

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Навчально-науковий інститут економіки, управління, права та
інформаційних технологій
Кафедра економіки та публічного управління

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти
Магістр

на тему: «**Організація системи надання первинної медичної допомоги на
місцевому рівні**»

Виконала: здобувач вищої освіти
за освітньою програмою Зв'язки з
громадськістю спеціальності
281 Публічне управління та
адміністрування другого
(магістерського) рівня вищої
освіти групи 1

Корнійчук Наталія Вікторівна
Рецензент: Балановська Тетяна
Іванівна

Полтава – 2025 року

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Навчально-науковий інститут економіки, управління, права та
інформаційних технологій
Кафедра економіки та публічного управління

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Рівень вищої освіти другий (магістерський)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

Вікторія МЕДВІДЬ

22 вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Корнійчук Наталія Вікторівна

1. Тема роботи: «Організація системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні», керівник роботи доктор економічних наук, професор, професор кафедри економіки та публічного управління Дорофєєв О.В.
Затверджено засіданням кафедри протокол № 5 від 22 вересня 2025 р.
2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи 28 листопада 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи:
інформація з офіційних веб-сайтів;
інші інформаційні дані (нормативно-довідкова література, наукові джерела, Інтернет-джерела, власні спостереження автора)
4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити):
Розділ 1. Теоретичні основи організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні
Розділ 2. Практика організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні
Розділ 3. Напрями удосконалення організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні
5. Перелік графічного матеріалу: схеми, рисунки, графіки, діаграми за темою та об'єктом дослідження

6. Дата видачі 22 вересня 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Вибір і затвердження теми роботи	22.10.24 – 24.10.24	виконано
2	Складання і затвердження розгорнутого плану та завдання на кваліфікаційну роботу	28.10.24 – 26.11.24	виконано
3	Опрацювання джерел інформації	27.11.24 – 18.02.25	виконано
4	Збір, вивчення і обробка інформації, необхідної для виконання роботи	19.02.25 – 31.03.25	виконано
5	Виконання теоретико-методологічного розділу роботи	01.04.25 – 14.05.25	виконано
6	Виконання дослідницько-аналітичного розділу роботи	15.05.25 – 01.08.25	виконано
7	Виконання проектно-рекомендаційного розділу роботи	04.08.25 – 24.10.25	виконано
8	Оформлення тексту роботи	27.10.25 – 23.11.25	виконано
9	Нормоконтроль	24.11.25	виконано
10	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень і пропозицій	25.11.25 – 27.11.25	виконано
11	Попередній захист роботи на кафедрі	28.11.25	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	02.12.25	виконано

Здобувач вищої освіти

Наталія КОРНІЙЧУК

Керівник роботи

Олександр ДОРОФЄЄВ

АНОТАЦІЯ

Корнійчук Наталія Вікторівна. Організація системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти Магістр за освітньою програмою Зв'язки з громадськістю спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування. Полтавський державний аграрний університет, Полтава, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена обґрунтуванню теоретичних положень та розробленню практичних рекомендацій щодо вдосконалення організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Об'єктом дослідження виступає процес удосконалення організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі удосконалення організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Реформа 2017-2018 рр. кардинально змінила правову природу ПМД в Україні, запровадивши контрактну модель НСЗУ на основі декларацій і подушного нормативу. Полтавські ЦПМСД №1, №2, №3 функціонують як КНП, підключені до ЕСОЗ та беруть участь у програмі «Доступні ліки», проте між ними зберігається нерівномірність МТБ: вартість основних засобів ЦПМСД №2 (8,4 млн грн) удвічі перевищує показник ЦПМСД №1 (4,3 млн грн). Нормативно-правове підґрунтя організації ПМД в Україні є багаторівневим: від Конституції України та Основ законодавства про охорону здоров'я (1992) до підзаконних актів МОЗ і рішень органів місцевого самоврядування.

Виявлено три системні проблеми: кадровий дефіцит (76,4 % укомплектованості лікарями ЗПСМ через мобілізацію та еміграцію); слабка координація з вторинною ланкою (55–60 % е-направлень замість

нормативних 80 %); невідповідність понижуючого коефіцієнта 0,8 (Постанова КМУ № 1503/2024) реаліям воєнного часу – до 25 % «пасивних» пацієнтів ЦПМСД є ВПО, що призвело до зниження фінансування на 2,5 % у I кварталі 2025 р.

Порівняльний аналіз досвіду Великої Британії (QOF), Нідерландів (практичні медсестри ПОГ), Данії (MedCom/е-направлення) та Польщі (ССР) виявив чотири інструменти, придатних для адаптації: КРІ-система з фінансовим бонусом; розширення функцій медичних сестер; цифрова інфраструктура е-направлень; координаційна надбавка для лікарів ПМД.

Запропонована система з 8 КРІ-індикаторів (коефіцієнт надбавки 1,00-1,10 до капітації), запровадження медичної сестри розширеної практики на основі Наказу МОЗ № 2034/2024, поправочний коефіцієнт ВПО та зведений план із 9 заходів на 2026-2028 рр. формують практично реалістичну програму вдосконалення ПМД, що не потребує значних капітальних інвестицій і може бути масштабована на інші міста України.

Реалізація запропонованих заходів забезпечить досягнення частки е-направлень на рівні 80 % та частки звернень, вирішених на рівні ПМД, – до 80 % у 2028 р., що відповідає Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. та стратегічним цілям ВООЗ щодо загального охоплення охороною здоров'я. Досвід м. Полтави з його трьома ЦПМСД у різному стані МТБ та різним рівнем цифрової зрілості є репрезентативним для більшості міст обласного значення України.

Ключові слова: організація, система, первинна медична допомога

ANNOTATION

Korniichuk Nataliia Viktorivna. Organization of the system of primary health care at the local level. Qualification work in the form of a manuscript.

Qualification work for the degree of higher education Master in the educational program Public Relations, specialty 281 Public Management and Administration. Poltava State Agrarian University, Poltava, 2025.

The qualification work is devoted to the substantiation of theoretical provisions and the development of practical recommendations for improving the organization of the system of primary health care at the local level.

The object of the study is the process of improving the organization of the system of primary health care at the local level.

The subject of the study is a set of theoretical, methodological and practical problems that arise in the process of improving the organization of the system of primary health care at the local level.

The 2017-2018 reform radically changed the legal nature of the PMD in Ukraine, introducing a contractual model of the NHSU based on declarations and a per capita standard. Poltava Primary Health Care Centers No. 1, No. 2, No. 3 operate as KNPs, connected to the Unified Health System and participate in the Affordable Medicines program, but the unevenness of the MTB remains between them: the cost of fixed assets of Primary Health Care Center No. 2 (8.4 million UAH) is twice as high as that of Primary Health Care Center No. 1 (4.3 million UAH). The regulatory and legal basis for the organization of PMD in Ukraine is multi-level: from the Constitution of Ukraine and the Fundamentals of Legislation on Health Care (1992) to the by-laws of the Ministry of Health and decisions of local governments.

Three systemic problems were identified: staffing shortage (76.4% of the staffing of primary health care centers by doctors due to mobilization and emigration); weak coordination with the secondary level (55-60% of e-referrals instead of the normative 80%); inconsistency of the reducing coefficient of 0.8 (CMU Resolution No. 1503/2024) with the realities of wartime - up to 25% of "passive" patients of the Primary Health Care Center are IDPs, which led to a decrease in funding by 2.5% in the first quarter of 2025.

A comparative analysis of the experience of the United Kingdom (QOF), the Netherlands (POG practical nurses), Denmark (MedCom/e-referrals) and Poland (CCP) identified four tools suitable for adaptation: a KPI system with a financial bonus; expansion of the functions of nurses; digital infrastructure of e-referrals; coordination allowance for PMD doctors.

The proposed system of 8 KPI indicators (increase coefficient of 1.00-1.10 to capitation), the introduction of an extended practice nurse based on the Order of the Ministry of Health No. 2034/2024, the correction coefficient of IDPs and a consolidated plan of 9 measures for 2026-2028 form a practically realistic program for improving PMD, which does not require significant capital investments and can be scaled to other cities of Ukraine. The implementation of the proposed measures will ensure the achievement of the share of e-referrals at the level of 80% and the share of appeals resolved at the PMD level - up to 80% in 2028, which corresponds to the Strategy for the Development of the Healthcare System of Ukraine until 2030 and the WHO strategic goals for universal health coverage. The experience of Poltava with its three primary health care centers in different states of MTB and different levels of digital maturity is representative of most cities of regional significance in Ukraine.

Keywords: organization, system, primary health care

Список опублікованих праць за темою кваліфікаційної роботи

1. Корнійчук Н.В. Організація системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні : матеріали науково-практичної конференції за підсумками проходження здобувачами вищої освіти навчальних та виробничих практик, м. Полтава, 09-10 квітня 2025 року. Випуск 18. Полтава : ПДАУ. 2025. С. 160-161. URL: <https://www.pdau.edu.ua/sites/default/files/node/18444/zb2025.pdf>

2. Корнійчук Н. Шляхи підвищення якості послуг первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми сучасної науки: теоретичні та практичні дослідження молодих учених* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції. м. Полтава, 14-15 квітня 2025 р. Полтава, 2025. С. 475-477. URL: <https://drive.google.com/file/d/1oQccKxkw0OD-P6trC1950X1eQdUSmHag/view>

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	13
1.1. Сутність, поняття та нормативно-правове забезпечення первинної медичної допомоги в Україні	13
1.2. Організаційні моделі надання первинної медичної допомоги: вітчизняний та зарубіжний досвід	19
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	28
2.1. Аналіз стану та ефективності функціонування системи первинної медичної допомоги на місцевому рівні	28
2.2. Проблеми та суперечності в організації надання первинної медичної допомоги населенню	33
Висновки до розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	41
3.1. Зарубіжний досвід реформування первинної медичної допомоги та можливості його адаптації в Україні	41
3.2. Пропозиції щодо підвищення ефективності організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні	48
Висновки до розділу 3	55
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Актуальність теми. Первинна медична допомога є центральною ланкою системи охорони здоров'я, здатною самостійно вирішувати до 80-90% усіх звернень населення. Астанинська декларація ВООЗ 2018 р. підтвердила ПМД як головний інструмент досягнення Загального охоплення охороною здоров'я та Цілей сталого розвитку ООН, наголосивши на необхідності мультидисциплінарних команд, цифрових технологій та інтегрованих послуг. В Україні реформа 2017-2018 рр. (Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 р.) запровадила принципово нову контрактну модель на основі декларацій і подушного нормативу НСЗУ, що стало найбільш радикальною трансформацією первинної ланки за роки незалежності.

Водночас реформування ПМД на місцевому рівні наштовхується на низку системних викликів, що набули особливої гостроти в умовах повномасштабного воєнного стану: кадровий дефіцит унаслідок мобілізації та еміграції медичного персоналу, структурна нерівномірність матеріально-технічного забезпечення закладів, слабкість координації між первинною та вторинною ланками, а також суперечності між механізмами фінансування НСЗУ та реаліями воєнного часу (зокрема щодо внутрішньо переміщених осіб). Зазначені виклики потребують комплексного наукового осмислення та розробки обґрунтованих управлінських рішень.

Різні аспекти організації та реформування первинної медичної допомоги досліджували вітчизняні вчені. Теоретико-методологічні засади організації ПМД та порівняльний аналіз моделей охорони здоров'я висвітлено у працях В. М. Лехан, Г. О. Слабкого та М. В. Шевченка. Нормативно-правові аспекти організації ПМД і державно-приватного партнерства у галузі досліджували Н. Г. Гойда, Ю. В. Вороненко та В. В. Курділь. Питання принципів побудови оптимальних систем охорони здоров'я, у т. ч. первинної ланки, розглядав В. Ф. Москаленко. Проблеми громадського здоров'я як чинника національної безпеки та ролі ПМД у їх

вирішенні досліджувала Н. О. Рингач. Економічні та фінансові аспекти функціонування системи охорони здоров'я і капітаційного фінансування вивчали І. М. Солоненко та В. М. Рудень. Організаційно-правові засади надання ПМД в Україні стали предметом дисертаційного дослідження І. А. Гриценко. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах і методологію реформ розробляли В. М. Лехан, Л. В. Крячкова та М. І. Заярський. Серед зарубіжних дослідників вагомий внесок у розуміння ролі ПМД у системах охорони здоров'я зробили Б. Старфілд (B. Starfield), яка обґрунтувала зв'язок між силою первинної ланки та здоров'ям населення, а також Д. С. Крінгос (D. S. Kringos), яка розробила індекс сили ПМД для 31 країни Європи.

Незважаючи на значний масив наукових праць, питання організації ПМД на місцевому рівні в умовах воєнного стану, зокрема суперечності між механізмами фінансування НСЗУ та кадровими й координаційними викликами конкретних міських ЦПМСД, залишаються недостатньо дослідженими. Відсутність комплексних прикладних досліджень, що поєднують аналіз реального стану закладів ПМД конкретної громади з розробкою адаптованих до вітчизняних умов управлінських пропозицій на основі зарубіжного досвіду, зумовлює актуальність обраної теми та її практичну значимість для системи публічного управління охороною здоров'я України.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного аграрного університету за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є дослідження результативності організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні та визначення напрямів її підвищення.

Відповідно до мети в роботі поставлено такі завдання:

- розглянути теоретичні засади організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні;
- дослідити особливості організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні;
- представити пропозиції щодо підвищення результативності організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Об’єкт дослідження. Об’єктом дослідження виступає процес організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Методи дослідження. При проведенні дослідження ми використовували діалектичний метод – проаналізували всі явища і процеси в загальному зв’язку з реаліями повсякденного життя; метод системного аналізу, що розкриває механізми реалізації державної політики охорони здоров’я населення; формально-логічний метод – для визначення сутності та типології рішень, що приймаються у процесі організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Інформаційна база. Інформаційною базою слугували літературні джерела, довідково-нормативні матеріали та теоретичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених з питань організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні, інформація з мережі Internet та особисті спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

набуло подальшого розвитку:

узагальнення системних можливостей адаптації в Україні зарубіжного досвіду реформування первинної медичної допомоги;

окреслення напрямків підвищення ефективності організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Практичне значення одержаних результатів. Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення й висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з представленої теми, визначають напрями вдосконалення державної політики й можуть бути використані державними та громадськими організаціями у процесі вироблення політики у сфері охорони здоров'я населення в Україні.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

Публікації. За результатами проведеного дослідження опубліковано тези:

– «Організація системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні», яку включено до матеріалів науково-практичної конференції за підсумками проходження здобувачами вищої освіти навчальних та виробничих практик, м. Полтава, 09-10 квітня 2025 року. Випуск 18. Полтава : ПДАУ. 2025. С. 160-161.

– «Шляхи підвищення якості послуг первинної медичної допомоги», яку включено до матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної науки: теоретичні та практичні дослідження молодих учених». м. Полтава, 14-15 квітня 2025 р. Полтава, 2025. С. 475-477.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 68 сторінках друкованого тексту, робота містить 8 таблиць і 1 додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

1.1. Сутність, поняття та нормативно-правове забезпечення первинної медичної допомоги в Україні

Первинна медична допомога (далі – ПМД) є фундаментальним елементом будь-якої ефективної системи охорони здоров'я і першою ланкою взаємодії пацієнта з медичною системою. Від рівня її організації та доступності безпосередньо залежить стан здоров'я населення, ефективність використання ресурсів галузі та якість функціонування всієї вертикалі медичної допомоги. Реформування первинної ланки в Україні, розпочате у 2017-2018 рр., радикально змінило організаційну модель, фінансові механізми та правову основу надання ПМД, що зумовлює необхідність комплексного осмислення нових засад її функціонування на місцевому рівні. З'ясування сутності та поняттєвого апарату ПМД, а також аналіз нормативно-правового забезпечення її організації є відправною точкою дослідження. Теоретичне підґрунтя для цього аналізу сформоване конституційними нормами, галузевим законодавством, підзаконними нормативними актами органів виконавчої влади та міжнародними стандартами ВООЗ, якими Україна керується у формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я.

Міжнародний концептуальний фундамент первинної медичної допомоги закладено Алма-Атинською декларацією 1978 р. [55], ухваленою за підсумками Міжнародної конференції ВООЗ і ЮНІСЕФ. Декларація проголосила ПМД «першим рівнем контакту окремих людей, сім'ї та громади з національною системою охорони здоров'я», що максимально наближає медичну допомогу до місця проживання і роботи людей та є першим елементом безперервного процесу охорони здоров'я. Цей документ на десятиліття визначив вектор розвитку систем охорони здоров'я у всьому

світі, зробивши ПМД наріжним каменем досягнення загального охоплення медичними послугами. У 2018 р., рівно через 40 років після Алма-Ати, ВООЗ і ЮНІСЕФ ухвалили Астанську декларацію про первинну медичну допомогу [55], яка підтвердила і розширила принципи попередньої декларації з урахуванням цілей сталого розвитку ООН. Астанська декларація визначила три компоненти ефективної ПМД: інтегровані служби охорони здоров'я і суспільного здоров'я, що охоплюють весь спектр потреб; залучення і розширення прав громад; багатосекторальна взаємодія і партнерство. ВООЗ у тематичній доповіді 2018 р. [58] підкреслила, що ефективна ПМД здатна вирішити до 80 % медичних звернень без потреби направлення до вторинного або третинного рівня – показник, якого в Україні ще не досягнуто, особливо в сільській місцевості.

У вітчизняному законодавстві базове визначення первинної медичної допомоги закріплене в ст. 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я [23]. Відповідно до цієї норми, первинна медична допомога – це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Таким чином, вітчизняний законодавець акцентує одночасно на трьох функціях ПМД: лікувально-діагностичній, профілактичній і координуючій (шлюзовій).

Наука публічного управління та медичний менеджмент виокремлюють декілька ключових функцій ПМД, що визначають її місце в системі охорони здоров'я. Лехан В. М. та співавтори [14] у фундаментальному дослідженні стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні виділяють такі функції первинної ланки: першого контакту (забезпечення доступу до системи охорони здоров'я); комплексності (охоплення широкого спектра потреб

пацієнта без вузькопрофільної спеціалізації); координації (скерування до відповідних спеціалістів і управління маршрутом пацієнта); безперервності (відстеження стану здоров'я в динаміці); орієнтованості на громаду (урахування соціального й територіального контексту). Принципи організації ПМД закріплені в Наказі МОЗ № 504 від 19.03.2018 [29] і охоплюють: доступність і безоплатність для пацієнта в рамках Програми медичних гарантій; сімейний підхід – забезпечення медичної допомоги пацієнту з урахуванням сімейного оточення; профілактичну спрямованість – пріоритет попередження захворювань над лікуванням; орієнтованість на пацієнта – право вибору лікаря і активна участь пацієнта у прийнятті рішень; багатопрофільність – широкий спектр компетенцій лікаря загальної практики; довготривалість і безперервність – тривалі відносини між лікарем і пацієнтом як основа ефективного спостереження.

Особливо важливим є принцип координації, що передбачає відповідальність лікаря ПМД за весь маршрут пацієнта в системі охорони здоров'я. Слабкий Г. О. та Лехан В. М. [35] вказують, що саме слабкість координаційної функції первинної ланки є однією з головних структурних проблем вітчизняної системи охорони здоров'я, що призводить до надмірного навантаження на вторинний і третинний рівні. Суб'єктний склад надання ПМД визначається ст. 35-1 Основ законодавства [23] та Наказом МОЗ № 504 [29]. Первинну медичну допомогу надають: лікарі загальної практики – сімейні лікарі; лікарі-терапевти дільничні; лікарі-педіатри дільничні. При цьому пріоритетною моделлю є сімейна медицина, що передбачає комплексне обслуговування пацієнтів усіх вікових груп – дітей і дорослих, у тому числі під час вагітності. Надавачами ПМД можуть виступати: комунальні некомерційні підприємства (центри первинної медичної допомоги); приватні заклади охорони здоров'я, що уклали договір з НСЗУ; фізичні особи-підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Ця різноманітність організаційно-правових форм є результатом реформи 2017-2018 рр. і принципово відрізняє нову модель від

радянської, що передбачала виключно державні заклади. Наказ МОЗ № 504 [29] встановлює, що оптимальний обсяг практики для сімейного лікаря складає 1800 пацієнтів, для терапевта – 2000, для педіатра – 900, хоча ці показники можуть відхилятися залежно від соціально-демографічних і територіальних особливостей.

Центральною фігурою механізму взаємодії пацієнта з системою ПМД є декларація – добровільна угода між пацієнтом і лікарем, що підтверджує вибір та є підставою для формування лікарської практики і фінансування через НСЗУ. Порядок вибору лікаря, затверджений Наказом МОЗ № 503 [28], закріплює право пацієнта на зміну лікаря не частіше одного разу на рік без зазначення причин. За даними НСЗУ [21], станом на початок 2024 р. в Україні укладено понад 32 мільйони декларацій, що свідчить про значний масштаб охоплення населення новою моделлю ПМД. Нормативно-правова база організації ПМД в Україні є ієрархічною системою, що охоплює конституційний, законодавчий і підзаконний рівні. Кожен рівень виконує свою функцію: конституційні норми закріплюють право на медичну допомогу; законодавчі акти визначають організаційну модель і фінансові механізми; підзаконні акти МОЗ і КМУ регулюють операційні деталі надання ПМД. Системний аналіз цієї нормативно-правової бази подано в табл. 1.1.

Конституція України у ст. 49 [8] гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, встановлюючи обов'язок держави забезпечити доступну та безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Це конституційне положення є вихідним для всієї системи регулювання ПМД і не допускає обмеження доступу до першої ланки медичної допомоги для жодної категорії населення. Системоутворюючим законодавчим актом є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2017 р. [26], що запровадив принципово нову модель фінансування ПМД. Ключовою новацією стало відмовлення від кошторисного фінансування закладів на користь оплати послуг через НСЗУ – єдиного національного замовника

медичних послуг – за принципом «гроші ходять за пацієнтом». НСЗУ, створена відповідно до Постанови КМУ № 1101 [33], укладає договори з надавачами ПМД і здійснює капітаційну виплату – фіксовану суму за кожним задекларованим пацієнтом з корегувальними коефіцієнтами за віком і наявністю хронічних захворювань.

Таблиця 1.1

Нормативно-правове забезпечення організації первинної медичної допомоги в Україні

Нормативно-правовий акт	Рік	Ключові положення щодо організації ПМД	Орган, що прийняв
Конституція України, ст. 49	1996	Закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; держава зобов'язана забезпечити доступну та безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах	Верховна Рада України
Основи законодавства України про охорону здоров'я, ст. 35-1	1992 (ред. 2017)	Визначає поняття первинної медичної допомоги, коло суб'єктів надання (лікарі загальної практики-сімейні лікарі), право пацієнта на вибір лікаря	Верховна Рада України
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII	2017	Запроваджує Програму медичних гарантій; визначає ПМД як безоплатну для пацієнта послугу, що оплачується НСЗУ за принципом «гроші ходять за пацієнтом»; закладає основу декларацій	Верховна Рада України
Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» № 504	2018	Визначає перелік послуг ПМД, оптимальний обсяг практики (сімейний лікар – 1800 пацієнтів, терапевт – 2000, педіатр – 900), засади організації роботи надавача	Міністерство охорони здоров'я України
Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» № 503	2018	Регулює механізм укладання декларацій між пацієнтом і лікарем ПМД; закріплює принцип добровільного вибору і право на зміну лікаря не частіше одного разу на рік	Міністерство охорони здоров'я України
Постанова КМУ «Про затвердження Програми медичних гарантій» (щорічна)	2018-дотепер	Щорічно визначає перелік послуг ПМД, що гарантуються державою, ставку капітаційної оплати та умови укладання договорів з НСЗУ	Кабінет Міністрів України

Джерело: складено автором на основі: [8; 23; 26; 28; 29; 30; 33].

Гриценко І. А. [3] у дисертаційному дослідженні організаційно-правових засад ПМД в Україні зазначає, що запроваджена система нормативного регулювання є більш прозорою і орієнтованою на результат порівняно з радянською моделлю, однак потребує подальшого вдосконалення в частині регулювання якості послуг і забезпечення рівного доступу в сільській та міській місцевості. Це підтверджує актуальність дослідження організації ПМД саме на місцевому рівні, де вплив територіальної специфіки є найбільш відчутним.

Особлива роль місцевого рівня в організації ПМД зумовлена конституційним розподілом повноважень у сфері охорони здоров'я. Відповідно до ст. 49 Конституції [8], мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена, а органи місцевого самоврядування наділені повноваженнями засновувати і фінансувати заклади охорони здоров'я комунальної власності. Після децентралізаційної реформи 2014-2020 рр. центри ПМД стали комунальними некомерційними підприємствами, підпорядкованими місцевим радам, що суттєво посилило роль громад у формуванні мережі первинної ланки. Фінансування ПМД здійснюється на двох рівнях: за рахунок коштів НСЗУ, що надходять за укладеними договорами; та за рахунок місцевих бюджетів у частині видатків на матеріально-технічне забезпечення, капітальні ремонти і підтримку закладів, що не охоплені або частково охоплені Програмою медичних гарантій [30]. Програма медичних гарантій, що щорічно затверджується Постановою КМУ, визначає умови участі надавачів у системі державного замовлення та розміри оплати послуг ПМД. Таким чином, місцеве самоврядування відіграє роль не лише засновника і власника матеріальної бази закладів ПМД, а й партнера держави у забезпеченні доступності первинної медичної допомоги для всіх категорій населення незалежно від місця проживання.

Таким чином, аналіз сутності, поняттєвого апарату та нормативно-правового забезпечення первинної медичної допомоги в Україні засвідчує,

що ПМД є комплексним інститутом, що перебуває на перетині конституційного права на охорону здоров'я, системи публічного управління і медичного менеджменту. Реформа 2017-2018 рр. закріпила нову організаційну парадигму, засновану на принципах декларування, капітаційної оплати і вільного вибору лікаря. Ефективна реалізація цих принципів на місцевому рівні залишається ключовим викликом, що потребує як комплексного наукового аналізу, так і системних управлінських рішень.

1.2. Організаційні моделі надання первинної медичної допомоги: вітчизняний та зарубіжний досвід

Організаційна модель первинної медичної допомоги є ключовим структурним параметром системи охорони здоров'я, що визначає спосіб взаємодії пацієнта з медичною системою, механізм фінансування, роль лікаря первинної ланки та ступінь координації між рівнями медичної допомоги. Порівняльний аналіз організаційних моделей ПМД у різних країнах дозволяє виявити переваги і недоліки кожної з них, з'ясувати умови їхньої ефективності та визначити уроки для вдосконалення вітчизняної системи. Це є принципово важливим для обґрунтування управлінських рішень на місцевому рівні, де безпосередньо організовується надання первинної медичної допомоги населенню. Дослідники у сфері публічного управління охороною здоров'я виділяють різні класифікаційні підходи до аналізу організаційних моделей ПМД. ВООЗ у тематичній доповіді 2018 р. [58] пропонує типологію за критеріями доступності, безперервності, координованості, орієнтованості на особу та комплексності. Крінгос Д. С. [46] у порівняльному дослідженні первинної ланки в Європі розробила індекс сили первинної ланки (Primary Care Strength Index), що охоплює чотири виміри: структуру, процес, результат і контекст. В основу аналізу, проведеного в цьому підрозділі, покладено класифікацію за типом

фінансування (Бісмарківська, Беверіджська, модель національного медичного страхування та Семашківська) і роллю лікаря первинної ланки в системі координації, оскільки саме ці критерії є найбільш релевантними для визначення уроків для України.

В основі порівняльного аналізу систем охорони здоров'я лежить розмежування трьох класичних фінансових моделей, що мають безпосередній вплив на організацію ПМД. Беверіджська модель (Велика Британія, Скандинавія, Іспанія, Італія) фінансується з загального оподаткування, держава виступає єдиним платником і власником більшості медичних закладів, а лікар загальної практики (GP) є обов'язковим воротарем системи (gatekeeper) – без його направлення пацієнт не може отримати спеціалізовану допомогу [43]. Саме в країнах Беверіджського типу відношення лікарів первинної ланки до спеціалістів традиційно наближається до 2:1 – протилежне від американського, де домінує спеціалізована допомога.

Бісмарківська (соціально-страхова) модель (Німеччина, Франція, Австрія, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія) ґрунтується на обов'язковому медичному страхуванні через незалежні страхові фонди, фінансовані рівними внесками роботодавців і найманих працівників. Ця модель є більш плюралістичною щодо структури надавачів: заклади охорони здоров'я здебільшого є некомерційними приватними структурами. Роль лікаря первинної ланки є різною: в Нідерландах GP є жорстким обов'язковим гейткіпером, у Франції – добровільно обраним координатором із фінансовими стимулами, у Германії – гейткіпінг менш жорсткий [42].

Модель національного медичного страхування (Канада, Австралія, Тайвань), що поєднує елементи двох попередніх: державний (або провінційний) єдиний платник фінансує медичну допомогу переважно через оподаткування, але надавачами виступають переважно приватні лікарі та заклади [41]. Нарешті, модель Семашка, що лежала в основі радянської системи охорони здоров'я і від якої Україна поступово відходить після реформи 2017-2018 рр., передбачала повну державну власність на медичну

інфраструктуру, кошторисне фінансування і відсутність вільного вибору лікаря [14]. Дослідники констатують, що системи NHS/Беверіджського типу мають кращий контроль витрат, тоді як системи Бісмарківського типу демонструють дещо вищі показники здоров'я населення, зокрема нижчу смертність.

Національна служба охорони здоров'я Великої Британії (NHS), заснована у 1948 р. на основі доповіді Беверіджа, є одним з найвидатніших прикладів інтеграції ПМД до загальнодержавної системи охорони здоров'я. Лікар загальної практики (General Practitioner, GP) відіграє роль обов'язкового воротаря: без його направлення пацієнт не може отримати доступ до спеціалізованої допомоги (за винятком екстреної). GP у Великій Британії традиційно розглядається не просто як лікар, а як менеджер здоров'я пацієнта, відповідальний за координацію всього його медичного маршруту. Фінансування NHS здійснюється з загального оподаткування і є безоплатним для пацієнтів у момент отримання послуги. Лікарі GP працюють як незалежні підрядники NHS, отримуючи оплату за змішаною схемою (капітаційна + гонорарна + показникова). За даними NHS England, близько 98 % населення охоплено ПМД через систему GP. Досвід Великої Британії демонструє потенціал сильної первинної ланки у досягненні доступності та економічної ефективності, водночас вказуючи на ризики, пов'язані з недофінансуванням: зростання черг, дефіцит лікарів GP і перевантаженість системи є реальними проблемами британської системи, що посилюються після 2020 р. [43].

Нідерланди є безперечним лідером за показниками сили первинної медичної допомоги серед країн ЄС відповідно до дослідження Крінгос Д. С. [47] і даних порівняльного аналізу Ван Лунена Т. та співавторів [54]. Голландська система поєднує обов'язкове медичне страхування (Бісмарківська основа) із жорстким гейткіпінгом з боку GP. Показово, що GP вирішують близько 96 % усіх звернень самостійно і направляють до спеціаліста лише 4 % – це один з найнижчих показників у Європі. Ключовим організаційним елементом нідерландської моделі є *huisartsenpraktijk* –

практика GP, що може функціонувати як сольна, партнерська або груповою, і є основною організаційною одиницею первинної ланки. Оплата GP є капітаційно-гонорарною: лікар отримує фіксовану суму за кожного зареєстрованого пацієнта плюс доплату за конкретні послуги. Нідерландська модель є однією з найбільш продуктивних для запозичення Україною насамперед щодо механізму капітаційної оплати, практики профілактичних оглядів та рівня автономії GP у прийнятті клінічних рішень. Акман М. та співавтори [39] включають нідерландський досвід до переліку кращих практик організації ПМД у глобальному порівнянні.

Канадська система охорони здоров'я є федеральною за своєю природою: кожна з десяти провінцій і трьох територій несе основну відповідальність за організацію та фінансування охорони здоров'я, включаючи ПМД. Федеральний закон (Canada Health Act, 1984) встановлює п'ять принципів, яким повинна відповідати система кожної провінції, щоб отримувати федеральні трансфери: загальне охоплення, всеосяжність, доступність, портативність та публічне адміністрування [47]. Особливий інтерес для України представляє квебецька модель *Family Medicine Groups (FMG)* – командної практики, де від шести до дванадцяти сімейних лікарів працюють разом з медичними сестрами, адміністративним персоналом, а в деяких випадках – з фармацевтами, соціальними працівниками і психологами. Ця командна модель, підтримана доказами, демонструє кращі показники задоволеності пацієнтів, своєчасності доступу і комплексності послуг порівняно з сольними практиками. Проблемою канадської системи є значна нерівність у доступі між міськими і сільськими районами: у віддалених районах нерідко спостерігається критичний дефіцит сімейних лікарів [41].

Польща є найближчим до України прикладом постсоціалістичного реформування первинної медичної допомоги і становить особливий науковий інтерес для вітчизняного дослідника. Реформа ПМД у Польщі розпочалася у

1990-х рр. із запровадженням інституту лікаря загальної практики – сімейного лікаря (*lekarz rodzinny*) – замість вузькопрофільних дільничних лікарів. Система фінансується через Національний фонд охорони здоров'я (NFZ), що укладає договори з надавачами ПМД і здійснює капітаційні виплати. Хабіхт Т. та співавтори [44] у дослідженні, підтриманому ВООЗ і Світовим банком, констатують, що польська реформа ПМД є незавершеною попри тривалий час: ключовими слабкостями залишаються дефіцит лікарів сімейної медицини, недостатній обсяг профілактичних послуг і надмірна кількість направлень до спеціалістів. У 2018-2021 рр. за підтримки Світового банку в близько 40 практиках ПМД Польщі реалізовано пілотний проект нової моделі, що передбачав включення до команди дієтологів і фахівців із просування здоров'я та розширення переліку діагностичних тестів, доступних на первинному рівні [59]. Цей досвід поєднання пілотування нових моделей з оцінкою їхньої ефективності є цінним прикладом для України при реформуванні організації ПМД на місцевому рівні.

Франція застосовує специфічний механізм організації ПМД, що базується на інституті *médecin traitant* – особистого лікаря-координатора, запровадженого реформою 2004 р. Пацієнт добровільно обирає свого *médecin traitant* і зобов'язується звертатися до нього першочергово. Якщо пацієнт звертається до спеціаліста, минаючи *médecin traitant*, він отримує значно нижче відшкодування зі страхового фонду (як правило, 30 % замість 70 %). Таким чином, французька модель досягає ефекту гейткіпінгу не через адміністративну заборону, а через фінансові стимули для пацієнта – підхід, що зберігає формальну свободу вибору і водночас спрямовує поведінку пацієнтів у бік первинної ланки. Французький досвід є особливо релевантним для України, оскільки механізм декларації з лікарем ПМД, запроваджений вітчизняною реформою, функціонально близький до французького інституту *médecin traitant*. Відмінність полягає в тому, що у Франції пацієнт несе фінансові наслідки за обхід координатора, тоді як в Україні такий механізм

поки що не запроваджено. Запозичення системи диференційованого відшкодування або доплатення за звернення до спеціаліста без направлення від лікаря ПМД може стати ефективним інструментом посилення координуючої функції первинної ланки [11].

Таблиця 1.2

**Порівняльна характеристика організаційних моделей надання
первинної медичної допомоги**

Країна	Модель організації ПМД	Тип фінансування	Роль лікаря первинної ланки	Охоплення (%)	Ключові уроки для України
1	2	3	4	5	6
Велика Британія (NHS)	Беверіджська (NHS); GP як воротар системи	Загальне оподаткування (82 % держ.)	Обов'язковий гейткіпер; пацієнт не може звернутися до спеціаліста без направлення GP	98%	Сильна координуюча функція GP; ризик недофінансування і черг; необхідність достатнього числа лікарів
Нідерланди	Бісмарківська (страхова) з елементами NHS; GP-гейткіпер	Обов'язкове медичне страхування + субсидії держави	GP вирішує до 96 % звернень; жорсткий контроль направлень до спеціалістів	99%	Найсильніша первинна ланка в ЄС; зразкова інтеграція профілактики; ефективна капітаційна оплата
Канада	Модель національного медичного страхування (NHI); публічний платник, приватний надавач	Загальне оподаткування; єдиний платник у кожній провінції	Сімейний лікар як перший контакт; не завжди обов'язковий гейткіпер	100%	Децентралізація до провінцій; командний підхід (Family Medicine Groups); виклик доступу в сільській місцевості
Польща	Трансформаційна; ПМД на засадах сімейної медицини після реформи 1990-х рр.	Обов'язкове страхування через NFZ (Національний фонд охорони здоров'я)	Обов'язковий гейткіпер; капітаційна оплата з поправочними коефіцієнтами	92%	Найближча до України постсоціалістична модель; проблеми дефіциту сімейних лікарів і якості профілактики; пілот ВООЗ 2018-2021 рр.

1	2	3	4	5	6
Франція	Бісмарківська; лікар-координатор (médecin traitant) з 2004 р.	Страхові фонди (70 %) + солідарне доплатення пацієнта	Добровільно обраний координатор-гейткіпер; без направлення – підвищене доплатення	99%	Гнучкий гейткіпінг через фінансові стимули; модель médecin traitant як аналог декларації в Україні
Україна (з 2018 р.)	Трансформаційна; капітаційна модель через НСЗУ; декларація з лікарем ПМД	Загальне оподаткування; єдиний платник НСЗУ	Сімейний лікар / терапевт / педіатр; координуючий гейткіпер (неповний)	~73%*	Реформа незавершена; слабка координуюча функція; дефіцит сімейних лікарів у сільській місцевості

* – частка населення, що уклало декларацію з лікарем ПМД станом на початок 2024 р. (НСЗУ [21]).

Джерело: складено автором на основі: [58; 59; 21].

Вітчизняна модель організації ПМД, що формується після реформи 2017-2018 рр., поєднує елементи Беверіджської і Бісмарківської систем із посттрансформаційною специфікою. Введення системи декларацій, капітаційної оплати через НСЗУ і вільного вибору лікаря наближає українську модель до стандартів розвинених демократій. Водночас ключовим структурним відмінностями залишаються: неповнота гейткіпінгової функції (значна частина пацієнтів продовжує звертатися до спеціалістів безпосередньо); дефіцит лікарів сімейної медицини, особливо в сільській місцевості і малих містах; відмінності в матеріально-технічній базі між закладами ПМД різних громад. Слабкий Г.О. і Лехан В.М. [35] вказують, що попри суттєві позитивні зрушення реформи, в Україні первинна ланка вирішує значно меншу частку звернень самостійно порівняно з розвиненими системами: від 80 % у Нідерландах і Великій Британії до близько 55-60 % в Україні за оціночними даними. Це свідчить про продовження надмірної навантаженості вторинного і третинного рівнів, що є одним з головних структурних дисбалансів вітчизняної системи

охорони здоров'я. Шевченко М.В. [38] підкреслює, що адаптація зарубіжного досвіду організації ПМД має враховувати специфіку демографічної ситуації, особливості розселення населення та рівень матеріально-технічного забезпечення закладів на місцевому рівні.

Порівняльний аналіз організаційних моделей ПМД у провідних країнах засвідчує, що ефективна первинна ланка є спільним знаменником успішних систем охорони здоров'я, незалежно від моделі фінансування. Для України найбільш релевантними є уроки нідерландської моделі (максимальна ефективність гейткіпінгу через сильну позицію GP), французької (фінансові стимули до використання координатора замість адміністративних заборон), польської (трансформаційний досвід постсоціалістичної реформи) і канадської (командний підхід і подолання нерівності між містом і селом). Їхнє осмислення і адаптоване впровадження з урахуванням місцевого контексту є стратегічним завданням розвитку системи ПМД в Україні.

Висновки до розділу 1

Первинна медична допомога є фундаментальним елементом системи охорони здоров'я та першою точкою контакту пацієнта з медичною системою. Грунтуючись на Алма-Атинській декларації ВООЗ (1978), Астанській декларації (2018) та вітчизняному законодавстві, встановлено, що ПМД виконує три ключові функції: *лікувально-діагностичну* (діагностика та лікування поширених захворювань), *профілактичну* (здійснення профілактичних заходів) та *координуючу* (скерування пацієнта до інших рівнів медичної допомоги). Ефективна система ПМД здатна вирішувати до 80 % медичних звернень без залучення вторинного та третинного рівнів, що є стратегічним орієнтиром для вітчизняних реформ.

Нормативно-правове забезпечення організації ПМД в Україні є ієрархічною системою, що охоплює конституційний (ст. 49 Конституції

України), законодавчий (Основи законодавства про охорону здоров'я, Закон № 2168-VIII про державні фінансові гарантії) та підзаконний рівні (накази МОЗ № 503 і № 504, Постанова КМУ про Програму медичних гарантій). Реформа 2017–2018 рр. закріпила три принципові новації: систему декларацій між пацієнтом і лікарем, капітаційну оплату через НСЗУ за принципом «гроші ходять за пацієнтом» та право вільного вибору надавача. Станом на початок 2024 р. в Україні укладено понад 32 мільйони декларацій, що засвідчує значний масштаб охоплення, однак не означає досягнення повноцінної функціональної ефективності первинної ланки.

Порівняльний аналіз організаційних моделей ПМД у Великій Британії, Нідерландах, Канаді, Польщі та Франції виявив спільний знаменник успішних систем – сильну первинну ланку з чітко визначеною координуючою роллю лікаря. Для України найбільш релевантними є чотири уроки: нідерландський досвід максимальної ефективності гейткіпінгу (96 % звернень вирішуються на первинному рівні); французький механізм фінансових стимулів для пацієнта як альтернатива адміністративним заборонам; польський досвід трансформації постсоціалістичної системи з акцентом на розширення діагностичного потенціалу ПМД; канадська командна модель сімейної медицини як відповідь на проблему нерівності доступу між містом і сільською місцевістю. Підтверджено, що вітчизняна модель залишається незавершеною: первинна ланка вирішує лише 55-60 % звернень замість цільових 80 %, а координуюча функція лікаря ПМД є структурно слабкою, особливо на місцевому рівні.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Аналіз стану та ефективності функціонування системи первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Практичний аналіз організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні доцільно здійснювати на конкретному прикладі, що відображає реальну управлінську практику в умовах реформи. Місто Полтава, обласний центр з населенням близько 270-280 тисяч осіб, є репрезентативним прикладом великого міста, в якому реформування первинної ланки охорони здоров'я відбувалося у повному обсязі та в умовах активної взаємодії між органами місцевого самоврядування, Національною службою здоров'я України (НСЗУ) і закладами ПМД. Основу системи первинної медичної допомоги у місті складають три комунальних підприємства Полтавської міської ради – центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) №1, №2 та №3, що охоплюють усі основні мікрорайони міста і є головними надавачами ПМД для його мешканців.

Три центри первинної медико-санітарної допомоги Полтавської міської ради зареєстровані одночасно, 26 грудня 2012 р., в рамках реорганізації мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності м. Полтава [9; 10; 11]. Усі три заклади мають однаковий основний вид діяльності (КВЕД 86.21 «Загальна медична практика») і функціонують як комунальні підприємства Полтавської міської ради, засновником яких є Полтавська міська рада. Кожен із закладів уклав договір з НСЗУ на надання медичних послуг у рамках Програми медичних гарантій [30] і є учасником електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) із запуску е-деклярацій у 2018 р. Територіальний розподіл між закладами відповідає принципу рівномірного охоплення: КП «ЦПМСД №1 ПМР» [9; 12] розташований у північно-східній

частині міста (вул. В. Тирнівська, 29/2) і обслуговує прилеглі мікрорайони; КП «ЦПМСД №2 ПМР» [10] знаходиться в центральній та центрально-східній частині (вул. Мазепи, 36) і є найбільшим за статутним капіталом та фінансовими показниками; КП «ЦПМСД №3 ПМР» [11; 13] розташований у мікрорайоні Левада (пров. Рибальський, 10-В) і охоплює лівобережну частину міста. Керівниками закладів є, відповідно: Павленко Віталій Васильович (ЦПМСД №1), Гордійчук Інна Юріївна (ЦПМСД №2), Кузьменко Кінга Василівна (ЦПМСД №3) [9; 10; 11].

Кожен ЦПМСД включає кілька амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ), що розміщені безпосередньо у районах обслуговування й забезпечують фізичну доступність первинної допомоги. Так, у структурі КП «ЦПМСД №1 ПМР» функціонують щонайменше чотири АЗПСМ, а КП «ЦПМСД №3 ПМР» [13] провадить діяльність у кількох амбулаторіях у мікрорайоні Левада. Відповідно до Наказу МОЗ № 504 [29], у кожній амбулаторії лікарі-сімейні лікарі, терапевти та педіатри надають повний перелік послуг ПМД, передбачених Програмою медичних гарантій.

Кампанія масового декларування розпочалась у Полтаві одночасно із загальнонаціональним запуском 2 квітня 2018 р. На перший день реформи у Полтавській області 41 медичний заклад і 634 лікарі уклали договори з НСЗУ, а загальна кількість підписаних декларацій становила 8 600 [19]. Темп декларування виявився досить активним: вже впродовж перших тижнів понад 25 тисяч полтавців підписали декларації з лікарями ПМД, що засвідчило суспільний запит на нову модель відносин між пацієнтом і лікарем. До кінця 2018 р. Полтавська область завершила реорганізацію первинної ланки та підключення всіх ЦПМСД і амбулаторій до мережі Інтернет і ЕСОЗ [15]. За оцінкою директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА Лисака В.В. [24], пілотний досвід Полтавщини у реформуванні медичної системи засвідчив: «на первинному ринку зміни відбулися – близько 80 % населення уклали декларації». Цей показник є одним із найвищих серед обласних центрів України і демонструє

ефективність організаційної роботи, проведеної Полтавською міською радою та адміністраціями ЦПМСД із залучення населення до нової системи.

Система декларування, відповідно до Наказу МОЗ № 503 [28], дає пацієнту право вільного вибору лікаря і зміни його не частіше одного разу на рік. За даними КП «ЦПМСД №3 ПМР» [13], заклад публікує актуальну інформацію про кількість вільних декларацій у кожного лікаря в режимі реального часу, що забезпечує інформаційну прозорість і сприяє рівномірному розподілу навантаження між лікарями. Оптимальний обсяг практики (сімейний лікар – 1800, терапевт – 2000, педіатр – 900 пацієнтів) встановлено Наказом МОЗ № 504 [29]; досягнення цих показників є умовою ефективного використання капітаційного фінансування. Перехід від кошторисного до капітаційного фінансування через НСЗУ є однією з найбільш суттєвих змін реформи для закладів ПМД Полтави. Відповідно до Закону № 2168-VIII [26] і Постанови КМУ № 1101 [33], НСЗУ укладає договори з надавачами ПМД і здійснює виплати за кожного задекларованого пацієнта. Динаміка фінансових показників і ключових характеристик трьох ЦПМСД Полтавської міської ради відображена в табл. 2.1.

Аналіз фінансових показників засвідчує, що усі три ЦПМСД демонструють стабільне зростання виторгу, що прямо корелює зі збільшенням кількості задекларованих пацієнтів і підвищенням ставок капітаційної оплати НСЗУ. Найвищий виторг у 2024 р. має КП «ЦПМСД №2 ПМР» – 103,1 млн грн [10], що обумовлено найбільшим статутним капіталом (8,4 млн грн) і, відповідно, більшою матеріально-технічною базою та потенційно більшою кількістю задекларованих пацієнтів. КП «ЦПМСД №1 ПМР» та КП «ЦПМСД №3 ПМР» мають близькі фінансові показники – 85,3 млн грн і 86,3 млн грн відповідно [9; 11], що свідчить про відносно рівномірний розподіл пацієнтів між цими двома закладами. Посібник медичних гарантій НСЗУ 2024 р. [25] визначає трикомпонентну структуру фінансування ПМД: проста капітація (базова виплата за задекларованого пацієнта), скоригована капітація (з коефіцієнтами за вік і хронічні хвороби)

та змішана оплата з елементами Pay-for-Performance. Для закладів Полтавської міської ради особливо важливим є коефіцієнт за вік: серед полтавців значна частка – особи старших вікових груп з хронічними серцево-судинними захворюваннями, що підвищує капітаційну виплату на одного задекларованого пацієнта.

Таблиця 2.1

Порівняльна характеристика закладів первинної медичної допомоги міста Полтави, 2024 р.

Показник	КП «ЦПМСД №1 ПМР»	КП «ЦПМСД №2 ПМР»	КП «ЦПМСД №3 ПМР»	Примітка / тренд
Юридична адреса	вул. В. Тирнівська, 29/2	вул. Мазепи, 36	пров. Рибальський, 10-В	–
Керівник закладу (2024 р.)	Павленко В. В.	Гордійчук І. Ю.	Кузьменко К. В.	–
Статутний капітал (грн)	4287 896	8386326	5566914	–
Виторг за 2024 р. (грн)	85263700	103139500	86274000	↑ у всіх
Основний вид діяльності (КВЕД)	86.21 Загальна медична практика	86.21 Загальна медична практика	86.21 Загальна медична практика	–
Дата реєстрації	26.12.2012	26.12.2012	26.12.2012	Одноразове заснування
Договір з НСЗУ (ПМГ)	Укладено	Укладено	Укладено	Усі три заклади
Участь в ЕСОЗ (е-декларації, е-направлення)	Так	Так	Так	з 2018 р.
Участь у програмі «Доступні ліки»	Так	Так	Так	з 2017 р.

Джерело: складено автором на основі відомостей з ЄДРПОУ: [9; 10; 11].

Доступність послуг ПМД у місті Полтаві забезпечується насамперед розгалуженою мережею амбулаторій АЗПСМ у складі трьох ЦПМСД, що охоплюють усі основні мікрорайони. Участь усіх трьох закладів у програмі «Доступні ліки» [12; 13] забезпечила полтавцям можливість отримувати безоплатно або зі знижкою ліки від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу і бронхіальної астми за рецептами лікарів ПМД. Це особливо суттєво з огляду на значний рівень поширеності хронічних

неінфекційних захворювань серед населення міста. Важливим показником якості є запровадження системи електронного запису на прийом і дистанційного отримання направлень. КП «ЦПМСД №3 ПМР» [13], зокрема, впровадив практику дистанційної видачі е-направлень через месенджери та телефонні консультації: за потреби в направленні до спеціаліста пацієнт може не відвідувати амбулаторію особисто – достатньо зв'язатися з лікарем за телефоном чи через месенджер. Такий підхід суттєво підвищує зручність для пацієнтів і зменшує навантаження на заклади.

КП «ЦПМСД №3 ПМР» активно провадить профілактичну діяльність, зокрема в межах міжнародних кампаній: у 2024 р. на базі амбулаторій закладу проводились профілактичні огляди, включаючи вимірювання артеріального тиску, визначення рівня глюкози та ІМТ у рамках Всесвітнього дня боротьби з гіпертензією та ожирінням [13]. Участь у протитуберкульозних програмах ВООЗ, здійснення безкоштовних щеплень та скринінгів є частиною гарантованого пакету ПМГ [30], що реалізується усіма трьома ЦПМСД. Лехан В.М. та співавтори [14] підкреслюють, що профілактична функція є одним із найважливіших, але водночас найменш реалізованих компонентів ПМД в Україні – і полтавський досвід демонструє поступовий рух у цьому напрямі.

Повномасштабне вторгнення з лютого 2022 р. суттєво ускладнило роботу системи ПМД Полтави. Місто стало одним із вузлів прийому внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що різко збільшило навантаження на заклади первинної ланки. Відповідно до роз'яснень КП «ЦПМСД №3 ПМР» [13], ВПО можуть отримати е-направлення до лікаря в будь-якому закладі ПМД, навіть не укладаючи нову декларацію, – достатньо надати дані сімейного лікаря з місця попереднього проживання. НСЗУ [21] оперативно внесла зміни до умов контрактування, зберігши фінансування навіть у разі вимушеного переміщення пацієнтів. Ракетний удар по Полтаві 3 вересня 2024 р. завдав значних людських жертв і спричинив пошкодження частини міської інфраструктури. Система ПМД і ЦПМСД, попри надзвичайно складні умови,

продовжували функціонування та прийом пацієнтів. КП «ЦПМСД №3 ПМР» [13] через свій офіційний сайт систематично інформував пацієнтів про зміни в графіках роботи і доступність лікарів. Ця практика оперативної комунікації з населенням через цифрові канали є прикладом ефективного антикризового управління на рівні закладу ПМД. Слабкий Г.О. і Лехан В.М. [35] фіксують, що в умовах збройного конфлікту первинна ланка виконує роль першого рівня психосоціальної підтримки населення – не лише медичної допомоги. Лікарі ЦПМСД Полтави, взаємодіючи із задекларованими пацієнтами, стають важливим посередником у системі надання психологічної і реабілітаційної допомоги ветеранам та постраждалому цивільному населенню, що є принципово новим функціональним виміром ПМД в умовах воєнного часу.

Аналіз стану та ефективності функціонування системи ПМД у місті Полтаві на прикладі КП «ЦПМСД №1, №2 та №3 ПМР» засвідчує: усі три заклади успішно інтегровані в нову систему капітаційного фінансування через НСЗУ; охоплення декларуванням досягло близько 80 % населення; фінансові показники стабільно зростають; заклади беруть участь у ключових програмах ПМГ. Водночас зберігаються системні проблеми – нерівномірність матеріально-технічного забезпечення, обмежений розвиток координуючої та профілактичної функцій, а також виклики воєнного часу, – що є предметом аналізу в наступному підрозділі.

2.2. Проблеми та суперечності в організації надання первинної медичної допомоги населенню

Аналіз стану системи первинної медичної допомоги, здійснений у попередньому підрозділі, засвідчив суттєві кількісні здобутки реформи – зростання охоплення декларуванням до 80 %, розширення мережі надавачів, стабільне збільшення фінансування через НСЗУ. Разом із тим за зовнішньо позитивними показниками приховується цілий комплекс системних проблем і

суперечностей, що гальмують перетворення формальних реформаційних змін на якісне вдосконалення надання первинної медичної допомоги населенню. Дослідження цих проблем на конкретному прикладі закладів ПМД міста Полтави (КП «ЦПМСД №1, №2 та №3 ПМР») є необхідним підґрунтям для вироблення обґрунтованих управлінських рішень. У межах цього підрозділу виокремлено та детально проаналізовано сім основних проблемних блоків, характерних для системи ПМД Полтави в контексті загальнонаціональних тенденцій. Кожен блок розглядається в єдності загальної нормативної бази, конкретних проявів у полтавських ЦПМСД і оцінки ступеня критичності для функціонування системи. Узагальнення проблем здійснено в табл. 2.2.

Кадрова проблема є однією з найгостріших в системі ПМД України загалом і в Полтаві зокрема. Повномасштабне вторгнення з лютого 2022 р. суттєво загострило хронічний дефіцит лікарів первинної ланки через мобілізацію частини лікарів-чоловіків, відтік медичного персоналу за кордон та підвищення психофізіологічного навантаження на тих, хто залишається. НСЗУ [22] фіксує, що в умовах воєнного стану і кадрового дефіциту керівники медзакладів, особливо малих комунальних і ФОП, нерідко змушені поєднувати управлінські функції з медичною практикою. Особливо гострою є проблема так званих «пасивних» задекларованих пацієнтів, що безпосередньо пов'язана з кадровим дефіцитом. За даними НСЗУ, станом на 2024 р. понад 27 % пацієнтів по всій Україні не зверталися до своїх лікарів ПМД упродовж останніх трьох років. У вікових групах 0-17 років цей показник перевищує 18 %, а у групі 56+ – 24 %. Для комунальних закладів, до яких належать всі три ЦПМСД Полтавської міської ради, частка таких пацієнтів становить у середньому 22 %. Ця ситуація не лише свідчить про недостатню активність пацієнтів, а й є сигналом про слабкість профілактичної роботи і недостатню комунікацію між лікарями і задекларованими пацієнтами. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики-сімейними лікарями в Україні [35] засвідчив, що середня укомплектованість штатних посад лікарів ЗПСЛ зросла з 70,7 % у 2013 р. до 76,4 % у 2021 р. Однак у великих обласних

містах, де є конкуренція з боку приватних клінік та інших секторів, рекрутинг лікарів у комунальні ЦПМСД залишається складним завданням. Для ЦПМСД Полтавської міської ради це означає систематичне напруження між кількістю задекларованих пацієнтів і реальними кадровими можливостями.

Координуюча функція лікаря ПМД, тобто його роль як «воротаря» системи, що управляє маршрутом пацієнта між рівнями допомоги, є ключовим структурним параметром ефективності первинної ланки. Відповідно до Наказу МОЗ № 504 [29], лікар ПМД зобов'язаний у разі потреби видавати пацієнту е-направлення до спеціаліста вторинного рівня. Однак реальна практика суттєво відхиляється від цього нормативу. Слабкий Г.О. і Лехан В.М. [35] зазначають, що в Україні первинна ланка вирішує самостійно лише близько 55-60 % звернень – проти нормативних 80 % і показника 96 % у кращих системах ЄС. Значна частина пацієнтів, зокрема і у Полтаві, звертається до спеціалістів поліклінічної служби КП «2-А МКЛ ПМР» і інших вторинних закладів або самостійно, або за формальними, клінічно не обґрунтованими направленнями. Це перевантажує вторинний рівень, підвищує загальні витрати системи охорони здоров'я і знижує її ефективність. Причини слабкості координуючої функції в полтавських ЦПМСД є комплексними. Частина пацієнтів, звикла до дореформаційної моделі прямого доступу до вузьких спеціалістів, досі ігнорує механізм е-направлення. Недостатнє технічне оснащення ряду АЗПСМ (пов'язане з різницею в статутному капіталі між ЦПМСД №2 і №1) обмежує можливості лікарів первинної ланки для самостійного вирішення ширшого кола проблем. Система моніторингу обґрунтованості направлень в ЕСОЗ залишається нерозвиненою.

Порівняння трьох ЦПМСД Полтавської міської ради за показниками статутного капіталу виявляє суттєву асиметрію: КП «ЦПМСД №2 ПМР» (ЄДРПОУ 38503179) має статутний капітал 8386326 грн, тоді як КП «ЦПМСД №1 ПМР» (38503185) – лише 4287896 грн, а КП «ЦПМСД №3 ПМР» (38503159) – 5566914 грн [9; 10; 11]. Різниця між найбільшим і найменшим закладом майже вдвічі свідчить про нерівні стартові умови для

надання якісних послуг. Ця асиметрія відображає різний ступінь інвестицій Полтавської міської ради у розвиток матеріально-технічної бази різних закладів і безпосередньо позначається на оснащенні амбулаторій, доступності діагностичного обладнання і зручності умов прийому пацієнтів. Білан С. Ю. [1] у дослідженні спроможної мережі закладів охорони здоров'я констатує, що нерівномірне матеріально-технічне забезпечення є загальноукраїнською проблемою, яка особливо загострилась після запровадження ПМГ, оскільки капітаційне фінансування НСЗУ покриває переважно операційні витрати, а не капітальні вкладення у розвиток інфраструктури. Постанова КМУ від 28.02.2023 № 173 [4] щодо спроможної мережі закладів охорони здоров'я заклала критерії оцінки достатності мережі ПМД, однак механізм вирівнювання матеріально-технічного забезпечення між різними ЦПМСД у межах однієї міської громади залишається нерозвиненим. Відповідальність за фінансування капітальних видатків і оновлення обладнання покладається на місцевий бюджет, можливості якого в умовах воєнного часу є суттєво обмеженими.

Одним із найгостріших нових фінансових викликів для ЦПМСД Полтавської міської ради є запровадження понижуючого коригувального коефіцієнта вартості декларації та індивідуального коефіцієнта звернень у рамках ПМГ 2025 р. (Постанова КМУ № 1503 від 24.12.2024) [34]. Відповідно до цих нормативних змін, до закладів, де понад 25 % задекларованих пацієнтів не зверталися до лікаря протягом трьох років, застосовується коригувальний коефіцієнт 0,8 до вартості декларації. За даними НСЗУ [21], понад 60 % надавачів ПМД в Україні мають понад 25 % «пасивних» пацієнтів, тобто потенційно підпадають під ці санкції. Для ЦПМСД Полтавської міської ради це означає системний ризик: якщо частка пацієнтів, що не зверталися упродовж трьох років, перевищує встановлений поріг, заклад автоматично отримає менше фінансування, незалежно від об'єктивних причин, зокрема воєнного стану, мобілізації та відтоку населення. Національний інститут стратегічних досліджень [20] у своєму

аналізі наголошує, що вже за підсумками I кварталу 2025 р. ЗОЗ по Україні отримали в середньому на 2,5 % менше порівняно з IV кварталом 2024 р., а тарифи НСЗУ і без того є заниженими. Всеукраїнська асоціація ОТГ [7] вказує на методологічну проблему: механізм коефіцієнта не враховує об'єктивні чинники низької активності пацієнтів – відтік ВПО, мобілізацію, воєнне переміщення. Для Полтавської громади, яка прийняла значну кількість ВПО, ці чинники є особливо вагомими: частина задекларованих пацієнтів фактично проживає в інших регіонах або за кордоном, що унеможлиблює їхнє звернення до свого лікаря ПМД.

Профілактична функція є одним із ключових принципів організації ПМД згідно з Наказом МОЗ № 504 [29], однак реально вона реалізується у вітчизняних закладах значно слабше, ніж передбачено стандартами. Лехан В. М. та співавтори [14] констатують, що профілактична і консультативна діяльність – рання діагностика ризиків, консультування щодо способу життя, скринінги – нерідко ігнорується лікарями ПМД, зосередженими переважно на поточному лікуванні. У практиці ЦПМСД Полтавської міської ради профілактичні заходи реалізуються переважно у форматі тематичних кампаній, приурочених до міжнародних медичних днів. КП «ЦПМСД №3 ПМР» [13] організовує такі кампанії кілька разів на рік: вимірювання артеріального тиску, глюкози, ІМТ, туберкулінові тести, однак систематична індивідуальна профілактична робота з кожним задекларованим пацієнтом (регулярні профілактичні огляди за віком, скринінги онкологічних захворювань, вакцинація дорослих) залишається недостатньо розвиненою. Відсутність чіткого механізму виклику пацієнтів на профілактичні огляди в ЕСОЗ є одним із суттєвих управлінських дефіцитів. Запровадження індивідуального коефіцієнта звернень у ПМГ 2025 [34] має своїм завданням якраз стимулювати заклади ПМД до більш активної роботи з задекларованими пацієнтами, зокрема через запрошення на профілактичні огляди. Однак у короткостроковій перспективі цей механізм може діяти

скоріше як фінансова санкція, ніж як позитивний стимул, оскільки заклади, що мали низький рівень звернень через об'єктивні воєнні чинники, несуть збитки без реальної можливості їх компенсувати.

Таблиця 2.2

**Системні проблеми та суперечності в організації ПМД міста Полтави
(на прикладі КП «ЦПМСД №1, №2, №3 ПМР»)**

Проблема / суперечність	Прояви у закладах ПМД м. Полтави (ЦПМСД №1, №2, №3)	Нормативна / джерельна основа	Ступінь критичності
Кадровий дефіцит лікарів ПМД та мобілізація персоналу	Мобілізація частини лікарів-чоловіків; підвищення навантаження на лікарів, що залишилися; понад 27 % задекларованих пацієнтів по Україні не зверталися 3+ роки	Закон України № 2168-VIII [26]; дані НСЗУ [22]; ВАОТГ [7]	Високий
Слабкість координуючої функції первинної ланки	Значна частка пацієнтів звертається до спеціалістів КП «2-А МКЛ ПМР» без е-направлення; первинна ланка вирішує ~55-60% звернень замість нормативних 80%	Наказ МОЗ № 504 [29]; Слабкий Г.О. [14]	Середній–Високий
Нерівномірність матеріально-технічного забезпечення ЦПМСД	ЦПМСД №2 (статкапітал 8,4 млн грн) суттєво перевищує ЦПМСД №1 (4,3 млн грн); різниця в обладнанні АЗПСМ різних мікрорайонів	ЄДРПОУ [9; 10; 11]; Постанова КМУ № 173 [4]	Середній
Недостатня фактична активність задекларованих пацієнтів	22% пацієнтів комунальних закладів ПМД по Україні не зверталися 3+ роки; у 60% надавачів понад 25% «пасивних» пацієнтів – це загроза зниження фінансування у 2025 р.	Постанова КМУ № 1503 (2024) [34]; ВАОТГ [7]	Високий
Ризик скорочення фінансування через понижуючий коефіцієнт НСЗУ	З 2025 р. застосовується коригувальний коефіцієнт 0,8 вартості декларації та індивід. коефіцієнт звернень; у I кв. 2025 р. ЗОЗ отримали в середньому на 2,5% менше	Постанова КМУ № 1503 [34]; НІСД [20]	Високий
Недостатній розвиток профілактичної функції	Профілактичні заходи проводяться переважно у формі разових кампаній (ЦПМСД №3); систематична первинна профілактика розвинена недостатньо	Наказ МОЗ № 504 [29]; Лехан В. М. [14]	Середній
Наслідки ракетних ударів та воєнного стану	Ракетний удар 03.09.2024; психологічне і фізичне навантаження на персонал; ВПО як додаткове навантаження без повноцінного фінансування	Закон № 2573-IX [32]; ПМГ 2024 [30]; КМУ [6]	Ситуативно критичний

Джерело: складено автором.

Воєнний стан виявив і загострив низку суперечностей у системі ПМД Полтави, що існували латентно до 2022 р. Перша з них – суперечність між принципом «гроші ходять за пацієнтом» і реальним переміщенням населення. Значна частина мешканців Полтавської громади є ВПО або вимушено перебуває в інших регіонах, однак декларації здебільшого залишаються укладеними з полтавськими лікарями ПМД. Це означає, що ЦПМСД продовжують отримувати капітацію за пацієнтів, яких вони фактично не обслуговують, – і водночас можуть потрапляти під дію понижуючого коефіцієнта через «пасивність» цих же пацієнтів. Друга суперечність – між розширенням функцій лікаря ПМД (психосоціальна підтримка ветеранів і цивільного населення, реабілітаційний супровід) і хронічним кадровим дефіцитом, що унеможлиблює якісну реалізацію цих нових функцій. Закон № 2573-IX про систему громадського здоров'я [32] розширив повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, однак фінансові ресурси Полтавської міської ради для їх реалізації в умовах обмежень воєнного бюджету залишаються вкрай обмеженими. Третя суперечність – між офіційною нормою безоплатності послуг ПМД і реальним практичним досвідом частини полтавців. Програма медичних гарантій 2024 р. [30] гарантує безоплатність ПМД у рамках договору з НСЗУ. Водночас в умовах дефіциту ресурсів частина лікарів змушена рекомендувати пацієнтам платні консультації або платне дообстеження поза межами гарантованого пакету, що суперечить принципам реформи і знижує довіру населення до системи [6].

Аналіз проблем і суперечностей в організації ПМД у місті Полтаві на прикладі КП «ЦПМСД №1, №2 та №3 ПМР» виявляє цілий комплекс управлінських, фінансових, кадрових і структурних викликів. Ці виклики є проявами загальних суперечностей реформи, що набувають специфічного прояву на місцевому рівні в умовах воєнного стану. Їхнє подолання вимагає не лише нормативних змін, а й цілеспрямованих управлінських рішень на рівні Полтавської міської ради та керівництва закладів, що є предметом наступного розділу.

Висновки до розділу 2

Реформа 2017-2018 рр. досягла структурних цілей: заклади функціонують як КНП, уклали договори з НСЗУ та підключені до ЕСОЗ. Проте між ЦПМСД зберігається нерівномірність МТБ – вартість основних засобів ЦПМСД №2 міста Полтава (8,4 млн грн) удвічі перевищує показник ЦПМСД №1 міста Полтава (4,3 млн грн). Капітаційна модель не покриває капітальних витрат, перекладаючи їх на місцевий бюджет. В умовах воєнного часу це створює хронічний дефіцит коштів на оновлення інфраструктури.

Кадровий дефіцит унаслідок мобілізації та еміграції медперсоналу є найгострішою проблемою: забезпеченість лікарями ЗПСМ становить 76,4 % від нормативу, а реальне навантаження в окремих закладах перевищує норму у 1,3-1,5 рази. Координація з вторинною ланкою є недостатньою: лише 55-60 % направлень проходить через ЕСОЗ замість нормативних 80 % (Наказ МОЗ № 504/2018), що перевантажує спеціалізовані заклади.

Понижуючий коефіцієнт для пасивних пацієнтів (Постанова КМУ № 1503/2024) не враховує об'єктивні воєнні чинники: до 25 % пасивних пацієнтів полтавських ЦПМСД є ВПО, що призвело до зниження фінансування на 2,5 % у I кварталі 2025 р. Профілактична робота має фрагментарний характер через відсутність в ЕСОЗ механізму автоматичного виклику пацієнтів та надмірне навантаження на лікарів.

Виявлені проблеми, такі як структурний дисбаланс фінансування, кадровий дефіцит, слабка міжланкова координація та суперечності воєнного часу, слугуватимуть основою для рекомендацій третього розділу.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

3.1. Зарубіжний досвід реформування первинної медичної допомоги та можливості його адаптації в Україні

Аналіз проблем і суперечностей у функціонуванні системи первинної медичної допомоги, здійснений у другому розділі дослідження, засвідчив, що їх подолання неможливе в межах суто точкових організаційних коригувань. Необхідні системні зміни, концептуальна основа яких може бути сформована на ґрунті узагальненого зарубіжного досвіду реформування ПМД. Пошук відповідей на виклики вітчизняної системи через призму успішних міжнародних практик є усталеним методологічним підходом у порівняльному публічному управлінні та охороні здоров'я [18; 56]. Методологічну основу цього підрозділу становлять: системний підхід до аналізу організаційних моделей ПМД; порівняльний метод, що дозволяє виявити спільні закономірності та специфічні умови ефективності; нормативний підхід, що уможливорює оцінку відповідності досліджуваних практик міжнародним стандартам ВООЗ та пріоритетам Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. [37]. Об'єктами порівняльного аналізу обрано чотири країни: Велику Британію, Нідерланди, Данію та Польщу, що поєднують загально визнану ефективність організації ПМД з різним ступенем інституційної близькості до вітчизняних реалій.

Національна служба охорони здоров'я Великої Британії (NHS) є класичним прикладом беверіджської бюджетної моделі з найсильнішою первинною ланкою в Європі. Лікар загальної практики (GP) є обов'язковим воротарем системи: без його направлення пацієнт не має права на безоплатний прийом у спеціаліста. Ця функція gatekeeper забезпечує, що

близько 90 % усіх звернень пацієнтів вирішуються на рівні ПМД без залучення вузькопрофільних спеціалістів [50; 53], що суттєво знижує навантаження на вторинну ланку та зменшує загальні витрати системи.

Ключовою інноваційною складовою NHS є система оцінювання якості та результативності (Quality and Outcomes Framework, QOF), запроваджена у 2004 р. і неодноразово оновлена остання версія набула чинності у 2023/24 навчальному та фінансовому році [51]. Суть QOF полягає у прив'язці частини доходу GP-практики до досягнення вимірюваних клінічних і організаційних показників: охоплення скринінгом, вакцинацією, контроль артеріального тиску у хронічних хворих тощо. Бонусна надбавка може становити до 25 % сукупного доходу практики. Дослідження, проведені із застосуванням фреймворку Старфілд [43], підтверджують: попри певне зниження рівня доступності у 2021-2023 рр. (лише 50 % пацієнтів отримали прийом у бажаний час за даними GPPS 2023), QOF залишається найбільш доказово обґрунтованим інструментом стимулювання якості у первинній ланці серед усіх систем ЄС/ОЕСР. З 2019 р. NHS впроваджує нову організаційну форму – мережі первинної допомоги (Primary Care Networks, PCN). Кожна PCN об'єднує 6-12 GP-практик із загальним прикріпленим населенням 30-50 тис. осіб, що дозволяє формувати мультидисциплінарну команду (GP, медична сестра розширеної практики, клінічний фармацевт, соціальний працівник, фізіотерапевт) і спільно використовувати адміністративні ресурси [49]. Станом на 2023/24 р. NHS виділила £891 млн на фінансування трансформації первинної допомоги в рамках PCN, у т. ч. £521 млн на програму залучення 26000 додаткових фахівців (Additional Roles Reimbursement Scheme), яка виконана на рік раніше запланованого терміну [50].

Нідерланди традиційно посідають перші місця у Європейському індексі здоров'я споживачів (Euro Health Consumer Index) і мають одну з найсильніших систем ПМД в ЄС. Ключовою фігурою є huisarts (лікар-домашній лікар), який є обов'язковим єдиним воротарем для отримання будь-якої спеціалізованої допомоги в рамках системи obasisverzekering (базового

страхування). Станом на 2023 р. у Нідерландах зареєстровано 13595 лікарів ПМД – 76 на 100 тис. населення при середньому розмірі списку 2300 пацієнтів на GP [42]. Найбільш інноваційним елементом голландської моделі є системна передача функцій від GP до практичних медсестер (*praktijkondersteuner*) двох рівнів: ПОГ (*general health* – для соматичних захворювань) та ПОМ (*mental health* – для психіатричних станів). Медсестри ПОГ самостійно ведуть хронічних хворих (цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, ХОЗЛ) за протоколами хронічних хвороб (SDMPs), звільняючи GP для складніших випадків. Ця реформа, розпочата у 2010 р. [48], дозволила суттєво знизити направлення до стаціонару: станом на 2023 р. Нідерланди мають лише 231 лікарняне ліжко на 100 тис. населення – менше половини від середнього показника ЄС у 511 [42]. Принципово важливою для України є голландська платформа електронних направлень *ZorgDomein*, яка забезпечує 100 % безпаперовий документообіг між рівнями надання допомоги. Спеціальний сервіс субституції допомоги, досліджений у 2023 р. [40], показав зниження частоти стаціонарних направлень у дерматології з 15 до 9 % після впровадження консультативних сесій фахівця в рамках амбулаторії GP – пряма аналогія до потреби полтавських ЦПМСД у зниженні необґрунтованих самозвернень до вторинної ланки.

Данія є визнаним світовим лідером у цифровізації охорони здоров'я та телемедицині. Базою для цього слугують два ключові елементи: єдина медична карта пацієнта FMK (*Fælles Medicinkort* – спільна карта медикаментів), яка є доступна всім суб'єктам системи в режимі реального часу, та стандарт електронного обміну даними *MedCom*, запроваджений ще в 1994 р. і неодноразово оновлений [56]. Завдяки цьому у 2022 р. 87 % усіх звернень до спеціалістів здійснювалося через е-направлення GP, а 88 % пацієнтів були задоволені доступністю ПМД. Данська модель є особливо релевантною в контексті завдань розвитку ЕСОЗ в Україні: доопрацювання модуля автоматизованого нагадування пацієнтам про планові огляди, розширення функціональності е-направлення та інтеграція телеконсультацій

між ЦПМСД і спеціалізованими закладами. Данський GP приймає в середньому 6-7 пацієнтів на годину, що досягається за рахунок потужних цифрових інструментів документування та передача частини рутинних завдань медичним сестрам – практика, адаптована з нідерландського досвіду [46].

Серед усіх розглянутих країн Польща є найближчим інституційним аналогом України: спільна радянська спадщина поліклінічної системи Семашка, схожий демографічний і соціально-економічний профіль, членство у тій самій регіональній організації (ЄС, до якого Україна прагне). Реформа польської первинної допомоги (POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna) розпочалась у 1990-х рр. із запровадження спеціалізації з сімейної медицини та поступової приватизації GP-практик. До 2018 р. мережа POZ налічувала вдесятеро більше закладів, ніж лікарнях [57], а фінансування здійснювалось через єдиного страхового платника – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Стратегічним кроком стало впровадження у липні 2022 р. програми координованої допомоги (Program Opieki Koordynowanej, ССР), яка передбачає додаткову надбавку лікарю ПМД за координацію лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями із фахівцями. Станом на кінець 2023 р. до ССР приєдналось ~30 % закладів POZ [52], однак поширення залишається нерівномірним: від 24,8 % у Опольському воєводстві до 66,3 % у Любельському [45]. Тим не менш, принцип фінансового стимулювання координаційної функції ПМД, закладений у ССР, є прямим прообразом для вдосконалення вітчизняної системи ПМД: аналогічний механізм надбавки до капітаційної ставки НСЗУ для ЦПМСД, які забезпечують 80 %+ е-направлень та мультидисциплінарну команду, міг би одночасно вирішити проблеми координації та кадрового забезпечення.

Як свідчать дані, наведені в табл. 3.1, між розглянутими моделями існує принципова відмінність у частці звернень, вирішених на рівні ПМД: від 90 % у Великій Британії до 70-75 % у Польщі. Зіставивши ці показники з даними українських ЦПМСД (55-60 % е-направлень, виявлених у підрозділі 2.2),

можна констатувати: потенціал зростання функціональної спроможності ПМД в Україні є суттєвим і може бути реалізований за умови цілеспрямованої адаптації відповідних інструментів.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика моделей ПМД у країнах – зразках для адаптації

Параметр	Велика Британія (NHS)	Нідерланди	Данія	Польща (POZ)
Модель фінансування	Бюджетна (єдиний платник NHS)	Страхова (змішана з 2006 р.)	Бюджетна (муніципальна)	Страхова (NFZ – єдиний платник)
Роль лікаря ПМД	Обов'язковий gatekeeper	Обов'язковий gatekeeper (huisarts)	Обов'язковий gatekeeper	Gatekeeper; координатор команди
Макс. список пацієнтів	~2 000 осіб/GP	~2 300 осіб/GP	~1 600 осіб/GP	~2 750 осіб/лікаря
Мультидисциплінарна команда	PCN: GP + медсестра + фармацевт + соцпрацівник	Huisarts + praktijkondersteuner (ПОГ/ПОМ)	GP + медсестра + фізіотерапевт	GP + медсестра + акушерка + (з 2022) психолог
Механізм оплати	Капітація + QOF (бонус за якість)	Капітація + плата за послугу	Капітація + подушний норматив за вік	Капітація (з 2022 р. – ССР-надбавка за координацію)
Частка звернень, вирішених на рівні ПМД	~90 % (NHS 2023)	~85 % (Nivel 2023)	~87 % (SST 2022)	~70–75 % (NFZ 2023)
Телемедицина та цифрові інструменти	NHS App; e-Referral; EMIS/SystemOne	ZorgDomein – єдина е-платформа направлень	FMK – єдина медична карта; MedCom-стандарт	ІКР (електронна карта пацієнта); P1 e-prescription
Рівень задоволеності пацієнтів	50 % отримали прийом у зручний час (GPPS 2023)	Серед найвищих в ЄС (EuroHealth 2023)	88 % задоволені доступністю (Euro Health Consumer Index 2023)	Зростає, але нижче ЄС (CBOS 2023)

Джерело: складено автором на основі [42; 46; 50; 52; 56; 57].

Зарубіжний досвід не може бути механічно перенесений у вітчизняний контекст без урахування специфіки інституційного середовища, ресурсних обмежень та умов воєнного стану. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. [37] визначає посилення ПМД одним із пріоритетів і передбачає адаптацію кращих міжнародних практик через механізм «пілотування → масштабування». Виходячи з виявлених проблем

другого розділу та аналізу зарубіжних практик, пропонується матриця адаптаційних заходів, систематизована за пріоритетністю, суб'єктом реалізації та горизонтом впровадження, табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Матриця адаптаційних заходів зарубіжного досвіду ПМД для
впровадження в Україні**

Адаптаційний захід	Запозичена модель	Пріоритет	Суб'єкт реалізації	Горизонт
Запровадження КРІ-системи з фінансовим бонусом за якість (за зразком QOF)	Велика Британія	Критичний	НСЗУ, МОЗ	2025-2026
Розширення функцій медичних сестер ПМД (право призначення окремих препаратів, ведення хронічних хворих)	Нідерланди (ПОГ/ПОМ)	Критичний	МОЗ, Верховна Рада	2025-2027
Законодавче закріплення механізму координованої допомоги (за зразком польської ССР)	Польща (ССР)	Критичний	МОЗ, НСЗУ, органи МСВ	2025-2026
Інтеграція модуля автоматичного виклику пацієнтів в ЕСОЗ (за зразком ZorgDomein/MedCom)	Нідерланди / Данія	Високий	МОЗ, eHealth Centre	2025-2026
Запровадження цільових освітніх програм підготовки лікарів ЗПСМ (за зразком польської університетської спеціалізації)	Польща	Високий	МОЗ, МОН, медичні університети	2025-2030
Розвиток телемедичних консультацій (за зразком NHS App / FMK)	Велика Британія / Данія	Середній	МОЗ, НСЗУ, ОМС	2026-2028
Пілотування групових практик ЗПСМ у великих містах (за зразком PCN)	Велика Британія (PCN)	Середній	Органи МСВ, НСЗУ	2026-2029

Джерело: складено автором на основі [42; 45; 48; 50; 51; 52; 53].

З матриці адаптаційних заходів, наведеної в табл. 3.2, випливає, що серед семи рекомендованих заходів три мають критичний пріоритет і потребують реалізації у 2025-2026 рр.: впровадження QOF-подібної системи якості НСЗУ, розширення функцій медичних сестер та законодавче закріплення координованої допомоги. Усі три заходи безпосередньо спрямовані на вирішення проблем, зафіксованих у полтавських ЦПМСД: слабкість Р4Р-стимулювання якості, кадровий дефіцит та недостатня міжланкова координація.

Адаптація міжнародного досвіду в умовах воєнного стану потребує врахування низки специфічних обмежень. Фінансові ресурси місцевих бюджетів і НСЗУ суттєво обмежені, що унеможлиблює одночасне впровадження всіх рекомендованих заходів. Пріоритизація за критерієм «максимальний ефект при мінімальних витратах» виводить на перший план ті заходи, що не потребують значних капітальних інвестицій: розширення функцій медсестер (нормативна зміна), запровадження КРІ-надбавки (перерозподіл у межах існуючого бюджету НСЗУ) та вдосконалення модулів ЕСОЗ (ІТ-розробка).

Кадровий дефіцит через мобілізацію і міграцію унеможлиблює швидке масштабування моделей, що базуються на значному збільшенні кількості персоналу. Польська модель ССР або британська PCN потребували кількох років поступового нарощування кадрового потенціалу. В умовах воєнного стану більш реалістичними є заходи, що дозволяють вивільнити час наявних лікарів шляхом перерозподілу функцій (нідерландська модель практичних медсестер) або цифрової автоматизації рутинних процесів (данська модель MedCom/FMK). ВООЗ у доповіді про відновлення системи охорони здоров'я України наголошує: станом на вересень 2024 р. 96 % медичних закладів продовжували функціонувати хоча б частково, а у квітні 2025 р. понад 90 % осіб, які потребували медичної допомоги, змогли її отримати [2] – що свідчить про достатній інституційний ресурс для поступового впровадження рекомендованих заходів.

Ключовою умовою успішної адаптації є збереження принципу поступовості, апробованого самою польською реформою: пілотний проект у 40 практиках РОЗ (2018-2021) із підтримкою Світового банку передував масштабуванню ССР на всю систему [46]. В українських умовах цей підхід трансформується в рекомендацію: пілотувати QOF-механізм та модель практичних медсестер у 5-7 найбільш спроможних ЦПМСД (у т. ч. у полтавських ЦПМСД №2 і №3 як лідерів за показниками МТБ та ЕСОЗ-інтеграції) з подальшим масштабуванням за результатами 2-річного

моніторингу. Конкретні пропозиції щодо механізмів впровадження наведено в підрозділі 3.2.

Тож, порівняльний аналіз досвіду Великої Британії, Нідерландів, Данії та Польщі дозволяє виявити чотири ключових «уроки» для вдосконалення системи ПМД на місцевому рівні в Україні: фінансове стимулювання якості (QOF), системна передача функцій медичним сестрам, цифрова інфраструктура е-направлень та координаційна надбавка для GP/лікарів ЗПСМ. Усі ці заходи є адаптовуваними до вітчизняних умов за умови їх поступового пілотування з урахуванням ресурсних обмежень воєнного часу. Практична реалізація цих рекомендацій у форматі конкретних пропозицій є предметом підрозділу 3.2.

3.2. Пропозиції щодо підвищення ефективності організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Узагальнення теоретичних засад організації первинної медичної допомоги, аналіз практики функціонування ЦПМСД №1, №2 та №3 м. Полтави і вивчення провідного зарубіжного досвіду, здійснені у попередніх розділах дослідження, створюють необхідну основу для розробки конкретних пропозицій щодо підвищення ефективності організації ПМД на місцевому рівні. Розроблені пропозиції охоплюють чотири взаємопов'язані напрями: удосконалення механізмів фінансового стимулювання якості; розвиток кадрового потенціалу; цифровізацію та розвиток ЕСОЗ; посилення координації та профілактичної роботи. Методологічним орієнтиром для формування пропозицій слугують: Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. [37]; Програма медичних гарантій на 2025 р. (Постанова КМУ № 1503 від 24.12.2024) [34]; Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні, затверджені колегією МОЗ 09.11.2024 [36]; а також висновки порівняльного аналізу досвіду Великої Британії, Нідерландів, Данії

та Польщі, наведені в підрозділі 3.1. Пропозиції систематизовано таким чином, щоб забезпечити відповідність між виявленими проблемами (підрозділ 2.2), рекомендованими адаптаційними заходами (підрозділ 3.1) та конкретними механізмами їх реалізації.

Аналіз фінансового механізму НСЗУ засвідчив, що базова капітаційна ставка 2025 р. підвищена до 844,4 грн (проти 786,65 грн у 2024 р.), а також додано сільський коефіцієнт [34]. Водночас Р4Р-надбавка у чинній моделі є недостатньо диференційованою та не охоплює ключових клінічних показників якості. Для вирішення цієї проблеми пропонується запровадити на рівні НСЗУ систему якісних індикаторів (далі – КРІ-система), аналогічну британській QOF, із прив'язкою до неї щорічної надбавки у розмірі 5-10 % базової капітації. КРІ-система ПМД має охоплювати чотири функціональні домени: доступність; профілактика та вакцинація; управління хронічними захворюваннями; координація та задоволеність пацієнтів. Перелік конкретних індикаторів, їх цільові значення та джерела верифікації наведено в табл. 3.3.

Загальний розрахунок КРІ-надбавки пропонується здійснювати за формулою: базова капітація \times коефіцієнт КРІ, де коефіцієнт КРІ = 1,00 при виконанні менше 4 із 8 індикаторів; 1,05 – при виконанні 4-5 індикаторів; 1,08 – при виконанні 6-7 індикаторів; 1,10 – при виконанні всіх 8 індикаторів. Такий підхід забезпечує поступове, а не бінарне стимулювання, що є важливим для ЦПМСД, які перебувають у нерівних стартових умовах щодо МТБ та кадрового забезпечення. Критично важливим елементом вдосконаленої фінансової моделі є нейтралізація негативного впливу понижуючого коефіцієнта 0,8 для «пасивних» пацієнтів (Постанова КМУ № 1503/2024) [34] на ЦПМСД з високою часткою ВПО. Пропонується доповнити методику розрахунку коефіцієнта поправочним коефіцієнтом ВПО: якщо частка задекларованих ВПО у ЦПМСД перевищує 15 % від загального списку – коефіцієнт «пасивності» не застосовується до цієї частини прикріплених. Відповідна норма може бути внесена до Порядку реалізації ПМГ на 2026 р. шляхом доповнення Постанови КМУ № 1503/2024 відповідним пунктом.

**Пропонована система КРІ для оцінювання якості роботи ЦПМСД та
розрахунку Р4Р-надбавки**

Домен якості	Індикатор	Цільове значення	Джерело верифікації
Доступність	Частка е-направлень до спеціалістів від загального числа направлень	≥ 80 %	ЕСОЗ / НСЗУ
	Частка пацієнтів, що отримали прийом до 48 год від звернення	≥ 85 %	ЕСОЗ / журнал прийомів
Профілактика	Охоплення дорослих профілактичними оглядами (щорічний огляд лікаря ЗПСМ)	≥ 50 %	ЕСОЗ / звіт ЦПМСД
	Охоплення цільових груп вакцинацією (грип, COVID-19, пневмокок – особи 65+)	≥ 60 %	ЕСОЗ / МОЗ
Хронічні хвороби	Частка пацієнтів з АГ з досягнутим цільовим АТ (< 140/90 мм рт. ст.)	≥ 55 %	ЕСОЗ / лабораторія
	Частка пацієнтів з ЦД 2 типу з HbA1c < 7,5 % при останньому вимірюванні	≥ 45 %	ЕСОЗ / лабораторія
Координація	Частка звернень, вирішених на рівні ПМД без направлення до стаціонару	≥ 75 %	НСЗУ / ЕСОЗ
Задоволеність	Індекс задоволеності пацієнтів (NPS-опитування, ≥ 4 із 5 балів)	≥ 70 %	Щоквартальне опитування ЦПМСД

Джерело: розроблено автором на основі [34; 20; 27].

Колегія МОЗ України 09.11.2024 р. затвердила рамковий документ «Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні» [36], що є першим офіційним визнанням необхідності розширення компетенцій медичних сестер – підходу, апробованого в Нідерландах та Великій Британії. Документ ґрунтується на чотирьох стратегічних напрямках ВООЗ, зокрема на «посиленні ролі медичних сестер в організації та наданні послуг». Ця нормативна основа відкриває практичну можливість запровадження в полтавських ЦПМСД посади медичної сестри розширеної практики (МРП). Функціональне наповнення посади МРП у ЦПМСД пропонується формувати поетапно. На першому етапі (2026 р.) до функцій МРП відносяться: самостійне ведення хронічних хворих з АГ та ЦД 2 типу за затвердженими протоколами; призначення планових аналізів крові та сечі без окремого прийому лікаря; проведення вимірювань АТ, глікемії, маси тіла з внесенням даних до ЕСОЗ від власного облікового запису. Наказом МОЗ від 05.12.2024

№ 2034 оновлено кваліфікаційні характеристики медичної сестри загальної практики [27], що створює правову основу для цих функцій без додаткового законодавчого регулювання.

На другому етапі (2027-2028 рр.), після накопичення досвіду пілотування та підготовки нормативної бази, пропонується надати МРП право виписки окремих рецептурних препаратів (за обмеженим переліком, затвердженим МОЗ) та проведення телеконсультацій з пацієнтами – за аналогією з повноваженнями *praktijkondersteuner* (ПОГ) у Нідерландах. Розширення функцій МРП дозволить вивільнити щонайменше 20-30 % робочого часу лікаря ЗПСМ для роботи зі складними випадками і прийому нових пацієнтів [20]. Паралельно пропонується вирішити проблему довгострокового кадрового відтворення шляхом укладення цільових договорів між ЦПМСД та Полтавським державним медичним університетом (ПДМУ) про підготовку лікарів ЗПСМ за схемою «стипендія в обмін на 3-річне відпрацювання». Аналогічна практика цільового набору успішно застосовується в медичних університетах Польщі в рамках реформи POZ [7] і не потребує додаткового законодавчого регулювання в Україні, оскільки відповідні норми містить чинний Закон України «Про вищу освіту».

Підвищення функціональності ЕСОЗ є ключовою технологічною умовою реалізації більшості пропонованих заходів. МОЗ України визначає телемедицину та цифрові інструменти стратегічною складовою ЕСОЗ [8]. Нині в ЕСОЗ уже запроваджено окремий обліковий запис для медичних сестер [17], що є важливим кроком до реалізації моделі МРП. Водночас система не має модуля автоматичного нагадування пацієнтам, що є одним із системних обмежень, виявлених у підрозділі 2.2.

Першою конкретною пропозицією у сфері цифровізації є пілотне впровадження модуля автоматизованого нагадування пацієнтам на базі ЦПМСД №3, яке має найбільш розвинену цифрову інфраструктуру серед трьох досліджуваних закладів. Модуль має забезпечувати: автоматичну ідентифікацію пацієнтів груп ризику (65+, ЦД, АГ, онкологія) з давністю

останнього звернення понад 12 місяців; формування та надсилання СМС/push-нагадування через вбудований месенджер ЕСОЗ; фіксацію результату нагадування (прийшов / відмовився / недоступний). Технічне завдання для розробки модуля доцільно підготувати спільно з Центром eHealth МОЗ до кінця 2025 р.

Другою пропозицією є забезпечення 100 % підключення лікарів усіх трьох ЦПМСД до ЕСОЗ для виписки е-направлень – з обов'язковим навчальним супроводом для лікарів старшого покоління ЦПМСД №1. Для підвищення рівня грамотності пацієнтів пропонується розробити й розмістити в усіх амбулаторіях єдиний візуальний стенд «Маршрут пацієнта», який у доступній формі пояснює алгоритм е-направлення та переваги первинного звернення до лікаря ЗПСМ перед самозверненням до спеціаліста.

Третьою пропозицією є розвиток телемедичних консультацій між лікарями ЗПСМ і вузькими спеціалістами в рамках чинного правового регулювання (МОЗ визначило організаційно-правові засади телемедицини [16]). Це дозволить частково замінити необґрунтовані стаціонарні направлення дистанційними консультаціями – аналогічно до голландського механізму субституції допомоги, де впровадження аналогічного сервісу знизило частоту стаціонарних направлень у дерматології з 15 до 9 % [40].

Слабкість координації між ЦПМСД і вторинною ланкою є структурною проблемою, яка не може бути вирішена виключно технологічними засобами. Необхідне також інституційне оформлення відносин між закладами. У зв'язку з цим пропонується укладення меморандуму про взаємодію між ЦПМСД №1, №2, №3 та КНП «2-га Міська клінічна лікарня ПМР», який визначатиме: обов'язковість е-направлення для первинного запису до спеціаліста (за винятком невідкладних станів); зворотне е-направлення спеціаліста до лікаря ЗПСМ після кожної консультації із зазначенням рекомендацій; спільний щоквартальний моніторинг показника частки необґрунтованих самозвернень. Реалізація описаних вище заходів потребує

також відповідного організаційного забезпечення на рівні Департаменту охорони здоров'я Полтавської міської ради. Зокрема, пропонується: запровадити посаду координатора якості ПМД при Департаменті ОЗ ПМР (без збільшення штату – шляхом перерозподілу функцій); затвердити форму щоквартального КРІ-звіту кожного ЦПМСД; встановити порогові значення КРІ-надбавки у договорах між Полтавською МР та ЦПМСД як умову виконання міської програми розвитку охорони здоров'я.

Для забезпечення системного характеру запропонованих змін та чіткого розподілу відповідальності між суб'єктами реалізації наведемо зведений план заходів із визначенням термінів і виконавців, табл. 3.4. Реалізація зведеного плану, представленого в табл. 3.4, розрахована на три роки і передбачає поступове нарощування інтенсивності змін: 2026 р. – запуск пілотів та нормативне закріплення механізмів; 2027 р. – масштабування успішних практик на всі три ЦПМСД; 2028 р. – системний моніторинг та коригування за результатами оцінювання. Такий підхід відповідає принципу поступовості, обґрунтованому в підрозділі 3.1 на прикладі польської реформи POZ.

Реалізація пропонованих заходів, за прогнозними оцінками, забезпечить такі вимірювані результати протягом 2026-2028 рр. У сфері доступності та координації: підвищення частки е-направлень до спеціалістів з поточних 55-60 % до 80 % і вище (відповідно до нормативу Наказу МОЗ №504/2018); зниження частки необґрунтованих самозвернень пацієнтів до вторинної ланки на 20-25 процентних пунктів. У сфері кадрового забезпечення: вивільнення 20-30 % робочого часу лікаря ЗПСМ завдяки передачі функцій МРП; підготовка 12-15 цільових лікарів ЗПСМ на базі ПДМУ протягом 3–5 років. У сфері якості: досягнення КРІ-коефіцієнта $\geq 1,05$ не менше ніж двома ЦПМСД вже у першому річному циклі оцінювання. Ключовим критерієм оцінювання ефективності запропонованих заходів є зростання частки звернень, вирішених на рівні ПМД без госпіталізації: до 75% у 2027 р. та до 80% у 2028 р. Досягнення цього показника свідчатиме про реальне посилення первинної ланки як «першого контакту» системи

охорони здоров'я м. Полтави – відповідно до принципів, проголошених Астанинською декларацією ВООЗ 2018 р. [55] та Стратегією розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. [37].

Таблиця 3.4

Зведений план заходів щодо підвищення ефективності організації ПМД у м. Полтаві на 2026-2028 рр.

Напрямок	Конкретний захід	Строк	Відповідальний
Фінансування	Подання пропозиції до НСЗУ щодо запровадження КРІ-надбавки (5–10 % капітації) за досягнення порогових значень 8 індикаторів (Табл. 3.3)	I кв. 2026	МОЗ, НСЗУ, ЦПМСД
Фінансування	Розробка та затвердження методики розрахунку КРІ-надбавки, яка враховує частку ВПО у прикріпленому населенні (нейтралізація впливу понижуючого коефіцієнта)	II кв. 2026	НСЗУ, МОЗ
Кадровий потенціал	Запровадження посади медичної сестри розширеної практики (МРП) у штатному розписі ЦПМСД №1, №2, №3; передача МРП ведення хронічних хворих (АГ, ЦД 2) за протоколами	I–II кв. 2026	Керівники ЦПМСД, Департамент ОЗ ПМР
Кадровий потенціал	Укладення договорів з медичними університетами Полтави про цільову підготовку лікарів ЗПСМ (стипендія в обмін на 3-річне відпрацювання)	III кв. 2026	Департамент ОЗ ПМР, Полтавський ДММУ
Цифровізація	Пілотування модуля автоматизованого нагадування пацієнтам на базі ЦПМСД №3 (підключення до MIS Health24; масова СМС/push-розсилка про планові огляди)	II кв. 2026	ЦПМСД №3, eHealth Centre, МОЗ
Цифровізація	Забезпечення 100 % підключення лікарів ЦПМСД до ЕСОЗ для виписки е-направлень; навчальні тренінги для лікарів старшого покоління (ЦПМСД №1)	I кв. 2026	Керівники ЦПМСД, eHealth Centre
Профілактика	Запровадження щорічного активного виклику пацієнтів груп ризику (65+, ЦД, АГ) через ЕСОЗ-нагадування; фіксація відмов у медичній карті	II–III кв. 2026	Лікарі ЗПСМ, ЦПМСД
Профілактика	Розробка та впровадження єдиного інформаційного стенду «Маршрут пацієнта» у всіх ЦПМСД Полтави; роз'яснювальна кампанія щодо алгоритму е-направлення	I кв. 2026	Керівники ЦПМСД, Департамент ОЗ ПМР
Координація	Укладення меморандуму між ЦПМСД №1, №2, №3 та КНП «2-га МКЛ ПМР» про порядок е-направлень і взаємодію при спільних пацієнтах	II кв. 2026	Керівники ЦПМСД та МКЛ, Департамент ОЗ ПМР

Джерело: розроблено автором.

Таким чином, запропоновані заходи являють собою комплексну і практично реалістичну програму вдосконалення організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Їх реалізація у м. Полтаві може слугувати модельним прикладом для інших міст обласного значення України, які функціонують в умовах схожих організаційних, кадрових та фінансових викликів.

Висновки до розділу 3

Порівняльний аналіз досвіду Великої Британії, Нідерландів, Данії та Польщі виявив чотири ключових інструменти ефективної ПМД, придатних для адаптації в Україні: система якісних індикаторів з фінансовим бонусом (QOF), розширення функцій медичних сестер, цифрова інфраструктура е-направлень та координаційна надбавка для лікарів ПМД. Частка звернень, вирішених на рівні ПМД без госпіталізації, у країнах-лідерах сягає 87-90 %, тоді як у полтавських ЦПМСД вона становить 55-60 %.

Запропонована КРІ-система з 8 індикаторами у чотирьох доменах (доступність, профілактика, хронічні хвороби, координація) передбачає надбавку до капітаційної ставки НСЗУ у розмірі 5-10 % залежно від кількості виконаних показників (коефіцієнт 1,00-1,10). Додатково запропоновано поправочний коефіцієнт ВПО, що нейтралізує несправедливий вплив понижуючого коефіцієнта 0,8 на ЦПМСД з часткою ВПО понад 15 %.

Запровадження посади медичної сестри розширеної практики (МРП) у ЦПМСД ґрунтується на чинній нормативній базі – Стратегії розвитку медсестринства МОЗ (2024) та оновлених кваліфікаційних характеристиках (Наказ МОЗ № 2034/2024) – і дозволить вивільнити 20-30 % робочого часу лікаря ЗПСМ для складних випадків. Цільові договори з ПДМУ забезпечать довгострокове кадрове відтворення.

У сфері цифровізації запропоновано пілотне впровадження модуля автоматизованого нагадування пацієнтам на базі ЦПМСД №3, розвиток телемедичних консультацій між ланками та забезпечення 100 % е-направлень у всіх трьох закладах.

Зведений план із 9 конкретних заходів на 2026-2028 рр. передбачає досягнення частки е-направлень на рівні 80 % та частки звернень, вирішених на рівні ПМД, – до 80 % у 2028 р., що відповідає нормативам МОЗ та стратегічним цілям охорони здоров'я України до 2030 р.

Запропоновані заходи є практично реалістичними в умовах воєнного стану, оскільки базуються на перерозподілі наявних ресурсів, нормативних змінах без значних капітальних вкладень та принципі поступового пілотування з подальшим масштабуванням.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження щодо організації системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні сформульовано такі висновки.

1. Первинна медична допомога є фундаментальним елементом системи охорони здоров'я, що забезпечує перший рівень контакту пацієнта з медичною системою і здатна самостійно вирішувати до 80-90 % усіх звернень населення. Нормативно-правове підґрунтя організації ПМД в Україні є багаторівневим: від Конституції України та Основ законодавства про охорону здоров'я (1992) до підзаконних актів МОЗ і рішень органів місцевого самоврядування. Реформа 2017-2018 рр. (Закон України № 2168-VIII та Наказ МОЗ № 504/2018) кардинально змінила правову природу відносин у системі ПМД: перехід від бюджетного фінансування закладів до контрактної моделі НСЗУ на основі декларацій та подушного нормативу забезпечив орієнтацію системи на реальні потреби пацієнта. Водночас у законодавстві залишаються прогалини щодо статусу ФАПів, стандартів фізичної доступності та розмежування ПМД і невідкладної допомоги.

2. Порівняльний аналіз організаційних моделей ПМД засвідчив, що найбільш ефективними з погляду функціональної спроможності первинної ланки є беверіджські бюджетно-контрактні моделі з обов'язковою функцією gatekeeper та реєстровим списком пацієнтів (Велика Британія, Нідерланди, Данія). Реформа 2017-2018 рр. наблизила вітчизняну модель до беверіджського типу, проте дефіцит лікарів ЗПСМ (74-76 % укомплектованість), нерівномірність охоплення деклараціями та руйнування частини інфраструктури через воєнні дії свідчать про незавершеність трансформації. Найближчим інституційним аналогом для України залишається Польща, яка за 25-30 років перетворила успадковану поліклінічну мережу Семашка на систему групових практик POZ з єдиним страховим платником NFZ та механізмом координованої допомоги ССР.

3. Аналіз стану та ефективності функціонування системи ПМД на прикладі ЦПМСД №1, №2 та №3 Полтавської міської ради за 2018-2024 рр. підтвердив, що реформа досягла своїх структурних цілей: заклади функціонують як самостійні комунальні некомерційні підприємства, уклали договори з НСЗУ, підключені до ЕСОЗ та беруть участь у програмі «Доступні ліки». Фінансування здійснюється за капітаційною формулою з Р4Р-надбавкою. Водночас між трьома ЦПМСД зберігається суттєва нерівномірність матеріально-технічного забезпечення: вартість основних засобів ЦПМСД №2 (8,4 млн грн) майже вдвічі перевищує показник ЦПМСД №1 (4,3 млн грн), що визначає різний рівень доступності послуг для прикріплених пацієнтів.

4. Капітаційна модель фінансування НСЗУ, будучи прогресивною в частині зв'язку «пацієнт - ресурс», містить системну структурну ваду: вона не покриває капітальних витрат та інфраструктурних інвестицій, покладаючи їх на місцевий бюджет. В умовах воєнного часу, коли видаткова спроможність місцевих бюджетів суттєво обмежена, це створює хронічний дефіцит коштів на оновлення МТБ полтавських ЦПМСД. Зазначений дисбаланс є проявом ширшої суперечності між ринково орієнтованою моделлю НСЗУ та потребою держави у забезпеченні базової медичної інфраструктури.

5. Кадровий дефіцит унаслідок мобілізації та еміграції медичного персоналу є найбільш критичним викликом для полтавських ЦПМСД у 2022-2024 рр. Забезпеченість лікарями ЗПСМ становить 76,4 % від нормативу, а в окремих амбулаторіях реальне навантаження перевищує норму у 1,3-1,5 рази. Поєднання управлінських і медичних функцій через нестачу адміністративного персоналу додатково знижує якість як клінічної роботи, так і менеджменту. Довгострокового вирішення проблема кадрового відтворення без системних заходів цільової підготовки фахівців не має.

6. Координація між первинною та вторинною/третинною ланками залишається суттєво слабшою за нормативний орієнтир: лише 55-60 % направлень до спеціалістів здійснюється через ЕСОЗ, тоді як Наказ МОЗ №

504/2018 передбачає не менше 80 %. Прямі самозвернення пацієнтів до спеціалізованих закладів перевантажують вторинну ланку рутинними запитами, які мала б вирішувати ПМД. Причинами є недостатня інформованість населення про алгоритм е-направлення та усталена звичка пацієнтів старшого покоління звертатися до «поліклініки» безпосередньо.

7. Запровадження з 2025 р. понижуючого коефіцієнта для «пасивних» пацієнтів (Постанова КМУ № 1503/2024) є концептуально виправданим кроком, спрямованим на стимулювання профілактичних звернень. Однак механізм має суттєвий методологічний недолік: він не враховує об'єктивні причини пасивності в умовах воєнного стану, насамперед переміщення пацієнтів-ВПО без переукладання декларацій. До 25 % «пасивних» пацієнтів у полтавських ЦПМСД є ВПО, що призвело до зниження фінансування на 2,5% у I кварталі 2025 р. – факт, що підтверджує необхідність внесення поправок до методики розрахунку коефіцієнта.

8. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду (Велика Британія, Нідерланди, Данія, Польща) виявив чотири адаптованих інструменти підвищення ефективності ПМД: система якісних індикаторів з фінансовим стимулом (QOF у Великій Британії); розширення функцій медичних сестер (модель *praktijkondersteuner* у Нідерландах); цифрова інфраструктура автоматизованих е-направлень та нагадувань (*MedCom/ZorgDomein* у Данії та Нідерландах); механізм координаційної надбавки для GP (ССР у Польщі з 2022 р.). Усі чотири інструменти мають правові та організаційні передумови для впровадження в Україні вже у 2026-2028 рр.

9. Запропонована система КРІ для оцінювання якості роботи ЦПМСД містить 8 індикаторів у чотирьох доменах: доступність, профілактика, управління хронічними хворобами та координація. Р4Р-надбавка розраховується за коефіцієнтом 1,00-1,10 залежно від кількості виконаних показників. Для нейтралізації несправедливого впливу понижуючого коефіцієнта запропоновано поправочний коефіцієнт ВПО: ЦПМСД із часткою ВПО понад 15 % у прикріпленому населенні звільняються від

застосування коефіцієнта 0,8 до цієї частини пацієнтів. Відповідна зміна потребує доповнення Постанови КМУ № 1503/2024.

10. Запровадження посади медичної сестри розширеної практики (МРП) у ЦПМСД є найбільш ресурсоефективним заходом вирішення кадрової проблеми. Нормативна основа вже створена: Стратегія розвитку медсестринства МОЗ (2024) та оновлені кваліфікаційні характеристики (Наказ МОЗ № 2034/2024) дозволяють делегувати МРП ведення хронічних хворих з АГ та ЦД 2 типу, що вивільнить 20-30 % робочого часу лікаря ЗПСМ. На другому етапі (2027-2028 рр.) доцільно надати МРП право виписки обмеженого переліку препаратів та проведення телеконсультацій – за аналогією з нідерландською моделлю ПОГ.

11. Зведений план із 9 конкретних заходів на 2026-2028 рр. охоплює чотири напрями: фінансове стимулювання якості; кадровий розвиток; цифровізація процесів; посилення координації між ланками. Ключові цільові показники плану: частка е-направлень – до 80 % у 2026 р.; частка звернень, вирішених на рівні ПМД без госпіталізації, – до 75 % у 2027 р. та до 80 % у 2028 р.; досягнення КРІ-коефіцієнта $\geq 1,05$ не менше ніж двома ЦПМСД у першому річному циклі оцінювання. Реалізація плану не потребує значних капітальних інвестицій і базується переважно на перерозподілі наявних ресурсів та нормативних змінах.

12. Досвід м. Полтави з його трьома ЦПМСД у різному стані МТБ та різним рівнем цифрової зрілості є репрезентативним для більшості міст обласного значення України. Запропоновані організаційні рішення – КРІ-система, модель МРП, модуль автоматизованих нагадувань в ЕСОЗ, поправочний коефіцієнт ВПО та меморандум про міжланкову координацію – є тиражованими і можуть бути масштабовані на інші міські ЦПМСД після пілотного апробування. Їх реалізація відповідає стратегічним пріоритетам Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 р. та Астанинській декларації ВООЗ щодо посилення первинної ланки як основи загального охоплення охороною здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білан С.Ю. Спроможна мережа закладів охорони здоров'я: проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2024. № 3-4. С. 244-249. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2023.3-4/244-249>.
2. ВООЗ. Відновлення системи охорони здоров'я України: стратегічні пріоритети і міжнародний досвід. Огляд підготовлено за матеріалами health-ua.com за підтримки ВООЗ. 2025. URL: <https://health-ua.com/pediatrics/mizdisciplinarni-problemi/81990-vidnovlennia-sistemi-oxoroni-zdorovia-ukrayini-strategichni-prioriteti-i-miznarodnii-dosvid> (дата звернення: 06.10.2025).
3. Гриценко І.А. Організаційно-правові засади надання первинної медичної допомоги в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ, 2020. 20 с.
4. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 173. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п#Text> (дата звернення: 19.10.2025).
5. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-п#Text> (дата звернення: 08.10.2025).
6. З 1 січня починає діяти Програма медичних гарантій на 2024 рік / Кабінет Міністрів України. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/z-1-sichnia-pochynaie-diiaty-prohrama-medychnykh-harantii-na-2024-rik> (дата звернення: 10.10.2025).
7. Застосування коефіцієнтів зменшення фінансування ПМД у 2025 році: позиція НСЗУ та медичної спільноти / Всеукраїнська асоціація ОТГ. 2025. URL: <https://hromady.org/en/nazva-zastosuvannya-koeficiyentiv->

zmenshennya-finansuvannya-pmd-u-2025-roci-poziciya-nszu-ta-medichnoi-spilnoti (дата звернення: 20.10.2025).

8. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 15.10.2025).

9. КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 Полтавської міської ради» : відомості з Єдиного державного реєстру юридичних осіб (ЄДРПОУ 38503185). URL: <https://opendatabot.ua/c/38503185> (дата звернення: 18.10.2025).

10. КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №2 Полтавської міської ради» : відомості з Єдиного державного реєстру юридичних осіб (ЄДРПОУ 38503179). URL: <https://opendatabot.ua/c/38503179> (дата звернення: 18.10.2025).

11. КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради» : відомості з Єдиного державного реєстру юридичних осіб (ЄДРПОУ 38503159). URL: <https://opendatabot.ua/c/38503159> (дата звернення: 18.10.2025).

12. КП «ЦПМСД №1 ПМР» : офіційний веб-сайт. URL: <https://kr.cpmsd1.poltava.ua> (дата звернення: 18.10.2025).

13. КП «ЦПМСД №3 ПМР» : офіційний веб-сайт. URL: <https://cpmsd3.pl.ua> (дата звернення: 18.10.2025).

14. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір : монографія. Київ, 2009. 384 с.

15. Медична реформа у дії: Полтавська область продовжує впроваджувати зміни у сфері охорони здоров'я. *Poltava.to* : веб-сайт. 2019. URL: <https://poltava.to/project/4789> (дата звернення: 15.10.2025).

16. МОЗ України. Організаційні та правові засади надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини. URL: <https://moz.gov.ua/uk/organizacijni-ta-pravovi-zasadi-nadannya-medichnoyi-dopomogi-iz-zastosuvannyam-telemedicini> (дата звернення: 04.10.2025).

17. МОЗ України. У МОЗ розповіли про нові функції в ЕСОЗ для медичних сестер і братів. 2022. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/57415-u-moz-rozpovili-pro-novi-funktsii-v-esoz-dlya-medichnikh-sester-i-brativ> (дата звернення: 05.10.2025).

18. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: світовий досвід та Україна. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.

19. На Полтавщині 8,6 тисяч пацієнтів підписали декларації з лікарями. *Poltava.to* : веб-сайт. 2018. URL: <https://poltava.to/news/46578> (дата звернення: 15.10.2025).

20. Новації Програми медичних гарантій у 2025 році. Ризики та можливості / Національний інститут стратегічних досліджень. 2025. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/novatsiyi-prohramy-medychnykh-harantiy-u-2025-rotsi-ryzyku-ta> (дата звернення: 01.11.2025).

21. НСЗУ. Звіт про результати діяльності Національної служби здоров'я України за 2023 рік. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/zvitni-dokumenti> (дата звернення: 10.10.2025).

22. НСЗУ. Посібник медичних гарантій 2024. URL: https://vaccine.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/posibnyk_pmg_2024.pdf (дата звернення: 14.10.2025).

23. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 17.10.2025).

24. Пілот у Полтавській області з реформи стаціонарної медичної допомоги працює успішно. *Інтерфакс-Україна* : веб-сайт. 2019. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/612365.html> (дата звернення: 15.10.2025).

25. Посібник медичних гарантій 2024: відновлення і розвиток програми. Національна служба здоров'я України. 2024. URL: https://vaccine.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/posibnyk_pmg_2024.pdf (дата звернення: 14.10.2025).

26. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 19.10.2025).

27. Про затвердження змін до кваліфікаційних характеристик працівників охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 05.12.2024 № 2034. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/4a9add88-c124-42b9-9c9f-cae5a03ae/dn_2034_05122024_dod.pdf (дата звернення: 04.10.2025).

28. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> (дата звернення: 10.10.2025).

29. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 11.10.2025).

30. Про затвердження Програми медичних гарантій на 2024 рік : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.12.2023 № 1380. *Урядовий кур'єр*. 2024. № 3.

31. Про Концепцію розвитку системи охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313-п#Text> (дата звернення: 07.10.2025).

32. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 01.10.2025).

33. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text> (дата звернення: 19.10.2025).

34. Програма медичних гарантій – 2025: що зміниться у 2025 році. *Дзеркало тижня* : веб-сайт. 2025. 3 січня. URL:

<https://zn.ua/ukr/UKRAINE/prohrama-medichnikh-harantij-shcho-zminitsja-u-2025-rotsi.html> (дата звернення: 03.10.2025).

35. Слабкий Г.О., Лехан В.М. Реформа первинної медичної допомоги в Україні: здобутки та виклики. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 14-22.

36. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні : рамковий документ, затверджений колегією МОЗ України 09.11.2024. Київ : МОЗ України, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/ecb8895d-a796-43c6-94eb-d7dcebee91b4/Medsestrynstvo.pdf> (дата звернення: 03.10.2025).

37. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 р. : затверджена розпорядженням КМУ від 27.12.2021 № 1750-р. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%202024.2022.pdf> (дата звернення: 01.10.2025).

38. Шевченко М. В. Зарубіжний досвід організації первинної медичної допомоги та можливості його адаптації в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf (дата звернення: 05.10.2025).

39. Akman, M. Organization of primary care / M. Akman, D. A. Başer, B. U. Koban [et al.]. *Primary Health Care Research & Development*. 2022. Vol. 23. e55. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423622000275>.

40. Albada T. et al. A Care Substitution Service in the Netherlands: Impact on Referral, Cost, and Patient Satisfaction. *BMC Primary Care*. 2023. Vol. 24. P. 171. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02137-y>.

41. Bodenheimer, T. Primary Care: Proposed Solutions to the Physician Shortage Without Training More Physicians / T. Bodenheimer, H. H. Pham. *Health Affairs*. 2010. Vol. 29, № 5. P. 799-805.

42. Commonwealth Fund. Netherlands – International Health Policy. New York : Commonwealth Fund, 2024. URL: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (дата звернення: 03.10.2025).

43. Fisher R., Alderwick H. The Performance of General Practice in the English National Health Service (NHS): an Analysis Using Starfield's Framework for Primary Care. *Health Affairs Scholar*. 2024. Vol. 2, Issue 3. DOI: <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae022>.

44. Habicht, T. Primary Health Care Reforms in Poland: Ambitions Versus Reality / T. Habicht, A. Manthey, E. Kumpunen [et al.]. *International Journal of Health Policy and Management*. 2023. Vol. 12. Art. 7341. DOI: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7341>.

45. Kowalska-Bobko I. et al. Access to Services Within the Entrusted Budgets in Primary Healthcare in Poland from 2022 to 2025. *Healthcare*. 2025. Vol. 13, № 18. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13182358>.

46. Kringos D.S. et al. Building Primary Care in a Changing Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. 196 p.

47. Kringos, D.S. The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study. Utrecht : NIVEL, 2012. 232 p.

48. Kroneman M. et al. How Can a Bundled Payment Model Incentivize the Transition from Single-Disease Management to Person-Centred and Integrated Care for Chronic Diseases in the Netherlands? *BMC Health Services Research*. 2023. Vol. 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09287-0>.

49. NHS Confederation. GP Contract Changes 2023/24: What You Need to Know. London : NHS Confederation, 2023. URL: <https://www.nhsconfed.org/publications/gp-contract-changes-202324-what-you-need-know> (дата звернення: 03.10.2025).

50. NHS England. Performance Report 2023/24. London : NHS England, 2024. URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/performance-report-23-24/> (дата звернення: 02.10.2025).

51. NHS England. Primary Care Service Development Funding and General Practice IT Funding Guidance 2023/24. London : NHS England, 2023. URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/primary-care-service-development-funding->

- and-general-practice-it-funding-guidance-2023-24/ (дата звернення: 02.10.2025).
52. Sagan A. et al. Primary Health Care Reforms in Poland: Ambitions versus Reality. *European Journal of Public Health*. 2022. Vol. 32, Suppl. 3. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.626>.
53. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005. Vol. 83, № 3. P. 457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
54. Van Loenen, T. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012 / T. van Loenen, M. J. van den Berg, S. Heinemann [et al.]. *BMC Family Practice*. 2016. Vol. 17. Art. 59. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0458-3>.
55. WHO. Declaration of Astana (Global Conference on Primary Health Care). Geneva : WHO, 2018. 4 p. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (дата звернення: 02.10.2025).
56. WHO. Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action. Geneva : World Health Organization, 2020. 72 p.
57. Windak A. et al. Poland – Building Primary Care in a Changing Europe. In: *Building Primary Care in a Changing Europe* / eds. D. S. Kringos et al. Copenhagen : WHO, 2015. P. 141-154. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459007/> (дата звернення: 03.10.2025).
58. World Health Organization. A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva : WHO, 2018. 56 p.
59. World Health Organization Regional Office for Europe. Primary Health Care Systems (PRIMASYS): Case Study from Poland. Abridged Version. Copenhagen : WHO, 2017. 16 p.

ДОДАТКИ