

Алла МЕЛЬНИК,

доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту, публічного
управління та адміністрування
Західноукраїнський національний університет,
вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46009, Україна.
Електронна адреса: melnykaf@gmail.com.
ORCID ID: 0000-0001-6033-7332.

Андрій ШАБАГА,

заступник начальника відділу управління
надання медичної допомоги населенню,
розвитку охорони здоров'я управління надання медичної допомоги населенню,
розвитку охорони здоров'я та правового
забезпечення Департаменту охорони здоров'я
Тернопільської обласної військової адміністрації,
вул. Грушевського, 8, м. Тернопіль, 46002, Україна.
Електронна адреса: Shabaga.anmy@gmail.com.
ORCID ID: 0009-0000-0326-3429.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ: ПРОБЛЕМИ ЗБАЛАНСОВАНOSTІ І ДОСТУПНОСТІ

Мельник А., Шаблага А. Первинна медична допомога в системі організації охорони здоров'я регіону: проблеми збалансованості і доступності. *Вісник економіки*. 2025. Вип. 2. С. 23–42. DOI: 10.35774/visnyk2025.02.023.

Melnyk, A., Shabaga, A. (2025). Pervynna medychna dopomoha v systemi orhanizatsii okhorony zdorovia rehionu: problemy zbalansovanosti i dostupnosti [Primary medical care in the regional healthcare system: problems of balance and accessibility]. *Visnyk ekonomiky – Herald of Economics*, 2, 23–42. DOI: 10.35774/visnyk2025.02.023.

Анотація.

Вступ. Зміни в системі охорони здоров'я в Україні, що відбуваються в контексті секторальних реформ, поєднуються з реформуванням системи управління територіями. Це породжує нову проблему – необхідність гармонізації цих реформ, що вимагає нових підходів в організації первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Первинна медична допомога (ПМД), яка перенесла певні зміни в контексті інституційного, просторового, функціонального розвитку, ще не забезпечує

вимог, задекларованих в програмних документах, не відповідає критеріям якості, доступності послуг, завданням внутрісистемної взаємодії учасників медичного ринку. Нові проблеми постали перед організаторами і надавачами ПМД в зв'язку з формуванням госпітальних кластерів, розширенням переліку медичних послуг, що надаються на первинному рівні. Зазначене обумовило актуальність теми дослідження.

Мета дослідження – розвиток теоретико-методологічних положень та розроблення науково-практичних рекомендацій щодо удосконалення забезпечення ПМД населенню на території регіонів з врахуванням сучасних викликів і невирішених проблем.

Методи. Для обґрунтування положень, висвітлених авторами у статті, використано низку методів збору, аналізу, обробки інформації, зокрема методи статистичного аналізу, метод експертних оцінок, метод фокус-групи, системний аналіз, компаративний аналіз, графічні методи – для наочного представлення результатів аналітичних досліджень.

Результати. У статті окреслено основні трансформаційні зміни в організації ПМД в регіонах, в сутнісних характеристиках новоутвореної моделі ПМД, зміни її філософії в територіальних громадах і в принципах фінансування. Здійснено системний та компаративний аналіз: інституційного базису організації ПМД, інфраструктурного забезпечення, форм організації, апробованих в процесі децентралізації, результативності функціональної діяльності за демографічними характеристиками. Зроблена оцінка: доступності медичних послуг, матеріально-технічного, фінансового, кадрового забезпечення. Здійснено компаративний аналіз ПМД населенню двох регіонів України – Закарпатської та Тернопільської областей. Виявлено причини відмінностей та критичні питання, що вимагають спільного вирішення органами публічної влади, медичними закладами як надавачами медичних послуг, інституціями ринкової інфраструктури тощо. Визначено стратегічні пріоритети та запропоновано механізми удосконалення організації ПМД.

Перспективи. Перспективними для дослідження вбачаються проблеми імплементації в практику ПМД програм реабілітації, в тому числі військових, що втратили здоров'я в результаті участі в бойових діях, а також організаційні аспекти взаємодії закладів ПМД з системою спеціалізованої медичної допомоги.

Ключові слова: первинна медична допомога, публічне управління, територіальна організація, система охорони здоров'я регіону, медичне обслуговування в територіальній громаді, менеджмент закладу охорони здоров'я, модель ПМД в регіоні.

Формули: 0; **рис.:** 11; **табл.:** 0, **бібл.:** 25.

Abstract.

Introduction. Changes in the healthcare system in Ukraine are combined with the reform of the territorial management system. Special attention is paid to the organization of primary health care (PHC) provision to their residents. New challenges for entities responsible for the provision of PHC have arisen in connection with the formation of hospital clusters, the expansion of the list of medical services provided at the primary level. Insufficient scientific study of these transformational changes has determined the relevance of the research topic.

The purpose of the study is to develop theoretical and methodological provisions and develop scientific and practical recommendations to improve the provision of primary health care to the population in the regions, taking into account modern challenges and unresolved problems.

Methods. Statistical analysis methods, expert assessment method, focus group method, system analysis, comparative analysis, graphic methods were used to visually present the results of analytical research.

Results. The article outlines the main transformational changes in the organization of PHC in the regions, the essential characteristics of the newly formed PHC model, changes in its philosophy in territorial communities and in financing principles. A systematic and comparative analysis was carried out: of the institutional basis of the organization of PHC, infrastructure support, forms of organization tested in the process of decentralization, the effectiveness of functional activities by demographic characteristics. An assessment was made of: the availability of medical services, logistical, financial, and personnel support. A comparative analysis of PHC for the population of two regions of Ukraine - Transcarpathian and Ternopil regions - was carried out. The reasons for the differences and critical issues that require joint solutions by public authorities, medical institutions as providers of medical services, market infrastructure institutions, etc. have been identified. Strategic priorities have been identified and mechanisms for improving the organization of PMD have been proposed.

Prospects. The problems of implementing rehabilitation programs in the practice of PHC, including military ones, as well as the organizational aspects of the interaction of PHC institutions with the system of specialized medical care, are considered promising for research.

Keywords: primary health care, public administration, territorial organization, regional health care system, medical care in the territorial community, PHC model in the region.

Formulas: 0, **fig.:** 11, **tabl.:** 0, **bibl.:** 25.

JEL classification: E02, O20, O21.

Постановка проблеми. Зміни в системі охорони здоров'я в Україні, що відбуваються в контексті секторальних реформ, поєднуються з реформуванням системи управління територіями. Це породжує нову проблему – необхідність гармонізації цих реформ, що вимагає нових підходів в організації первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Первинна медична допомога (ПМД), яка перенесла певні зміни в контексті інституційного, просторового, функціонального розвитку, ще не забезпечує вимог, задекларованих в програмних документах, не відповідає критеріям якості, доступності послуг, завданням внутрісистемної взаємодії учасників медичного ринку. Нові проблеми постали перед організаторами і надавачами ПМД в зв'язку з формуванням госпітальних кластерів, розширенням переліку медичних послуг, що надаються на первинному рівні, а відтак необхідністю розширення компетенцій сімейних лікарів, зростання потреби у міжсекторальній взаємодії інституцій, причетних до успішного вирішення цих проблем. Зазначене обумовило актуальність теми дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми організації системи надання ПМД на місцевому рівні та публічного управління нею в умовах адміністративно-територіальної реформи досліджували О.Яременко, Д. Баценко, П. Брагінський, М. Бучма [1], А. Бабинець, А. Озоровська [2]. Компаративний аналіз моделей ПМД провели О. Яремчук [3], В. Ткаченко [4], А. Кудря [5], М. Armstrong [6], R. Blanchar [7], A. Ostrowska [8], Rd. M. Kautsch [9], P. Lenik [10] та ін. Питання державного управління охороною здоров'я в Україні підняті в наукових працях С. Вовк [11], Т. Желюк [12], М. Білінської, Я. Радиш, І. Рожкової [13]. Водночас, питання організації ПМД в територіальних громадах, її інтегрування в систему охорони здоров'я регіонів в нових умовах її трансформації, збалансованості вимагають додаткової уваги науковців.

Метою дослідження є розвиток теоретико-методичних положень та вироблення науково-практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів забезпечення ПМД населення регіонів з врахуванням сучасних викликів і невирішених проблем.

Методи дослідження. Для обґрунтування положень, висвітлених авторами у статті, використано низку методів збору, аналізу, обробки інформації, зокрема методи статистичного аналізу, метод експертних оцінок, метод фокус-групи, системний аналіз, компаративний аналіз, графічні методи – для наочного представлення результатів аналітичних досліджень.

Виклад основного матеріалу дослідження. Системний підхід до дослідження окресленої проблеми вимагає дослідження передумов формування сучасної системи організації ПМД, оцінки інституційного базису та аналізу організаційного забезпечення процесів надання ПМД в регіонах, системи її фінансового та іншого ресурсного забезпечення, оцінки практики застосування основних функціональних механізмів надання ПМД.

Модель організації охорони здоров'я, характерною рисою якої було домінування практики медичної допомоги через мережу лікарень, наближених до місць проживання громадян, в результаті реформування змінена на модель, в якій має місце розмежування практики надання медичної допомоги на різних рівнях, зокрема первинному та спеціалізованому. Місце ПМД в системі охорони здоров'я законодавчо визначене наступним чином: «Первинна медична допомога – медична допомога, що передбачає надання консультацій, проведення діагностики та лікування найбільш

поширених хвороб, травм, отруєнь, паталогічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому спеціалізованої медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, спеціалізованої медичної допомоги» [14].

Упродовж періоду реформ в нашій країні утверджується практика надання ПМД, яка характеризується наступним: імплементація ПМД на засадах сімейної медицини; передача функцій управління системою ПМД на рівень територіальних громад; розвиток різних організаційно-правових форм серед надавачів ПМД (комунальних і приватних структур); розмежування зон відповідальності між органами місцевого самоврядування (ОМС) базового рівня з чітким визначенням їх повноважень щодо організації ПМД жителям на відповідній території та медичними закладами-надавачами ПМД.

За ОМС закріплено наступні повноваження: «управління закладами, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток мережі закладів охорони здоров'я та сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів» [15]. Медичні заклади безпосередньо здійснюють функціональну діяльність з надання ПМД. Оскільки за ПМД в регіонах відповідають органи публічної влади і публічні організації (КНП «Центр ПМСД», лікарні), то відмінними між ними є функції і завдання.

ОМС зобов'язані забезпечити розвиток та оснащення мережі ПМД, застосування сучасних механізмів фінансування цієї допомоги, все, що знаходиться в площині їх операційної діяльності.

Завдання медичних закладів, зокрема Центрів ПМСД, забезпечувати: «спостереження за станом здоров'я пацієнтів; встановлення діагнозів; лікування найбільш поширених хвороб; ведення пацієнтів з хронічними захворюваннями та станами; надання направлень до спеціалізованих або високо спеціалізованих закладів медичної допомоги; виявлення ризиків та запобігання хвороб у пацієнтів; консультування в частині ведення здорового способу життя; видачу довідок та листів непрацездатності; направлення для проходження медико-соціальної експертизи» [16]. Крім ЦПМСД надавачами ПМД на території громад виступають амбулаторії загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ), лікарні, ФОП, приватні заклади. Для забезпечення територіальної доступності медичних послуг громадянам в населених пунктах, де не утворені ЦПМСД, надавачі медичних послуг можуть утворювати місця надання ПМД – фельдшерсько-акушерські або фельдшерські пункти, пункти здоров'я та медичні пункти тимчасового базування, які можуть функціонувати, в тому числі на території іншої територіальної громади.

Загалом в Україні за даними НСЗ України ПМД надають 2286 медичних закладів, серед яких 2 державних, 1091 комунальних, 807 ФОП, 386 приватної власності. Аналіз територіальної організації мережі засвідчує суттєві відмінності в рівнях забезпечення

нею, а відтак в доступності ПМД: 1) в розрізі регіонів (рис.1); 2) в міській та сільській місцевості .

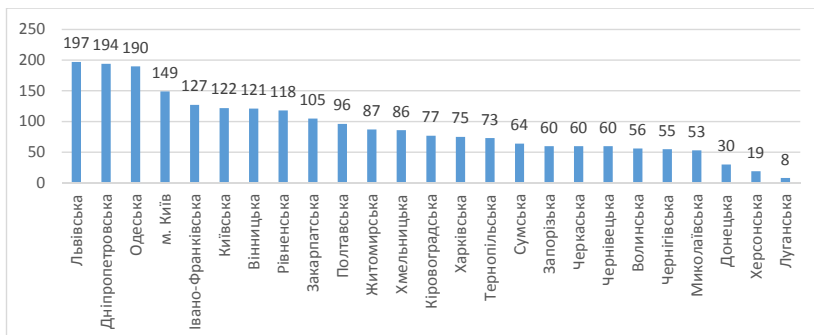
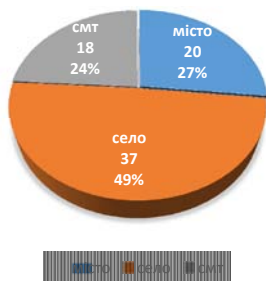


Рис. 1. Розподіл кількості надавачів первинної медичної допомоги по областях України.

Джерело: розроблено авторами за даними [17].

Так, зокрема, в Тернопільській області ПМД надають 80 надавачів, з них 33 ЦПМСД, 6 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ), 7 лікарень, 21ФОП, 13 приватних закладів [17]. В Закарпатській, відповідно, 113, з них: 35 – ЦПМСД, 6 лікарень, 44 ФОП, 28 закладів приватної форми власності [17]. Водночас територіальне охоплення жителів областей надавачами ПМД відрізняється. Якщо надавачі ПМД комунальної власності в Тернопільській обл. охоплюють в основному сільську місцевість (49 % працюють в селах та 24 % в селищах міського типу), то приватники зосереджують свою роботу в міській місцевості (88 %) (рис. 2).

Надавачі ПМД комунальної власності



Надавачі ПМД приватної власності

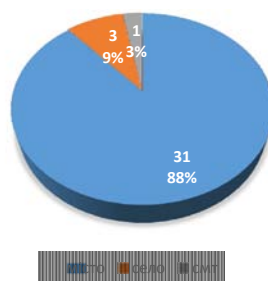


Рис. 2. Територіальне охоплення ПМД жителів Тернопільської області.

Джерело: розроблено авторами за даними [17].

В Закарпатській обл. це співвідношення характеризується наступним чином: місто – 54 % охоплення комунальними підприємствами, 55 % - приватними. В селах комунальні заклади охоплюють – 54 %, селища міського типу – 23 %, а приватні , відповідно 34 % і 11 % (рис. 3).

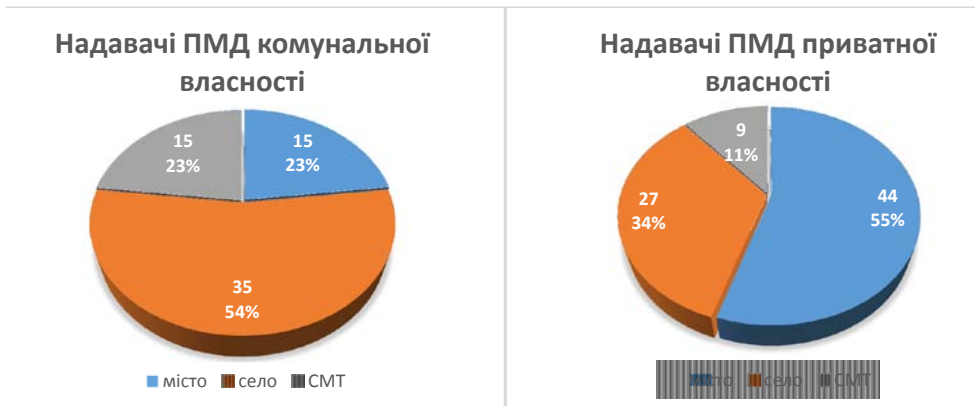


Рис. 3. Територіальне охоплення ПМД жителів Закарпатської області.
Джерело: розроблено авторами за даними [17].

Передумовою формування сучасної моделі ПМД в Україні є відповідний інституційний базис, який диктує правила гри забезпечення ПМД для її організаторів з боку влади [14, 15, 18, 19] та стосовно обов'язків і відповідальності медичних закладів, що надають ПМД [16, 18, 20].

Аналіз інституційного базису організації ПМД свідчить, що нормативно-правові документи загалом враховують сучасні тенденції в системі охорони здоров'я в Україні і світі, сучасні умови забезпечення надання ПМД органами публічної влади не лише в регіонах загалом, але й на рівні територіальних громад. Порядком надання ПМД [16], як основним документом, що в сучасних умовах регламентує цю діяльність, визначено функції надавача ПМД щодо медичного обслуговування населення відповідно до переліку медичних послуг, врегламентовано процеси надання ПМД з врахуванням конкретних потреб громадян, нормативи обслуговування та оптимальні обсяги практики ПМД, умови утворення групових практик її надання, проведення інструментальних та лабораторних досліджень.

У даному нормативному документі зазначено, що: «оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги – 1800 осіб на одного лікаря загальної практики (сімейного лікаря), 2000 осіб на одного лікаря-терапевта, 900 осіб – на одного педіатра; надання первинної медичної допомоги може надаватись як за місцем перебування пацієнтів, так і з використанням технічних засобів електронних комунікацій» [16].

Порядком надання ПМД [16] визначено наступні основні правила надання ПМД, які стосуються дій її надавача: «1) ПМД пацієнтам надається відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; 2) ПМД надається безпосередньо лікарем з надання ПМД або командою медичних працівників; 3) надавач для забезпечення надання ПМД має право залучати на підставі трудового або цивільно-трудоного договору інших осіб, що є фахівцями у відповідній галузі медицини; 4) відомості про кожен випадок надання ПМД лікар сімейної медицини або інший представник команди з надання ПМД відображає в медичній документації відповідно до Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (IC3C2E); 5) у разі припинення діяльності з

ПМД її надавач зобов'язаний не пізніше ніж за два місяці повідомити лікарів (команду) з надання ПМД » [16].

Умови зовнішнього агресивного середовища та внутрішні трансформації медичної системи диктують необхідність оновлення інституційної бази організації забезпечення ПМД в територіальних громадах регіонів. Так, зокрема, через вторгнення росії на територію України впроваджені тимчасові заходи і зміни в організації охорони здоров'я. В зв'язку з проведенням третього етапу медичної реформи, зміст якого визначено Постановою Кабінету Міністрів від 28.02.2023 р. «Деякі питання організації спроможної мережі» [21], в регіонах відбулось формування госпітальних округів та госпітальних кластерів. Прийнята Постанова юридично визначила нову організаційну модель, яка стосується взаємодії ПМД в територіальних громадах з спеціалізованими медичними закладами, з службами екстреної медичної допомоги, диференціації ПМД залежно від складності випадків.

Загалом можна стверджувати, що в Україні сформоване інституційне середовище ПМД, адекватне змінам в системі охорони здоров'я, обумовленим її реформуванням.

Натомість варто врахувати, що в Україні, як і в зарубіжних країнах, намітилися нові тенденції, що змінюють сутнісні характеристики чинної моделі ПМД і полягають у: всебільшому зосередженні на профілактиці і підтримці при хронічних захворюваннях; посиленні ролі медичних ініціатив щодо контактів з жителями громад; фокусуванні в наданні ПМД на потребах пацієнта і громади, що створює основу співпраці надавачів медичної допомоги та ОМС, а відтак можливості отримання ефекту синергії; переході в орієнтації при виділенні коштів на надання ПМД на потреби громади за принципом «Здоров'я для всіх» [22].

Це обумовлює необхідність змін, в першу чергу, в організаційному забезпеченні ПМД в системі охорони здоров'я. Вивчення нормативно-правової бази та емпіричні розвідки, проведені в регіонах України, дозволяють стверджувати, що основними елементами організаційної моделі ПМД в сучасному вимірі є: Національна служба здоров'я України (НСЗУ), надавачі ПМД (юридичні та фізичні особи різних форм власності), органи місцевого самоврядування і їх виконавчі комітети як суб'єкти операційного управління, жителі територіальних громад, які підписали декларації з лікарями сімейної практики. Система взаємозв'язків і взаємовідносин між елементами цієї моделі в основному побудована на контрактній основі, зокрема: НСЗУ- фізичні та юридичні особи- надавачі ПМД (укладання договору про реалізацію пакету медичної допомоги); орган місцевого самоврядування – керівники ЦПМСД (укладання контракту між замовником та підрядником); лікарі практики ПМД – пацієнти (укладання декларацій з жителями).

Індикаторами якості організації і надання ПМД є: доступність і якість ПМД; ступінь задекларованості населення; демографічні показники і їх динаміка; зменшення навантаження на спеціалізований рівень медичної допомоги. Аналіз, проведений в регіонах Тернопільської та Закарпатської областей засвідчує, що попри створення мережі ПМД, на їх території залишається низка територіальних громад, в яких відсутні власні заклади ПМД. Зокрема в Тернопільській області таких громад нараховується 14, у Закарпатській області – 23 [17], що актуалізує проблему вибору організаційних форм забезпечення територіальної доступності медичних послуг для їх жителів.

Основними викликами, з якими стикаються суб'єкти надання ПМД, є: низька якість інфраструктури, зокрема незадовільний матеріально-технічний стан амбулаторій, проблема забезпечення процесів діагностики та надання ПМД сучасним обладнанням, проблема логістики в громадах, обмежені можливості застосування телемедицини.

Аналіз демографічних показників, як одного з індикаторів ефективності ПМД, в динаміці засвідчує їх суттєве погіршення, що веде до депопуляції, особливо в сільській місцевості (рис. 4; рис. 5).

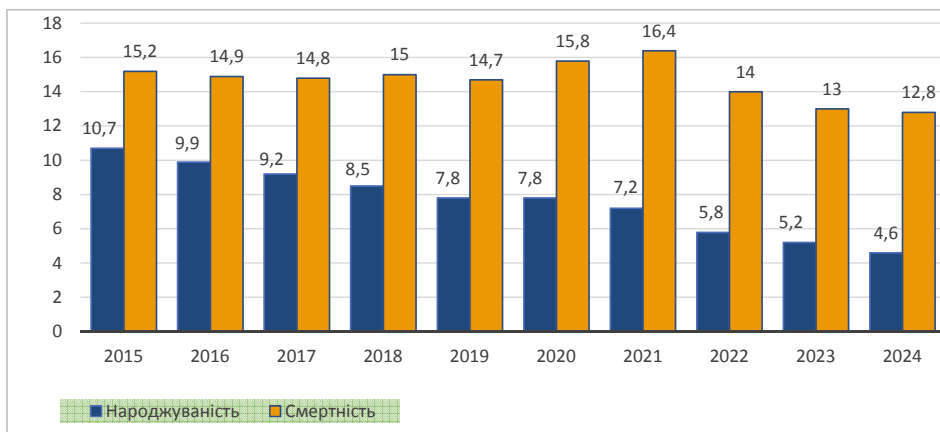


Рис. 4. Динаміка демографічних показників Тернопільської області як індикатор доступності та якості медичної допомоги в період 2015 – 2024 роки.

Джерело: розроблено авторами за даними [23].



Рис. 5. Динаміка демографічних показників Закарпатської області як індикатор доступності та якості медичної допомоги в період 2010 – 2020 роки.

Джерело: розроблено авторами за даними [24].

Одним із індикаторів рівня організації ПМД є показники підписання декларацій жителями. Загалом в Тернопільській обл. за даними на 2025 р. чисельність задекларованих осіб склала 898697 осіб, з яких 94 % уклали декларації з надавачами

комунальної форми власності, а 6 % з приватними, а в Закарпатській – 1131346 осіб при співвідношенні, відповідно, 89% з комунальними закладами охорони здоров'я, 11 % – з приватними. Динаміка укладання декларацій в досліджуваних регіонах наведена на рисунку 6 та на рисунку 7.

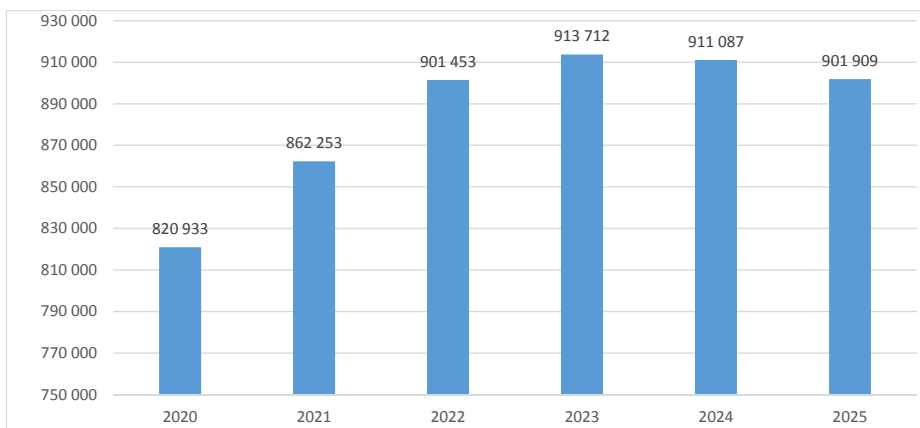


Рис. 6. Динаміка кількості укладених декларацій закладами охорони здоров'я Тернопільської області в період 2020 – 2025 роки.

Джерело: розроблено авторами за даними [17].

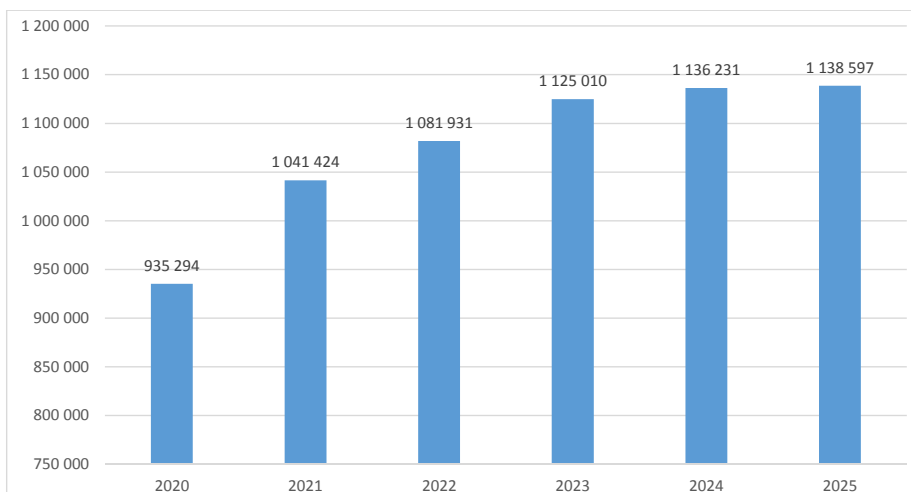


Рис. 7. Динаміка кількості укладених декларацій закладами охорони здоров'я Закарпаської області в період 2020 – 2025 роки.

Джерело: розроблено авторами за даними [17].

Залишається відносно низьким рівень задекларованості сільського населення.

Організація роботи з надання ПМД в умовах третього етапу медичної реформи здійснюється в умовах, коли в регіонах ще не повністю «відшліфована» система відносин між створеними госпітальними округами, які не є окремими організаційно-правовими рівнями організації виконавчої влади, госпітальними кластерами, які

не є юридичними особами, окремими суб'єктами господарювання з одного боку та місцевими органами виконавчої влади в адміністративних районах, ОМС в територіальних громадах – з другого, що ускладнює питання стратегічного управління.

Не зважаючи на трансформації в територіальній організації охорони здоров'я в регіонах і підвищення відповідальності органів місцевого самоврядування за організаційне забезпечення ПМД, як засвідчують емпіричні дослідження, останні співпрацюють з департаментами охорони здоров'я обласних військових державних адміністрацій в багатьох питаннях, пов'язаних з операційною діяльністю стосовно ПМД в територіальних громадах, з соціальними службами, а також з суб'єктами системи громадського здоров'я.

В організаційній структурі ПМД особливе місце відводиться пунктам постійного базування бригад екстреної медичної допомоги. Для забезпечення організації надання цього виду допомоги розроблені різного роду клінічні маршрути. Таким чином, організаційна взаємодія ОМС та органів виконавчої влади в регіонах збалансовує надання ПМД, а організаційне забезпечення надання ПМД в територіальних громадах охоплює весь спектр управлінських функцій в даній сфері: від планування до контролю і координації роботи структурних підрозділів, причетних до цього процесу.

Оцінюючи позитивно певні досягнення в організації ПМД, ініціативи з доступності медичних послуг, варто зазначити, що в частині забезпечення функціональної діяльності викликами залишаються: дефіцит кваліфікованих кадрів, зокрема сімейних лікарів, медичних сестер, особливо в сільських населених пунктах; дисбаланс в співвідношенні «лікарі – середній медичний персонал»; зростаюча потреба у реабілітації після поранень, інсультів, травм та хронічних захворювань; проблема доступності послуг психічного здоров'я при констатації явищ збільшення людей з посттравматичним стресовим розладом, депресією, тривожними станами; недостатня кількість мобільних рішень, які б компенсували недоступність медичних послуг через нерівномірний розподіл закладів ПМД та територіальну віддаленість медичних установ; несформованість високоякісної міжсекторальної співпраці, що проявляється в недостатній взаємодії між медичною, соціальною та освітньою сферами у вирішенні проблем громадського здоров'я.

Визначальне значення для забезпечення успіху нової моделі ПМД має імплементація нових підходів до її фінансування. В результаті реформування в Україні сформувалась диверсифікована модель фінансування ПМД, яка охоплює: 1) програму медичних гарантій (ПМГ) як основне джерело фінансування ПМД через капітаційну ставку (оплата за кількість пацієнтів із деклараціями); 2) кошти місцевих бюджетів (оплата комунальних послуг для комунальних надавачів, капітальні інвестиції, ремонти, обладнання, доплати до заробітної плати); 3) фінансування за програмою «Доступні ліки», що інтегрована в ПМГ і забезпечує доступ до базових медикаментів, однак має обмеження за обсягом; 4) фінансові надходження в рамках міжнародної допомоги, які частково покривають потреби, особливо у громадах, що постраждали від військової агресії російської федерації. Порядок реалізації ПМГ медичного обслуговування населення у 2025 році затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» [25]. ПМГ «включає

пакети медичних послуг, що пов'язані з наданням, зокрема ПМД, за принципами екстериторіальності та нейтральності бюджету» [25]. «НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, визначеними в Порядку, на підставі звітів про медичні послуги, які подані їх надавачем та складені на підставі інформації, яка внесена до електронної системи охорони здоров'я. До тарифів на медичні послуги не включається вартість лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я» [25].

Постановою визначено умови оплати медичних послуг. Зокрема, «НСЗУ не оплачує медичні послуги, оплачені за рахунок коштів інших джерел, не заборонених законодавством, та не передбачених договором. Інформація про такі медичні послуги вноситься їх надавачами до електронної системи охорони здоров'я. Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування під час надання пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, обладнання, всіх медичних виробів, витратних матеріалів і лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг відповідно до галузевих стандартів і медико-технологічних документів у сфері охорони здоров'я» [25].

Нормативним актом передбачено, що «тариф на медичні послуги з надання ПМД, які передбачені специфікаціями, визначається як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, та становить 844,4 гривні на рік» [25]. До базової капітаційної ставки застосовуються різного роду коригувальні коефіцієнти. Зауважимо, що «медичні послуги, надані за деклараціями, поданими після досягнення 150 відсотків ліміту плюс одна декларація, НСЗУ не оплачуються» [25]. Динаміка капітаційної ставки наведена на рисунку 8.

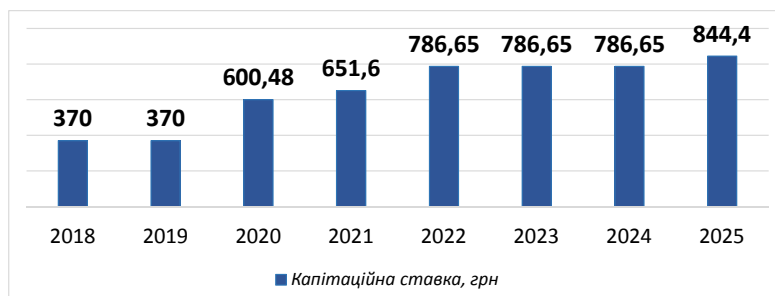


Рис. 8. Динаміка капітаційної ставки в період 2018 – 2025 років.

Джерело: розроблено авторами за даними [17].

На 2025 рік, в Тернопільській області 79 медичних закладів уклали договори на загальну суму 668,1 млн грн. Проте, як бачимо з рисунків 9 – 11, динаміка оплат за напрямом «Первинна медична допомога» як по Україні, так і по досліджуваних регіонах, в 2023 році, характеризується зниженням показників, а в 2024 році деяким підвищенням.

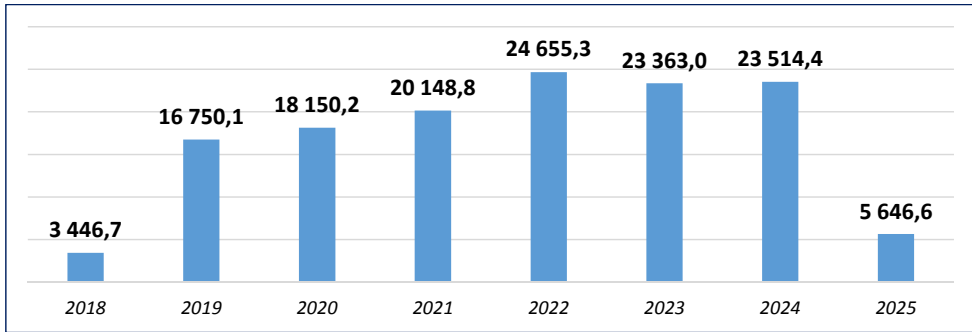


Рис. 9. Динаміка оплат за напрямом Первинна медична допомога загалом по Україні в період 2018 – 2025 роки.
Джерело: розроблено авторами за даними [17].

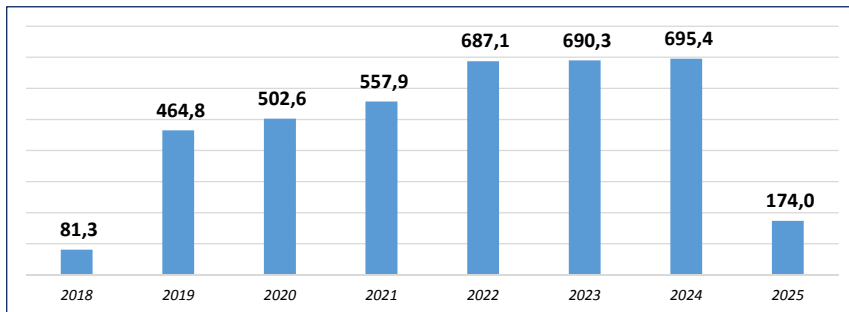


Рис. 10. Оплата НСЗУ за напрямом ПМД закладам охорони здоров'я Тернопільської області в період 2018 – 2025 роки.
Джерело: розроблено авторами за даними [17].

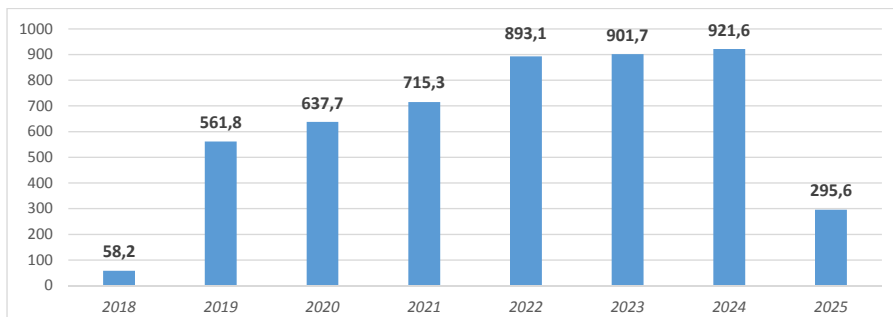


Рис. 11. Оплата НСЗУ за напрямом ПМД закладам Закарпатської області в період 2018 – 2020 роки.
Джерело: розроблено авторами за даними [17].

Важливу роль у забезпеченні сталого функціонування ПМД, особливо для комунальних некомерційних підприємств (КНП), які є основними надавачами послуг ПМД у громадах, відіграють місцеві бюджети. Водночас, емпіричний аналіз показує, що викликами на теперішній час залишаються: 1) нерівномірність підтримки між

громадами – багатші громади мають більше ресурсів для утримання і розвитку ПМД, тоді як бідні громади часто не можуть навіть забезпечити базові потреби; 2) відсутність єдиних стандартів підтримки – законодавство не встановлює мінімального обсягу фінансування ПМД із місцевого бюджету; 3) обмежений доступ до підтримки для приватних надавачів – ФОП та приватних клінік, які не мають права на місцеве фінансування, що створює нерівні умови з КНП; 4) залежність від політичної волі місцевої влади – обсяг підтримки ПМД часто визначається не потребами закладу, а суб'єктивними рішеннями керівництва громади.

Загалом, поглиблений емпіричний аналіз чинної моделі фінансування ПМД показує, що в реаліях в ній мають місце наступні прогалини: недостатній обсяг фінансування ПМД у структурі ПМГ; нерівні умови фінансового забезпечення для приватних і комунальних надавачів – приватні не отримують субсидій на комунальні послуги, обладнання, приміщення; недостатня капітаційна ставка, яка не покриває реальних витрат на надання пакета ПМД; неврахування складності практик в системі фінансових стимулів; відсутність моніторингу та прив'язки прийняття управлінських рішень до результатів, що, в першу чергу, проявляється у браку зв'язку між якістю/обсягом наданих послуг та оплатою. Недоліки, що мають місце в системі організації та фінансування ПМД, призводять до дисбалансу між платними і безкоштовними послугами. В динаміці намітилась тенденція, що частина надавачів все більше віддає перевагу платним послугам.

Найбільш об'єктивно результативність функціональних механізмів забезпечення ПМД в регіонах і їх територіальних громадах можна оцінити на основі використання системи індикаторів ступеня досягнення цілей та ступеня виконання поставлених завдань. Аналіз звітів КНП «ЦПМСД» за 2022–2024 роки в досліджуваних регіонах свідчить, що в їх територіальних громадах спостерігається високий рівень захворюваності, зберігається висока смерність в працездатному віці, серед причин – найвищий рівень займають хвороби кровообігу та судинних захворювань, злоякісні новоутворення. Попри зазначені вище недоліки в практиці забезпечення ПМД в територіальних громадах, для більшої об'єктивності висновків, треба звернути увагу на характеристики, які засвідчують якість медичного обслуговування. Враховуючи завдання щодо реалізації найважливіших урядових ініціатив, варто промоніторити реалізацію програми «Доступні ліки» та програмних завдань з профілактики захворювань, зокрема щодо осіб вікових груп 40-64 роки та осіб 65+ років і старше, а також дотримання вимог щодо відповідності людського капіталу, задіяного для надання ПМД.

Оцінюючи результативність і якість обслуговування пацієнтів за згаданими вище віковими групами за програмою «Доступні ліки», зазначимо, що Програму реімбурсації «Доступні ліки» Уряд України розпочав з квітня 2017 року. Її адміністрування з 1 квітня 2019 року та відшкодовування аптекам вартості відпущених пацієнтам ліків за рецептами покладено на НСЗУ.

Попри позитивну динаміку показників, що підтверджують роботу за програмою реімбурсації ліків, спрощення Урядом ліцензійних вимог для аптечних пунктів з метою стимулювання їх відкриття у віддалених населених пунктах, запровадження ініціативи мобільних аптечних пунктів у сільській місцевості, як показує аналіз дашбордів

НСЗУ, вісоток погашених рецептів не достатньо високий. Так, в Тернопільській обл. з 550567 виписаних у 2024 році рецептів погашено лише 470755, що складає 85,5%, в Закарпатській, відповідно, 533182 і 459107 (86,1%). Більшість виписаних рецептів стосується лікування серцево-судинних захворювань при дуже низькому відсотку їх щодо цукрового діабету, бронхіальної астми, профілактики інфарктів тощо. Перспективною інновацією для вирішення цієї проблеми, можна вважати розпочату у 2024 році з акціонерним товариством «Укрпошта» співпрацю в рамках проекту «Укрпошта.Аптека», яка знайшла поширення в Тернопільській області і спрямована на підвищення доступу громадян до ліків.

Дослідження результативності ПМД за індикатором «профілактика захворювань» для вікових груп пацієнтів 40-64 роки, 65+ і далі дозволяє зробити висновок, що не зважаючи на певну роботу (інформування населення, впровадження скрінінгових програм, роз'яснення значимості вакцинації, організація відповідної звітності), рівень охоплення профілактичними заходами не досяг цільового значення.

За результатами проведеного аналізу можна стверджувати про деяку переорієнтацію ПМД на профілактику, що заслуговує на позитивну оцінку. Інші функціональні механізми, включаючи механізми взаємодії місцевих рад з інституціями, причетними до забезпечення ПМД, наприклад, участь у діяльності ЦПМСД за рахунок складання місцевих бюджетних програм; укладання договорів міжмуніципального співробітництва; підтримка підприємництва в сфері надання ПМД не знайшли належного поширення.

Проведений в процесі дослідження SWOT-аналіз системи організації ПМД в досліджуваних регіонах та долучення результатів роботи експертів в рамках створеної фокус- групи дозволив відзначити низку критичних питань для забезпечення якості та доступності ПМД які, на наш погляд, вказують на доцільність внесення в практику управління процесами забезпечення надання ПМД в територіальних громадах регіонів елементів стратегічного планування та визначення стратегічних пріоритетів функціональної діяльності. В контексті цього заслуговує на увагу розроблення стратегії « Формування моделі якісної первинної медичної допомоги », яку можна було б імплементувати як галузеву складову Стратегії розвитку територіальної громади.

Виходячи з результатів проведеного в процесі дослідження системного аналізу, стратегічними пріоритетами удосконалення системи забезпечення ПМД в територіальних громадах регіонів повинні стати наступні:

- нарощення обсягів фінансування, в контексті чого в планах дій доцільно передбачити проведення роботи щодо підвищення рівня задекларованості населення, особливо в сільській місцевості, розширення переліку пакетів медичної допомоги для заключення договорів з НСЗУ за рахунок підвищення кваліфікації лікарського корпусу і готовності їх забезпечити, залучення приватної медичної практики до надання послуг ПМД, що особливо важливо для населених пунктів, в яких не розміщені амбулаторії надання ПМД, запровадження «програмного фінансування в рамках бюджетних програм» [1];

- підвищення територіальної доступності ПМД шляхом створення так званої «території доступності з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців населених пунктів, що в неї входять»

[1], затвердження її в Перспективному плані госпітального округу відповідного регіону та відповідних кластерів; використання практики міжмуніципального співробітництва з сусідніми громадами з відповідною системою фінансових компенсацій;

- створення умов рівнодоступності послуг ПМД незалежно від фізичних чи матеріальних можливостей громадян через реалізацію програм реабілітації, створення безбар'єрного простору;

- розвиток та підвищення ефективності ресурсного потенціалу надання ПМД шляхом концентрації уваги на зміцненні матеріально-технічної бази ПМД, сприяння розвитку приватного підприємництва, надавання в оренду приміщень для лікарів приватної практики, особливо в сільській місцевості, використання механізму публічно-приватного партнерства, співпраці з зарубіжними партнерами в частині гуманітарної допомоги, ефективного використання матеріальних ресурсів в системі ПМД та контролю за цим;

- покращення якості людського капіталу, задіяного в надання ПМД через усунення проблем перевищення навантаження на одного лікаря, підвищення кваліфікації медичного персоналу. проходження навчання медичних працівників за актуальними напрямками ПМД, підвищення кваліфікації працівників адміністративних підрозділів в питаннях інноваційних технологій управління.

Враховуючи відповідальність місцевої влади за організацію ПМД на території громад, ОМС необхідно ширше використовувати засоби комунікацій для профілактичної роботи, пропаганди здорового способу життя, удосконалення координації функціональної діяльності в процесі надання ПМД жителям, вивчення думки споживачів послуг ПМД, моніторингу результативності ПМД, взаємодії з службою екстреної медичної допомоги, з КНП спеціалізованого рівня в рамках медичного кластера.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Висвітлені у науковій статті трансформаційні зміни моделі ПМД вимагають відповідної реакції інституцій, задіяних до цього процесу в регіонах і їх територіальних громадах відповідно до зон їх відповідальності.

Результати дослідження засвідчують, що в Україні, попри загалом сформоване інституційне середовище, необхідне для цієї сфери діяльності, мають місце певні недоліки в організаційному та функціональному механізмах ПМД, низка прогалин у її фінансовому забезпеченні.

Системний аналіз, проведений в процесі дослідження, дозволив обґрунтувати доцільність внесення елементів стратегічного планування в практику управління в контексті формування високоякісної моделі ПМД в територіальних громадах, визначити стратегічні пріоритети, до яких слід віднести: нарощення обсягів фінансування; підвищення доступності ПМД на основі визначення територій доступності та реалізації принципів безбар'єрності її отримання; активізацію профілактичної роботи та впровадження здорового способу життя; розвиток та підвищення ефективності використання ресурсного потенціалу; удосконалення координації функціональної діяльності та системи комунікацій.

Перспективними для дослідження вбачаються проблеми імплементації в практику ПМД програм реабілітації, в тому числі військових, що втратили здоров'я в результаті

участі в бойових діях, а також організаційні аспекти взаємодії закладів ПМД з системою спеціалізованої медичної допомоги.

Література

1. Яременко О. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ–послуг у дії», ТОВ «Агенство Україна». К., 2018. 368 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/4992-Phc_operativo...PDF.
2. Бабинець А. В., Озоровська А. В. Публічне управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи. *Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку*: матеріали IX наук.-практ. конф. з міжнародною участю. м. Харків, 1 листопада 2020 р. Харків, 2020. С. 14-16 URL: <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/23677>.
3. Яремчук О. В. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf.
4. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 3. С. 8-12.
5. Кудря А.В. Основні тенденції моніторингу розвитку сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 4. С. 6-11.
6. Armstrong M., Zarzadzanie zasobami ludzkimi. Warszawa: Wolters Kluwer, 2007.
7. Blanchard K. Przywództwo wyższego szczebla. Blanchard o przywództwie i tworzeniu efektywnych zespołów. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
8. Ostrowska A. Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent – lekarz. Etyczne aspekty decyzji medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer, 2011.
9. Kautsch M. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Warszawa: Wolters Kluwer. 2015.
10. Lenik P. Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka. Warszawa: Wolters Kluwer. 2017.
11. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. URL: https://dspace.nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis_1verd-7_2.1_2.pdf.
12. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я; кол. монографія за наук. ред. д. е. н. Шкільняка М. М., д. е. н. Желюк Т. Л. Тернопіль: Крок. 2020. 560 с.
13. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид.; авт.кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радош, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К.; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
14. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Частина перша статті 35-1 в редакції Закону № 2347-IX від 01.07.2022. URL: <https://protoc.ua/osnovi-zakonodavstva-ukraini-pr>.

-
15. Про місцеве самоврядування. Закон України 22 лютого 2024 року № 3590-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3590-20#Text>.
 16. Про Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 504 від 27 березня 2018 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#text>.
 17. Відкриті дані. Національна служба здоров'я України (веб-сайт). Київ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/open-data>.
 18. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення України. Закон України №2168-VIII від 19.10.2017р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
 19. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні. Розпорядження КМУ від 1 квітня 2014 р. № 333-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>.
 20. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.
 21. Деякі питання організації спроможної мережі . Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023р.№174 . URL: <https://zakon.rada.gov.ua>174-2023-n>
 22. Організація надання первинної медичної допомоги. Репозитарій КНУБА. URL: <https://repository.knuba.edu.ua>>dowloand.doc>.
 23. КНП.Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики Тернопільської обласної ради. URL: https://tsms.te.ua/uploads/p_2030_95413160.pdf.
 24. Державна служба статистики. Головне управління статистики в Закарпатській області. URL: https://www.uz.ukrstat.gov.ua/catalog/2021/dop_01.pdf.
 25. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році. Київ: Верховна Рада України; 2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%DO%BF#Text>.

References

1. Yaremenko, O., Batsenko, D., Braginskyi, P., Buchma, M., et al. (2018). Yak orhanizuvaty systemu nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy na mistsevomu rivni: Operatsiine kerivnytstvo [How to organize a system of primary health care delivery at the local level: Operational guide]. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy, Proekt USAID "Reforma VIL-posluh u dii", TOV "Ahenstvo Ukraina" – Ministry of Health of Ukraine, USAID Project "Reforma VIL-posluh u dii", TOV "Ahentstvo Ukraina". Retrieved from https://moz.gov.ua/uploads/4992-Phc_operativo...PDF. [in Ukraine].
2. Baby nec, A. V., & Ozorovska, A. V. (2020). Publichne upravlinnia pervynnoi medytsynoi na mistsevomu rivni v umovakh terytorialnoi reformy [Public administration of primary medicine at the local level under territorial reform]. *In Profesijnyi menedzhment v suchasnykh umovakh rozvytku rynku – Professional management in modern market development conditions*. P. 14–16. Kharkiv. Retrieved from <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/23677>. [in Ukraine].

3. Yaremchuk, O. V. (2018). Krashchi zarubizhni praktyky v simeinii medytsyni: dosvid dlia Ukrainy [Best foreign practices in family medicine: Experience for Ukraine]. Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok – Public Administration: Improvement and Development. Retrieved from http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf. [in Ukraine].
4. Tkachenko, V. I. (2015). Istoriia rozvytku ta suchasnyi stan pervynnoi medychnoi dopomohy za kordonom ta v Ukraini, normatyvno-pravova baza vprovadzhennia simeinoi medytsyny v Ukraini [History and current state of primary health care abroad and in Ukraine, regulatory framework for implementing family medicine in Ukraine]. Simeina medytsyna – Family Medicine, (3), 8–12. [in Ukraine].
5. Kudria, A. V. (2015). Osnovni tendentsii monitorynhu rozvytku simeinoi medytsyny v Ukraini [Main trends in monitoring the development of family medicine in Ukraine] (in Ukrainian). Simeina medytsyna – Family Medicine, (4), 6–11. [in Ukraine].
6. Armstrong, M. (2007). Zarządzanie zasobami ludzkimi [Human resource management]. Warszawa: Wolters Kluwer – Warsaw: Wolters Kluwer. [in Polish].
7. Blanchard, K. (2007). Przywództwo wyższego stopnia: Blanchard o przywództwie i tworzeniu efektywnych zespołów [High-level leadership: Blanchard on leadership and building effective teams]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Warsaw: PWN Scientific Publishing House. [in Polish].
8. Ostrowska, A. (2011). Paternalizm i partnerstwo: Społeczny kontekst relacji pacjent–lekarz. Etyczne aspekty decyzji medycznych [Paternalism and partnership: Social context of doctor-patient relations. Ethical aspects of medical decisions]. Warszawa: Wolters Kluwer – Warsaw: Wolters Kluwer. [in Polish].
9. Kautsch, M. (2015). Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Nowe wyzwania [Management in health care: New challenges]. Warszawa: Wolters Kluwer – Warsaw: Wolters Kluwer. [in Polish].
10. Lenik, P. (2017). Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych: Teoria i praktyka [Managing evolutionary changes in public hospitals: Theory and practice] (in Polish). Warszawa: Wolters Kluwer – Warsaw: Wolters Kluwer. [in Polish].
11. Vovk, S. M. (2019). Mekhanizmy derzhavnoho upravlinnia systemnymy zminamy u sferi okhorony zdorovia [Mechanisms of public administration of systemic changes in the health sector]. Retrieved from https://dsun.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis_1verd-7_2.1_2.pdf. [in Ukraine].
12. Shkilniak, M. M., & Zheliuk, T. L. (Eds.). (2020). Modernizatsiia menedzhmentu ta publicnoho upravlinnia v systemi okhorony zdorovia: kol. monohr. [Modernization of management and public administration in the health care system: col. monograph.]. Ternopil: Krok. 560 p. [in Ukraine].
13. Bilynska, M. M., Radosh, Ya. F., Rozhkova, I. V., et al. (2012). Derzhavne upravlinnia reformuvanniam systemy okhorony zdorovia v Ukraini [Public administration of the health care system reform in Ukraine]. Kyiv–Lviv: NADU. 240 p. [in Ukraine].
14. Verkhovna Rada Ukrainy. (2022). Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia: Chastyna persha statti 35-1 v redaktsii Zakonu № 2347-IX vid 01.07.2022

-
- [Fundamentals of Ukrainian legislation on health care: Part one of Article 35-1]. Retrieved from https://protoc.ua/osnovi_zakonodavstva_ukraini_pr. [in Ukraine].
15. Verkhovna Rada Ukrainy. (2024). Pro mistseve samovriaduvannia: Zakon Ukrainy № 3590-IX vid 22.02.2024 [On local self-government: Law of Ukraine No. 3590-IX]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3590-20#Text>. [in Ukraine].
 16. Ministry of Health of Ukraine. (2018). Pro Poriadok nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy: Nakaz № 504 vid 27.03.2018 [On the procedure of providing primary medical care: Order No. 504]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#text>. [in Ukraine].
 17. Vidkryti dani. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy (veb-sait) [Open data. National Health Service of Ukraine (website)]. Retrieved from <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/open-data>. [in Ukraine].
 18. Verkhovna Rada Ukrainy – Verkhovna Rada of Ukraine. (2017). Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia: Zakon № 2168-VIII [On state financial guarantees for medical services to the population: Law No. 2168-VIII]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. [in Ukraine].
 19. Kabinet Ministriv Ukrainy – Cabinet of Ministers of Ukraine. (2014). Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia mistsevoho samovriaduvannia ta terytorialnoi orhanizatsii vlady v Ukraini. Rozporiadzhennia KМУ vid 1 kvitnia 2014 r. № 333-r. [On the approval of the concept of local self-government reform and territorial organization of power in Ukraine. Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated April 1, 2014 No. 333-r]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text>. [in Ukraine].
 20. Verkhovna Rada Ukrainy – Verkhovna Rada of Ukraine. (n.d.). Pro pidvyshchennia dostupnosti ta yakosti medychnoho obsluhovuvannia v silskii mistsevosti [On improving access and quality of medical care in rural areas]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>. [in Ukraine].
 21. Kabinet Ministriv Ukrainy – Cabinet of Ministers of Ukraine. (2023). Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi: Postanova № 174 vid 28.02.2023 [Some issues of organizing a capable network: Resolution No. 174]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/174-2023-n>. [in Ukraine].
 22. Kyivskyi natsionalnyi universytet budivnytstva i arkhitektury – Kyiv National University of Construction and Architecture. (n.d.). Orhanizatsiia nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy [Organization of primary medical care delivery]. Retrieved from <https://repository.knuba.edu.ua/download.doc>. [in Ukraine].
 23. Ternopilskyi oblasnyi informatsiino-analitychnyi tsentr medychnoi statystyky – Ternopil Regional Information and Analytical Center for Medical Statistics. (n.d.). Retrieved from https://tsms.te.ua/uploads/p_2030_95413160.pdf. [in Ukraine].
 24. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy – State Statistics Service of Ukraine. (2021). Holovne upravlinnia statystyky v Zakarpatskii oblasti [Main Department of Statistics in Zakarpattia region]. Retrieved from https://www.uz.ukrstat.gov.ua/catalog/2021/dop_01.pdf. [in Ukraine].
 25. Verkhovna Rada Ukrainy – Verkhovna Rada of Ukraine. (2024). Deiaki pytannia realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia

u 2025 rotsi [Some issues of implementing the program of state guarantees for medical care of the population in 2025]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-p#Text>. [in Ukraine].

Статтю отримано 28 квітня 2025 р.

Article received April 28, 2025.