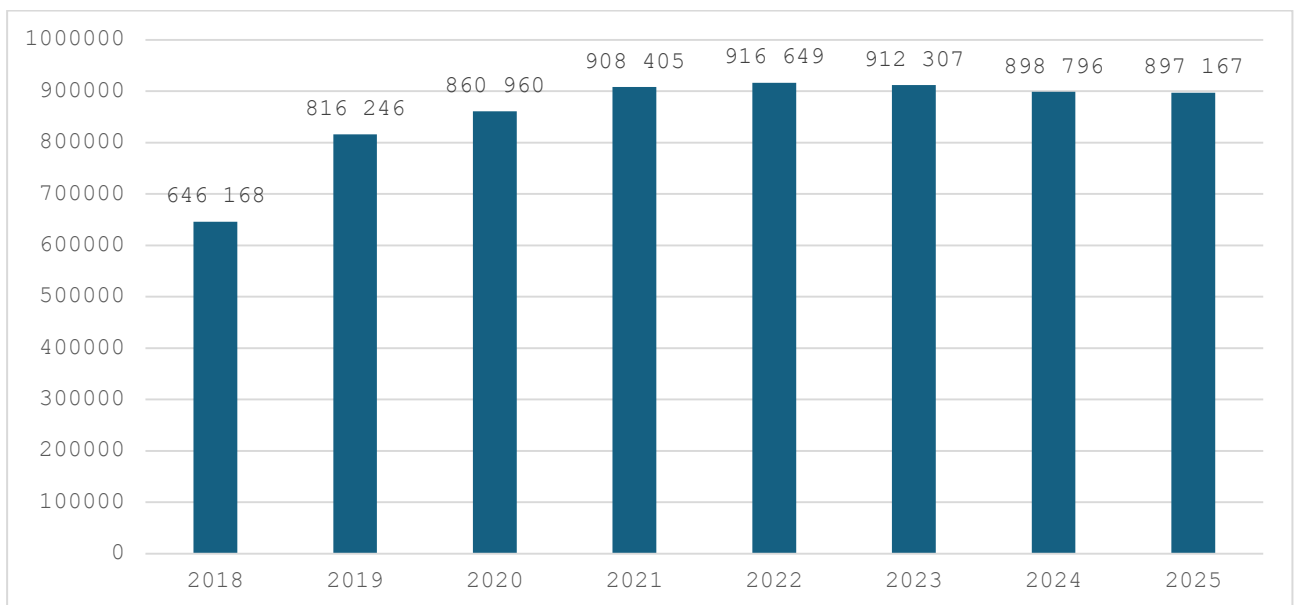


Рис. 2.3. Динаміка укладання декларацій про вибір лікаря, що надає ПМД

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Статистика поданих декларацій про вибір лікаря первинної медичної допомоги.

Однак, організаційний аналіз виявив низку проблемних питань, які потребують управлінського втручання:

Проблема маршрутизації та взаємодії рівнів. В умовах формування спроможної мережі (згідно з Постановою КМУ № 174 [3]), організаційна взаємодія між ЦПМСД та кластерними лікарнями потребує вдосконалення. Часто пацієнти звертаються до вузьких спеціалістів (вторинна ланка) самостійно,

омінаючи сімейного лікаря, що порушує принцип «місяця входу» та призводить до неефективного використання ресурсів.

Ця проблема набуває системного характеру через розрив між адміністративною структурою первинної ланки (34 ЦПМСД у 55 громадах) та новою архітектурою госпітальних округів (3 кластери). Відсутність налагоджених алгоритмів взаємодії призводить до того, що пацієнт із сільської місцевості, не маючи змоги оперативно отримати електронне направлення від лікаря, який працює за графіком виїздів, їде напряму до кластерної лікарні. Це створює подвійне навантаження: фінансове - для пацієнта (оскільки такі візити без направлення не покриваються програмою медичних гарантій, за винятком ургентних випадків) та організаційне - для приймальних відділень лікарень, які перевантажуються непрофільними зверненнями.

Фінансово-організаційний аспект. Усі комунальні заклади ПМД регіону фінансуються за договором з НСЗУ за пакетом «Первинна медична допомога». Базова капітаційна ставка у 2024 році становила 786,65 грн на рік за одного пацієнта (з урахуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від віку) [7], [24]. Базова капітаційна ставка у 2025 році становить 844,4 грн на рік за одного пацієнта (з урахуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від віку) [7], [24], [25]. Це зростання покриває інфляційні процеси, проте не створює достатнього ресурсу для капітального розвитку.

Важливо зазначити, що організаційна спроможність закладів напряму залежить від позиції власника (органу місцевого самоврядування). У громадах, де діють затверджені Програми фінансової підтримки, заклади мають краще матеріально-технічне оснащення (комп'ютеризація, службовий транспорт), ніж у дотаційних сільських громадах.

Динаміка оплати НСЗУ коштів за надані послуги закладам з надання ПМД в Тернопільській області представлена на рис. 2.4

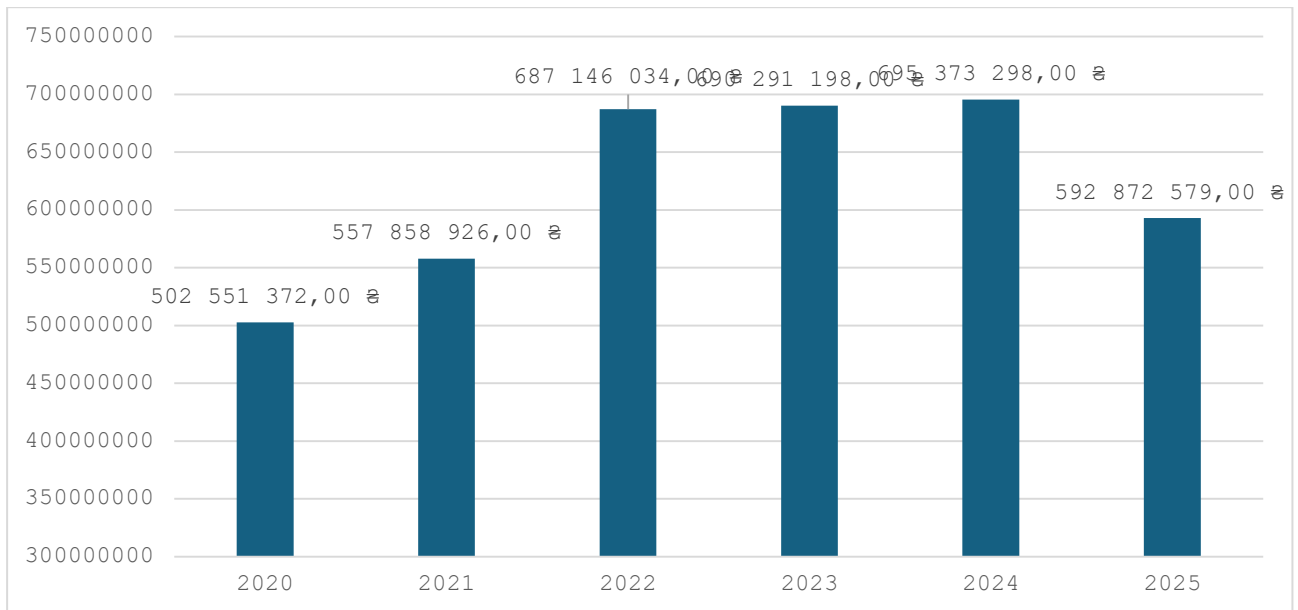


Рис. 2.4. Динаміка оплати НСЗУ коштів за надані послуги закладам з надання ПМД в Тернопільській області

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій.

Підсумовуючи аналіз, можна стверджувати, що організаційне забезпечення ПМД у Тернопільській області характеризується стабільним функціонуванням мережі КНП та високим рівнем контракування з НСЗУ. Проте, існують диспропорції у кадровому забезпеченні між містом та селом, а також критичні проблеми з маршрутизацією пацієнтів у новій системі госпітальних округів.

Виявлені проблеми підтверджуються розривом між номінально високим покриттям населення деклараціями (87,71%) та реальними обмеженнями у безперервності надання допомоги, що зумовлює необхідність переходу організаційної моделі від екстенсивного розвитку до інтенсивного управління якістю та інтеграцією сервісів в єдиний медичний простір.

2.2. Оцінка практики застосування основних функціональних механізмів управління первинною медичною допомогою в досліджуваному регіоні

Системний аналіз управління первинною медичною допомогою (ПМД) вимагає комплексної оцінки, яка не може обмежуватися лише організаційними показниками. Ефективність функціонування медичного закладу в сучасних умовах базується на синергії двох ключових механізмів:

Економічного механізму, який визначає, як забезпечується фінансова стійкість підприємства, його здатність покривати поточні витрати та інвестувати у розвиток матеріально-технічної бази в умовах капітаційного фінансування.

Механізму управління якістю, який демонструє, як наявні ресурси трансформуються у конкретні медичні результати (охоплення вакцинацією, раннє виявлення хвороб, задоволеність пацієнтів).

Для поглибленого аналізу економічного механізму використано метод кейс-стаді на прикладі комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради (далі - КНП «ЦПМСД» ТМР). Вибір саме цього закладу як об'єкта поглибленого дослідження є не випадковим та обґрунтовується його масштабом та стратегічним значенням для системи охорони здоров'я регіону.

КНП «ЦПМСД» ТМР є беззаперечним лідером серед надавачів послуг в області. Станом на початок 2025 року кількість задекларованого населення, що обслуговується лікарями закладу, становить 196 794 особи. Цей показник є критично важливим для розуміння фінансової моделі підприємства, оскільки в системі НСЗУ саме обсяг декларацій формує дохідну частину бюджету.

Для порівняння масштабів діяльності проведено зіставлення з іншими провідними закладами області. Кількість декларацій у КНП «ЦПМСД» ТМР майже у чотири рази перевищує показники закладу, що посідає друге місце в регіональному рейтингу - КНП «Кременецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Кременецької міської ради, який налічує 50 412 декларацій. Така суттєва різниця (розрив у понад 146 тисяч пацієнтів) свідчить

про концентрацію медичних ресурсів та фінансових потоків саме в обласному центрі, що створює для менеджменту тернопільського закладу як додаткові можливості (ефект масштабу), так і специфічні управлінські виклики (управління великим штатом, логістика, навантаження на інфраструктуру).

Така концентрація пацієнтів в одному закладі робить його ідеальним кейсом для аналізу того, як ефективно управляти великим медичним підприємством в умовах обмежених ресурсів та високого попиту на послуги.

Кількість декларацій укладених закладами охорони здоров'я (серед ЗОЗ де кількість декларацій більше 20 тис.) представлена на рис. 2.5.

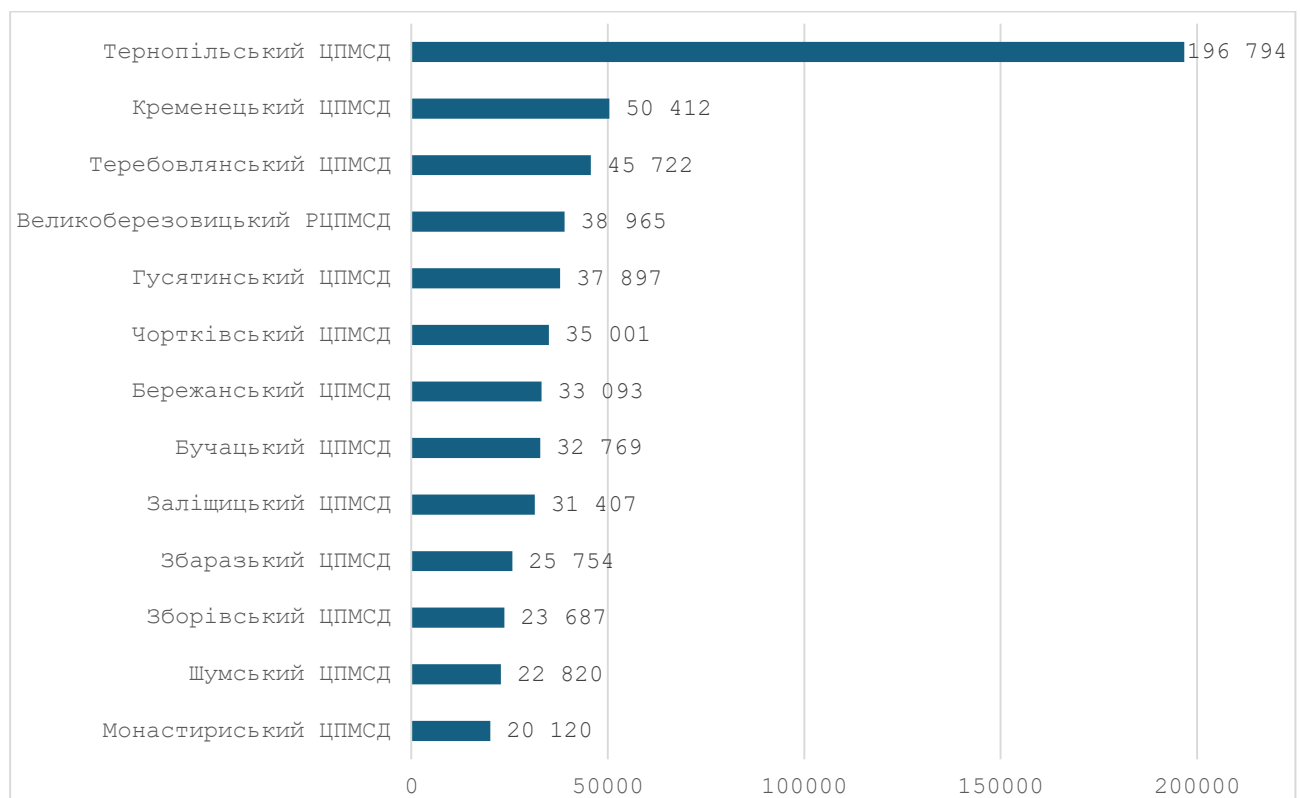


Рис. 2.5. Кількість декларацій укладених закладами охорони здоров'я (серед ЗОЗ де кількість декларацій більше 20 тис.)

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Статистика поданих декларацій про вибір лікаря первинної медичної допомоги.

Аналіз економічного механізму управління. Трансформація закладу в комунальне некомерційне підприємство дозволила перейти до нової моделі

господарювання. Аналіз структури доходів КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради за 2023-2024 роки демонструє чітку дію принципу «гроші ходять за пацієнтом», але водночас підтверджує тезу про «інституційний дуалізм».

Динаміка та структура фінансових надходжень КНП «ЦПМСД» ТМР (2023-2024 рр.) представлена у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

**Динаміка та структура фінансових надходжень КНП «ЦПМСД» ТМР
(2023-2024 рр.)**

Категорія надходжень	2023 рік	2024 рік
Надходження грошових коштів, грн	179486909,8	134557511,3
Програма медичних гарантій, грн	144039732,1	102095574,5
Програма медичних гарантій, %	80,30%	75,90%
Платні послуги страхові виплати, грн	115172,69	409127,85
Платні послуги страхові виплати, %	0,10%	0,30%
Інше, грн	5568840,36	5526865,1
Інше, %	3%	4%
Державний бюджет в т. ч. централізовані закупівлі тощо, грн	6074004,95	7880063,58
Державний бюджет в т. ч. централізовані закупівлі тощо, %	3,40%	5,90%
Обласний районний та бюджет місцевого самоврядування, грн	23314662,37	16738250,13
Обласний районний та бюджет місцевого самоврядування, %	13,00%	12,40%
Благодійна допомога, грн	374497,39	1907630,05
Благодійна допомога, %	0,20%	1,40%

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Звіт про оплати та витрати на забезпечення медичних послуг за програмою медичних гарантій.

Як бачимо лівову частку доходів (понад 80% бюджету у 2023 та 75% у 2024 році) формує НСЗУ через капітаційну ставку та оплату за додатковими пакетами за Програмою медичних гарантій [7; 12].

Інституційний дуалізм: Підтверджується критична роль власника (Органу місцевого самоврядування). Частка фінансування з місцевого бюджету залишається стабільною на рівні 12,4-13,0%. Ці кошти спрямовуються переважно на покриття комунальних послуг та енергоносіїв, що забезпечує безперебійне функціонування закладу, але не створює значного ресурсу для розвитку.

Суттєво зросла частка надходжень з державного бюджету у вигляді централізованих закупівель (з 3,4% до 5,9%), що в абсолютному вимірі становить зростання на 1,8 млн грн. Це свідчить про посилення вертикальної інтеграції у питаннях забезпечення вакцинами та специфічними медикаментами.

Позитивним управлінським сигналом є різке зростання благодійної допомоги (у 5 разів: з 374 тис. грн до 1,9 млн грн) та доходів від платних послуг (майже у 4 рази). Хоча їх сумарна частка залишається незначною (1,7%), така динаміка свідчить про намагання менеджменту залучати позабюджетні ресурси та грантову підтримку, що є важливим елементом фінансової стійкості в умовах війни.

Аналіз фінансового механізму управління вимагає не лише оцінки надходжень, але й вивчення структури витрат. Витрати КНП «ЦПМСД» ТМР за 2023-2024 роки, представлені в Таблиці 2.2, демонструють, наскільки фінансова модель закладу є соціально орієнтованою та залежною від кадрового забезпечення.

Фонд оплати праці (разом з нарахуваннями) «з'їдає» 73-75% коштів, отриманих від НСЗУ. На розвиток (закупівлю обладнання, ремонти) власних обігових коштів майже не залишається.

Таким чином, економічний механізм управління має виражену диспропорцію: операційна діяльність забезпечується державою (НСЗУ), а інвестиційна (розвиток) - майже повністю залежить від фінансової спроможності та політичної волі місцевої влади (ОМС). У Тернополі ця підтримка є стабільною [10], проте у менш спроможних громадах області такий перекик створює ризики деградації матеріальної бази.

Таблиця 2.2

Динаміка та структура витрат КНП «ЦПМСД» ТМР (2023-2024 рр.)

Категорія витрат	2023 рік	2024 рік
Витрати на оплату праці, грн	135334038,3	87028517,65
Витрати на оплату праці, %	75,10%	73,00%
Витрати на оплату робіт, послуг, інше, грн	12298579,86	9588263,29
Витрати на оплату робіт, послуг, інше, %	6,80%	8,00%
Витрати на оплату комунальних послуг та інших енергоносіїв, грн	3805094,09	2467716,18
Витрати на оплату комунальних послуг та інших енергоносіїв, %	0,02	0,02
Ремонт, грн	1463289,91	2349331,13
Ремонт, %	0,01	0,02
Лікарські засоби, грн	2414960,01	2832698,31
Лікарські засоби, %	1,30%	2,40%
Вироби медичного призначення та допоміжні засоби, грн	10395143,74	6021935,91
Вироби медичного призначення та допоміжні засоби, %	5,80%	5,10%
Імунобіологічні препарати, грн	3195883,54	4288830,69
Імунобіологічні препарати, %	1,80%	3,60%
Лікувальне харчування, грн	795346,56	634465,08
Лікувальне харчування, %	0,40%	0,50%
Дезинфекційні засоби, грн	301740	170742
Дезинфекційні засоби, %	0,20%	0,10%
Засоби індивідуального захисту, грн	122991,33	114368,1
Засоби індивідуального захисту, %	0,10%	0,10%
Продукти харчування, грн	215587,3	0
Продукти харчування, %	0,10%	0,00%
Інше придбання та оприбуткування, грн	1113367	782448,22
Інше придбання та оприбуткування, %	0,60%	0,70%
Придбання, створення, грн	8853030,9	2926105,41
Придбання, створення, %	4,90%	2,50%

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Звіт про оплати та витрати на забезпечення медичних послуг за програмою медичних гарантій

Структура доходів закладу підтвердила наявність інституційного дуалізму, виявленого у Розділі 1. Понад 75% фінансування надходить від НСЗУ, покриваючи операційні витрати, тоді як фінансування з місцевого бюджету (ОМС) залишається на рівні 12-13% і спрямовується переважно на забезпечення функціонування (комунальні послуги). Це доводить: фінансова стійкість забезпечується державою, але фінансова спроможність для інвестиційного розвитку є заручником рішень та пріоритетів місцевої влади.

Структура видатків демонструє, що фонд оплати праці та нарахування поглинає понад 75% загального бюджету. Така надмірна соціальна орієнтованість фінансової моделі можна вважати «ахіллесовою п'ятою» управління: вона критично обмежує можливості менеджменту щодо капітальних інвестицій, значних ремонтів чи придбання дорогого обладнання. Ресурси для розвитку складають менше 4%, що є недостатнім для забезпечення якісної інфраструктури в довгостроковій перспективі.

Незважаючи на загальні структурні обмеження, спостерігається позитивна динаміка зростання частки позабюджетних надходжень (благодійна допомога та платні послуги зросли у 4-5 разів). Це свідчить про наявність у керівництва закладу управлінського потенціалу для диверсифікації фінансової бази, що має бути інтегровано у систему управління.

У контексті фінансових обмежень, успішне управління закладами ПМД вимагає переорієнтації з фінансування інфраструктури (де ресурси обмежені) на посилення механізму управління якістю послуг (вакцинація, скринінги, маршрутизація). Це єдиний шлях забезпечити зростання медичних результатів при мінімальних капітальних витратах.

Перехід на нову модель фінансування змінив управлінську парадигму: від контролю за відвідуваннями до моніторингу індикаторів якості. Аналіз даних дашбордів НСЗУ по Тернопільській області дозволяє виділити такі тенденції:

Програма «Доступні ліки». Це приклад успішного управлінського механізму. В області спостерігається стабільне зростання кількості виписаних та погашених електронних рецептів (для лікування серцево-судинних хвороб,

діабету II типу, бронхіальної астми). Це свідчить про те, що первинна ланка ефективно виконує функцію забезпечення фінансової доступності лікування хронічних хвороб [7; 9]. Динаміка виписування та погашення рецептів наведена у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Динаміка виписування та погашення рецептів за період

	2021	2022	2023	2024	I-III квартали 2025
Виписано рецептів	464 950	478 273	526 564	569 294	473 775
Погашено рецептів	397 036	390 564	432 287	478 215	397 280
% погашених рецептів	85,39%	81,66%	82,10%	84,0%	83,85%

Примітка: Сформовано автором на основі матеріалів представлених на Аналітичних панелях (дашбордах) НСЗУ. Електронні рецепти на лікарські засоби: виписування та відпуск.

Вагомим досягненням в управлінні територіальною доступністю фармацевтичної допомоги у 2024 році стало впровадження в області моделі мобільних аптечних пунктів (МАП). За сприяння Департаменту охорони здоров'я ОВА, приватні оператори фармацевтичного ринку (зокрема, ТОВ «Фармаксо» та ТОВ «Айрон Вест») запустили маршрути, що охоплюють сільські населені пункти Чортківського, Кременецького та Тернопільського районів. Управлінська цінність цього рішення полягає у забезпеченні безперервного доступу населення до понад 1400 найменувань лікарських засобів, включно з препаратами за програмою реімбурсації «Доступні ліки», з використанням спеціалізованого транспорту.

Окрім того, в регіоні реалізується механізм міжсекторної взаємодії у рамках проекту «Укрпошта.Аптека», що стартував у жовтні 2024 року. Особливістю цієї ініціативи є інтеграція функцій медичного персоналу в логістичний процес: сімейні лікарі не лише інформують пацієнтів, а й забезпечують безпосередній супровід оформлення замовлень ліків, а також

здійснюють виїзні прийоми у віддалені села спільно з поштовим оператором, що є прикладом ефективної синергії служб для наближення послуги до пацієнта.

Впровадження нових пакетів (Ментальне здоров'я). У відповідь на виклики війни, заклади ПМД регіону у 2024 році активно контрахтувалися на пакет № 51 «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні». Станом 2025 рік послугу із ментального здоров'я на первинному рівні було повністю інтегровано у пакет «Первинна медична допомога». Для забезпечення можливості надання сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами послуг з ментального здоров'я, усім фахівцям необхідно було пройти навчання із ведення поширених психічних розладів на первинному рівні за програмою mhGAP [24].

Таким чином надання послуги з ментального здоров'я є обов'язковою вимогою НСЗУ для закладів, що надають ПМД. Однак усі надавачі ПМД забезпечили виконання усіх вимог та впровадили надання нової послуги, що є позитивним управлінським зрушенням.

Оцінка функціональних механізмів управління свідчить про те, що економічний механізм забезпечує базову фінансову стійкість закладів, проте розвиток інфраструктури залишається вразливим через залежність від місцевих бюджетів. Механізм управління якістю демонструє успіхи у впровадженні нових сервісів (доступні ліки, ментальне здоров'я), але залишається недостатньо ефективним у сфері профілактичних скринінгів. Управління все ще орієнтоване на процес надання послуги, а не на кінцевий результат (рівень здоров'я громади), що потребує корекції системи мотивації персоналу.

На основі системного аналізу практики управління первинною медичною допомогою (ПМД) у Тернопільській області зроблено наступні висновки.

Мережа закладів ПМД регіону успішно пройшла етап автономізації (перетворення на КНП) та контрахтування з НСЗУ, забезпечивши високий рівень охоплення населення деклараціями (понад 87%). Проте виявлено диспропорції у кадровому між міськими та сільськими громадами, а також проблеми з

маршрутизацією пацієнтів, що ускладнюються формуванням нової спроможної мережі госпітальних округів.

Аналіз економічного механізму (на прикладі КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради) підтвердив наявність інституційного розриву: операційна діяльність на 82,5% фінансується державою (НСЗУ), тоді як капітальні видатки та розвиток інфраструктури критично залежать від волі власника (ОМС). Це створює ризик стагнації матеріально-технічної бази у фінансово неспроможних громадах.

Механізм управління якістю демонструє змішані результати. Висока ефективність спостерігається у впровадженні програми «Доступні ліки» та нових пакетів (ментальне здоров'я), що фінансово стимулюються НСЗУ. Водночас, профілактичний напрям (скринінги) залишається слабким місцем через відсутність дієвих важелів впливу на мотивацію персоналу та пацієнтів.

Існуюча модель управління орієнтована переважно на процес надання послуги (кількість візитів/декларацій). В умовах функціонування госпітальних кластерів, метою публічного управління має стати кінцевий результат - здоров'я громади. Це обґрунтовує необхідність переходу від управління процесом до управління за результатами та вимагає впровадження моделі «Інтегрованого медичного простору громади», де ОМС виступає не пасивним власником, а активним інтегратором системи та інструментом для вимірювання успіху стануть ключові показники ефективності.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ ТА МЕДИЧНИХ КЛАСТЕРІВ

3.1. Концептуальні засади формування інтегрованого медичного простору громади

Реформа децентралізації та формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, закріплене Постановою КМУ № 174, вимагають не лише механічної реорганізації, але й переосмислення ролі первинної медичної допомоги. Якщо раніше ПМД розглядалася як ізольована ланка («поліклініка»), то в сучасних умовах вона стає наріжним фундаментом нової архітектури - госпітального округу. Це вимагає переходу від моделі «сегментованої медицини», де ланки працюють незалежно, до інтеграційної моделі, здатної забезпечити безперервність та економічну ефективність надання послуг. Для подолання виявлених у попередніх розділах диспропорцій (зокрема, інституційного дуалізму, дефіциту інвестицій та низької ефективності профілактики) пропонується впровадження концепції «Інтегрованого медичного простору громади» (ІМПГ).

Сутність концепції. Під Інтегрованим медичним простором громади ми розуміємо сукупність управлінських, фінансових та організаційних механізмів, що об'єднують ресурси власника (ОМС), надавача послуг (ЦПМСД) та стратегічного закупівельника (НСЗУ) для забезпечення безперервності медичної допомоги та єдиного маршруту пацієнта від сімейного лікаря до спеціалізованої допомоги в межах госпітального кластера.

Ключовим елементом ІМПГ є формалізація та узгодження діяльності цих суб'єктів через довгострокові договори, спільні інформаційні системи та узгоджені плани розвитку, що створює єдину систему відповідальності.

Ключова відмінність цієї моделі від існуючої полягає у зміні об'єкта управління: перехід від управління закладом (його фінансовою стійкістю та процесами) до управління шляхом пацієнта та здоров'ям громади.

Така зміна акценту є необхідною для переорієнтації медичного персоналу на досягнення кінцевого соціального результату (покращення показників здоров'я), а не лише на виконання плану відвідувань чи кількості укладених декларацій.

У запропонованій моделі Орган місцевого самоврядування трансформує свою функцію з пасивного «утримувача стін» (оплата комунальних послуг) на активного інтегратора системи. Ця трансформація є логічним наслідком децентралізації, яка надала ОМС не лише повноваження, але й відповідальність за розвиток соціальної інфраструктури.

Це обґрунтовується наступним:

Статус власника: Згідно із Законом «Про місцеве самоврядування», саме рада несе відповідальність за розвиток комунальних підприємств [8]. Це надає ОМС право встановлювати стратегічні Ключові показники ефективності (КПІ) для керівництва ЦПМСД, прив'язуючи їх до Програми соціально-економічного розвитку громади.

Стратегічне планування: Тільки ОМС може поєднати медичну складову із соціальною (соцзахист), освітньою та інфраструктурною (транспортна доступність амбулаторій), створюючи єдиний простір для мешканця. Таким чином, здоров'я населення розглядається як ключовий фактор людського капіталу громади, що потребує міжгалузевої координації зусиль.

Легітимність: ОМС представляє інтереси громади - кінцевого споживача медичних послуг. Це дозволяє залучати громадськість до моніторингу якості через створення Наглядових рад або механізмів оцінки задоволеності пацієнтів, забезпечуючи підзвітність.

Взаємодія з госпітальними кластерами та економічний ефект інтеграції. Ефективність роботи загальних, кластерних та надкластерних лікарень, визначених Постановою № 174, на пряму залежить від якості управління на первинному рівні. Концепція ІМПГ передбачає, що вдосконалена «первинка» виконує роль ефективного фільтра та навігатора, що забезпечує значний економічний та медичний ефект:

сортування - якісна діагностика на рівні ПМД зменшує навантаження на приймальні відділення кластерних лікарень, відсіюючи непрофільних пацієнтів. Це знижує витрати вторинної ланки на діагностику та лікування випадків, які могли б бути вирішені амбулаторно, вивільняючи ресурси госпітального кластера для складних, високотехнологічних втручань.

маршрутизація - сімейний лікар в ІМПГ не просто видає направлення, а керує маршрутом пацієнта, взаємодіючи з колегами із вторинної ланки через інтегровані медичні інформаційні системи. Це мінімізує «втрату» пацієнта в системі та забезпечує дотримання клінічних протоколів, знижуючи ризик ускладнень, пов'язаних із затримкою діагностики.

реабілітація та супровід - після виписки з кластерної лікарні пацієнт повертається в «Інтегрований простір» громади під нагляд сімейного лікаря, що забезпечує завершеність циклу лікування. Цей етап, відомий як «транзитна допомога», є критичним для запобігання повторній госпіталізації, що є одним із найбільш витратних елементів медичної системи.

Ключова відмінність: Замість того, щоб просто конкурувати з іншими ЦПМСД за декларації, заклади в ІМПГ зобов'язані координувати профілактичні та лікувальні заходи з метою зниження навантаження на госпітальний кластер (наприклад, ефективний скринінг раку, що дозволяє кластерній лікарні лікувати ранні стадії, а не запущені). Це формує горизонтальну відповідальність між первинною та вторинною ланками за спільний результат - здоров'я населення госпітального округу.

Зміст та функції пропонованого інтегрованого медичного простору громади представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Зміст та функції пропонованого ІМПГ

Вимоги ІМПГ	Зміст та функція
Центральний інтегратор	Орган місцевого самоврядування (ОМС). ОМС перетворюється з пасивного власника, який лише фінансує комунальні послуги, на активного стратегічного менеджера, відповідального за кінцевий результат - здоров'я громади.
Об'єкт управління	Здоров'я громади та маршрут пацієнта, а не фінансова стійкість окремого КНП. ІМПГ розглядається як єдина точка входу до госпітального кластера.
Механізм впливу	Міжмуніципальне співробітництво. Оскільки більшість громад (власників ЦПМСД) не є власниками кластерних лікарень, вплив на вторинну ланку реалізується через юридично закріплені договори про співробітництво та участь представників ОМС у Госпітальних радах округу.
Інструмент вимірювання	Система Ключових показників ефективності (КПІ), що мотивує керівників ЦПМСД не лише до заробітку (декларації), а до досягнення медичних і соціальних результатів (вакцинація, скринінг, лояльність).

Примітка: Сформовано автором самостійно.

Концепція ІМПГ базується на загальносвітових тенденціях інтеграції медичних послуг. Міжнародні аналоги ІМПГ наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Міжнародні аналоги ІМПГ

Концепція	Суть	Зв'язок з ІМПГ	Джерела
Integrated Health Systems (IHS) / Integrated Delivery Networks (IDN)	Системи, де первинна, вторинна та третинна ланки є фінансово та клінічно пов'язаними, щоб забезпечити злагоджену допомогу.	ІМПГ - це децентралізований (на рівні громади) варіант ІНС. Акцент ставиться на управлінням здоров'ям популяції (Population Health Management).	ВООЗ (WHO): концепція інтегрованих, орієнтованих на людину медичних послуг (Integrated People-Centred Health Services).
Accountable Care Organizations (ACO) (США)	Групи лікарів і лікарень, які добровільно об'єднуються, щоб надавати скоординовану, якісну допомогу пацієнтам.	Схожість: Фокус на якості та результатах (KPIs) та фінансовій відповідальності за здоров'я приписаного населення.	CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services): регуляторні документи, присвячені АСО.

Примітка: Сформовано автором самостійно.

Тему міжмуніципального співробітництва, яку пропонується використовувати в інтегрованому медичному просторі як правовий інструмент для реалізації впливу ОМС на кластерні лікарні, які належать іншим громадам розкрито у працях вітчизняних вчених М. М. Шкільняк (праці про ММС та корпоративне управління), В. В. Толкованов (праці про децентралізацію та співробітництво громад) [20], [21].

Публічне управління та ключові показники ефективності, інструмент переходу від фінансового контролю до управління результатами розкривають у своїх працях А. Ф. Мельник та Г. Л. Монастирський.

Передбачається, що ІМПГ стане унікальною моделлю, адаптованою до українського інституційного середовища (дуалізм, децентралізація), але із підґрунтям на світовому досвіді інтегрованої допомоги.

Таким чином, реалізація концепції Інтегрованого медичного простору дозволить подолати інституційну розрізненість та забезпечити синергію зусиль усіх стейкхолдерів задля покращення показників здоров'я населення регіону.

3.2. Розробка системи ключових показників ефективності (КРІ) як інструменту управління розвитком ПМД в громаді

Перехід від утримання закладу до закупівлі послуг вимагає радикальних зміни підходів до контракування менеджменту. Чинна типова форма контракту з керівником закладу охорони здоров'я часто містить формальні вимоги, не прив'язані до стратегічних цілей громади та не мотивує до інноваційного розвитку. Для практичної реалізації моделі «Інтегрованого медичного простору громади» пропонується впровадження системи Ключових показників ефективності (КРІ) як невід'ємного додатку до контракту директора ЦПМСД.

Обґрунтування та методологічна основа КРІ. У сфері ПМД показники КРІ виконують функцію «навігатора», який трансформує стратегію розвитку громади (наприклад, «збільшення тривалості життя») у зрозумілі операційні завдання для медичного персоналу. Впровадження КРІ ґрунтується на

принципах концепції управління за результатами та методології збалансованої системи показників. На відміну від суто фінансового результату (прибутку), який є метою для бізнесу, для комунального підприємства метою є соціальний ефект при беззбитковості. Тому система КPI має бути збалансованою, охоплюючи не лише фінансову, а й клінічну, соціальну та інфраструктурну складові.

Це дозволяє органу місцевого самоврядування (ОМС) вирішити ключову проблему, виявлену в Розділі 2, - подолати інституційний дуалізм, оскільки КPI стають мостом між фінансовими вимогами НСЗУ та інвестиційними потребами Власника.

Запропонована Матриця КPI (Таблиця 3.3) структурована за трьома основними, взаємопов'язаними групами:

Медичні (клінічна ефективність): оцінюють якість та відповідність послуг галузевим стандартам (профілактика, скринінг).

Фінансові (стійкість та розвиток): оцінюють фінансову гнучкість та управлінську ініціативу (залучення позабюджетних коштів).

Соціальні (пацієнт-орієнтованість): оцінюють рівень сервісу, доступності та довіри (лояльність пацієнтів).

Таблиця 3.3

Система індикаторів ІМПГ

Група показників	Назва показника (КPI)	Методика розрахунку / Джерело даних	Цільове значення / Динаміка	Обґрунтування
1. Медичні	1.1. Рівень охоплення вакцинацією (діти до 1 року)	дані ЕСОЗ (НСЗУ) / Календар щеплень	$\geq 95\%$ (відповідно до норм ВООЗ)	формування колективного імунітету громади.
	1.2. Ефективність онкоскринінгу	% пацієнтів групи ризику (40+), направлених на мамографію/ ПСА, у яких виявлено патологію на I-II стадії	зростання на 10% щорічно	раннє виявлення знижує смертність та навантаження на бюджет (дешевше лікування). Інтеграція з кластерною лікарнею.

Продовження табл. 3.3

	1.3. Охоплення програмою «Доступні ліки»	% пацієнтів з реєстру хронічних хворих, які отримали ліки (погасили рецепт)	≥ 80%	контроль хронічних хвороб, зменшення кількості інсультів/інфарктів.
2. Фінансові	2.1. Рівень фінансової автономії	Збільшення частки доходів від платних послуг у загальному бюджеті	зростання на 3% щорічно	зменшення навантаження на місцевий бюджет розвитку.
	2.2. Залучення позабюджетних коштів	обсяг коштів, залучених через гранти, благодійність, проекти МТД	наявність мінімум 1 реалізованого проекту на рік	оновлення матеріальної бази без участі бюджету громади.
	2.3. Енергоефективність	витрати енергоресурсів на 1 кв.м. площі	зниження на 5% щороку	раціональне використання ресурсів власника (ОМС).
3. Соціальні	3.1. Розрахунок лояльності пацієнтів	опитування на виході / через чат-боти (Чи порекомендуєте Ви лікаря знайомим?)	≥ 70 %	оцінка реальної сервісної складової та довіри до «первинки».
	3.2. Динаміка декларацій	співвідношення розірваних та нових декларацій	позитивний баланс (+)	утримання пацієнтів у медичному просторі громади (конкурентоспроможність).
	3.3. Доступність запису	середній час очікування прийому з моменту запису (для планових візитів)	не більше 48 годин	забезпечення фізичної доступності допомоги.

Примітка: Сформовано автором самостійно.

Запропонована матриця КРІ має бути імплементована через механізм «Ефективного контракту» між Органом місцевого самоврядування (Власником) та Директором підприємства.

Ефективний контракт - це управлінський документ, який, на відміну від типового трудового договору, містить чіткі, вимірювані критерії оцінки діяльності керівника, безпосередньо пов'язані зі стратегічними цілями громади.

Процедура імплементації включає наступні кроки:

Затвердження: ККП затверджуються рішенням сесії ради або Наглядовою радою закладу (у разі її створення) як невід'ємний додаток до контракту. Це забезпечує легітимність показників та їхню обов'язковість для виконання.

Моніторинг: Оцінка проводиться щоквартально. Дашборди НСЗУ забезпечують об'єктивність даних по групі «Медичні показники» (оскільки НСЗУ оперує верифікованими даними ЕСОЗ), фінансова звітність - по групі «Фінансові», а незалежні опитування пацієнтів - по групі «Соціальні». Важливою є участь фінансового управління ОМС у верифікації фінансових показників.

Виконання ККП стає підставою для нарахування премій керівнику. Пропонується наступна прозора шкала для визначення річного бонусу:

виконання < 70% - сигналізує про неефективне управління, контракт може бути розірвано достроково;

виконання 70-90% - виплата базового окладу без бонусів, що відповідає задовільному рівню діяльності;

виконання > 90% - виплата премії (бонусу) за результативність, розмір якої може становити до 100% місячного окладу, пропорційно до ступеня перевиконання.

Взаємодія з кластерами через КРІ

Критично важливим елементом ІМПГ є горизонтальна взаємодія, стимульована системою КРІ. Показник 1.2 (Ефективність онкоскринінгу) та 3.1 (Індекс лояльності) прямо впливають на взаємодію з кластерною лікарнею. Ці показники створюють механізм «спільної відповідальності» між ланками:

Якщо «первинка» якісно виконує скринінг, кластерна лікарня отримує пацієнта на ранній стадії, що покращує медичний прогноз та знижує витрати на лікування ускладнень.

Кожне вчасно виявлене та успішно проліковане на ранній стадії захворювання (що є заслугою ПМД) економить місцевому бюджету та бюджету НСЗУ значні кошти, які могли б бути витрачені на довготривале лікування у стаціонарі.

Це створює підґрунтя для укладання міжмуніципальних договорів про співробітництво, де громада-власник ЦПМСД може претендувати на спільні медичні програми з громадою-власником кластерної лікарні (наприклад, спільне фінансування закупівлі мобільного діагностичного обладнання).

Впровадження системи КРІ дозволяє переорієнтувати управління ПМД з процесу «утримання закладу» на досягнення вимірюваних соціальних та клінічних результатів. Це дає ОМС інструмент контролю за якістю послуг, не втручаючись у лікарську діяльність, а керівнику закладу - чіткі орієнтири для розвитку та прозорий механізм фінансової мотивації. Таким чином, система КРІ стає основним практичним інструментом реалізації концепції «Інтегрованого медичного простору громади».

Для забезпечення стійкості та повноцінної реалізації концепції ІМПГ, особливо в умовах існуючого інституційного дуалізму та нерівномірного розподілу кадрів (Розділ 2), необхідно впровадити конкретні фінансові та кадрові механізми на рівні громади.

Аналіз економічного механізму (Розділ 2.2) показав, що близько 80% коштів НСЗУ спрямовується на оплату праці, залишаючи інфраструктурний та інвестиційний розвиток критично залежним від місцевого бюджету. Це створює фінансову нерівність між заможними та дотаційними громадами.

Дану проблему можна вирішити шляхом створення Фонду розвитку ПМД на рівні громади.

Орган місцевого самоврядування (ОМС) повинен щорічно фіксувати в бюджеті громади окрему захищену статтю – «Фонд розвитку первинної медичної допомоги», фінансування якого має бути пропорційним кількості задекларованого населення або ж становити не менше 10% від загальної суми коштів, отриманих ЦПМСД від НСЗУ.

Джерелами фінансування фонду розвитку первинної медичної допомоги можуть стати цільові асигнування з місцевого бюджету на розвиток мережі та кошти від міжмуніципального співробітництва (у разі спільних закупівель).

Фонд розвитку первинної медичної допомоги повинен мати чітке цільове призначення, спрямоване на розвиток, а не на поточні витрати, зокрема:

капітальні ремонти та енергоефективні заходи;

закупівля службового транспорту для виїзних бригад у віддалені села;

оновлення матеріально-технічної бази (згідно з табелем оснащення МОЗ);

фінансування інноваційних проєктів, таких як послуги з телемедицини.

Створення фонду розвитку первинної медичної допомоги перетворює фінансування з «утримання» на «інвестування», забезпечуючи стабільність розвитку інфраструктури ПМД незалежно від структури ринку праці та рівня інфляції (що впливає на ЗОЗ, який покриває НСЗУ).

Для оптимальної реалізації інтегрованого медичного простору громади пропонується використання міжмуніципального співробітництва, як інструменту управління:

1. Формалізація співробітництва через спільні програми, при якій громада-власник ЦПМСД (наприклад, сільська чи селищна) та громада-власник кластерної лікарні (районний центр) укладають угоду про міжмуніципальне співробітництво.

Цілі такого співробітництва реалізовуватися шляхом здійснення:

часткового фінансування закупівлі медичного обладнання для ПМД, яке також використовується для підготовки пацієнтів до вторинної ланки (наприклад, оновлення рентген-апаратів або придбання пересувного флюорографа);

організації мультидисциплінарних виїзних бригад для профілактичних оглядів у віддалених населених пунктах, що фінансується двома бюджетами;

надання кластерною лікарнею консультативної допомоги фахівцями (наприклад, кардіологами) для виїзних прийомів у ЦПМСД, що вирішує проблему кадрового дефіциту;

Виконання КРІ (зокрема, КРІ ефективність онкоскринінгу) стає визначальним фактором для ініціювання та обсягів фінансування спільної програми.

Наприклад: Якщо ЦПМСД демонструє ріст КРІ (виявлення онкопатології на ранній стадії) на 15% за рік, це є економічним обґрунтуванням для кластерної лікарні інвестувати у спільний проект. У цьому випадку економія на лікуванні запущених форм (для кластерної лікарні) компенсує інвестиції у спільне фінансування.

Механізм міжмуніципального співробітництва дозволяє розподілити інвестиційне навантаження між бюджетами, підвищуючи інфраструктурну спроможність «первинки» без повного перевантаження місцевого бюджету. Це створює горизонтальну відповідальність, де успіх однієї ланки стимулює інвестиції та якість іншої.

Таким чином пропонується цілісний, науково обґрунтований механізм удосконалення управління первинною медичною допомогою, імплементуючи концепцію «Інтегрованого медичного простору громади» (ІМПП).

Ця концепція є прямою відповіддю на виявлені в ході аналізу інституційні та ресурсні диспропорції (зокрема, дуалізм фінансування та кадровий дефіцит). Ключовим інструментом реалізації ІМПП є впровадження системи Ключових показників ефективності (КРІ), збалансованих за клінічними, фінансовими та соціальними критеріями, які інтегруються в «ефективний контракт» керівника ЦПМСД. Це забезпечує перехід управління від утримання закладу до досягнення вимірюваного результату - покращення показників здоров'я громади та зниження навантаження на госпітальний кластер.

Фінансова стійкість розвитку інфраструктури ПМД гарантується створенням «фонду розвитку ПМД» при ОМС, що стабілізує інвестиції.

Завершальним елементом є використання міжмуніципального співробітництва (ММС), яке, стимульоване високими КРІ «первинки», формалізує горизонтальну взаємодію з кластерними лікарнями, забезпечуючи безперервність маршруту пацієнта та розподіл фінансового навантаження між бюджетами громад.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі вирішено актуальне науково-прикладне завдання щодо удосконалення управління розвитком первинної медичної допомоги (ПМД) у регіоні в умовах формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я. На основі проведеного дослідження зроблено наступні висновки.

Визначено, що в сучасній системі публічного управління ПМД виконує стратегічну функцію регулювання доступу та забезпечення здоров'я громади. Аналіз інституціональної бази виявив наявність інституційного дуалізму в управлінні: фінансове забезпечення операційної діяльності та контроль якості медичних послуг централізовані (НСЗУ), тоді як управління розвитком інфраструктури та майновим комплексом децентралізоване і покладене на органи місцевого самоврядування (власників закладів).

Встановлено, що Україна реалізує власну гібридну модель ПМД, яка поєднує державне фінансування (модель Беверіджа) з ринковими механізмами конкуренції між надавачами послуг (риси моделі Бісмарка). Міжнародний досвід підтверджує необхідність використання фінансових стимулів та системи показників якості для підвищення ефективності ПМД.

На прикладі Тернопільської області встановлено, що мережа закладів ПМД успішно пройшла етап автономізації (100% закладів перетворено на КНП) та контрактування. Рівень охоплення населення деклараціями становить понад 87%, що свідчить про високу доступність послуг. Водночас виявлено суттєві регіональні диспропорції у кадровому забезпеченні між обласним центром та сільськими громадами, а також проблеми маршрутизації пацієнтів в умовах новостворених госпітальних кластерів.

Аналіз ефективності функціональних механізмів. За результатами поглибленого аналізу (кейс-стаді КНП "ЦПМСД" ТМР) виявлено структурний дисбаланс економічного механізму: надходження від НСЗУ покривають лише поточні витрати (фонд оплати праці), що робить розвиток закладу критично залежним від фінансової спроможності місцевого бюджету. Механізм

управління якістю демонструє успіхи у впровадженні нових сервісів («Ментальне здоров'я», «Доступні ліки»), проте профілактичний напрям залишається недостатньо ефективним через відсутність дієвої мотивації, орієнтованої на результат.

Концепція удосконалення управління. Обґрунтовано необхідність переходу від управління закладом до управління «шляхом пацієнта» та здоров'ям громади через впровадження концепції «Інтегрованого медичного простору громади» (ІМПГ). Ключовим елементом концепції є трансформація ролі органу місцевого самоврядування з пасивного власника на активного інтегратора, який забезпечує безперервність надання допомоги на рівні «громада - госпітальний кластер».

Розроблено та запропоновано до впровадження систему Ключових показників ефективності (КРІ) для керівників ЦПМСД як невід'ємний додаток до «ефективного контракту». Запропонована матриця включає три збалансовані групи індикаторів: медичні (якість), фінансові (стійкість) та соціальні (пацієнт-орієнтованість). Впровадження цієї системи дозволить переорієнтувати мотивацію менеджменту на досягнення стратегічних цілей розвитку громади.

Механізми ресурсного забезпечення ІМПГ. Для забезпечення стійкості концепції запропоновано низку практичних механізмів:

Створення «фонду розвитку ПМД» на рівні громади для гарантованого фінансування інфраструктурного розвитку.

Формалізація взаємодії між ПМД та госпітальними кластерами через міжмуніципальне співробітництво, що дозволить спільно фінансувати профілактичні заходи та оптимізувати маршрутизацію пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів. Матеріали доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Збараж, 15 травня 2025 року), ЗУНУ, URL: <https://conference.wunu.edu.ua/index.php/apmpuvusv/index>
2. Аналітичні панелі (дашборди) НСЗУ. Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-map>
3. Борщ В.І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз / В.І. Борщ // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. – Вип. 6. – С. 215-221. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2018_6_43
4. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.03.2022 № 496, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>
5. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п>
6. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 № 1464. - URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>

7. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році: постанова Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 № 1394. - URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>

8. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503. - URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>

9. Звіт про виконання Програми розвитку охорони здоров'я в Тернопільській області на 2023 рік. Офіційний сайт Тернопільської обласної ради.

10. Звіт про фінансово-господарську діяльність КНП "ЦПМСД" Тернопільської міської ради за 2023 рік. URL: <https://opendata.ternopilcity.gov.ua/dataset?organization=knp-tsentr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomori>

11. Звіти про діяльність Національної служби здоров'я України за 2023 рік. URL: <https://nszu.gov.ua/zvitnist>

12. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>

13. Лекхан В. М. Стратегічні напрями розвитку первинної медичної допомоги в Україні / В. М. Лекхан // Україна. Здоров'я нації. - 2019. - № 3. - С. 10-15.

14. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів/ Алла Мельник // Вісник економіки. – 2022. – № 2. – С. 111-127.

15. Мельник А. Ф., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П. Державне та регіональне управління : навч. посіб. Тернопіль : Економічна думка, 2014. 452 с.

16. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Чернівці: ЧТЕІ КНТЕУ, 2019. – Вип. II (74). Економічні науки.- 228с., с.28-53.

17. Мельник А. Ф., Підгаєць С. В. Державно-приватне партнерство в системі інститутів національної економіки: механізми розвитку : монографія. Тернопіль : Економічна думка ТНЕУ, 302 с.

18. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я/кол. монографія за науковою ред. д.е.н.Шкільняка М.М., д.е.н.Желюк Т.Л.Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

19. Монастирський Г. Л., Попович Т. М. Антикризове управління : навч. посіб. Тернопіль : КРОК, 2015. 179 с.

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

21. Постанова Верховної Ради України від 17 липня 2020 року № 807-ІХ „Про утворення та ліквідацію районів”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>

22. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 «Про затвердження положення про Міністерство охорони здоров'я України». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

23. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

24. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

25. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20>

26. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

27. Про затвердження переліку закладів спроможної мережі закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу: Розпорядження начальника Тернопільської обласної військової адміністрації від 05.08.2023 № 434/01.02-01 URL: <https://oda.te.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-pereliku-zakladiv-spromozhnoi-merezhi-zakladiv-okhorony-zdorovia-ternopilskoho-hospitalnoho-okruhu>

28. Про затвердження Плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області, розпорядження голови обласної державної адміністрації, від 21 травня 2018 року № 404-од

29. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#n8>

30. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>

31. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр>

32. Рингач Н. Вплив глобальної економічної кризи на здоров'я населення України і завдання державного управління охороною громадського здоров'я / Н. Рингач // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. - 2009. - Вип. 1. - С. 236-247. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2009_1_25

33. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 року № 724-р „Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Тернопільської області”. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/724-2020-%D1%80#Text>

34. Солоненко І. М., Рожкова І. В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ : Вид-во «Фенікс», 2008. 276 с.

35. Співробітництво територіальних громад (міжмуніципальне співробітництво – ММС): навч.-практ. посіб. / В.В. Толкованов, М.М. Шкільняк та інш.; за заг. ред. Толкованова В.В., Журавля Т.В. К.: 2016. 154 с. Шкільняк М.М. Корпоративне управління : навч. посіб. Тернопіль, Крок, 2014. 294 с.

36. Співробітництво територіальних громад (міжмуніципальне співробітництво - ММС) : навч.-практ. посіб. / В. В. Толкованов, М. М. Шкільняк та ін.; за заг. ред. В. В. Толкованова, Т. В. Журавля. Київ, 2016. 154 с.

37. Статистично аналітичні матеріали основні показники стану здоров'я населення та ресурсів. Аналітична довідка про підсумки діяльності галузі закладів охорони здоров'я Тернопільської області, КНП „Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики” Тернопільської обласної ради, URL: <https://tcms.te.ua/ua/2030-diagnostika-zahvoryuvan-shvidki-posilannya>

38. Статут КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради.

39. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я / І. Солоненко, Л. Сабліна, Л. Єна // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. - 2020. - Вип. 2. - С. 100-109. - URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2020_2_14

40. Шкільняк М. М. Корпоративне управління: навч. посіб. Тернопіль : Крок, 2014. 294 с.

41. Шкільняк М. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи / М. Шкільняк, Т. Желюк, О. Дудкіна, А. Жуковська, Т. Попович // Вісник економіки. - 2021. - Вип. С. 225-233. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2021_4_17

42. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Van der Zee J., Groenewegen P.P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616).

<https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422>

43. Primary health care. World Health Organization. URL:

<https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>

44. Shkilnyak, M. M., & Kryvokulska N. M. (2020). Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я 64 України*, (2), 22–30.- Режим доступу: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.2.11406>