



ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

На правах рукопису

Карпінський Микола Анатолійович

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

«Організаційне забезпечення надання медичної допомоги у
територіальних громадах»

подається на здобуття

другого (магістерського) рівня вищої освіти

Спеціальність «Публічне управління та адміністрування»

До захисту допущено:

Завідувач кафедри економіки та управління

_____ / _____ /

Науковий керівник, к.п.н., доцент

_____ /Білий Л.Г./

Виконано здобувачем групи ТУхм-8-24 М1ПУА (1,6 змс)

_____ /Карпінський М.А./

Рукопис закінчено _____

Київ 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ	
1.1. Поняття та складові організаційного забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах	6
1.2. Особливості організації первинної медичної допомоги в системі охорони здоров'я територіальних громад	17
1.3. Нормативно-правові засади надання медичної допомоги на місцевому рівні	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КНП «ДЕРАЖНЯНСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»	
2.1. Загальна характеристика діяльності та організаційної структури КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»	34
2.2. Оцінка кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення діяльності центру	37
2.3. Аналіз організації надання медичної допомоги населенню територіальної громади	49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ	
3.1. Удосконалення організаційного забезпечення діяльності КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»	61
3.2. Стратегічні підходи до вдосконалення організаційного забезпечення первинної медичної допомоги у територіальних громадах з урахуванням зарубіжного досвіду	67
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я України характеризується глибокими трансформаційними процесами, зумовленими реформою фінансування медичної галузі, децентралізацією управління та необхідністю адаптації до викликів воєнного часу. У цих умовах особливої актуальності набуває питання організаційного забезпечення надання медичної допомоги на рівні територіальних громад, оскільки саме місцевий рівень виступає простором безпосередньої взаємодії населення з медичною системою.

Реформа децентралізації істотно змінила розподіл повноважень між державними органами та органами місцевого самоврядування, що зумовило підвищення ролі територіальних громад у формуванні мережі закладів охорони здоров'я, ресурсному забезпеченні їх діяльності та організації доступності медичних послуг. Водночас впровадження Програми медичних гарантій та контрактної моделі фінансування через Національну службу здоров'я України сформувало нові підходи до управління медичними закладами, орієнтовані на результативність, прозорість та якість надання допомоги.

У цьому контексті організаційне забезпечення надання медичної допомоги постає як комплекс управлінських рішень, інституційних взаємодій, нормативних регламентів і ресурсних механізмів, що створюють умови для стабільного функціонування системи медичного обслуговування населення. Особливого значення набуває здатність територіальних громад забезпечувати узгодженість цих складових, адаптувати систему до змін потреб населення та формувати ефективні моделі організації медичних послуг.

Практична значущість дослідження зумовлена тим, що саме первинна медична допомога є базовим рівнем системи охорони здоров'я, на якому реалізується більшість профілактичних і лікувальних заходів, формується довготривалий контакт із пацієнтом та забезпечується координація його подальшого маршруту в системі медичного обслуговування. У зв'язку з цим дослідження організаційного забезпечення діяльності конкретного закладу

первинної медичної допомоги дозволяє не лише оцінити практичну реалізацію реформ, а й виявити проблемні аспекти та визначити напрями їх удосконалення.

Ступінь наукового опрацювання проблеми свідчить про наявність значної кількості досліджень, присвячених механізмам публічного управління у сфері охорони здоров'я, реформуванню фінансового забезпечення галузі та ролі місцевого самоврядування у формуванні доступної системи медичної допомоги. Разом з тим питання комплексного аналізу організаційного забезпечення надання медичної допомоги в умовах функціонування конкретної територіальної громади потребує подальшого дослідження, що зумовлює актуальність обраної теми.

Мета магістерської роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та практичному аналізі організаційного забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах і розробленні напрямів його вдосконалення на прикладі КП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

- розкрити сутність та складові організаційного забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах;
- охарактеризувати особливості організації первинної медичної допомоги в системі охорони здоров'я громад;
- проаналізувати нормативно-правові засади надання медичної допомоги на місцевому рівні;
- здійснити аналіз діяльності та організаційної структури КП «Деражнянський ЦПМСД»;
- оцінити кадрове, фінансове та матеріально-технічне забезпечення діяльності центру;
- дослідити організацію надання медичної допомоги населенню територіальної громади;
- визначити напрями вдосконалення організаційного забезпечення діяльності центру;

➤ обґрунтувати пропозиції щодо оптимізації ресурсного забезпечення та використання сучасних організаційних і цифрових рішень.

Об'єктом дослідження є процес організаційного забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах.

Предметом дослідження виступають організаційні механізми, управлінські рішення та ресурсні складові забезпечення надання медичної допомоги на місцевому рівні.

У роботі використано загальнонаукові та спеціальні методи, зокрема аналіз і синтез, порівняння, систематизацію, узагальнення, структурно-функціональний аналіз, а також методи статистичного та аналітичного оцінювання діяльності закладу охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання сформульованих висновків і рекомендацій для вдосконалення організації діяльності закладів первинної медичної допомоги та підвищення ефективності управлінських рішень на рівні територіальних громад.

Структура магістерської роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Апробація результатів магістерської роботи. Надруковані у науковому збірнику «Економіка ХХІ століття: проблеми та перспективи №11» (2026 р).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

1.1. Організаційні механізми та засади надання медичної допомоги у територіальних громадах

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я та розвитку місцевого самоврядування питання організації надання медичної допомоги у територіальних громадах набуває особливої актуальності. Реформа децентралізації істотно змінила баланс повноважень між державним і місцевим рівнями управління, що зумовило необхідність переосмислення підходів до організаційного забезпечення медичних послуг на місцях.

Аналіз наукових підходів у сфері публічного управління дає підстави стверджувати, що організаційне забезпечення не зводиться лише до формального існування закладів чи затверджених штатів. Йдеться про системну побудову управлінських механізмів, процедур і взаємодій, які створюють умови для реального функціонування системи медичного обслуговування населення. На думку Г. В. Козаченка та О. В. Сологуб, «...Механізм публічного управління становить собою систему способів, моделей, важелів, прийомів, технологій, формальних інституцій, процедур, процесів і практик, що складають інструментальне підґрунтя формування рішень у тій чи іншій сфері суспільних відносин або правила ухвалення рішень» [24]. Таке розуміння механізму підкреслює його багатовимірний характер і відкриває можливість використовувати цю категорію як методологічну основу для дослідження організаційних процесів у сфері охорони здоров'я.

У цьому контексті організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах доцільно розглядати як комплекс інституційних, нормативних, кадрових, фінансових та координаційних рішень, спрямованих на забезпечення доступності та результативності медичних послуг.

Механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я використовується у виконанні державних завдань (рішень органів влади) в адміністративному, управлінському та організаційному аспектах у сфері охорони здоров'я з метою задоволення потреб громадян у своєчасному отриманні медичних послуг належної якості. Саме категорія «механізм» завдяки її природі та об'ємності змісту дозволяє комплексно представити інструментарій публічного управління у сфері охорони здоров'я [24]. Поряд із загальним розумінням механізму публічного управління в наукових дослідженнях окремо виділяється організаційний механізм як структурний компонент управлінської системи. У працях, присвячених управлінню закладами охорони здоров'я, йдеться, що організаційний механізм охоплює сукупність управлінських зв'язків, процедур, регламентів та форм взаємодії, які забезпечують упорядкованість функціонування системи [56].

Організаційний механізм у цьому розумінні постає як внутрішня структура управлінської системи, що забезпечує впорядкованість у взаємодії її елементів та стабільність функціонування. Саме завдяки організаційним рішенням формуються управлінські зв'язки, регламенти та процедури, які визначають характер діяльності суб'єктів сфери охорони здоров'я.

Отже, організаційний вимір публічного управління у сфері охорони здоров'я виявляється через конкретні управлінські рішення та взаємодії, що забезпечують функціонування системи. У межах територіальних громад це набуває особливого значення, оскільки саме на місцевому рівні реалізуються більшість організаційних процедур, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

Охорона здоров'я охоплює різні форми управлінської діяльності, які здійснюють державні органи, і тому поділяється на відповідні сфери (галузі), тобто сукупність однорідних відносин, видів діяльності. Ними можуть бути: санітарно епідеміологічна сфера, сфера надання медичної допомоги, економічна сфера охорони здоров'я, координуюча, організаційна, сфера здійснення контролю охороною здоров'я тощо [38].

На основі аналізу наукових джерел до розуміння механізмів публічного управління та їх організаційної складової дозволяє виокремити основні елементи організаційного забезпечення у сфері охорони здоров'я, зокрема інституційну, нормативну, кадрову, фінансову, інформаційну та координаційну складові [3].

З огляду на наведене, можна стверджувати, що організаційні механізми у сфері надання медичної допомоги охоплюють взаємопов'язані управлінські процеси, які формують цілісні умови функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Вони передбачають створення впорядкованої управлінської структури та чіткий розподіл повноважень між суб'єктами, відповідальними за організацію медичного обслуговування населення. Водночас їх зміст розкривається через налагодження процедур діяльності, ресурсне забезпечення та формування стабільних взаємодій між учасниками медичної системи, що у сукупності гарантує безперервність і узгодженість надання медичних послуг. Саме інтеграція управлінських рішень, організаційних процедур і ресурсних можливостей створює підґрунтя для формування узгодженої моделі організаційного забезпечення медичної допомоги в межах територіальної громади.

Отже, організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах доцільно трактувати як цілісну управлінську систему, у межах якої через поєднання інституційних рішень, нормативних регламентів, кадрового потенціалу, фінансових ресурсів, інформаційних інструментів та координаційних взаємодій формується спроможність громади забезпечувати доступність, безперервність і результативність медичного обслуговування населення.

У межах територіальної громади організаційне забезпечення надання медичної допомоги набуває конкретного управлінського змісту, оскільки пов'язується з повсякденною діяльністю органів місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів, які впливають на доступність медичних послуг. Йдеться не лише про формальну наявність відповідних структур чи ресурсів, а про їх здатність діяти узгоджено, реагувати

на локальні потреби та забезпечувати практичну реалізацію державних гарантій у сфері охорони здоров'я. У цьому сенсі організаційне забезпечення постає як процес постійного узгодження управлінських рішень, ресурсних можливостей і процедур взаємодії, що відбувається безпосередньо в межах громади та відображає її спроможність організувати медичне обслуговування населення з урахуванням територіальних особливостей. Саме така логіка взаємопов'язаності різних аспектів організації медичної допомоги зумовлює потребу їх узагальненого представлення у вигляді структурної моделі (Рис. 1.1).

Водночас організаційне забезпечення надання медичної допомоги в територіальній громаді доцільно розглядати не лише як систему управлінських рішень, а й як специфічне організаційне середовище, у межах якого поєднуються ресурси, інституції та соціальні взаємодії. Саме територіальна громада виступає простором, де медична допомога інтегрується з іншими сферами життєдіяльності населення, зокрема соціальним захистом, освітою, транспортною інфраструктурою та комунальними сервісами. Така взаємопов'язаність створює передумови для формування цілісного підходу до організації медичного обслуговування, орієнтованого не лише на лікування, а й на підтримку загального рівня здоров'я населення.

Важливим у цьому контексті є вплив територіальних характеристик громади, які визначають специфіку організаційних рішень. Йдеться про демографічну структуру населення, щільність розселення, транспортну доступність, рівень соціально-економічного розвитку та наявність локальних ресурсів. Сукупність цих факторів зумовлює варіативність організаційних моделей медичної допомоги та потребу у гнучкому управлінському підході, що дозволяє адаптувати загальнодержавні стандарти до реальних умов функціонування громади. У такому розумінні територіальна громада постає не лише адміністративною одиницею, а середовищем формування організаційної спроможності системи охорони здоров'я.

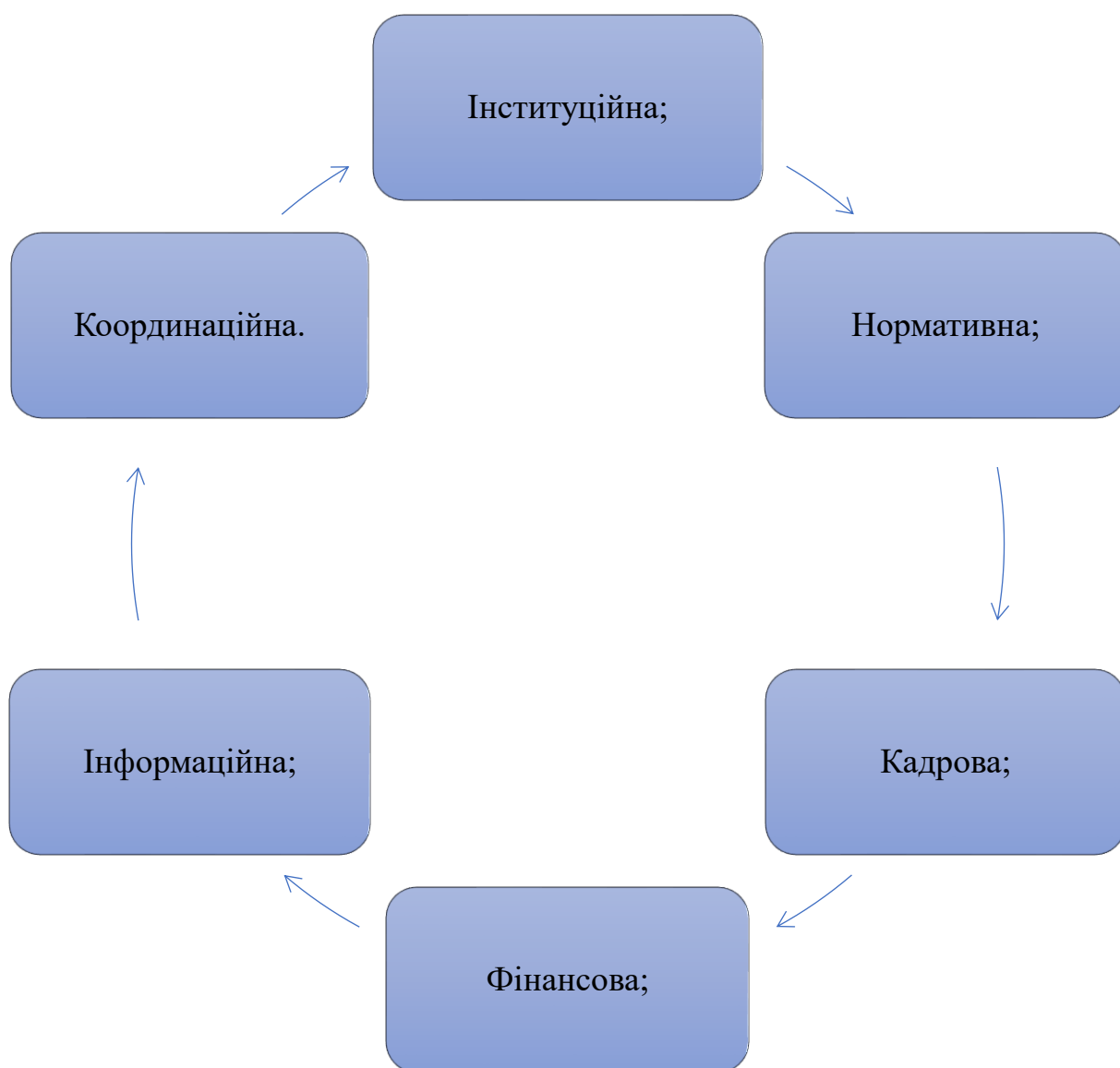


Рис. 1.1. Структура організаційного забезпечення надання медичної допомоги

Передусім, організаційне забезпечення базується на інституційній основі. Йдеться про наявність чітко визначених суб'єктів управління — органів місцевого самоврядування, їх виконавчих структур, керівників комунальних закладів охорони здоров'я, а також відповідних державних органів. Особливе місце серед суб'єктів організаційного забезпечення займають органи місцевого самоврядування, оскільки саме вони забезпечують практичну реалізацію управлінських рішень у сфері медичної допомоги. Місцеві органи самоврядування, включаючи обласні, районні та територіальні адміністрації, відповідальні за реалізацію державної політики на своїх територіях, управління

місцевими закладами охорони здоров'я та ресурсне забезпечення їхньої діяльності. Завдяки реформі децентралізації значна частина повноважень у сфері управління була передана на місцевий рівень, що дозволило більш гнучко реагувати на потреби громад, враховувати специфіку регіонів та підвищити ефективність розподілу фінансових і матеріальних ресурсів [37]. У результаті передача управлінських функцій на місцевий рівень не лише розширила можливості громад, а й посилила їхню відповідальність за якість та безперервність медичного обслуговування, адже саме органи місцевого самоврядування виступають найближчим до населення суб'єктом організації медичної допомоги. Згідно чинної нормативно-правової бази надавачами первинної медичної допомоги на території територіальної громади є Центри надання первинної медичної допомоги (ЦПМСД), тобто заклади охорони здоров'я, що забезпечують організацію надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, в тому числі організацію роботи амбулаторій та інших підрозділів ЦПМСД. Визначено умови, які має створити надавач у процесі її організації, та основні правила надання первинної медичної допомоги [39].

У підсумку стає зрозуміло, що центри первинної медичної допомоги виконують ширшу роль, ніж просто надання послуг, адже саме через їх діяльність формується організація первинної медичної допомоги в громаді, забезпечується взаємодія структурних підрозділів і створюються передумови для доступності медичного обслуговування населення.

Якщо подивитися на організацію первинної медичної допомоги у громаді більш уважно, то видно, що вона тримається не на одному суб'єкті, а на поєднанні різних учасників. Одні з них відповідають за управління та створення умов для роботи медичних закладів, інші безпосередньо працюють із пацієнтами та забезпечують надання послуг. Саме така спільна участь формує основу функціонування первинної ланки у межах територіальної громади.

До основних інституцій, які безпосередньо забезпечують надання первинної медичної допомоги жителям територіальної громади, відносяться:

✓ зі сторони органів публічної влади - органи місцевого самоврядування (міські, селищні, сільські ради) та їх виконавчі комітети як організатори забезпечення діяльності медичних закладів на відповідній території;

✓ зі сторони системи охорони здоров'я – комунальні некомерційні підприємства (КНП) Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦНПМД), амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти як надавачі послуг [39].

Важливим є не лише формальний розподіл повноважень, а й налагоджена система взаємодії між цими суб'єктами. Саме від узгодженості їх дій залежить безперервність медичного обслуговування, своєчасність прийняття управлінських рішень та здатність реагувати на потреби населення.

Коли комунікація між органами місцевого самоврядування, керівництвом закладів і медичним персоналом вибудована належним чином, це створює умови для більш гнучкої організації медичної допомоги та підвищує її доступність у громаді. Для більш плідної співпраці з лікарською спільнотою було створено постійно діючий консультативно-дорадчий колегіальний орган НСЗУ — Експертну раду. Це дало змогу забезпечити фаховий підхід та адвокацію у прийнятті рішень щодо формування та реалізації Програми медичних гарантій не лише під час її проектування, а й під час впровадження запропонованих змін з можливістю оцінки та аналізу короткострокових та довгострокових результатів [35].

Організаційний механізм публічного управління проявляється через форми діяльності суб'єктів управління, які відображають як їх взаємодію із зовнішнім середовищем, так і особливості внутрішньої організації роботи. На думку Горбатової Д. І. «...форми державного управління у сфері охорони здоров'я відображають особливості реалізації управлінських процесів і характеризують як взаємодію системи із зовнішнім середовищем, так і організацію внутрішньої діяльності суб'єктів управління» [10]. Зовнішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на взаємодію з

державними органами, для забезпечення виконання покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я завдань і функцій [10].

Зокрема, у процесі реалізації своїх повноважень Національна служба здоров'я України здійснює взаємодію з широким колом суб'єктів публічного та громадського секторів. Йдеться про співпрацю з органами державної влади, консультативно-дорадчими структурами, утвореними при Президентові України та Кабінеті Міністрів України, професійними спілками, органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, організаціями роботодавців, міжнародними партнерами, а також підприємствами, установами та організаціями різних форм власності.

Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я пов'язані з організацією внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад) і матеріально-технічними операціями, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації (діловодством, матеріально-технічним забезпеченням) [10].

З позиції публічного управління саме інституційна узгодженість визначає спроможність громади ефективно організувати медичне обслуговування. Недостатня координація або нечіткість відповідальності неминує призводити до управлінських дисбалансів і зниження якості послуг. До державної системи охорони здоров'я належать: Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук, які в межах своєї компетенції планують і здійснюють заходи з реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки [55].

Не менш важливою є нормативно-правова складова, яка формує правові межі діяльності закладів охорони здоров'я. Законодавчі акти, підзаконні нормативні документи, рішення органів місцевого самоврядування, внутрішні регламенти закладів - усе це, відповідно, створює нормативну основу організаційного забезпечення.

Окрім того варто зазначити, що ефективність правового регулювання залежить не лише від кількості нормативних актів, а й від їх узгодженості та практичної реалізованості. Саме тому організаційне забезпечення постає як механізм втілення правових норм у повсякденну управлінську діяльність.

Особливого значення набуває кадрова складова. Медична система за своєю природою зосереджена на потребах пацієнта, а тому саме кадровий потенціал визначає якість та стабільність її функціонування. Організаційне забезпечення передбачає не лише укомплектування штатів, але й раціональний розподіл функцій, професійний розвиток персоналу та створення мотиваційного середовища. У 2024 році Академія НСЗУ запустила 22 онлайн-курси. Створено навчальні матеріали щодо роботи з Інформаційною системою НСЗУ на базі SAP. Окрім того, розроблено серію освітніх вебінарів «Доступно про складне», в яких роз'яснено принципи роботи Національної служби здоров'я України та Програми медичних гарантій. Ще понад 10 навчальних проєктів у роботі [35].

На нашу думку, саме кадрова спроможність громади часто виступає визначальним фактором у реалізації інших складових організаційного механізму. Без належного кадрового потенціалу навіть досконалі нормативні або фінансові інструменти залишаються формальними.

Фінансова складова організаційного забезпечення охоплює планування, розподіл і контроль використання коштів, спрямованих на функціонування закладів охорони здоров'я. На економічні відносини звертається увага в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в нормах якого мова йде про:

- економічну обґрунтованість;
 - багатоукладність економіки охорони здоров'я;
 - економічну доцільність;
 - економічний розвиток; економічне стимулювання [48].
- У наведених положеннях фактично окреслюється економічна доцільність функціонування системи охорони здоров'я, де медична діяльність постає не лише як соціальна, а й як економічно організована сфера.

Відповідно, питання раціонального використання ресурсів, фінансової доцільності управлінських рішень та стимулювання розвитку медичних закладів набувають не допоміжного, а базового значення. У цьому сенсі економічна складова організації медичної допомоги відображає здатність системи поєднувати соціальні гарантії з реальними ресурсними можливостями, що особливо відчутно на рівні територіальних громад, де фінансові обмеження безпосередньо впливають на обсяг і якість медичних послуг.

Фінансова складова організації медичної допомоги значною мірою пов'язана з оновленням механізмів оплати послуг та функціонуванням централізованого замовника медичних послуг.

Фінансування та ресурсне забезпечення є одними з ключових складових ефективного публічного управління галуззю охорони здоров'я. В Україні фінансування системи охорони здоров'я здійснюється переважно через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка виконує роль центрального закупівельника медичних послуг та координатора ресурсного забезпечення. НСЗУ укладає договори з медичними закладами на надання конкретних медичних послуг, визначає обсяги фінансування та встановлює стандарти якості надання допомоги [37]. Йдеться про бюджетне фінансування, механізми оплати медичних послуг, фінансовий моніторинг та прозорість витрат.

З огляду на сучасні виклики, фінансове забезпечення має бути гнучким і адаптивним. Організаційні механізми повинні передбачати можливість оперативного реагування на зміни потреб населення або зовнішні фактори.

Суттєвим елементом сучасного організаційного забезпечення є інформаційна та цифрова складова. Використання електронних систем обліку, звітності, управління потоками пацієнтів, аналітичних інструментів дає змогу підвищити прозорість і керованість процесів. Заступник Міністра охорони здоров'я з питань цифровізації Марія Карчевич акцентувала, що «Цифровізація медичної системи дозволяє досягти кількох цілей: по-перше, вона дозволяє зменшити бюрократію і навантаження на медичних працівників завдяки роботі електронних сервісів; пацієнти завдяки цифровізації можуть отримувати якісні

та доступні послуги; і, нарешті, вона надає інструменти для управління, щоб на основі даних формувати політики і приймати ефективні рішення» [18]. Використання цифрових інструментів позначається на щоденній діяльності закладів первинної медичної допомоги, змінюючи підходи до організації управлінських і клінічних процесів. Накопичення та аналіз електронних даних про пацієнтів, обсяги наданих послуг і використання ресурсів створює підґрунтя для більш обґрунтованого планування діяльності, оптимізації кадрового навантаження та підвищення ефективності фінансового управління. Водночас цифрове середовище сприяє посиленню відкритості закладів охорони здоров'я, розширює можливості взаємодії з пацієнтами та забезпечує інтеграцію медичних установ у єдиний інформаційний простір системи охорони здоров'я.

Впровадження та використання цифрових технологій в управлінському процесі ЗОЗ забезпечує швидкість та точність прийняття управлінських рішень, ефективне управління ресурсами та, відповідно, забезпечення довгострокової економії витрат, а також покращання якості надання медичних послуг та зростання довіри та лояльності пацієнтів [11].

Тому, цифровізація системи охорони здоров'я поступово перетворюється на невід'ємний елемент організаційного забезпечення медичної допомоги, формуючи нові можливості для підвищення керованості, ефективності діяльності закладів та якості медичного обслуговування населення. Разом з тим, інформаційна складова організаційного забезпечення набуває значення не лише як технічний інструмент, а як фактор узгодження діяльності різних суб'єктів системи охорони здоров'я.

Обмін даними, доступ до актуальної інформації та використання аналітичних показників створюють підґрунтя для більш скоординованого прийняття управлінських рішень, зменшення фрагментарності процесів і підвищення передбачуваності функціонування медичних закладів. Саме тому інформаційне середовище виступає важливою умовою формування цілісності організаційної системи, оскільки саме через нього забезпечується взаємопов'язаність управлінських, клінічних і ресурсних процесів.

Окремої уваги заслуговує координаційна складова, яка передбачає узгодження діяльності різних рівнів медичної допомоги та формування чітких маршрутів пацієнтів. Координація дозволяє уникнути дублювання функцій, зменшити навантаження на окремі заклади та забезпечити безперервність медичного обслуговування.

Важливим інструментом координації виступає клінічний маршрут пацієнта, який визначає послідовність взаємодії лікарів різних рівнів та порядок отримання медичних послуг. Його впровадження забезпечує узгодженість лікувального процесу, підвищує ефективність використання ресурсів та сприяє безперервності медичної допомоги. З 1 червня 2025 року НСЗУ змінила підхід до надання медичних послуг. Запроваджено клінічні маршрути пацієнтів — чіткі правила, як сімейні лікарі, терапевти та педіатри можуть скеровувати пацієнтів для отримання консультацій і діагностики [30].

Саме ефективна координація, на нашу думку, виступає інтегруючим елементом усієї системи організаційного забезпечення.

Таким чином, організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах цілком слушно розглядати як цілісну управлінську систему, що поєднує інституційні, нормативні, кадрові, фінансові, інформаційні та координаційні елементи. Його ефективність визначається не лише наявністю окремих складових, а передусім їх взаємодією та здатністю формувати стабільну, керовану й адаптивну систему медичного обслуговування населення.

1.2. Особливості організації первинної медичної допомоги в системі охорони здоров'я територіальних громад

Первинна медична допомога в територіальних громадах є тим рівнем, на якому найчастіше відбувається перша взаємодія населення з медичною системою. Саме тут формуються щоденні управлінські рішення, що визначають доступність послуг, безперервність медичного супроводу та своєчасність реагування на потреби людей. Окремої уваги заслуговує функціонування організаційної моделі первинної допомоги в межах територіальної громади.

Розкриття особливостей організації первинної медичної допомоги варто розпочати з уточнення змісту базових категорій, що характеризують процес медичного обслуговування населення. Згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» медичні послуги – це складова медичного обслуговування, яка включає консультації, обстеження, процедури, операції, ведення хворих тощо. Медичне обслуговування, у свою чергу, визначається як система заходів, що реалізуються через медичні послуги та лікарські засоби [53]. У структурі медичного обслуговування первинна медична допомога посідає провідне місце, оскільки забезпечує перший контакт пацієнта із системою охорони здоров'я та виконує координаційну роль у подальшому маршруті медичного супроводу.

Однією з визначальних ознак сучасної моделі є те, що первинна медична допомога працює в чітко регламентованих рамках, де зміст і загальні правила організації послуг визначені на рівні державних стандартів. У цьому сенсі базовою опорою для опису організації первинної допомоги є нормативно закріплений порядок її надання, який окреслює логіку роботи, загальні функції та вимоги до організації процесів [8]. Саме через такий документ стає зрозуміло, що первинна допомога - це не лише перелік медичних втручань, а й упорядкована система дій, де важливі маршрути пацієнтів, розподіл відповідальності та стандартизовані підходи.

Фінансове забезпечення істотно впливає на організацію роботи первинної ланки, оскільки визначає реальні можливості медичних закладів. Більша частина ресурсів формується через співпрацю надавачів медичних послуг із Національною службою здоров'я України та реалізацію Програми медичних гарантій. У зв'язку з цим організація первинної медичної допомоги в громаді фактично поєднує управлінську автономію закладу і підзвітність щодо виконання умов договору та визначених показників. Запровадження контрактної моделі фінансування змінює управлінську логіку функціонування закладів первинної медичної допомоги, переводячи акцент із утримання інфраструктури на забезпечення результативності послуг і досягнення визначених показників.

Це, своєю чергою, підвищує роль керівника закладу як управлінця, відповідального не лише за організацію медичного процесу, але й за фінансову стійкість та ефективність діяльності установи.

Такі зміни фактично спонукають керівників медичних закладів діяти більш гнучко, приділяючи увагу плануванню, аналізу результатів і пошуку ефективних рішень, що відрізняє нинішні підходи від попередньої бюджетної практики. Керівник закладу первинної допомоги змушений одночасно забезпечувати стабільну організацію роботи, контроль за процесами, якість послуг і фінансову дисципліну. Цю логіку добре видно в аналітичних матеріалах, які узагальнюють результати реалізації Програми медичних гарантій та демонструють, як контракування впливає на роботу надавачів послуг [36].

Разом з тим первинна медична допомога в громадах має свою специфіку й з позиції місцевого самоврядування. Громада як засновник комунального закладу охорони здоров'я не просто утримує інфраструктуру, а фактично відповідає за те, щоб на її території існувала дієва мережа доступних послуг. У практиці це проявляється в управлінні майном, підтримці матеріальної бази, ухваленні локальних рішень щодо розвитку мережі, а також у координації з іншими суб'єктами, які впливають на медичну доступність (соціальні служби, транспорт, комунальна інфраструктура). Осмислення ролі громади в організації медичної допомоги знайшло відображення в аналітичних оглядах, які показують, як децентралізація впливає на відповідальність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. [12]. Оптимальний обсяг практики ПМД становить: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики - сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра [33].

Таким чином, громада виступає не пасивним утримувачем мережі медичних закладів, а активним суб'єктом формування умов їх функціонування. Це розширює спектр управлінських завдань органів місцевого самоврядування, які охоплюють не лише ресурсне забезпечення, а й стратегічне планування розвитку первинної допомоги з урахуванням демографічних, територіальних і

соціальних особливостей. Поступово стає очевидним, що роль територіальної громади у функціонуванні первинної медичної допомоги не обмежується організаційною підтримкою або фінансуванням інфраструктури. Вирішального значення набуває її управлінська спроможність, яка проявляється у здатності планувати розвиток медичної мережі, відстежувати результати діяльності закладів, аналізувати потреби населення та ухвалювати рішення щодо вдосконалення організації послуг. Така спроможність передбачає поєднання стратегічного бачення із щоденною управлінською практикою, що дозволяє громаді не лише підтримувати стабільність функціонування первинної ланки, а й адаптувати її до змін демографічної ситуації, ресурсних обмежень і нових викликів. Саме через управлінські можливості органів місцевого самоврядування формально створена мережа первинної медичної допомоги набуває рис реально дієвої системи, зорієнтованої на потреби мешканців громади.

Окремим аспектом, який впливає на організацію первинної допомоги, є здатність системи адаптуватися до нестандартних умов. У цьому сенсі показовими є нормативні рішення, ухвалені на рівні центральних органів влади у зв'язку з воєнним станом, оскільки вони демонструють, як змінюються управлінські процедури та організація роботи ПМД для збереження доступності послуг [33]. З огляду на це можна зробити висновок, що організаційна модель первинної допомоги в громадах включає не лише «звичайні» регламенти, а й механізми швидкого реагування на зовнішні ризики. Навіть в умовах тривалої російської агресії, обсяг гарантованих медичних послуг для українців не зменшений, а навпаки, продовжує розширюватись. Упродовж року в рамках Програми медичних гарантій успішно стартували й реалізувалися нові напрями – лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій і трансплантація [35].

Зміни, що відбуваються у сфері охорони здоров'я, поступово підводять до розуміння: організація первинної допомоги не може залишатися статичною і потребує здатності швидко реагувати на нові виклики. У такій ситуації гнучкість

управлінських процедур стає важливою умовою збереження безперервності медичного обслуговування населення громади.

Ще одна відчутна риса первинної ланки полягає в її координаційній ролі. У щоденній практиці це означає, що первинна допомога не обмежується наданням базових послуг, а організовує рух пацієнта в межах системи: від первинного звернення до скерування, супроводу й подальшого спостереження. Для територіальних громад така функція має особливе значення, адже саме вона зменшує втрати часу, дублювання обстежень та неузгодженість між різними закладами. У ширшому стратегічному розумінні координаційна функція узгоджується з підходами, які рекомендуються в сучасних оглядах розвитку первинної медичної допомоги в Україні [63]. Інтегрована первинна медична допомога, особливо на рівні первинної медичної допомоги (ПМД), виокремила як ключова стратегія вирішення складних медичних викликів сучасності. Цей підхід передбачає об'єднання різноманітних медичних та соціальних послуг у єдину систему, спрямовану на покращення якості та доступності медичного догляду, зокрема для пацієнтів із хронічними захворюваннями та багатопрофільними станами[51]. Інтегрована модель організації первинної медичної допомоги змінює саму логіку взаємодії з пацієнтом: у центрі уваги опиняється не окремий епізод лікування, а безперервний медичний супровід з урахуванням індивідуальних, соціальних і психологічних потреб людини. Об'єднання медичних і соціальних компонентів дозволяє зменшити фрагментарність допомоги, уникнути дублювання обстежень та покращити координацію між різними рівнями системи охорони здоров'я. У результаті підвищується якість обслуговування, зростає ефективність використання ресурсів і формується більш стійка, орієнтована на пацієнта модель первинної медичної допомоги. Метою є раціоналізація управління пацієнтами та підвищення ефективності лікування шляхом усунення фрагментації, яка зазвичай спостерігається у традиційних системах охорони здоров'я [51].

Реалізація інтегрованого підходу на рівні територіальних громад передбачає посилення взаємодії між медичними закладами різних рівнів,

соціальними службами та іншими інституціями, що впливають на стан здоров'я населення. Це означає поступову переорієнтацію організації первинної допомоги з епізодичного лікування на довготривалий супровід пацієнта, що охоплює профілактику, раннє виявлення захворювань і координацію подальшого медичного маршруту.

Для територіальної громади інтегрована модель первинної медичної допомоги виступає важливим інструментом підвищення доступності послуг, раціонального використання ресурсів та забезпечення безперервності медичного обслуговування, особливо для соціально вразливих груп населення.

У практиці організації первинної допомоги дедалі більшого значення набуває цифрова складова не як «модний» тренд, а як організаційна необхідність. Електронні декларації, цифровий облік, аналітичні дані для звітності й управлінських рішень поступово формують нову управлінську культуру, де планування і контроль ґрунтуються на реальних показниках. Цифровізація управлінських процесів означає впровадження сучасних інформаційних технологій для оптимізації, автоматизації та покращення управління всіма аспектами діяльності медичного закладу [11]. Цифрові рішення дозволяють систематизувати облік пацієнтів, фінансові операції, кадрові дані та показники діяльності закладу в єдиному інформаційному середовищі. Це підвищує прозорість управління, скорочує час на обробку інформації та зменшує ризик помилок, пов'язаних із ручним веденням документації. У результаті керівництво отримує можливість оперативно приймати обґрунтовані рішення на основі актуальних даних. Одним із основних напрямів цифровізації діяльності є створення єдиної бази даних з інформацією про пацієнтів, що забезпечить швидкий доступ медичного персоналу до необхідної інформації та зменшення паперової бюрократії [11]. Міжнародний досвід також підтверджує значення первинної ланки, підкреслюючи потребу у використанні управлінських і цифрових «підсилювачів» для підтримки її стабільної роботи [62].

Отже, використання цифрових інструментів поступово позначається не лише на технологічній, а й на організаційній складовій діяльності закладів

первинної медичної допомоги, сприяючи прийняттю управлінських рішень на основі даних, підвищенню прозорості процесів і більш виваженому плануванню ресурсів.

Окремо варто зважати, що організація первинної медичної допомоги в громадах не завжди обмежується межами однієї адміністративної одиниці. У низці випадків питання доступності й спроможності вирішуються через співробітництво територіальних громад, що дозволяє ефективніше планувати мережу та розподіляти ресурси. Такі практики описуються в аналітичних матеріалах, присвячених співробітництву громад у сфері охорони здоров'я [2].

Важливим аспектом організації первинної медичної допомоги виступає забезпечення належної якості медичних послуг, яка розглядається як багатовимірна характеристика функціонування системи медичного обслуговування. Концепція якості надання медичних послуг є глобальною і різнобічною. Експерти, зазвичай, розрізняють кілька основних характеристик якості [55]. До них відносять:

- ✓ професійну компетентність медичного персоналу;
- ✓ доступність допомоги незалежно від соціальних і територіальних обмежень
- результативність лікування;
- ✓ рівень міжособистісної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами;
- ✓ ефективність використання ресурсів;
- ✓ безперервність медичного супроводу;
- ✓ комфортність умов обслуговування.

Сукупність зазначених характеристик дозволяє оцінити не лише клінічну результативність медичної допомоги, а й рівень організаційної спроможності системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

Отож, організація первинної медичної допомоги в системі охорони здоров'я територіальних громад формується під впливом поєднання нормативно визначених стандартів, контрактної моделі фінансування, управлінської автономії закладу та активної ролі громади як засновника. Це відображається і

на управлінських процесах, які дедалі більше пов'язуються з орієнтацією на результат, ощадливим використанням ресурсів та забезпеченням безперервного медичного супроводу населення. Первинна ланка виступає не лише базовим рівнем надання медичних послуг, а й ключовим координатором руху пацієнта в межах системи, що підсилює її значення для організації медичної допомоги в громаді.

Умови функціонування первинної допомоги, що сьогодні формуються під впливом кризових викликів, цифрових змін і міжмуніципальної взаємодії, поступово підвищують вимоги до управлінської спроможності закладів та органів місцевого самоврядування. Сукупність зазначених характеристик дозволяє розглядати первинну медичну допомогу як ключовий елемент організаційного забезпечення медичного обслуговування населення на місцевому рівні.

1.3. Нормативно-правові засади надання медичної допомоги на місцевому рівні

Функціонування системи надання медичної допомоги на місцевому рівні визначається комплексом нормативно-правових актів, які формують організаційні, фінансові та управлінські рамки діяльності суб'єктів сфери охорони здоров'я. Нормативне регулювання виступає основою організаційного забезпечення, оскільки саме воно визначає повноваження органів влади, порядок взаємодії інституцій та гарантії доступності медичних послуг для населення.

Нормативно правові акти особливо чітко проявляють свою роль на рівні територіальних громад, де загальні законодавчі положення набувають конкретного управлінського наповнення. Саме через правові норми окреслюються можливості органів місцевого самоврядування щодо формування мережі медичних закладів, організації їх діяльності, розподілу ресурсів та забезпечення доступності медичних послуг для населення. Разом із цим правове регулювання визначає межі управлінської самостійності громади, поєднуючи державні гарантії у сфері охорони здоров'я з необхідністю врахування

територіальних особливостей і потреб мешканців. Тому нормативна складова постає не лише як регулятор, а як засіб упорядкування діяльності суб'єктів медичної системи на місцевому рівні.

В основі сучасної моделі державної політики України у сфері охорони здоров'я повинно бути розуміння того, що здоров'я людини – це соціально економічна цінність, а пріоритет держави – це реалізація її дій для забезпечення здоров'я кожної людини. Держава здійснює свою політику в сфері охорони здоров'я відповідно до нормативно-правової бази, в основі якої лежить Конституція України. Головна мета держави при здійсненні такої політики – забезпечити громадян доступною та ефективною медициною [55]. Закріплення права на охорону здоров'я на конституційному рівні визначає обов'язок держави формувати такі механізми управління та фінансування, які гарантують реальну доступність медичних послуг для населення. Реалізація цієї політики передбачає узгодження законодавчих, організаційних і фінансових інструментів із потребами громадян та демографічними викликами. Ефективність державної політики у сфері охорони здоров'я вимірюється не лише обсягом фінансування, а й здатністю системи забезпечити якісну та своєчасну медичну допомогу кожній людині.

Конституційною основою функціонування системи охорони здоров'я є положення про право кожного на медичну допомогу та обов'язок держави забезпечувати доступність і ефективність медичного обслуговування [21]. Подальший розвиток ці положення отримують у галузевому законодавстві, насамперед у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає принципи організації системи, права пацієнтів та обов'язки суб'єктів медичної діяльності [13]. Основні принципи охорони здоров'я закріплено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. Дотримання вказаних у цьому законі принципів сприятиме дієвості державного регулювання охорони здоров'я [48].

У наукових дослідженнях звертається увага на те, що нормативне регулювання сфери охорони здоров'я реалізується не лише через систему законодавчих актів, а й через принципи, які визначають характер управлінської діяльності та спрямовують практику її здійснення.

Зокрема, йдеться про організаційно-правові, економіко-правові та фінансово-правові принципи, що відображають взаємозв'язок управлінських, ресурсних і правових механізмів функціонування системи охорони здоров'я та формують підґрунтя для реалізації державної політики у цій сфері [48].

Виокремлення зазначених груп принципів дозволяє більш чітко окреслити зміст нормативного регулювання та зрозуміти логіку функціонування управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я. Для узагальнення їх змістових характеристик доцільно подати стислу систематизацію принципів, що визначають організацію надання медичної допомоги (Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Групи принципів нормативно-правового регулювання сфери охорони здоров'я

Група принципів	Змістове наповнення	Значення для організації медичної допомоги
Організаційно-правові	Визначають структуру управління, повноваження суб'єктів, порядок взаємодії органів влади та закладів охорони здоров'я	Забезпечують впорядкованість функціонування системи та розподіл відповідальності
Економіко-правові	Відображають економічну обґрунтованість діяльності, багатоканальність фінансування, стимулювання ефективності	Сприяють раціональному використанню ресурсів і розвитку медичної інфраструктури
Фінансово-правові	Регламентують бюджетне фінансування, фінансові гарантії, прозорість і підзвітність використання коштів	Формують ресурсну основу функціонування системи та гарантують доступність медичних послуг

Загалом різні групи принципів тісно переплітаються між собою і разом утворюють нормативну основу функціонування системи охорони здоров'я. Саме їх поєднання допомагає забезпечити правову визначеність управлінських процесів та формує умови для фінансової стійкості й узгодженої організації медичної допомоги на місцевому рівні.

Суттєві зміни у правовому регулюванні надання медичної допомоги були пов'язані із впровадженням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що започаткував нову модель фінансування галузі через Програму медичних гарантій [14]. Запровадження договірних відносин із Національною службою здоров'я України сприяло формуванню прозорих механізмів фінансування закладів та посиленню відповідальності за якість медичних послуг.

Особливе значення для організації медичної допомоги на місцевому рівні має законодавство про місцеве самоврядування, яке визначає компетенцію органів територіальних громад у сфері охорони здоров'я [15]. Зокрема, до повноважень місцевих органів влади належить створення та утримання комунальних закладів охорони здоров'я, забезпечення їх матеріально-технічної бази та участь у реалізації державних і регіональних програм.

Організація медичної допомоги на місцевому рівні формується у взаємодії державного регулювання і самостійності територіальних громад. Центральні органи влади визначають загальні правила функціонування системи, гарантії доступності медичних послуг і механізми фінансування, тоді як громади забезпечують їх практичне втілення з урахуванням територіальних умов. Зрештою ефективність медичної допомоги визначається не лише нормативними рішеннями, а й тим, наскільки громада здатна організувати їх реальне втілення на місцевому рівні.

Саме поєднання державних стандартів і локальних управлінських рішень формує організаційне підґрунтя функціонування системи медичного обслуговування населення у територіальних громадах.

Підзаконні нормативні акти деталізують порядок функціонування системи медичної допомоги та визначають організаційні аспекти діяльності закладів. Важливу роль у цьому відіграє постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році», яка окреслює механізми впровадження Програми медичних гарантій [16]. Кабінет Міністрів України встановив порядок забезпечення медичним обладнанням та транспортними засобами закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, необхідних для медичного обслуговування населення [52]. Подібні заходи мають важливе значення для підвищення доступності медичної допомоги у віддалених населених пунктах, де матеріально-технічні можливості закладів часто залишаються обмеженими.

Наявність необхідного обладнання та транспорту розширює можливості первинної ланки і дозволяє швидше реагувати на потреби населення. Зокрема, за рахунок коштів державного бюджету передбачено оснащення такими засобами: обладнанням для первинного медичного огляду, портативними телемедичними пристроями для дистанційного збору і передачі даних про фізіологічні показники пацієнта, а також інструментарієм і обладнанням для надання невідкладної допомоги, виконання малих хірургічних втручань і проведення офтальмологічних оглядів [52]. Не менш значущими є накази Міністерства охорони здоров'я України, зокрема наказ про затвердження «Порядку надання первинної медичної допомоги» та нормативні акти, що визначають особливості її організації в умовах воєнного стану, які регламентують порядок надання медичних послуг і формування маршрутів пацієнтів [31].

В умовах воєнного стану нормативно-правове регулювання доповнилося низкою рішень, спрямованих на забезпечення безперервності медичної допомоги та адаптацію системи до нових викликів. Зокрема, наказ Міністерства охорони здоров'я України № 496 «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» визначив особливості організації медичних послуг у кризових умовах [33]. Прийняття спеціальних нормативних актів щодо організації медичних послуг у кризових умовах дозволило зберегти

функціонування мережі закладів і забезпечити доступ населення до медичного обслуговування. Аналіз чинних нормативно-правових актів України у сфері охорони здоров'я засвідчує, що вони формують базову законодавчу основу для забезпечення доступності медичних послуг, визначають права та обов'язки учасників медичних правовідносин, а також окреслюють принципи фінансування системи [53].

Правове середовище функціонування системи охорони здоров'я не залишається незмінним, оскільки реагує на суспільні зрушення, розвиток медичних технологій та зміну підходів до фінансування галузі. Для територіальних громад це пов'язано з потребою не лише орієнтуватися у чинних нормативних актах, а й своєчасно враховувати їх корективи під час організації медичної допомоги. Постійне оновлення правового поля підвищує значення управлінських рішень на місцевому рівні, адже саме через них нові положення поступово входять у повсякденну діяльність закладів охорони здоров'я. Правове регулювання у цьому розумінні сприймається не як сукупність фіксованих вимог, а як простір узгодження державної політики та локальних управлінських дій.

З огляду на це нормативно-правові акти можна розглянути за рівнями їх регуляторного впливу (Таблиці 1.2).

Нормативно-правові засади надання медичної допомоги на місцевому рівні формують цілісне правове середовище, в межах якого здійснюється організація та функціонування системи медичного обслуговування населення. Послідовний аналіз законодавчих і підзаконних актів дає змогу побачити, що нормативне регулювання не лише визначає загальні принципи діяльності сфери охорони здоров'я, а й деталізує повноваження суб'єктів управління, фінансові механізми та організаційні процедури надання медичних послуг у територіальних громадах.

Таблиця 1.2

Нормативно-правова база надання медичної допомоги на місцевому рівні

Рівень регулювання	Нормативний акт	Роль у системі
Конституційний	Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР	Гарантує право на медичну допомогу та визначає обов'язки держави
Базове галузеве законодавство	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII	Визначає принципи організації системи охорони здоров'я
Фінансове забезпечення	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII	Регламентує фінансування через Програму медичних гарантій
Повноваження громад	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР	Закріплює компетенцію територіальних громад у сфері охорони здоров'я
Підзаконний рівень (уряд)	Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» від 17.01.2025 № 34	Визначає механізми реалізації державних гарантій
Галузеве регулювання	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 № 504	Регламентує порядок надання медичної допомоги
Антикризове регулювання	Наказ МОЗ України «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» від 17.03.2022 № 496	Визначає особливості організації допомоги в умовах воєнного стану

Можемо побачити, що правове регулювання у сфері охорони здоров'я складається з кількох взаємопов'язаних рівнів: конституційних гарантій, галузевого законодавства, актів органів виконавчої влади та відомчих документів. Саме поєднання цих рівнів задає орієнтири для роботи медичної галузі, але з часом потребує уточнення й оновлення відповідно до соціально-економічних змін.

Кожен із цих рівнів виконує окрему функцію: Конституція визначає базові гарантії, закони конкретизують механізми реалізації прав, а підзаконні акти регулюють практичні аспекти діяльності закладів охорони здоров'я.

Зміни в суспільстві, демографічній структурі населення та фінансових можливостях держави зумовлюють необхідність періодичного перегляду нормативної бази. Без її адаптації складно забезпечити відповідність між задекларованими принципами та реальними умовами функціонування системи охорони здоров'я.

У сучасних умовах нормативно-правова база медичної галузі постійно вдосконалюється, що дозволяє адаптувати її до вимог ринку та підготувати до впровадження медичного страхування. Окрім державного регулювання, зростає роль громадськості у впливі на якість медичних послуг та контролі за їх наданням. Це враховує залучення пацієнтів та громадських організацій до процесу контролю та оцінки якості медичних послуг [52]. Зрештою організація медичної допомоги дедалі більше пов'язується з поєднанням державних гарантій, ініціатив громади та суспільного контролю, що формує більш відкритий і зорієнтований на потреби населення підхід до надання медичних послуг.

На нашу думку, організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах варто розглядати як складний управлінський процес, у межах якого поєднуються інституційні рішення, ресурсні можливості та механізми взаємодії суб'єктів медичної сфери. Ефективність організації медичного обслуговування визначається не лише наявністю відповідної

інфраструктури чи нормативних регламентів, а здатністю громади забезпечити їх узгоджене функціонування з урахуванням локальних потреб населення.

Розкриття змісту організаційних механізмів показало, що діяльність у сфері медичної допомоги на місцевому рівні охоплює комплекс взаємопов'язаних управлінських дій, спрямованих на створення умов для безперервності, доступності та результативності медичного обслуговування.

Особливу роль у цьому відіграють органи місцевого самоврядування, які виступають найближчим до населення суб'єктом організації медичних послуг і водночас забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я.

Дослідження особливостей функціонування первинної медичної допомоги засвідчило її ключове значення для організації медичного обслуговування у громадах, оскільки саме на цьому рівні формується щоденна управлінська практика, що визначає доступність послуг і безперервність супроводу пацієнта. Поєднання контрактної моделі фінансування, управлінської автономії закладів та активної ролі громади зумовлює зміну характеру організаційних рішень, підсилює значення професійної компетентності керівників і вимагає постійного відстеження результативності діяльності.

Аналіз нормативно правових засад надання медичної допомоги показав, що багаторівнева система правового регулювання створює основу для функціонування медичної галузі, визначає повноваження суб'єктів управління та механізми фінансового забезпечення. Водночас практична реалізація законодавчих положень значною мірою залежить від управлінської спроможності територіальних громад, які забезпечують адаптацію державних вимог до умов конкретної території та організовують їх впровадження у діяльність закладів охорони здоров'я. Ефективність нормативного регулювання проявляється не лише у формальному дотриманні вимог законодавства, а й у здатності місцевого рівня забезпечити їх практичне втілення. Саме на рівні громади відбувається поєднання правових норм із реальними управлінськими рішеннями, що впливають на доступність і якість медичних послуг. Узгодженість дій між державними інституціями та органами місцевого

самоврядування формує цілісність функціонування системи охорони здоров'я. У цьому контексті організаційна спроможність громади виступає ключовим чинником стабільності та розвитку медичної галузі.

Отже, організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах доцільно розглядати як сукупність управлінських дій і взаємодій, що забезпечують функціонування медичної мережі, раціональне використання ресурсів і координацію діяльності суб'єктів медичної сфери на місцевому рівні.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КНП «ДЕРАЖНЯНСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

2.1. Загальна характеристика діяльності та організаційної структури КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Комунальне підприємство «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» є закладом охорони здоров'я, створеним з метою забезпечення населення територіальної громади доступною та якісною первинною медичною допомогою. Заклад функціонує у формі комунального некомерційного підприємства, що передбачає поєднання управлінської автономії з виконанням соціально значущих функцій у сфері охорони здоров'я.

Комунальне некомерційне підприємство «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради Хмельницької області є об'єктом власності Деражнянської міської територіальної громади. Підприємство є закладом охорони здоров'я, яке створене з метою здійснення функцій і повноважень щодо реалізації на території Деражнянської міської територіальної громади державної політики в галузі охорони здоров'я, впровадження господарської діяльності з медичної практики, організації надання первинної медичної допомоги населенню [26]. Засновником підприємства виступає Деражнянська міська рада, що визначає стратегічні напрями розвитку закладу, затверджує його статут та здійснює контроль за ефективністю використання комунального майна. Організація діяльності у формі комунального некомерційного підприємства відповідає сучасній моделі функціонування первинної медичної допомоги, у межах якої територіальна громада бере активну участь у формуванні та розвитку мережі доступних медичних послуг. Саме на рівні громади визначаються пріоритети розвитку закладу, напрями ресурсного забезпечення та умови наближення медичної допомоги до населення. Це підсилює роль місцевого самоврядування у забезпеченні реальної доступності медичного обслуговування.

Основною метою діяльності центру є надання первинної медичної допомоги населенню громади, що включає профілактику захворювань, діагностику, лікування поширених станів, медичний супровід пацієнтів та координацію їх подальшого маршруту в системі охорони здоров'я. У цьому сенсі заклад виконує не лише лікувальну, а й організаційно-координаційну функцію, виступаючи першим контактним рівнем медичної системи. КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради Хмельницької області має наступні структурні підрозділи – амбулаторії загальної практики- сімейної медицини м. Деражня, с. Зяньківці, с. Маниківці, смт Лозове, смт Вовковинці та 23 фельдшерських пункти [26].

Організаційна структура підприємства побудована з урахуванням потреб населення громади та територіальних особливостей її розміщення. До складу центру входять амбулаторії загальної практики - сімейної медицини, що забезпечують надання послуг безпосередньо за місцем проживання пацієнтів, а також адміністративні підрозділи, які здійснюють управління діяльністю закладу. Така структура дозволяє поєднати децентралізоване надання послуг із централізованим управлінням процесами. Центр ПМСД забезпечує первинною медичною допомогою 30633 чоловік, що проживають на території Деражнянської міської територіальної громади та Вовковинецької територіальної громади. КНП Центр первинної медичної допомоги «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради Хмельницької області застосовує медичну практику за спеціальністю – загальна практика-сімейна медицина та педіатрія [26].

Керівництво підприємства здійснюється директором, який відповідає за стратегічний розвиток закладу, організацію медичної діяльності, фінансову стабільність та взаємодію із засновником і Національною службою здоров'я України. Разом із тим у практиці управління важливу роль відіграє командна взаємодія адміністративного та медичного персоналу, що забезпечує узгодженість організаційних рішень.

Важливою особливістю функціонування первинної медичної допомоги в Україні є можливість надання медичних послуг суб'єктами різних організаційно-правових форм, що формує конкурентне середовище та розширює доступ населення до медичного обслуговування. Надавати послуги ПМД можуть надавачі різної організаційноправової форми, як комунальні, так і приватні надавачі. НСЗУ може укладати договори про надання послуг ПМД як з комунальними, так і з приватними надавачами. Незалежно від організаційноправової форми; всі надавачі повинні мати ліцензію на надання послуг ПМД [7].

Кадровий потенціал КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» формується лікарями загальної практики — сімейними лікарями, лікарями-педіатрами, середнім медичним персоналом та адміністративними працівниками. Саме кадрова складова визначає спроможність закладу забезпечувати безперервність медичного обслуговування населення та реалізовувати сучасні підходи до організації первинної допомоги. Діяльність центру первинної медичної допомоги в межах територіальної громади не обмежується безпосереднім наданням медичних послуг. Заклад фактично виступає організаційною ланкою, через яку формується взаємодія між медичною системою, органами місцевого самоврядування та населенням. Саме на рівні центру узгоджуються питання планування навантаження, організації виїзної роботи, інформаційного супроводу пацієнтів і координації взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я. Така роль підсилює значення управлінських рішень керівництва центру, оскільки від їх узгодженості залежить не лише ефективність внутрішньої діяльності закладу, а й доступність медичної допомоги в громаді загалом.

Функціонування КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» відбувається в межах системи медичних гарантій. Оплата послуг залежить від кількості укладених декларацій та фактично наданої допомоги. Це стимулює заклад підтримувати якість обслуговування, працювати над збереженням довіри пацієнтів, раціонально планувати навантаження.

Організація діяльності поступово переходить від моделі утримання до моделі результату.

Матеріально-технічна база КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» включає приміщення амбулаторій, медичне обладнання, транспортні засоби та інформаційні системи. Цифрові інструменти стають невід'ємною частиною щоденної роботи: електронні декларації, медичні записи, звітність. Це змінює характер управління - процеси стають більш прозорими і контрольованими.

Діяльність центру не обмежується медичними процедурами. Він виступає точкою перетину інтересів громади, системи охорони здоров'я та окремої людини. Саме тут вирішуються питання доступності послуг, організації прийому, профілактичної роботи, комунікації з населенням. У цьому сенсі КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» є не лише медичною установою, а інституційним елементом розвитку громади.

Оцінюючи організаційну модель КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги», можна говорити про сформовану систему надання первинної допомоги, яка поєднує територіальну доступність, управлінську автономію та інтеграцію в державну модель фінансування. Подальший розвиток цієї системи залежить від кадрової стабільності, раціонального використання ресурсів і здатності адаптуватися до соціально-демографічних змін.

2.2. Оцінка кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення діяльності центру

Функціонування КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» значною мірою визначається рівнем його ресурсного забезпечення, яке охоплює кадрову, фінансову та матеріально-технічну складові. Саме їх поєднання формує реальні можливості закладу щодо забезпечення доступності й належної якості медичних послуг для населення територіальної громади (Рис. 2.1).



Рис. 2.1. Структура організаційної спроможності центру первинної медичної допомоги

Кадрова складова посідає особливе місце у структурі організаційної спроможності центру, адже первинна медична допомога орієнтована передусім на безпосередню взаємодію з пацієнтом. Значна кількість прикріпленого населення на одну лікарську посаду зумовлює потребу у збалансованому розподілі навантаження, підтримці професійної стійкості персоналу та прийнятті своєчасних управлінських рішень на рівні керівництва закладу і громади.

Перед переходом до аналізу кадрових показників доречно коротко визначити, кого саме охоплює поняття медичних кадрів. Медичні кадри складаються з широкого спектру фахівців: медичного, немедичного та управлінського профілю. Кадрові ресурси є найважливішим активом, необхідним для забезпечення надання медичної допомоги населенню країни, й на якому побудована стратегія професійного розвитку й підвищення рівня

кваліфікації, з урахуванням світового досвіду, управлінських заходів і національних потреб [19].

Кадрове забезпечення є однією з ключових складових організаційної спроможності закладу первинної медичної допомоги. Саме від професійного рівня медичних працівників залежить якість, безперервність та доступність медичних послуг для населення. Головна мета сучасної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України [23]. Кадровий склад закладу охоплює медичних працівників, адміністративний і допоміжний персонал, які спільно забезпечують роботу КНП «Деражнянський центр ПМСД» (Таблиця 2.1) (Додаток А, В).

Таблиця 2.1

Динаміка чисельності персоналу КНП «Деражнянський центр ПМСД» у 2022–2024 рр.

Рік	Кількість працівників, осіб	Абсолютна зміна 2024/2022	Темп зміни, %
2022	113	-	-
2023	110	-3	97,3
2024	106	-4	96,4

Упродовж 2022–2024 рр. простежується поступове скорочення чисельності працівників: у 2023 році штат зменшився на 3 особи, а у 2024 році, відповідно, ще на 4. Такі зміни можуть пояснюватися оптимізацією структури, міграційними процесами та загальними демографічними тенденціями у сфері охорони здоров'я. Разом із тим зменшення чисельності персоналу актуалізує питання ефективнішого використання наявних трудових ресурсів і посилює значення управлінських рішень щодо організації роботи.

Ключову роль у кадровому потенціалі центру відіграє лікарський персонал, оскільки саме він забезпечує безпосередній контакт із пацієнтами. Рівень укомплектованості лікарями впливає на доступність медичних послуг, навантаження на одного фахівця та якість медичного обслуговування.

Водночас загальна чисельність лікарів не повністю відображає реальні можливості функціонування первинної ланки. Безпосередню взаємодію з населенням забезпечують передусім лікарі сімейної медицини та педіатри, тому розмежування загального лікарського складу і лікарів первинної ланки дозволяє більш об’єктивно оцінити доступність медичних послуг.

За результатами аналізу кадрових даних встановлено, що чисельність лікарів КНП «Деражнянський центр ПМСД» у досліджуваний період зазнала незначних змін (Таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Динаміка чисельності лікарського персоналу КНП «Деражнянський центр ПМСД» (усього), 2022–2024 рр.

Рік	Кількість працівників, осіб	Абсолютна зміна 2024/2022	Темп зміни, %
2022	34	-	-
2023	32	–2	94,1
2024	31	–1	96,9

За 2022–2024 рр. чисельність лікарського персоналу КНП «Деражнянський центр ПМСД» поступово зменшилася з 34 осіб у 2022 році до 31 особи у 2024 році. Тобто за три роки центр втратив трьох лікарів. Для закладу первинної допомоги це важливо не тільки як статистика, а як фактор, який прямо впливає на організацію прийому, доступність консультацій і розподіл навантаження між працівниками.

Зменшення кількості лікарів майже завжди означає, що частину роботи потрібно перерозподіляти: змінюються графіки, зростає щільність запису,

більше значення має командна робота (залучення медичних сестер, реєстратури, адміністрування потоку пацієнтів).

Тому в управлінні центром на перший план виходить питання не просто «скільки людей у штаті», а як організована робота, щоб зберегти безперервність послуг для населення.

Окремо варто врахувати, що центр працює у форматі розгалуженої мережі: 5 амбулаторій загальної практики — сімейної медицини та 23 фельдшерські пункти (Таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

Мережа структурних підрозділів КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»

№ п/п	Вид підрозділу	Найменування / характеристика	Кількість
1.	Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини	м. Деражня	1
		с. Зяньківці	1
		с. Маниківці	1
		смт Лозове	1
		смт Вовковинці	1
Разом амбулаторій			5
2.	Фельдшерські пункти	ФП на території старостинських округів громади	23
Загальна кількість структурних підрозділів			28

Така будова з одного боку наближає допомогу до людей, а з іншого - ускладнює керування щоденними процесами: потрібно узгоджувати графіки, забезпечувати виїзди, підтримувати зв'язок між підрозділами, планувати логістику матеріалів і контроль якості. За цих умов навіть невелике кадрове скорочення відчувається сильніше, ніж у компактному закладі з однією локацією.

Разом із загальною кількістю лікарів важливо подивитися саме на лікарів первинної ланки (сімейних лікарів і педіатрів), тобто тих, хто найчастіше контактує з пацієнтами та формує доступність первинної допомоги в громаді. Їх чисельність у 2022–2024 рр. також зменшилася з 14 до 12 осіб (Таблиця 2.4). Фактично це означає, що навантаження на одного лікаря зростає, а управлінські рішення щодо планування прийому, запису, виїзної роботи та розподілу функцій між лікарем і медсестрою стають ще більш значущими.

Таблиця 2.4

Кадрове забезпечення лікарями первинної медичної допомоги КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» у 2022–2024 рр.

Показник	2022	2023	2024	Абсолютна зміна 2024/2022	Темп зміни, %
Кількість лікарів, осіб	14	13	12	–2	85,7

Поступове скорочення чисельності лікарів первинної ланки має не лише статистичний вимір, а й безпосередньо впливає на організацію роботи центру. Зменшення кількості фахівців за незмінної чисельності населення означає перерозподіл навантаження між наявними лікарями, що позначається на щільності запису, тривалості прийому та можливостях профілактичної роботи. За таких умов лікар вимушений зосереджуватися насамперед на поточних зверненнях, тоді як системна профілактика та індивідуальний супровід пацієнтів потребують додаткового часу і ресурсів.

Зростання навантаження формує ризики професійного виснаження персоналу, що особливо відчутно в умовах роботи у сільських населених пунктах із розгалуженою мережею підрозділів. Для лікаря первинної ланки характерним є поєднання консультативної, діагностичної, профілактичної та адміністративної

роботи. Коли чисельність фахівців зменшується, кожна з цих функцій потребує більш чіткого планування та координації.

Кадровий фактор має і фінансовий вимір. Обсяг фінансування, що надходить через Програму медичних гарантій, безпосередньо пов'язаний із кількістю декларацій, які може обслуговувати лікар. Розрахунок рівня фінансування закладів охорони здоров'я відбувається відповідно до державної національної бази eHealth, тобто залежно від кількості пацієнтів, які обслуговуються на будь-якому рівні закладу охорони здоров'я [40]. Обмеження кадрового складу потенційно знижує граничну спроможність центру щодо розширення кількості пацієнтів, а отже впливає на можливості зростання доходів. У цій площині кадрова стійкість набуває стратегічного значення, оскільки визначає не лише якість медичної допомоги, а й фінансову стабільність закладу.

Окремої уваги потребує питання наступності та збереження професійного досвіду. У разі звільнення досвідченого лікаря громада втрачає не лише штатну одиницю, а й сформовані довготривалі зв'язки з пацієнтами, знання специфіки локальних медичних потреб та накопичену практику супроводу хронічних захворювань. У сільських громадах цей аспект має особливу вагу, оскільки довіра населення до лікаря значною мірою ґрунтується на особистій взаємодії.

У сукупності зазначені обставини окреслюють кадрову складову як одну з ключових зон потенційної вразливості діяльності центру. Збереження та розвиток кадрового потенціалу виступає необхідною передумовою підтримання доступності медичної допомоги та забезпечення фінансової збалансованості закладу.

Поруч із кадровими питаннями не менш важливою є фінансова сторона роботи центру, адже саме вона визначає, які ресурси реально можна спрямувати на зарплати, утримання мережі підрозділів, закупівлі та оновлення матеріальної бази.

Фінансування КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» формується з кількох джерел: коштів Програми медичних гарантій

(через НСЗУ), місцевого бюджету та окремих цільових надходжень. Центральним елементом цієї системи є співпраця з НСЗУ, яка оплачує надані послуги на підставі укладених договорів [37]. Практична реалізація контрактної моделі фінансування діяльності центру відображається у переліку укладених договорів із Національною службою здоров'я України, що визначають спектр медичних послуг, які фінансуються в межах Програми медичних гарантій.

Фінансове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги в Україні здійснюється в межах реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я. Запровадження нової моделі фінансування було спрямоване на підвищення прозорості використання бюджетних коштів, формування економічних стимулів для закладів та забезпечення гарантованого пакета медичних послуг для населення. Ключову роль у цій системі відіграє спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади, що забезпечує реалізацію програми медичних гарантій. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 було утворено Національну службу здоров'я України, яка укладає договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з закладами охорони здоров'я та здійснює їм оплату наданих медичних послуг, що дозволяє реагувати на нові виклики, створює фінансові стимули для покращення управління закладами охорони здоров'я та надає пацієнтам гарантії щодо того, які медичні послуги вони можуть отримати безоплатно [22]. Отож, фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється на договірних засадах відповідно до обсягу фактично наданих медичних послуг. Для закладів первинної медичної допомоги це означає перехід до моделі, в якій фінансові надходження безпосередньо пов'язані з кількістю задекларованих пацієнтів та якістю організації роботи.

У цих умовах ефективність управління закладом набуває особливого значення, оскільки саме від внутрішньої організації процесів залежить стабільність фінансових ресурсів.

В КНП «Деражнянський центр ПМСД» ДМР ХО наявні діючі договори з Національною службою здоров'я України на:

- ✓ надання первинної медичної допомоги;
- ✓ супровід і лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз на первинному рівні медичної допомоги;
- ✓ супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги [49]. Наявність зазначених договорів свідчить про розширення функціональних можливостей центру та його інтеграцію у сучасну модель надання первинної медичної допомоги, орієнтовану на комплексний медичний супровід пацієнтів.

На законодавчому рівні фінансування закладів охорони здоров'я відбувається через видатки держаного бюджету, видатки місцевих бюджетів та інші джерела фінансування (донорські програми, медичне страхування, гарантії, на-дання передбачено переліку платних послуг та інші джерела не заборонені законодавством) [40]. Фінансова модель системи охорони здоров'я в Україні формувалася з урахуванням міжнародних підходів до забезпечення доступності та соціальної захищеності населення. На сьогодні фінансування у сфері охорони здоров'я базується на основі принципів всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я, солідарності та справедливості. Зокрема, важливим є принцип солідарності та універсального охоплення населення медичними послугами, щоб кожна особа мала однаковий доступ до медичної допомоги, мала змогу отримати її своєчасно, в необхідному обсязі і не зазнаючи при цьому катастрофічних витрат [41]. Реалізація зазначених принципів здійснюється через механізм державних фінансових гарантій та договірні відносини між НСЗУ і закладами охорони здоров'я. Для закладів первинної медичної допомоги це означає забезпечення фінансової стабільності за умови дотримання встановлених стандартів надання послуг.

У практичній діяльності КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» основним джерелом фінансування виступають кошти, що надходять через Програму медичних гарантій, а також підтримка з місцевого бюджету.

Фінансова діяльність центру характеризується стабільним обсягом доходів, що формуються переважно за рахунок контрактів з НСЗУ та місцевого бюджету. Місцеві органи влади, як власники, надають різні фінансові субсидії та матеріально-технічні ресурси комунальним надавачам додатково до обов'язкового фінансування оплати комунальних послуг [7]. Підтримка з боку органів місцевого самоврядування може охоплювати як капітальні вкладення в оновлення обладнання та ремонт приміщень, так і цільові трансферти на покриття окремих витрат закладу.

Така участь громади дозволяє зменшити фінансове навантаження на медичну установу та забезпечити стабільність її функціонування. Система фінансування охорони здоров'я – складний механізм, який забезпечує збір, розподіл та використання коштів для забезпечення медичних потреб населення. Для ефективного функціонування такої системи необхідно забезпечити стійке фінансування, яке забезпечить доступність та якість медичної допомоги всім громадянам [41].

Рівень місцевої підтримки безпосередньо впливає на можливості розвитку матеріально-технічної бази та покращення умов надання медичних послуг. Ця підтримка включає капітальні інвестиції та трансферти для покриття додаткових витрат, таких як доплати до заробітної плати. Крім того, у більшості областей товари громадського здоров'я, такі як основні лікарські засоби та вакцини, надаються комунальним закладам безкоштовно [7]. Участь місцевого рівня у фінансовій підтримці створює додаткові можливості для модернізації інфраструктури та забезпечення стабільної роботи закладу. Поєднання державного фінансування та ресурсів громади підвищує гнучкість управління і дозволяє оперативніше реагувати на потреби населення. Це сприяє зміцненню організаційної спроможності закладів первинної медичної допомоги та покращенню якості послуг.

Таблиця 2.4

Динаміка фінансових результатів діяльності КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» у 2022–2024 рр., тис. грн

Показник	2022	2023	2024	Абсолютна зміна 2024/2022	Темп зміни, %
Дохід	25 315,6	26 612,9	27 537,4	+2 221,8	108,8
Витрати	24 885,5	26 281,4	27 276,1	+2 390,6	109,6
Чистий прибуток	430,1	331,5	261,3	–168,8	60,7

Аналіз фінансових результатів дозволяє більш детально оцінити внутрішню стійкість діяльності центру. У 2024 році обсяг доходів зріс порівняно з попереднім періодом і становив 27 537,4 тис. грн, що на 924,5 тис. грн більше, ніж у 2023 році. Разом із тим витрати зросли ще динамічніше - на 994,7 тис. грн, досягнувши 27 276,1 тис. грн. Внаслідок цього чистий фінансовий результат зменшився з 331,5 тис. грн до 261,3 тис. грн.

З формальної точки зору центр залишається прибутковим, однак співвідношення чистого прибутку до загального обсягу доходів залишається незначним і становить менш ніж один відсоток. За такого рівня фінансового результату заклад фактично функціонує в умовах мінімального резерву стійкості. Невелике відхилення у доходах або додаткове зростання витрат може суттєво вплинути на збалансованість бюджету.

Особливу увагу привертає структура витрат. У звіті вони відображені як операційні, що відповідає специфіці діяльності закладу первинної медичної допомоги. Для такого типу підприємств основну частку витрат формує фонд оплати праці та нарахування на заробітну плату, адже медична послуга є насамперед результатом роботи фахівця. Значну роль відіграють також витрати на утримання приміщень амбулаторій і фельдшерських пунктів, оплату енергоносіїв, забезпечення транспортного обслуговування та підтримку інформаційних систем.

Зростання витрат у 2024 році пов'язане із підвищенням рівня заробітної плати, інфляційними процесами та збільшенням вартості комунальних послуг. Для закладу з розгалуженою мережею підрозділів навіть помірне підвищення тарифів відчувається значніше, ніж для компактних установ з однією локацією. Це підсилює потребу у постійному моніторингу витрат та уважному фінансовому плануванні.

Фінансова модель центру безпосередньо залежить від кількості укладених декларацій із пацієнтами, адже основна частина доходів формується через контракт із Національною службою здоров'я України. За умов скорочення лікарського складу зменшується гранична кількість декларацій, яку може обслуговувати заклад, що у перспективі здатне вплинути на обсяг фінансування. Таким чином, кадрова складова має не лише організаційне, а й пряме фінансове значення.

У сукупності отримані результати демонструють, що центр зберігає стабільність функціонування, проте працює в умовах обмеженого фінансового простору.

Збалансованість доходів і витрат забезпечує поточну діяльність, але не створює значного внутрішнього ресурсу для масштабної модернізації або формування резервного фонду. За таких обставин особливої ваги набуває стратегічне управління кадровими ресурсами та ефективна організація витрат.

На рис. 2.1. представлено динаміку доходів, витрат та чистого фінансового результату КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» у 2022–2024 роках.

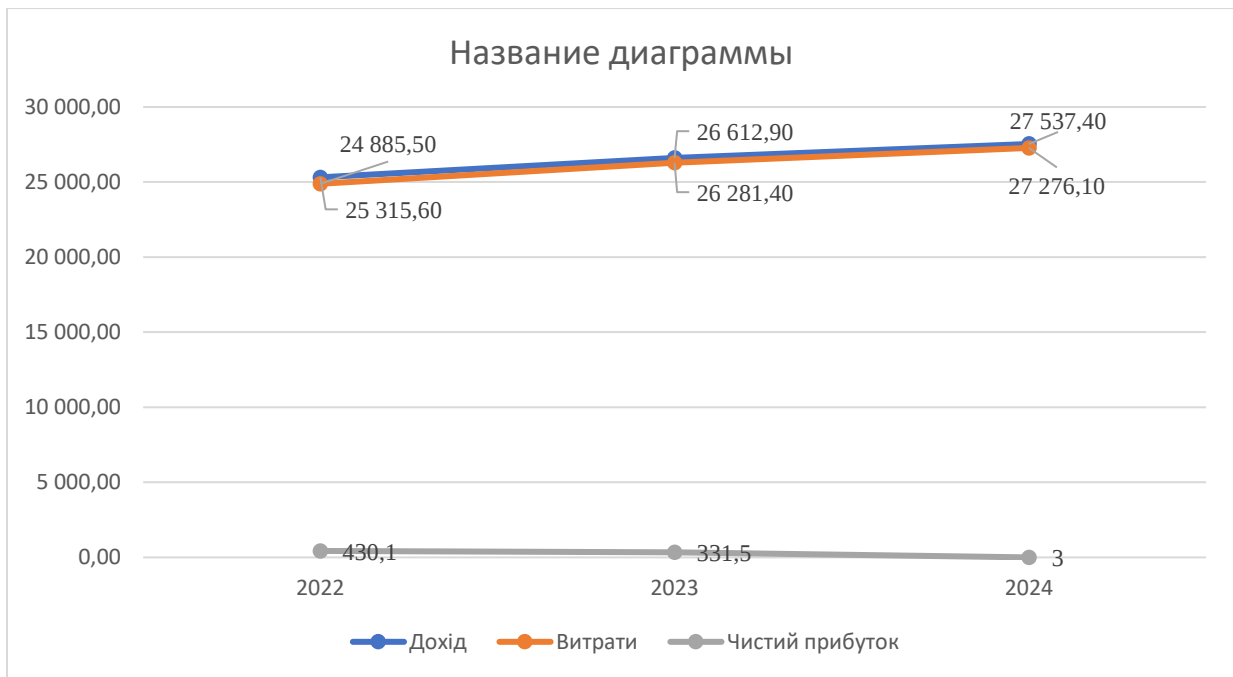


Рис. 2.1. Динаміка доходів, витрат та чистого фінансового результату КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» у 2022–2024 рр.

Поступове зростання доходів центру у 2022–2024 роках говорить про збереження обсягів фінансування в межах контрактної моделі співпраці з НСЗУ. Водночас динаміка витрат має більш інтенсивний характер, унаслідок чого фінансовий результат у 2024 році зменшився порівняно з попередніми періодами.

Незважаючи на збереження прибутковості, КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» функціонує в умовах обмеженого запасу стійкості, що підсилює значення ефективного управління ресурсами та планування витрат. Невеликий обсяг чистого фінансового результату залишає заклад чутливим до зростання витрат або змін у механізмі фінансування. За таких умов особливого значення набуває раціональний розподіл ресурсів, контроль за структурою витрат і своєчасне фінансове планування. Саме управлінська здатність прогнозувати ризики та адаптуватися до змін визначає фінансову стабільність центру в довгостроковій перспективі.

Матеріально-технічна база центру формується насамперед за рахунок основних засобів, які забезпечують безперервність надання медичних послуг та

функціонування розгалуженої мережі амбулаторій і фельдшерських пунктів. Аналіз динаміки активів доводить суттєве зміцнення матеріального потенціалу закладу у 2023 році (Таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Динаміка активів КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» у 2022–2024 рр., тис. грн

Показник	2022	2023	2024	Абсолютна зміна 2024/2022	Темп зміни, %
Основні засоби	7 150,9	14 833,8	14 351,4	+7 200,5	200,7
Оборотні активи	2 900,0	2 675,0	3 167,9	+267,9	109,2
Валюта балансу	10 050,9	17 508,8	17 519,3	+7 468,4	174,3

Збільшення вартості основних засобів більш ніж у два рази порівняно з 2022 роком логічно пояснюється оновленням обладнання та посиленням матеріально-технічної бази закладу.

Збільшення валюти балансу майже у 1,7 рази відображає розширення ресурсної основи діяльності центру. Подібна зміна має важливе значення для первинної медичної допомоги, оскільки сучасне обладнання, належний стан приміщень і транспортне забезпечення безпосередньо впливають на якість і доступність медичних послуг, особливо в умовах сільської території.

У 2024 році спостерігається незначне зменшення вартості основних засобів, що пояснюється амортизаційними процесами. Водночас загальний обсяг активів зберігає стабільний рівень, що дозволяє підтримувати функціонування мережі підрозділів без суттєвих ресурсних втрат. Переважання у структурі активів необоротних ресурсів є закономірним для закладів охорони здоров’я,

оскільки їх функціонування пов'язане з експлуатацією спеціалізованого обладнання та відповідної інфраструктурної бази.

Разом із тим суттєве зростання матеріально-технічної бази вимагає відповідного фінансового забезпечення її утримання. Обслуговування обладнання, витрати на енергоносії, амортизаційні відрахування та поточні ремонти формують додаткове навантаження на бюджет закладу. За умов мінімального фінансового резерву ефективне планування витрат на утримання активів стає одним із ключових управлінських завдань.

У сукупності матеріально-технічний компонент можна оцінити як достатньо розвинений і стабільний, однак його подальше оновлення та модернізація безпосередньо залежать від збереження фінансової збалансованості та кадрової стійкості центру.

Аналіз динаміки активів у поєднанні з фінансовими результатами дозволяє глибше оцінити реальний ресурсний потенціал центру. Зростання вартості основних засобів упродовж досліджуваного періоду свідчить про оновлення матеріально-технічної бази та підтримку функціонування розгалуженої мережі підрозділів.

До того ж зменшення чистого фінансового результату у 2024 році окреслює межі подальшого інвестиційного розширення за рахунок власних ресурсів. Фактична збалансованість доходів і витрат забезпечує стабільність поточної діяльності, проте формує обмежений внутрішній резерв для масштабної модернізації.

За таких умов ефективність управлінських рішень щодо розподілу коштів, пріоритетності оновлення обладнання та підтримки кадрового потенціалу набуває визначального значення для збереження організаційної спроможності закладу.

2.3. Аналіз організації надання медичної допомоги населенню територіальної громади

Організація надання медичної допомоги населенню територіальної громади є ключовим індикатором ефективності функціонування системи первинної медичної допомоги. Саме на рівні практичної взаємодії закладу з населенням проявляється реальна спроможність організаційних механізмів забезпечувати доступність, безперервність та результативність медичного обслуговування.

Насамперед організація надання медичної допомоги визначається територіальною доступністю послуг. Мережа амбулаторій і пунктів прийому пацієнтів формує просторову основу функціонування первинної ланки, забезпечуючи можливість звернення населення без значних часових та транспортних витрат. У цьому контексті важливою характеристикою виступає не лише кількість структурних підрозділів, а й їх розміщення, що повинно відповідати демографічним та територіальним особливостям громади. Розгалужена мережа підрозділів створює передумови для наближення медичної допомоги до населення, однак водночас ускладнює організацію внутрішніх процесів.

Підтримка стабільної роботи віддалених пунктів потребує чіткої координації графіків прийому, налагодженої логістики медичних матеріалів і постійної комунікації між підрозділами. За таких умов ефективність надання допомоги значною мірою залежить від здатності керівництва центру поєднувати територіальну доступність із узгодженістю управлінських дій, що безпосередньо впливає на безперервність медичного супроводу населення.

У практичному вимірі організація надання медичної допомоги також залежить від рівня комунікації між медичними працівниками та населенням. Інформаційна відкритість закладу, використання цифрових інструментів запису, консультацій та інформування пацієнтів поступово формують нову модель взаємодії, орієнтовану на зручність і прозорість.

Важливим елементом організації надання медичної допомоги виступає система зворотного зв'язку з пацієнтами, яка дозволяє оцінювати якість послуг та оперативно реагувати на проблемні ситуації.

У цьому контексті показовими є дані діяльності Національної служби здоров'я України щодо опрацювання звернень громадян. НСЗУ в постійному режимі аналізує звернення громадян. За 2024 рік опрацьовано 2 823 скарги. З них: запити до надавачів направлено в 955 випадках, право пацієнта поновлено в 148 випадках із 955 (15,5%), в 177 випадках – пацієнту надано роз'яснення [35].

Організація надання первинної медичної допомоги у територіальній громаді є складним управлінським процесом, що поєднує кадрові, матеріально-технічні та координаційні аспекти функціонування системи охорони здоров'я. Саме на рівні первинної ланки відбувається найбільш інтенсивна взаємодія населення із медичною системою, що зумовлює необхідність оцінювання реальної практики організації медичних послуг.

КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» забезпечує медичне обслуговування населення Деражнянської та частково Вовковинецької територіальних громад, чисельність якого становить 30 633 осіб. Організаційна модель надання допомоги базується на мережевому принципі, що передбачає функціонування амбулаторій загальної практики-сімейної медицини та фельдшерських пунктів, розташованих у населених пунктах громади (Таблиця 2.5).

Функціонування такої мережі дозволяє забезпечити територіальну доступність медичних послуг, особливо для сільського населення. Фельдшерські пункти виконують роль первинної контактної ланки, тоді як амбулаторії забезпечують більш широкий спектр діагностичних та консультативних послуг. Така організаційна структура сприяє раціональному розподілу навантаження між різними підрозділами та підвищує оперативність надання допомоги. Наявність декількох рівнів первинної ланки дозволяє своєчасно виявляти захворювання та забезпечувати безперервність медичного супроводу пацієнтів. Це особливо важливо для громад із розосередженим населенням та обмеженою транспортною доступністю.

Мережа підрозділів КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Підрозділ	Кількість
Амбулаторії ЗПСМ	5
Фельдшерські пункти	23
Разом підрозділів	28

Важливою особливістю організації надання допомоги є декларативний принцип взаємодії пацієнтів із лікарями первинної ланки. Саме укладення декларацій формує обсяг фінансування закладу та визначає навантаження на лікарів (Таблиця 2.6).

Таблиця 2.6

Забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги

Показник	2022	2023	2024
Кількість лікарів	14	13	12
Населення, осіб	30 633	30 633	30 633
Забезпеченість лікарями (на 10 тис.)	4,6	4,2	3,9

Розрахунки відображають поступове зниження показника забезпеченості лікарями, що вказує на наявність кадрових викликів у функціонуванні первинної медичної допомоги. Разом із цим навіть за умов скорочення лікарського складу організаційна модель центру зберігає здатність підтримувати стабільність надання послуг завдяки розгалуженій мережі підрозділів і активному залученню середнього медичного персоналу.

Разом із тим зменшення кількості лікарів поступово впливає на характер взаємодії пацієнтів із первинною ланкою. Збільшення навантаження на одного фахівця може відобразитися у тривалості очікування прийому, необхідності більш чіткого планування графіків та розширенні ролі медичних сестер у супроводі пацієнтів. За таких умов організація роботи амбулаторій потребує

постійного балансування між доступністю допомоги та реальними кадровими можливостями, що посилює значення внутрішньої координації та ефективного розподілу робочого часу.

Організація медичної допомоги у центрі передбачає чітку координацію маршрутів пацієнтів. Первинна ланка виконує функцію медичного «входу» до системи, здійснюючи первинну діагностику, лікування поширених захворювань, профілактичну роботу та скерування пацієнтів до спеціалізованих закладів. Така модель сприяє раціональному використанню ресурсів та зменшенню навантаження на вторинний рівень медичної допомоги.

Окремої уваги заслуговує роль цифрових інструментів у процесі організації медичної допомоги. Використання електронної системи охорони здоров'я, електронних декларацій та медичних записів забезпечує прозорість процесів, покращує управлінський контроль та дозволяє здійснювати моніторинг обсягів надання послуг.

Разом з тим аналіз організації надання медичної допомоги свідчить про наявність певних обмежень. До них можна віднести поступове скорочення лікарського складу, нерівномірність навантаження між підрозділами та залежність фінансування від кількості декларацій. У сукупності ці чинники формують потребу в удосконаленні організаційних підходів до функціонування первинної ланки.

Організація надання медичної допомоги у КНП «Деражнянський центр ПМСД» характеризується поєднанням територіально розгалуженої мережі підрозділів, декларативної моделі взаємодії з пацієнтами, контрактного фінансування та цифрового супроводу процесів. Така модель забезпечує базову стабільність функціонування закладу та формує передумови для збереження доступності медичних послуг для населення громади.

Разом із тим ефективність її реалізації значною мірою залежить від внутрішньої організації процесів, раціонального використання ресурсів та злагодженості роботи персоналу. Особливого значення набуває здатність закладу адаптуватися до змін зовнішнього середовища та підтримувати баланс

між потребами населення і наявними можливостями. Саме поєднання організаційної впорядкованості та гнучкості управління визначає подальшу стійкість функціонування центру.

Проведений аналіз ресурсного забезпечення та організації надання первинної медичної допомоги дає можливість узагальнити ключові внутрішні та зовнішні чинники функціонування центру.

З цією метою доцільно застосувати SWOT-підхід, що дозволяє комплексно оцінити сильні та слабкі сторони діяльності закладу, а також визначити можливості та загрози його подальшого розвитку (Таблиця 2.7). Назва SWOT є похідною з англійської мови і означає:

- ✓ S – Strengths / Сила (переваги, сильні сторони внутрішнього характеру)
- ✓ W – Weaknesses / Слабкість (проблеми, слабкості внутрішнього характеру)
- ✓ O – Opportunities / Можливість (шанси, можливості зовнішнього характеру)
- ✓ T – Threats / Загроза (загрози зовнішнього характеру) [5].

Діяльність центру ґрунтується на достатньо стійкій організаційній моделі, заснованій на територіальній доступності послуг та стабільності фінансування. Наявність розгалуженої мережі підрозділів і контрактного механізму фінансування формує основу для прогнозованої роботи закладу. Водночас кадрові обмеження та ресурсні виклики окреслюють зону потенційних ризиків, що потребує виважених управлінських рішень. Особливої уваги потребує забезпечення кадрової збалансованості та раціональне використання наявної матеріально-технічної бази. Подальший розвиток центру залежить від здатності поєднати внутрішню організаційну стабільність із адаптивністю до зовнішніх змін.

Таблиця 2.7

SWOT-аналіз діяльності КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
Розгалужена мережа підрозділів (амбулаторії та ФП)	Поступове скорочення лікарського складу
Територіальна доступність медичних послуг	Нерівномірне навантаження на лікарів
Стабільне фінансування через НСЗУ	Обмежені можливості оновлення матеріально-технічної бази
Позитивна динаміка доходів	Залежність фінансування від кількості декларацій
Наявність електронної системи медичних записів	Висока частка середнього медперсоналу при дефіциті лікарів
Можливості (O)	Загрози (T)
Розвиток цифрових сервісів у медицині	Міграція медичних кадрів
Залучення місцевих програм підтримки	Старіння населення та зростання потреб у медичній допомозі
Підвищення ролі профілактичної медицини	Фінансові обмеження місцевих бюджетів
Оптимізація маршрутів пацієнтів	Воєнні виклики та демографічні зміни
Розширення співпраці з вторинним рівнем	Нерівномірність забезпечення медичними ресурсами

Водночас співвідношення сильних і слабких сторін свідчить про те, що ключові виклики функціонування центру пов'язані насамперед із кадровим компонентом, який опосередковано впливає на інші аспекти діяльності. Навіть за наявності розгалуженої мережі підрозділів і стабільного фінансування дефіцит лікарського персоналу здатний ускладнювати організацію прийому, посилювати навантаження на медичних працівників та обмежувати можливості розвитку нових форм медичного обслуговування. Це дозволяє розглядати кадрову стійкість не лише як окрему характеристику ресурсного забезпечення, а як один із визначальних чинників організаційної спроможності центру.

Аналіз організаційної структури засвідчив, що центр функціонує на основі мережевого принципу, що поєднує амбулаторії загальної практики-сімейної медицини та фельдшерські пункти. Така модель забезпечує територіальну доступність медичних послуг та створює передумови для наближення первинної медичної допомоги до населення.

Оцінка кадрового забезпечення показала наявність тенденції до скорочення чисельності лікарів при відносній стабільності загальної чисельності персоналу. Це відобразилося у зниженні показника забезпеченості лікарями, що свідчить про формування кадрових ризиків функціонування первинної ланки.

Фінансовий аналіз діяльності центру засвідчив позитивну динаміку доходів та стабільність фінансових результатів, що пов'язано з функціонуванням контрактної моделі фінансування через Національну службу здоров'я України. Водночас залежність обсягів фінансування від кількості декларацій зумовлює необхідність постійного моніторингу якості та обсягів надання медичних послуг.

Оцінка матеріально-технічного забезпечення дозволила встановити поступове зростання вартості активів, що свідчить про оновлення ресурсної бази закладу. Разом із тим наявні обмеження фінансових ресурсів та кадрові виклики стримують темпи модернізації.

Аналіз організації надання медичної допомоги показав, що діяльність центру базується на декларативній моделі взаємодії з пацієнтами, територіальній доступності послуг та використанні електронної системи охорони здоров'я. Це створює передумови для підвищення прозорості управління та ефективності використання ресурсів.

Узагальнення результатів SWOT-аналізу підтвердило, що центр має стійку організаційну основу та позитивні фінансові передумови розвитку, однак кадрові обмеження, демографічні виклики та ресурсні ризики формують потребу в удосконаленні управлінських підходів до функціонування первинної медичної допомоги.

Проведений аналіз організаційного забезпечення надання медичної допомоги у КП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»

дозволив охарактеризувати діяльність закладу як відносно стабільну та структуровано вибудовану відповідно до потреб територіальної громади. Організаційна модель центру базується на мережевому принципі, що забезпечує територіальну доступність послуг і формує передумови для наближення первинної медичної допомоги до населення, зокрема у сільській місцевості.

Оцінювання ресурсного забезпечення засвідчило наявність кадрового ядра та поступове зміцнення матеріально-технічної бази, що сприяє підтриманню безперервності медичного обслуговування. Водночас виявлена тенденція до скорочення лікарського персоналу та зростання навантаження на одного фахівця вказує на формування кадрових обмежень, які можуть впливати на організацію прийому пацієнтів і подальший розвиток закладу.

Фінансовий аналіз діяльності центру показав стабільність доходів, що формуються переважно за рахунок контрактної моделі фінансування, проте більш швидке зростання витрат зумовлює поступове зменшення фінансового результату та підвищує значення раціонального управління ресурсами. Поряд із цим оновлення матеріально-технічної бази та використання цифрових інструментів створюють передумови для підвищення ефективності організації медичної допомоги та покращення управлінського контролю.

Аналіз практики надання первинної медичної допомоги засвідчив, що діяльність центру характеризується поєднанням декларативної моделі взаємодії з пацієнтами, координаційної ролі первинної ланки та використання електронної системи охорони здоров'я. Така модель дозволяє забезпечувати стабільність функціонування закладу навіть за умов кадрових і ресурсних обмежень, однак потребує подальшого вдосконалення управлінських підходів, спрямованих на зміцнення кадрового потенціалу та оптимізацію внутрішніх процесів.

Проведене дослідження дозволяє оцінити стан функціонування КП «Деражнянський центр ПМСД» як достатньо організаційно впорядкований та спроможний забезпечувати базову доступність медичної допомоги для населення громади. Наявна мережа підрозділів, контрактна модель фінансування та цифровий супровід процесів формують основу для стабільної діяльності

закладу. Разом із тим сучасні умови функціонування системи охорони здоров'я висувають підвищені вимоги до гнучкості управління, кадрової збалансованості та ефективності використання ресурсів. Окреслені виклики потребують не лише ситуативного реагування, а системного підходу до розвитку організаційної спроможності центру. Важливим є формування довгострокових управлінських орієнтирів, спрямованих на зміцнення кадрового потенціалу, модернізацію матеріально-технічної бази та підвищення якості сервісної взаємодії з пацієнтами. Саме комплексність таких рішень визначатиме подальшу стійкість функціонування закладу та його здатність відповідати потребам територіальної громади.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

3.1. Удосконалення організаційного забезпечення діяльності КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Аналіз діяльності КП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» дозволяє зробити виважений висновок: заклад функціонує стабільно, має сформовану мережу амбулаторій і забезпечує базову доступність первинної допомоги для мешканців громади. Проте стабільність не означає відсутності внутрішніх викликів. Зміни у кадровому складі, коливання навантаження між підрозділами, обмежені можливості оновлення матеріально-технічної бази поступово формують потребу в осмисленому вдосконаленні організаційних рішень.

Мова йде не про кардинальну перебудову системи, а про послідовне підсилення тих елементів, від яких залежить реальна якість роботи центру. Організаційне забезпечення у цьому випадку постає не як формальний набір регламентів, а як щоденна управлінська практика - планування, координація, розподіл функцій, робота з персоналом і раціональне використання ресурсів. Ефективність такої практики значною мірою визначається здатністю керівництва своєчасно реагувати на зміни зовнішнього середовища та внутрішньої структури закладу. Важливим стає впровадження чітких внутрішніх процедур, що забезпечують узгодженість дій між підрозділами та підвищують передбачуваність результатів роботи. Посилення комунікації всередині колективу та з органами місцевого самоврядування створює додаткові можливості для координації рішень і підтримки розвитку центру. Не менш суттєвим є формування культури відповідальності й орієнтації на пацієнта, що визначає якість щоденної взаємодії з населенням. Саме системність організаційних рішень і послідовність їх реалізації формують основу для довгострокової стійкості закладу.

Мережева структура центру, що охоплює амбулаторії та фельдшерські пункти, створює територіальну близькість до пацієнта. Для сільської громади це принципово важливо, адже транспортна доступність і демографічні особливості безпосередньо впливають на частоту звернень і профілактичну активність населення. Водночас сама наявність розгалуженої мережі не гарантує її рівномірної ефективності.

Навантаження на лікарів у різних амбулаторіях може суттєво відрізнятись, що формує професійне перевантаження в одних підрозділах і неповне використання потенціалу — в інших. Тому регулярний аналіз кількості декларацій, структури звернень і часу прийому набуває стратегічного значення. Йдеться не лише про статистику, а про управлінське рішення: як організувати маршрути пацієнтів, щоб скоротити час очікування і зменшити ризик перевтоми лікарів.

Важливу роль у цьому процесі відіграє перерозподіл функцій між лікарем і середнім медичним персоналом. Раціональне делегування частини профілактичної та інформаційної роботи медичним сестрам дозволяє лікарю зосередитися на клінічних рішеннях і складних випадках. Така внутрішня координація не потребує додаткових ресурсів, але вимагає чітких регламентів і управлінської послідовності.

Окремої уваги заслуговують віддалені населені пункти. Розвиток виїзних форм роботи або гнучкого графіку прийому може стати реальним інструментом збереження доступності допомоги без розширення штатної чисельності. Саме тут організаційна гнучкість перетворюється на фактор стабільності.

Кадровий компонент залишається ключовим у функціонуванні первинної ланки. Зменшення чисельності лікарів упродовж останніх років не можна розглядати виключно як статистичний показник. За кожною цифрою стоїть реальна зміна навантаження, зміна графіків, зростання відповідальності для тих, хто продовжує працювати.

Підтримка кадрової стійкості передбачає більше, ніж заповнення вакантних посад. Питання залучення молодих спеціалістів пов'язане із створенням передбачуваних умов праці, можливостей професійного розвитку та

соціальної підтримки з боку громади. Співпраця з медичними закладами вищої освіти, наставництво, участь у програмах безперервного навчання формують середовище, у якому лікар відчуває перспективу.

Не менш важливим є збереження мотивації діючого персоналу. Гнучкі графіки, раціоналізація навантаження, підтримка професійного балансу між роботою та особистим життям дозволяють зменшити ризик вигорання. Саме людський вимір кадрової політики визначає, чи зможе центр зберегти стабільність у довгостроковій перспективі.

Фінансова модель центру побудована на контрактах із НСЗУ, що формує передбачувану, але водночас залежну структуру доходів. Кількість декларацій і обсяг наданих послуг безпосередньо впливають на фінансові надходження. За таких умов внутрішнє фінансове планування набуває стратегічного характеру.

Ретельний моніторинг витрат, аналіз їх структури та оцінка ефективності використання коштів дозволяють уникати непродуктивних витрат і спрямовувати ресурси на оновлення матеріально-технічної бази. Участь у місцевих програмах охорони здоров'я, пошук грантових можливостей або партнерських ініціатив розширюють фінансові горизонти закладу без надмірного навантаження на основний бюджет. Системна робота з фінансовим плануванням підвищує передбачуваність діяльності закладу та створює можливості для поступового розвитку. Розширення джерел надходжень зменшує ризики фінансової нестабільності й дозволяє гнучко реагувати на нові потреби громади. У результаті формується більш стійка модель функціонування, орієнтована на довгострокове підвищення якості медичних послуг.

Раціональність у використанні ресурсів створює не лише економічний ефект. Вона формує довіру громади та підвищує управлінську передбачуваність. Прозорість фінансових рішень і зрозумілі пріоритети витрат зміцнюють взаємодію між закладом і органами місцевого самоврядування. Виважене управління ресурсами сприяє стабільності роботи центру та створює основу для довгострокового планування. У таких умовах фінансова дисципліна стає складовою загальної організаційної культури закладу.

З огляду на зазначене, доцільним є визначення комплексу управлінських заходів, спрямованих на оптимізацію кадрового та ресурсного забезпечення КП «Деражнянський ЦПМСД», що систематизовано у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Заходи оптимізації кадрового та ресурсного забезпечення КП «Деражнянський ЦПМСД»

Напрямок оптимізації	Зміст заходів	Очікуваний результат
Залучення медичних кадрів	Співпраця з медичними ЗВО; стимулювання молодих лікарів; житлові програми громади	Зменшення кадрового дефіциту; оновлення кадрового складу
Підвищення кваліфікації персоналу	Курси, тренінги, дистанційне навчання; внутрішній обмін досвідом	Підвищення професійної компетентності; покращення якості медичних послуг
Раціоналізація кадрового навантаження	Перерозподіл функцій між лікарями та медсестрами; оптимізація графіків	Зменшення професійного вигорання; підвищення продуктивності праці
Модернізація матеріально-технічної бази	Оновлення обладнання; участь у місцевих програмах; залучення грантів	Підвищення технологічного рівня надання допомоги
Оптимізація фінансового управління	Планування витрат; моніторинг ефективності використання коштів; диверсифікація джерел фінансування	Зміцнення фінансової стійкості; раціональне використання ресурсів
Цифровізація діяльності	Використання електронних медичних систем; телемедицина; аналітичні інструменти	Підвищення прозорості управління; скорочення адміністративних витрат

Електронна система охорони здоров'я вже стала частиною щоденної діяльності центру. Електронні декларації, рецепти, направлення, аналітичні показники змінюють логіку управління. Дані перестають бути формальною звітністю і перетворюються на інструмент прийняття рішень.

Використання аналітичних панелей дозволяє керівництву бачити реальну картину навантаження, структуру фінансових потоків і динаміку показників. Телемедичні консультації та дистанційна взаємодія з вузькими спеціалістами розширюють можливості для пацієнтів, особливо у сільській місцевості.

Цифрові інструменти також змінюють характер комунікації з населенням. Онлайн-запис, електронні нагадування, цифрові канали зворотного зв'язку формують більш відкриту модель взаємодії.

З огляду на це, сучасні організаційні та цифрові рішення можуть розглядатися як інтегрований інструмент модернізації діяльності ЦПМСД, що поєднує управлінські інновації, інформаційні технології та орієнтацію на потреби пацієнтів. Основні напрями використання таких рішень у діяльності закладу систематизовано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Сучасні організаційні та цифрові рішення у діяльності КП «Деражнянський ЦПМСД»

Напрямок	Зміст впровадження	Очікуваний ефект
Електронна система охорони здоров'я (eHealth)	Електронні декларації, направлення, рецепти, звітність до НСЗУ	Прозорість фінансування; спрощення документообігу
Електронна медична картка пацієнта	Централізоване збереження медичної інформації	Безперервність лікування; підвищення якості діагностики
Телемедицина	Дистанційні консультації та взаємодія з вузькими спеціалістами	Підвищення доступності допомоги у сільських територіях
Цифрова аналітика діяльності	Моніторинг показників декларацій, навантаження лікарів, фінансових потоків	Підвищення обґрунтованості управлінських рішень
Організація маршрутів пацієнтів	Чіткий розподіл потоків пацієнтів між амбулаторіями та ФП	Скорочення часу очікування; підвищення задоволеності пацієнтів
Командна модель роботи	Взаємодія лікаря, медсестри та адміністративного персоналу	Підвищення ефективності надання медичної допомоги
Комунікаційні цифрові інструменти	Онлайн-запис, інформування пацієнтів, цифрові канали зворотного зв'язку	Посилення пацієнтоорієнтованості; підвищення довіри населення

Комунальний статус закладу визначає особливу роль взаємодії з органами місцевого самоврядування. Центр не функціонує ізольовано; його діяльність інтегрована у ширший контекст розвитку громади. Участь у формуванні місцевих програм, проведення профілактичних заходів, співпраця з освітніми та соціальними структурами створюють основу для пацієнтоорієнтованої моделі допомоги.

Зворотний зв'язок із населенням дозволяє оперативно реагувати на потреби та коригувати організаційні рішення. Відкритість і партнерство підвищують довіру та формують спільну відповідальність за стан здоров'я громади.

Таблиця 3.3

Напрями удосконалення організації діяльності КП «Деражнянський ЦПМСД»

Напрямок удосконалення	Зміст заходів	Очікуваний ефект
Оптимізація організаційної структури	Аналіз навантаження на амбулаторії; перерозподіл функцій між лікарями та середнім медперсоналом; удосконалення маршрутів пацієнтів	Підвищення доступності медичних послуг; скорочення часу очікування; раціональне використання кадрового потенціалу
Удосконалення кадрової політики	Створення стимулів для залучення лікарів; розвиток наставництва; підвищення кваліфікації; гнучкі форми організації праці	Зменшення кадрового дефіциту; стабілізація кадрового складу; підвищення якості медичної допомоги
Підвищення ефективності фінансового управління	Участь у місцевих програмах; внутрішнє фінансове планування; контроль витрат; спрямування коштів на модернізацію матеріальної бази	Зміцнення фінансової стійкості; підвищення ефективності використання ресурсів; оновлення обладнання
Розвиток цифровізації діяльності	Використання електронних медичних записів; аналітичні інструменти управління; дистанційні консультації; цифрова комунікація з пацієнтами	Підвищення прозорості управління; оптимізація процесів; покращення якості медичного обслуговування
Посилення взаємодії з територіальною громадою	Участь у місцевих програмах охорони здоров'я; профілактичні заходи; розвиток зворотного зв'язку з пацієнтами; партнерські проєкти	Формування пацієнтоорієнтованої моделі допомоги; підвищення довіри населення; покращення профілактичної роботи

Удосконалення організаційного забезпечення діяльності КП «Деражнянський ЦПМСД» слід розглядати як послідовний і багатовекторний процес. Оптимізація внутрішньої структури, підтримка кадрової стабільності, раціональне управління фінансами, розвиток цифрових інструментів і зміцнення партнерства з громадою не існують окремо. Їх взаємодія формує стійку модель функціонування первинної медичної допомоги.

Системність у прийнятті управлінських рішень дозволяє центру не лише реагувати на поточні виклики, а й формувати основу для довгострокового розвитку. Саме така логіка вдосконалення забезпечує збереження доступності медичних послуг, підвищення їх якості та зміцнення довіри населення до системи охорони здоров'я на рівні територіальної громади.

Ключового значення набуває стратегічна послідовність управлінських дій, що поєднує планування, контроль і оцінювання результатів діяльності закладу. Орієнтація на прогнозування потреб населення та раціональний розподіл ресурсів дозволяє мінімізувати ризики нестабільності та підтримувати безперервність надання медичних послуг. Відкритість до змін і готовність впроваджувати нові організаційні рішення формують основу для адаптивності центру в умовах трансформацій системи охорони здоров'я. Така управлінська зрілість визначає здатність закладу ефективно виконувати свою соціальну функцію в громаді.

3.2. Стратегічні підходи до вдосконалення організаційного забезпечення первинної медичної допомоги у територіальних громадах з урахуванням зарубіжного досвіду

Посилення ролі первинної медичної допомоги у громадах у сучасних умовах варто розглядати не як сукупність окремих заходів, а як послідовне переосмислення підходів до організації послуг на місцевому рівні. Громада сьогодні фактично перебуває у ситуації постійного пошуку балансу між потребами населення, обмеженістю ресурсів та нормативними рамками, визначеними на державному рівні. Саме тому стратегічне бачення розвитку

ПМД має поєднувати управлінську логіку, фінансову реалістичність і сервісну орієнтацію на людину.

Незалежно від можливих відмінностей у структурі або основних принципах роботи, системи медико-соціальних послуг по всьому світу поєднує спільна мета – покращення здоров'я населення завдяки наданню високоякісних та доступних медичних послуг при забезпеченні загальної фінансової стійкості. Проте в умовах радикального реформування системи охорони здоров'я в Україні важливим є вивчення зарубіжного досвіду з даного питання [57]. Міжнародний досвід у такій ситуації стає не просто теоретичним орієнтиром, а джерелом конкретних управлінських рішень. Зарубіжний досвід цінний не як зразок для прямого відтворення, а як можливість зрозуміти, які управлінські рішення допомогли іншим країнам забезпечити стійкість первинної допомоги, зробити її зручною для населення та фінансово передбачуваною. Для українських територіальних громад важливо побачити, як у різних системах поєднуються державні гарантії й відповідальність місцевого рівня, як організовується командна робота на первинній ланці та які механізми дозволяють спиратися у прийнятті рішень на реальні дані.

У міжнародних оглядах підкреслюється, що первинна медична допомога є основою системи охорони здоров'я, оскільки саме на цьому рівні відбувається перший контакт пацієнта із системою, формується довіра та забезпечується безперервність супроводу [65].

Дослідження європейських моделей показують, що країни з сильною первинною ланкою демонструють кращі показники здоров'я населення, раціональніше використання ресурсів і нижчий рівень непотрібних госпіталізацій [67]. З огляду на це стратегічні орієнтири для українських територіальних громад мають враховувати ті підходи, які в зарубіжних системах виявилися найбільш результативними.

Передусім увагу привертає питання сервісної доступності. У країнах Європейського Союзу доступність первинної допомоги розуміється не лише як територіальна близькість закладу, а як реальна можливість отримати

консультацію у прийнятні строки, зрозумілий маршрут подальших дій і належну комунікацію з медичним персоналом [70]. У такому підході значення мають організаційні деталі: регламенти запису, пріоритетність для вразливих груп, повторний контакт із пацієнтом після гострого стану, контроль профілактичних оглядів. Саме ці елементи формують повсякденний досвід людини і визначають рівень довіри до системи.

Для територіальної громади це означає, що вдосконалення організаційного забезпечення первинної медичної допомоги має починатися із чіткого визначення стандартів сервісу. Йдеться про встановлення допустимих строків очікування прийому, впорядкування маршрутизації пацієнтів, налагодження каналів зворотного зв'язку. У міжнародній практиці такі рішення розглядаються як частина управлінської відповідальності, а не як другорядні процедурні питання [67].

Не менш важливим є питання організації роботи медичного персоналу. У багатьох країнах Європи первинна допомога функціонує на основі командної моделі, де лікар загальної практики працює у взаємодії з медичними сестрами та адміністративним персоналом [63]. Такий розподіл функцій дозволяє лікарю зосередитися на клінічних рішеннях, тоді як частина профілактичної та інформаційної роботи делегується іншим членам команди. У результаті зростає пропускна спроможність, зменшується перевантаження, а супровід пацієнта стає більш системним. Проаналізувавши довід Хорватії, відмітимо, що особливостями медико-соціальних послуг є постійне навчання, девізом лікарів «на первинному рівні ми лікуємо пацієнта, а на вторинному чи третинному рівні – лікують хворобу» [57]. У такому баченні в центрі перебуває не окремий діагноз, а сама людина з її потребами, історією хвороби та життєвими обставинами. Первинна ланка покликана супроводжувати пацієнта тривалий час, підтримуючи його стан здоров'я та координуючи взаємодію з іншими рівнями медичної допомоги. Фінансування медико-соціальних послуг проводиться як з публічного так і з місцевого бюджету. Завдяки гарному розподілу роботи на первинній ланці

між лікарем та різними медичними сестрами та співпраці інших служб з первинною ланкою, лікарі ПМД можуть робити більше корисної роботи [57].

В умовах українських громад, де спостерігається скорочення лікарського складу та нерівномірність навантаження, подібний підхід може сприяти збереженню стабільності роботи закладу. Йдеться про чіткий розподіл функцій між лікарем і медичною сестрою, упорядкування роботи реєстратури, визначення алгоритмів маршрутизації та внутрішніх регламентів взаємодії. Така організація дозволяє зменшити залежність результату від одного фахівця та підвищити передбачуваність процесів.

Ще одним важливим напрямом є використання аналітичних показників у прийнятті управлінських рішень. У міжнародних системах первинної медичної допомоги цифрові інструменти та регулярний аналіз даних стали невід'ємною складовою управління [60].

Оцінюються навантаження на лікарів, охоплення профілактичними заходами, структура направлень, показники вакцинації та фінансові результати. Ці дані використовуються для коригування організації роботи, а не лише для звітності. Швейцарія має найкращу систему охорони здоров'я в Європі. Поряд з цим, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями [34]. Швейцарія має найкращу систему охорони здоров'я в Європі. Поряд з цим, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі.

На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями. Її функціонування ґрунтується на обов'язковому медичному страхуванні, у межах якого кожен громадянин самостійно обирає страхову компанію та сплачує внески. Держава при цьому встановлює чіткі правила, визначає базовий пакет послуг і здійснює контроль за якістю та доступністю медичної допомоги. Натомість кожен, хто проживає в Швейцарії, сплачує внески й може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб

отримати лікування. Багато людей доповнюють базове покриття додатковим приватним медичним страхуванням [34]. Організація фінансування на засадах обов'язкового страхування передбачає інший баланс відповідальності між державою, страховими структурами та населенням.

Участь громадян у формуванні страхового покриття поєднується з державною гарантією базового обсягу послуг і контролем їх якості. Така побудова системи дає можливість підтримувати її стабільність за умови передбачуваних правил і прозорого регулювання. Для українських територіальних громад цей приклад розширює уявлення про можливі механізми забезпечення фінансової стійкості та допомагає критично оцінити власну модель організації медичної допомоги.

Для територіальної громади доцільно сформувати компактний перелік ключових індикаторів, які регулярно аналізуються керівництвом закладу та засновником. Важливо, щоб такі показники були зрозумілими та придатними для практичного застосування. У цьому разі цифрові інструменти стають засобом підвищення керованості, а не формальною вимогою.

Японія є однією з найбільш здорових країн світу, а їхня система охорони здоров'я визнана однією з найкращих. З 60-х роках в Японії діє універсальна система державного медичного страхування, яка забезпечила всебічне охоплення всіх громадян Японії [34]. Запровадження обов'язкового страхового механізму дозволило сформувати стабільну модель фінансування, у якій кожен громадянин має гарантований доступ до базових медичних послуг. Особиста участь у страхуванні поєднується з чітким державним регулюванням умов надання допомоги, що формує зрозумілі та стабільні правила функціонування галузі. Завдяки цьому забезпечується довіра населення до системи охорони здоров'я та відчуття її надійності у повсякденному житті. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є її безкоштовний доступ до медичних установ. Система надання медичної допомоги Японії забезпечує необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту їх лікування

незалежно від їх страховки, статусу або тяжкості захворювання [34]. Організація охорони здоров'я в Японії має інший дещо іншу спрямованість у розподілі ресурсів та відповідальності.

У центрі перебуває принцип універсального охоплення, який поєднується з високою дисципліною системи страхування та регулюванням тарифів. Повна доступність медичних установ формує довіру населення до системи і водночас потребує чіткої фінансової координації. Для українських територіальних громад цей досвід є прикладом того, як універсальність страхового механізму може поєднуватися з організаційною впорядкованістю та довгостроковою стабільністю.

У США немає національної системи охорони здоров'я, немає універсальної медичної допомоги, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я [34]. Фактично доступ до медичних послуг значною мірою залежить від наявності страхового полісу та його умов. Щоб отримати медичне страхування потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та здійснювати регулярні платежі до медичної страхової компанії [34]. У цій моделі вагому роль відіграє приватний сектор, а відповідальність за обсяг страхового покриття значною мірою покладається на самих громадян. Відсутність єдиного універсального механізму фінансування призводить до того, що рівень доступу до медичних послуг різниться залежно від обраного страхового плану та соціально-економічного становища людини. У результаті система вибудовується як складна мережа взаємодії між страховими компаніями, медичними закладами та державними програмами підтримки.

Вагомим елементом зарубіжного досвіду є активна роль муніципального рівня у підтримці первинної ланки. У Польщі, Хорватії, Німеччині місцеві органи влади забезпечують належний стан інфраструктури, транспортну доступність, співфінансування окремих програм та підтримку молодих спеціалістів [61].

Подібна взаємодія дозволяє поєднати державні механізми фінансування з локальними потребами громади.

Для українських умов це означає необхідність більш активної позиції засновника. Йдеться про планове оновлення матеріально-технічної бази, підтримку транспортного забезпечення, створення умов для залучення кадрів, організацію профілактичних заходів. У таких умовах заклад не зводить свою діяльність до виживання в межах мінімального фінансування, а отримує простір для планового розвитку.

Активна участь засновника у стратегічному плануванні дозволяє узгоджувати потреби закладу з можливостями громади та формувати чіткі пріоритети розвитку.

Системна підтримка з боку місцевого рівня створює стабільні умови для модернізації інфраструктури та підвищення якості послуг. У результаті центр набуває більшої організаційної впорядкованості та довгострокової стійкості функціонування. Активна участь засновника у стратегічному плануванні дозволяє узгоджувати потреби закладу з можливостями громади та формувати чіткі пріоритети розвитку.

Системна підтримка з боку місцевого рівня створює стабільні умови для модернізації інфраструктури та підвищення якості послуг. Така взаємодія сприяє посиленню організаційної впорядкованості центру та зміцненню його довгострокової стійкості. Поєднання стратегічного бачення і практичної підтримки з боку громади формує передумови для прогнозованого та послідовного розвитку закладу.

Щоб не залишатися лише на рівні загальних міркувань, далі доцільно зіставити окремі механізми організації первинної медичної допомоги у різних країнах і оцінити можливість їх адаптації для територіальних громад України (Таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз зарубіжних механізмів організації первинної медичної допомоги та можливості їх адаптації

Країна	Механізм	Інструмент	Можливість адаптації у громаді
Велика Британія	Координаційна роль сімейного лікаря	Реєстрація пацієнта у GP, чіткий маршрут направлень	Посилення ролі лікаря первинної медичної допомоги як координатора медичного маршруту
Нідерланди	Командна модель	Розподіл функцій між лікарем і медсестрою	Перерозподіл профілактичних і організаційних функцій у ЦПМСД
Польща	Муніципальна підтримка	Співфінансування інфраструктури та програм	Планове оновлення матеріальної бази за участю громади
Хорватія	Медико-соціальна інтеграція	Взаємодія ПМД із соціальними службами	Налагодження партнерства із соціальними структурами громади
Німеччина	Стимулювання якості	Контроль профілактичних показників	Локальний моніторинг ключових індикаторів діяльності

Окремої уваги заслуговує фінансова організація системи первинної медичної допомоги у Великій Британії. Велика Британія прагне забезпечити безкоштовний доступ до медицини всіх її громадян. При цьому якість послуг має бути високою, а витрати з державного бюджету на охорону здоров'я — мінімальними.

За більшість послуг — обстеження, імунізацію та вакцинацію, візит до “вузьких” лікарів-спеціалістів та перебування в лікарні, візит до лікарів загальної практики (терапевтів та педіатрів), реабілітацію, ліки по рецепту тощо — британці не платять нічого. За них платить держава із загальних податків [47]. Фінансування за рахунок загальних податкових надходжень забезпечує універсальність доступу до медичних послуг незалежно від рівня доходів громадян. Центральна роль лікаря загальної практики у цій моделі дозволяє впорядкувати маршрутизацію пацієнтів і раціонально використовувати ресурси системи. Поєднання безоплатності для населення з бюджетною дисципліною формує стабільні правила функціонування галузі та підтримує довіру громадян до системи охорони здоров'я. Для територіальних громад України цей досвід є орієнтиром щодо можливості поєднання державних гарантій доступності з чіткою організацією первинної ланки. Хоча медицина в Британії й безкоштовна, витрати з держбюджету менші, ніж в середньому в Європі. При цьому щонайменше 50% громадян задоволені або швидше задоволені системою охорони здоров'я в країні. Стан здоров'я британців покращується, хоча цей показник для Британії є одним з найгірших серед 11 країн світу з найвищими доходами [47].

Попри різноманітність моделей, спільним для них є орієнтація на чітку організацію процесів, розподіл відповідальності та підтримку первинної ланки з боку місцевого рівня. Жодна з розглянутих систем не покладається виключно на фінансування або кадровий ресурс; вирішальне значення має узгодженість управлінських механізмів.

Отже, стратегічні підходи до вдосконалення організаційного забезпечення ПМД у територіальних громадах України можуть бути сформульовані як поєднання п'яти взаємопов'язаних орієнтирів: забезпечення сервісної доступності, розвиток командної моделі роботи, використання аналітичних показників, активна участь громади у підтримці закладу та раціональне фінансове планування. Саме в такому поєднанні зарубіжний досвід демонструє

найбільш переконливі результати щодо стабільності функціонування первинної ланки та підвищення якості медичних послуг.

У ширшому контексті вдосконалення організаційного забезпечення первинної медичної допомоги у громаді є питанням довгострокової відповідальності за здоров'я населення. Громада, яка послідовно інвестує у розвиток первинної допомоги, отримує не лише покращення медичних показників, а й підвищення рівня довіри, соціальної згуртованості та передбачуваності функціонування системи. Саме це дозволяє розглядати первинну медичну допомогу не як окремий сегмент охорони здоров'я, а як одну з ключових складових місцевої політики розвитку. Посилення ролі первинної ланки створює підґрунтя для формування стабільного соціального середовища, у якому питання здоров'я інтегруються в загальну систему місцевого управління. Інвестиції у первинної медичної допомоги мають мультиплікативний ефект, впливаючи на рівень працездатності населення, економічну активність та якість життя в громаді. Водночас системний розвиток первинної допомоги сприяє зменшенню навантаження на вторинний і третинний рівні медичної допомоги. Таким чином, первинної медичної допомоги виступає не лише медичною інституцією, а важливим елементом стратегічного розвитку територіальної громади.

Якщо звернутися до теоретичних засад розвитку первинної медичної допомоги, варто зосередитися на концепції комплексної первинної медичної допомоги, яка сформувалася в межах міжнародної політики охорони здоров'я та отримала розвиток у документах Всесвітньої організації охорони здоров'я [62]. Її сутність полягає у поєднанні кількох ключових характеристик: доступності, безперервності, координації та орієнтації на потреби конкретної людини.

При цьому комплексність не означає лише широкий спектр послуг; вона передбачає здатність системи бачити пацієнта в контексті його соціального середовища, хронічних станів, профілактичних ризиків та життєвих обставин.

У працях зарубіжних дослідників підкреслюється, що саме первинна ланка створює основу для зменшення нерівності у доступі до медичних послуг та запобігання надмірній госпіталізації [63].

Довготривалий контакт із сімейним лікарем, системність профілактичних заходів і координація маршрутів дозволяють не лише лікувати вже наявні захворювання, а й запобігати їх ускладненням. У цьому контексті комплексна первинної медичної допомоги розглядається як інструмент збереження здоров'я населення, а не лише як рівень первинного звернення.

Розгляд первинної медичної допомоги в контексті публічного управління дозволяє ширше осмислити її функціональне призначення. Йдеться не лише про надання медичних послуг, а про діяльність інституції, що є складовою локальної управлінської системи. Заклад первинної допомоги взаємодіє з органами місцевого самоврядування, соціальними службами, освітніми установами та іншими партнерами, формуючи мережу міжсекторальної співпраці [57]. Така взаємодія забезпечує узгодженість рішень у сфері охорони здоров'я з соціально-економічними пріоритетами громади.

Розвиток первинної медичної допомоги у цьому вимірі набуває комплексного характеру та охоплює не лише клінічну діяльність, а й організаційне планування, координацію ресурсів і стратегічне управління. Здатність закладу діяти як елемент місцевої управлінської екосистеми підсилює його спроможність відповідати на потреби населення та підтримувати стабільність функціонування в довгостроковій перспективі.

У цьому зв'язку доцільно розглядати вдосконалення організаційного забезпечення первинної медичної допомоги як процес, що поєднує три взаємопов'язані рівні:

- рівень послуг (якість, доступність, безперервність);
- рівень організації (розподіл функцій, внутрішні регламенти, використання даних);
- рівень управління (роль громади, фінансове планування, стратегічні пріоритети).

Такий підхід дозволяє уникнути фрагментарності рішень і сформувати цілісну модель розвитку.

Якщо співвіднести викладені теоретичні положення з практикою функціонування КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради, стає очевидним, що більшість викликів, виявлених у попередньому розділі, безпосередньо пов'язані саме з цими трьома рівнями. Скорочення чисельності лікарів, нерівномірне навантаження між підрозділами, обмеженість фінансового резерву — усе це вимагає не ситуативних кроків, а системного бачення.

З позиції комплексної первинної медичної допомоги для КНП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради стратегічними можуть бути такі орієнтири:

- ✓ по-перше, забезпечення сервісної доступності не лише через збереження мережі підрозділів, а через впорядкування внутрішніх процесів прийому та маршрутизації;
- ✓ по-друге, посилення командної організації роботи, що дозволить раціонально використовувати кадровий потенціал у межах наявних ресурсів;
- ✓ по-третє, запровадження регулярного аналізу ключових показників діяльності як основи для управлінських рішень;
- ✓ по-четверте, поглиблення взаємодії із засновником щодо планового оновлення матеріальної бази та підтримки кадрової стабільності.

У цьому контексті стратегічні підходи, розглянуті на прикладі зарубіжних моделей, набувають практичного змісту. Вони не виступають абстрактними орієнтирами, а можуть бути адаптовані до конкретних умов громади з урахуванням її демографічної структури, ресурсних можливостей і організаційної мережі.

Отже, концепція комплексної первинної медичної допомоги дозволяє по-новому осмислити роль ЦПМСД у територіальній громаді. Заклад виступає не лише надавачем медичних послуг, а координатором довготривалого медичного

супроводу населення, елементом локальної системи публічного управління та інструментом реалізації політики здоров'я на місцевому рівні.

Саме таке розуміння ролі первинної медичної допомоги як комплексного інституційного елементу системи публічного управління дозволяє сформувати стратегічно орієнтовану модель її розвитку у територіальних громадах.

Врахування зарубіжного досвіду свідчить, що ефективність первинної ланки забезпечується не окремими ресурсними рішеннями, а системною інтеграцією організаційних, кадрових, фінансових та інформаційних інструментів. Для територіальних громад України ключовими орієнтирами мають стати:

- ✓ посилення координаційної ролі лікаря первинної ланки;
- ✓ розвиток командної моделі роботи;
- ✓ впровадження управління на основі аналітичних показників;
- ✓ активна участь органів місцевого самоврядування у підтримці матеріально-технічної та кадрової спроможності закладів;
- ✓ формування пацієнтоорієнтованого підходу до організації послуг.

Стратегічний розвиток первинної медичної допомоги у територіальних громадах повинен ґрунтуватися на поєднанні державних гарантій, локальної управлінської ініціативи та сучасних цифрових інструментів. Лише за умови системності таких рішень можливо забезпечити довгострокову стабільність функціонування первинної ланки, підвищити якість медичного обслуговування та зміцнити довіру населення до системи охорони здоров'я.

Важливим компонентом стратегічного розвитку є формування чітких управлінських пріоритетів на рівні громади. Йдеться про визначення довгострокових цілей, узгоджених із демографічною структурою населення, ресурсними можливостями та особливостями території. Планування розвитку первинної ланки має спиратися на аналіз реальних потреб громади, а не лише на формальне виконання державних вимог.

Не менш значущим є забезпечення кадрової спроможності закладів первинної медичної допомоги. Збалансований розподіл навантаження,

підтримка професійного розвитку медичних працівників та створення стабільних умов праці формують основу для якісного медичного супроводу населення. Саме кадровий потенціал визначає можливість реалізації навіть найбільш продуманих організаційних рішень.

У стратегічній перспективі первинна медична допомога має розглядатися як інтегрований елемент місцевої політики розвитку, пов'язаний із соціальною, економічною та демографічною складовими життя громади. Узгодженість дій між державним і місцевим рівнями управління створює передумови для сталого функціонування системи охорони здоров'я. Такий комплексний підхід забезпечує не лише стабільність закладів, а й підвищення якості життя населення загалом.

ВИСНОВКИ

Організація надання медичної допомоги у територіальних громадах сьогодні сприймається не як формальна сукупність структур чи нормативів, а як жива управлінська система, у межах якої поєднуються інституційні рішення, кадровий потенціал, фінансові можливості та щоденна взаємодія між різними суб'єктами. Саме на місцевому рівні медична допомога набуває реального змісту, оскільки тут державні гарантії трансформуються у конкретні управлінські дії, організаційні процедури та практичну доступність послуг для населення.

Організаційне забезпечення охорони здоров'я в громаді розкривається через взаємопов'язаність кількох складових - інституційної, нормативної, кадрової, фінансової, інформаційної та координаційної. Кожна з них має власне значення, проте лише їх узгодженість формує стабільну й керовану систему. Наявність нормативних актів без кадрової спроможності або фінансування без ефективної координації не створює реальної якості медичного обслуговування. Система працює тоді, коли управлінські рішення, ресурси та професійні дії медичних працівників поєднані в єдину логіку.

Первинна медична допомога виступає ключовим елементом цієї системи. Вона забезпечує перший контакт людини з медичною службою, координує подальший маршрут пацієнта та формує основу безперервності лікування. Її стійкість значною мірою залежить від кадрової стабільності, рівномірного розподілу навантаження та здатності закладу адаптуватися до змін демографічної структури населення й соціально-економічних умов.

Особливої ваги набуває кадровий компонент. Саме він визначає не лише обсяг, а й якість медичної допомоги. Скорочення чисельності лікарів або нерівномірність навантаження поступово впливають на доступність прийому та довгострокову стійкість функціонування первинної ланки. Тому питання залучення молодих фахівців, професійної підтримки персоналу та формування

мотиваційного середовища виходять за межі внутрішньої кадрової політики закладу і стають частиною управлінської відповідальності громади.

Фінансова модель функціонування закладів первинної допомоги створює передбачувану основу ресурсного забезпечення, однак водночас потребує ретельного внутрішнього планування та контролю витрат. Рациональне використання коштів, диверсифікація можливостей фінансування та оновлення матеріально-технічної бази формують підґрунтя для довгострокової стабільності діяльності медичного закладу.

Поступове впровадження цифрових інструментів змінює підходи до управління. Електронні декларації, медичні записи, аналітичні панелі та дистанційні консультації вже не сприймаються як додаткові сервіси, а стають організаційною необхідністю. Цифрове середовище дозволяє приймати рішення на основі реальних показників, підвищує прозорість процесів і сприяє більш зваженому плануванню ресурсів.

Водночас організація первинної медичної допомоги не обмежується діяльністю самого закладу. Вона формується в межах ширшого середовища громади, де важливу роль відіграє взаємодія з органами місцевого самоврядування, соціальними службами та громадськістю. Саме така співпраця створює умови для пацієнтоорієнтованої моделі допомоги, у якій медична система не ізольована, а інтегрована в соціальний простір території.

Звернення до міжнародного досвіду дозволяє побачити різноманітність підходів до фінансування й організації первинної ланки, проте водночас виявляє спільну закономірність: стабільність системи забезпечується чітким розподілом відповідальності, командною моделлю роботи та постійною увагою до організаційної якості процесів. Ці орієнтири можуть слугувати підґрунтям для осмислення подальших кроків розвитку первинної медичної допомоги в українських територіальних громадах.

Отже, організаційне забезпечення медичної допомоги на місцевому рівні постає як динамічна система, що потребує постійного вдосконалення. Його ефективність визначається не окремими рішеннями, а здатністю поєднувати

кадрову спроможність, фінансову передбачуваність, цифрову підтримку та управлінську узгодженість. Саме в цій взаємодії формується стійка модель первинної медичної допомоги, орієнтована на потреби людини та розвиток територіальної громади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна [Електронний ресурс]. URL: <http://cost.ua/news/352-med-australia> (дата звернення: 12.07.2025).
2. Асоціація міст України. Співробітництво територіальних громад у сфері охорони здоров'я: аналітичний матеріал. 2023. URL: <https://auc.org.ua> (дата звернення: 20.09.2025).
3. Бабінець А. В., Озоровська А. В. Організаційні аспекти функціонування закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. № 6. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua> (дата звернення: 05.01.2026).
4. Бобак А. І. Реформування державної політики охорони здоров'я в контексті цифровізації на сучасному етапі соціально-економічних і суспільно-гуманітарних трансформацій. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2025. Т. 36 (75). № 2. DOI: 10.32782/TNU-2663-6468/2025.2/01.
5. Бойко Н. В., Савчук О. М. Інформаційні технології як інструмент підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я. Публічне управління та митне адміністрування. 2023. № 4. С. 58–63.
6. Біланчук Р. В., Чальцева О. М. Розвиток системи охорони здоров'я територіальної громади як складова соціальної політики в Україні. Вісник Студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2025. Вип. 17, т. 2.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я. Фінансування первинної медичної допомоги в Україні: аналіз ситуації та політичні міркування. Копенгаген: WHO Regional Office for Europe, 2023. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a76c355e-29ed-4398-bc04-8910ad572f52/content> (дата звернення: 18.10.2025).

8. Гавриченко Д. Г. Нормативно-правовий механізм забезпечення розвитку охорони здоров'я України. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. Т. 33 (72). № 2. С. 22–28. DOI: 10.32838/TNU-2663-6468/2022.2/05.

9. Гайдученко С., Швед А. Інтеграція цифрових технологій у механізми публічного управління системою охорони здоров'я. Суспільство та національні інтереси. 2025. № 1(9). DOI: 10.52058/3041-1572-2025-1(9)-369-378.

10. Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. Право і суспільство. 2019. № 4. DOI: <https://doi.org/10.32842/2078-3736-2019-4-24>.

11. Гуржій Т. О. Цифрові технології в управлінському процесі закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс]. Економіка та суспільство. 2024. URL: (за посиланням на статтю) (дата звернення: 23.11.2025).

12. Decentralization.ua. Реформування охорони здоров'я з точки зору первинної медичної допомоги: аналітичний огляд. 2024. URL: <https://decentralization.ua> (дата звернення: 02.08.2025).

13. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 05.01.2026).

14. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 05.01.2026).

15. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр> (дата звернення: 05.01.2026).

16. Кабінет Міністрів України. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: постанова від 17.01.2025 № 34. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.01.2026).

17. Кабінет Міністрів України. З 1 січня починає діяти Програма медичних гарантій на 2024 рік: офіційне повідомлення. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua> (дата звернення: 14.09.2025).

18. Кабінет Міністрів України. Цифровізація охорони здоров'я у 2024 році: які сервіси будуть впроваджені. 21.01.2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua> (дата звернення: 30.07.2025).

19. Кайстро А. В. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції: кваліфікаційна робота магістра. Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 114 с.

20. Кіян О. С. Науково-теоретичні засади дослідження механізмів державного та громадського управління охороною здоров'я. Public Health Journal. 2025.

21. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 05.01.2026).

22. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. Публічне управління та митне адміністрування. 2022.

23. Короленко В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Умань, 2018. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/123456789/15804/1/Korolenko_Kadrova_polituka_u_sferi_okhorony_zdorovia_Ukrainy_v_konteksti_yevropeiskoi.pdf (дата звернення: 22.08.2025).

24. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. Бізнес Інформ. 2024. № 2. С. 36–46. DOI: 10.32983/2222-4459-2024-2-36-46.

25. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 7. С. 46–48.

26. КП «Деражнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Деражнянської міської ради Хмельницької області. Офіційний сайт. URL: <https://derazh.pmsd.org.ua/> (дата звернення: 21.02.2026).

27. Марченко О. А., Постол А. А. Вдосконалення механізмів реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2022. № 2 (52). С. 24–28. DOI: 10.33783/1977-4167-2022-52-2-24-28.

28. Мельник А. Ф. Організація первинної медичної допомоги в територіальних громадах України. Економіка та держава. 2019. № 12. С. 82–87.

29. Мельниченко О. А., Семененко С. В. Складові якості первинної медичної допомоги населенню як об'єкти публічного управління. Вісник післядипломної освіти. 2024. № 28. С. 232–245.

30. Медик. Впровадження клінічних маршрутів пацієнта: що це означає для лікарів і пацієнтів. 2025. URL: <https://medinfo.isu.net.ua/news/594638-vprovadzhennya-klinichnykh-marshrutiv-patsiyenta-shcho-tse-oznachaye-dlya-likariv-i> (дата звернення: 03.11.2025).

31. Міністерство охорони здоров'я України. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: наказ від 17.03.2022 № 496. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 10.01.2026).

32. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційні матеріали з питань організації первинної медичної допомоги. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 04.12.2025).

33. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ від 19.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18> (дата звернення: 05.01.2026).

34. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ. 2020. № 1–2. С. 7–11.

35. Національна служба здоров'я України. Аналітичні матеріали та звіти щодо діяльності закладів первинної медичної допомоги. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 15.01.2026).

36. Національна служба здоров'я України. Звіт про виконання Програми медичних гарантій у 2024 році. Київ, 2024. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 14.01.2026).

37. Назаренко С. А., Хакало С. В. Публічне управління галуззю охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2025. № 10. DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2025.10.7>.

38. Набхан О. В., Моїсеєнко Р. О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 5. С. 110–116.

39. Німчук Н. В. Організація надання первинної медичної допомоги в територіальній громаді: кваліфікаційна робота. Тернопіль: Західноукраїнський національний університет, 2024. URL: <https://dspace.wunu.edu.ua> (дата звернення: 18.12.2025).

40. Ніколюк О. В., Родіна О. В., Керлан М. О. Підходи до управління фінансуванням закладів охорони здоров'я в Україні. Проблеми сучасних трансформацій. 2023. № 9. URL: <https://reicst.com.ua/pmt/article/view/2023-9-05-01> (дата звернення: 25.09.2025).

41. Міністерство охорони здоров'я України. Система фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс]. URL: https://moz.gov.ua/uploads/9/49149-dn_1530_25082023_dod.pdf (дата звернення: 03.08.2025).

42. Оскаленко Т. А. Реалізація повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні: магістерська робота. 2024.

43. Операційне керівництво з організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Київ: МОЗ України, USAID, 2018. 146 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf (дата звернення: 11.10.2025).

44. Парій В. Д. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3. С. 12–18.

45. Посібник щодо Програми медичних гарантій 2024: методичний матеріал. 2024. URL: <https://vaccine.org.ua> (дата звернення: 27.07.2025).

46. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як інструменту вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2020. № 4. С. 45–57. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.

47. Переваги та недоліки британської системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. URL: <https://euukrainecoop.medium.com/uk-healthcare-c3638b1151e0> (дата звернення: 19.08.2025).

48. Правило О. Принципи управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я України. Молодий вчений. 2024. № 3. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6190/6056> (дата звернення: 30.09.2025).

49. Програма соціально-економічного та культурного розвитку Деражнянської міської територіальної громади на 2024 рік. Деражня: Деражнянська міська рада, 2024. URL: <https://der.org.ua/wp-content/uploads/PROGRAMA-sots-ekon-rozvytku-Derazhnyanskoyi-MTG-na-2024-rik.pdf> (дата звернення: 22.07.2025).

50. Притула М. Удосконалення державно-управлінського механізму охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2023. DOI: 10.31470/2786-6246-2023-4-107-117.

51. Ромашка С. В. Роль закладів первинної медичної допомоги у розвитку інтегрованої допомоги в Україні [Електронний ресурс]. 2024. URL: <https://journals.dpu.kyiv.ua> (дата звернення: 05.11.2025).

52. Турчин К. Ю. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я: дисертація. 2025.

53. Худий А. П. Нормативно-правові засади надання медичних послуг в Україні. *Young Scientist*. 2025. № 3 (134). С. 149–153. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2025-3-134-22>.

54. Черніховський Р. І. Публічне управління в сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. DOI: 10.51547/ppr.dp.ua/2023.6.47.

55. Чурпій І. К., Мельник І. В., Чурпій Н. В. Теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я. *Art of Medicine*. 2020. № 1(13). С. 169–174.

56. Шевчук Р. В. Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні: дисертація. 2023.

57. Шипов Ю. О. Зарубіжний досвід публічного управління щодо надання медико-соціальних послуг: імплементація в українське середовище. *Економіка та суспільство*. 2025. Вип. 71. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-71-116.

58. Яременко О. Г., Баценко Д. В., Брагінський П. О. Організаційні механізми надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Київ, 2019. 120 с.

59. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337> (дата звернення: 20.12.2025).

60. Akman M., Ayhan Başer D., Usanma Koban B. et al. Organization of primary care services: international experience. *Primary Health Care Research & Development*. 2021. Vol. 22. URL: <https://www.cambridge.org> (accessed: 05.01.2026).

61. Valaitis R., O'Mara L., Wong S. Organizational factors influencing successful primary care delivery. *BMC Health Services Research*. 2018. Vol. 18. URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com> (accessed: 09.01.2026).

62. World Health Organization. Primary health care systems: organization and management. Geneva, 2019. URL: <https://www.who.int> (accessed: 12.01.2026).

63. WHO Regional Office for Europe. Primary health care in Ukraine: progress review and way forward. Copenhagen: WHO, 2023. URL: <https://www.who.int> (accessed: 10.01.2026).

64. WHO Regional Office for Europe. Primary health care in Ukraine: improving health services amid the war and beyond. 2024. URL: <https://www.who.int> (accessed: 08.01.2026).

65. World Health Organization. Primary health care [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care> (accessed: 28.12.2025).

66. World Health Organization. Primary health care: fact sheet [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (accessed: 28.12.2025).

67. World Health Organization; United Nations Children's Fund (UNICEF). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: WHO, 2020. 106 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832> (accessed: 27.12.2025).

68. Organisation for Economic Co-operation and Development; European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2022. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en.html (accessed: 26.12.2025).

69. Organisation for Economic Co-operation and Development; European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2024. URL: <https://www.oecd.org> (accessed: 26.12.2025).

70. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [Electronic resource]. Geneva: WHO, 1978. URL: <https://www.who.int> (accessed: 25.12.2025).