

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

МАЙСТРУК АНДРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.77:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РОЗВИТКУ ІНФРАСТРУКТУРНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ
ДОПОМОГИ
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

А. О. МАЙСТРУК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
СИМОНЕНКО Леся Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **МАЙСТРУК Андрій Олександрович**
допущений до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від « ____ » _____ 20__ р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к. е. н., професор
(науковий ступінь, вчене звання) _____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

« ____ » _____ 20__ р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **МАЙСТРУК Андрій Олександрович** захистив
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Тетяна ДМИТРЕНКО
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

МАЙСТРУК А. О. Державна політика розвитку інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир. 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена комплексному дослідженню поняття інфраструктури, що охоплює не лише матеріально-технічну базу, а й фінансові, кадрові та цифрові ресурси, необхідні для ефективного надання послуг первинної медико-санітарної допомоги. Фундаментальні основи для дослідження ПМСД закладені в чинній законодавчій та нормативно-правовій базі України, яка визначає державну політику у сфері охорони здоров'я. Вивчено інструменти публічного управління спрямовані на подолання фінансових обмежень, вирішення кадрових дисбалансів та забезпечення цифрової інтеграції для досягнення стратегічних цілей.

Ключові слова: матеріально-технічна база, фінансування, кадрове забезпечення, НСЗУ, цифрова інфраструктура

ANNOTATION

MAISTRUK A. State policy on the development of infrastructure for primary health care. – Qualification work on the basis of a manuscript. Qualification work for obtaining a master's degree in the speciality 281 'Public Management and Administration'. – Polissia National University, Zhytomyr. 2025.

The thesis is devoted to a comprehensive study of the concept of infrastructure, covering not only the material and technical base, but also the financial, human and digital resources necessary for the effective provision of primary health care services. The fundamental basis for the study of primary health care is laid down in the current legislative and regulatory framework of Ukraine, which defines state policy in the field of health care. Public management tools aimed at overcoming financial constraints, addressing human resource imbalances and ensuring digital integration to achieve strategic goals have been studied.

Keywords: material and technical resources, financing, staffing, NSZU, digital infrastructure.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ІНФРАСТРУКТУРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	9
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	17
РОЗДІЛ 2. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	18
2.1. Механізми та інструменти державного фінансування первинної медико-санітарної допомоги в Україні	18
2.2. Ефективність та проблеми реалізації фінансової політики у сфері ПМСД	24
2.3. Проблеми реалізації державної фінансової політики у сфері первинної медико-санітарної допомоги: інфраструктурні аспекти	29
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	32
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ІНФРАСТРУКТУРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	34
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	42
ВИСНОВКИ	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	50

ВСТУП

Актуальність теми. Для досягнення справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів для української системи охорони здоров'я фундаментальне значення має розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Державна політика розвитку інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги є комплексною і включає формування територіально доступної спроможної мережі закладів, забезпечення матеріально-технічної бази та широке впровадження цифрової інфраструктури.

Державна політика розвитку інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги є багатоаспектною та розглядається у численних наукових працях, аналітичних звітах та нормативно-правових документах. Фундаментальні основи для дослідження закладені в чинній законодавчій та нормативно-правовій базі України, яка визначає державну політику у сфері охорони здоров'я та, зокрема, ПМСД. Стратегічні та програмні документи визначають пріоритети формування спроможної мережі, принципи фінансування та цифрову трансформацію. Питання фінансового забезпечення інфраструктури ПМСД широко висвітлюються в працях аналітичних центрів та міжнародних організацій. Науковці НІСД, зокрема Бойко С. та Власенко Р., досліджують новації Програм медичних гарантій, оцінюючи ризики та можливості тарифної політики та фінансової стійкості закладів. Кадрове забезпечення та роль медичного персоналу представлений у спеціалізованих дослідженнях Степурко Т. та Рааб М. Питання розширення ролі медсестер детально проаналізовані Качурець М., Сасіною Я., Степурко Т., Шваб М. Впровадження електронної охорони здоров'я (eHealth) та модернізація фізичної бази є предметом досліджень, особливо в контексті воєнного стану та відновлення Якобчук В., Іванюк О., Круть В., які дослідили управління інформаційними технологіями в охороні здоров'я в умовах війни. Незважаючи на значний обсяг досліджень у сфері правових засад, фінансових механізмів та

кадрової політики, залишається потреба у розробленні інтегрованих науково-практичних рекомендацій, які б комплексно поєднали інфраструктурні, кадрові та управлінські аспекти державної політики розвитку ПМСД в умовах відновлення та подальшої трансформації.

Мета роботи полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад та розробленні науково-практичних рекомендацій щодо удосконалення державної політики розвитку інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

Для досягнення поставленої мети визначено такі основні *завдання*:

- Проаналізувати нормативно-правові документи та стратегічні пріоритети реалізації державної політики розвитку інфраструктурного забезпечення ПМСД в Україні.

- Дослідити механізми та інструменти державного фінансування інфраструктури первинної медико-санітарної допомоги та оцінити їхню ефективність.

- Визначити ключові проблеми реалізації державної фінансової політики у сфері ПМСД в інфраструктурному та кадровому аспектах.

- Обґрунтувати стратегічні напрями удосконалення державної політики щодо зміцнення матеріально-технічної та фізичної інфраструктури, розвитку цифрової інфраструктури та кадрового забезпечення ПМСД.

Об'єкт дослідження стали процеси реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в частині розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Предмет дослідження – державна політика розвитку інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

Для досягнення поставленої мети та завдань використовувалися такі *методи дослідження*. Системний підхід та порівняльно-правовий аналіз – для вивчення нормативно-правової бази, яка регулює діяльність ПМСД, зокрема Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та галузевих стратегій. Методи аналізу, синтезу та логічного узагальнення – для обґрунтування актуальності теми, визначення мети та

завдань роботи, а також формулювання висновків та пропозицій щодо удосконалення політики. Статистичний аналіз, групування та порівняння – для кількісної оцінки ефективності фінансових механізмів, зокрема капітаційної ставки та коригувальних коефіцієнтів, а також для вивчення кадрового забезпечення (дефіцит лікарів, співвідношення медсестер до лікарів). Метод моделювання – для обґрунтування напрямів удосконалення управлінських моделей та розширення ролі медичного персоналу на рівні ПМД.

Наукова новизна роботи полягає у системному підході до інфраструктурного забезпечення ПМСД, який охоплює не лише традиційну матеріально-технічну базу, але й фінансові, кадрові та цифрові інструменти державного управління.

Інформаційну базу дослідження становлять: закони України, постанови Кабінету Міністрів України, Стратегії розвитку системи охорони здоров'я, офіційні статистичні дані та звіти (НСЗУ, ВООЗ, НІСД), аналітичні матеріали та звіти українських та міжнародних проєктів, а також наукові праці вітчизняних та зарубіжних учених з питань публічного управління та охорони здоров'я.

Перелік публікацій автора за темою дослідження. Розглянута в роботі проблематика досліджень оприлюднювалась на науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті. По підсумках написання роботи опубліковані з тези.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованих рекомендацій органами державної влади, фінансовими регуляторами та банківськими установами для підвищення ефективності кредитного регулювання й мінімізації кредитних ризиків в умовах економічної нестабільності. Отримані результати сприяють удосконаленню механізмів державної підтримки кредитування та відновленню кредитної активності реального сектору економіки.

Елементи наукової новизни полягають у комплексному підході до обґрунтування державного регулювання кредитної діяльності банків через

поєднання монетарних, макропруденційних, гарантійних і цифрових інструментів в умовах воєнної економічної нестабільності. У роботі визначено напрями адаптації антикризових механізмів державного впливу як факторів стабілізації банківського кредитування.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота викладена на 50 сторінках, містить 7 таблиць, список літератури складає 40 джерел.

РОЗДІЛ 1.

ОГЛЯД НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ІНФРАСТРУКТУРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Первинна медична допомога стала пріоритетним напрямком реформ в національній охороні здоров'я, адже має універсальне охоплення послугами охорони здоров'я і базується на людиноорієнтованості.

Формування нової державної стратегії та створення правової та організаційної основи для кардинального реформування первинної ланки охорони здоров'я бере початок від Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» (Закон № 1841-VI від 22.01.2010). Цей Закон мав фундаментальне значення для української системи охорони здоров'я, оскільки він визначив первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) на засадах сімейної медицини як шлях для подолання кризових явищ у сфері охорони здоров'я. Закон ґрунтувався на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, які вказували, що лише розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації та досягнути справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів [15].

Закон вимагав удосконалення нормативно-правової та науково-методичної бази для діяльності лікувальних закладів. Серед конкретних завдань основними були:

- Розроблення та затвердження нормативів надання населенню ПМСД.
- Розроблення та впровадження стандартів первинної медико-санітарної допомоги, заснованих на принципах доказової медицини, та критеріїв оцінки її якості.

- «Удосконалення порядку ліцензування медичної практики за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» та державної акредитації закладів охорони здоров'я.

- Створення умов для реалізації принципу організації та координації лікарем загальної практики – сімейним лікарем надання пацієнтам спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги» [15].

Закон спрямовувався на усунення проблеми, коли лише 10% коштів, виділених з державного бюджету для охорони здоров'я, витрачалося на утримання закладів ПМСД, що призводило до вкрай низького рівня матеріально-технічного забезпечення. Значенням Закону полягало:

- «Створення мережі амбулаторій сімейної медицини у міській та сільській місцевості шляхом реорганізації та перепрофілювання діючих закладів.

- Забезпечення матеріально-технічного оснащення амбулаторій.
- Проведення реструктуризації амбулаторно-поліклінічних закладів.
- Забезпечення лікувальних закладів медичним енергоефективним обладнанням та спеціалізованими автотранспортними засобами.
- Надання статусу юридичної особи лікувальним закладам» [15].

Закон визначив необхідність вирішення кадрової проблеми шляхом:

- Підвищення рівня підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів та іншого медичного персоналу для надання ПМСД.
- Удосконалення системи викладання основ ПМСД у вищих медичних та післядипломних закладах.
- Розроблення перспективного плану підготовки лікарів та молодших спеціалістів [15]. Результати впровадження закону наведені в ДОДАТКУ А.

Станом на кінець 2021 року майже 33 мільйони жителів України обрали й підписали декларації з лікарями первинної ланки [3]. Принцип «гроші слідують за пацієнтом» був вперше застосований саме до первинної медичної допомоги. Трансформація системи фінансування розпочалася з ПМД, повна оплата якої

гарантується державою за рахунок коштів Державного бюджету України в межах Програми медичних гарантій (ПМГ).

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) з липня 2018 року укладає договори з автономізованими надавачами ПМД на основі капітаційної ставки [3]. У 2021 році додатково було введено метод оплати за результатами виконання договорів. З початком реформи люди отримали право вільного вибору лікаря. Державні та приватні надавачі ПМД отримали рівні можливості для надання послуг у рамках ПМГ. Незважаючи на значний прогрес у контрахуванні та охопленні населення, низка системних проблем потребує розв'язання: спектр послуг системно розширюється але обмежується діагностикою та лікуванням гострих розладів; дієві профілактичні програми та програм формування здорового способу життя на рівні ПМД планується впроваджувати з 2026 року. Також відзначається низький потенціал щодо управління факторами ризику розвитку хронічних захворювань.

Залишаються суперечності між ПМД та неререформованою СМД, що гальмує ефективне виконання лікарями ПМД їхньої координаційної та пропускної (gatekeeping) функцій. Лікар залишається основним надавачем послуг. Роль медичної сестри часто зводиться до секретарських функцій.

ПМД має забезпечити інтегроване й координоване надання комплексних профілактичних, лікувальних, реабілітаційних та паліативних послуг на принципах мультидисциплінарності. Електронні направлення та електронні медичні картки є важливими інструментами інтеграції між надавачами медичних послуг, забезпечуючи горизонтальну та вертикальну взаємодію [3]. Необхідно ще інтегрувати послуги громадського здоров'я та первинної медичної допомоги, використовуючи технології Big Data, удосконалювати методи оплати в рамках ПМГ, розширювати кваліфікаційні вимоги до молодших медичних працівників і залучити до надання медичних послуг немедичних працівників, у першу чергу на рівні громади. Запровадити гнучку систему стимулів та заохочень для залучення працівників сфери охорони

здоров'я та утримання їх у районах, які мають недостатню кількість працівників [3].

Державна політика у сфері охорони здоров'я загалом та розвиток інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги (ПМД), зокрема ґрунтується на Основах законодавства України про охорону здоров'я (1992) та Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017) [23]. Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади, включаючи Кабінет Міністрів України, який забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, та місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень [20].

Первинна медична допомога (ПМД) – це медична допомога, що включає консультації, діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних станів (під час вагітності), профілактичні заходи, а також направлення пацієнта для отримання спеціалізованої допомоги [23, стаття 351]. Надання ПМД забезпечують заклади охорони здоров'я та фізичні особи – підприємці, які мають відповідну ліцензію [20]. Організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах доступності (мінімальна втрата часу), безпечності (мінімізація ризиків і медичних помилок) та результативності (досягнення найкращих результатів на основі доказової медицини та галузевих стандартів) [21].

Розвиток інфраструктурного забезпечення ПМД тісно пов'язаний із загальною Стратегією розвитку системи охорони здоров'я (2025) [31]. Державна політика спрямована на розширення ролі первинної ланки медичної допомоги та трансформацію маршрутів пацієнтів. Ключовими завданнями Стратегії щодо інфраструктури є:

- Розроблення концепції, плану реалізації та формування мережі закладів охорони здоров'я інтегрованої первинної медичної допомоги,

спрямованої на зосередження медичних ресурсів та послуг на рівні територіальних громад [31].

- Розроблення та забезпечення функціонування механізму управління госпітальними округами та госпітальними кластерами, а також формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, що забезпечує повне територіальне покриття [20].

- Забезпечення використання принципів інклюзивності та безбар'єрності доступу до послуг охорони здоров'я.

- Забезпечення комплексного врахування потреб ветеранів війни, населення деокупованих територій та внутрішньо переміщених осіб у наданні медичної допомоги [31].

Держава зобов'язана організовувати матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я в обсязі, необхідному для надання гарантованого рівня медичної та реабілітаційної допомоги [20]. Місцеві органи самоврядування мають право фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції [23]. Стратегія передбачає посилення спроможності надавачів ПМД щодо надання комплексних мультидисциплінарних послуг та виїзних консультацій для маломобільного населення або населення, яке проживає у віддалених сільських районах [31].

Для підтримки роботи медичних працівників у сільській, малонаселеній чи важкодоступній місцевості передбачається розроблення та впровадження ефективного механізму заохочення та підтримки [3]. Також планується опрацювання можливості реалізації концепції «останньої милі» для доставки лікарських засобів та забезпечення належного доступу до рецептурних ліків у сільській та важкодоступній місцевості [31].

Фінансування ПМД відбувається в межах Програми медичних гарантій (ПМГ), яку реалізує Уповноважений орган – Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Основні положення фінансування ПМД (Постанова КМ № 1503 від 24.12.2024):

1. Тариф та капітаційна ставка. Тариф на медичні послуги з надання ПМД визначається як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію, і становить 844,4 грн. на рік (станом на 2025 рік) [25].

2. Коригувальні коефіцієнти. До базової ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти, що опосередковано впливають на фінансування інфраструктури, враховуючи навантаження та географічні особливості. Залежно від вікової групи пацієнта (наприклад, від 0 до 5 років – 2,465; від 6 до 17 років – 1,25). Сільський коефіцієнт (1,1), який застосовується, якщо ПМД надається за місцями провадження діяльності, розташованими у сільських населених пунктах. Коефіцієнт щільності (1,2), що застосовується, якщо послуги надаються у населених пунктах територіальних громад, де показник густоти населення є вдвічі нижчим за середній показник в Україні [25].

3. Місцеві стимули. Органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку, зокрема щодо підвищення оплати праці працівників (програми «місцевих стимулів»).

Розвиток інфраструктурного забезпечення ПМД нерозривно пов'язаний з цифровізацією, оскільки електронна охорона здоров'я (е-здоров'я) є системою інформаційних відносин, що базуються на використанні цифрового середовища для підтримки сфери охорони здоров'я [20].

Стратегічні напрями цифровізації визначені в Концепції розвитку електронної охорони здоров'я (Розпорядження КМ № 1671-р від 28.12.2020) та Стратегії розвитку охорони здоров'я, які визначають: необхідність модернізації та розвитку національної медичної інфраструктури інформатизації, включаючи кадрову спроможність та комп'ютеризацію закладів охорони здоров'я [24]; етапність переходу від паперових до електронних документів та форм облікової медичної документації [24]; створення єдиного медичного інформаційного простору для забезпечення інтеперабельності та інтеграції [31]; використання даних електронної системи охорони здоров'я для ухвалення управлінських рішень та підвищення ефективності управління системою [31].

Телемедицина є складовою електронної охорони здоров'я [20]. Вона передбачає надання медичної допомоги методами і засобами телемедицини (телеконсультування, теледіагностика, телереабілітація) з використанням інформаційної, електронної комунікаційної та програмно-апаратної інфраструктури. Серед пріоритетних завдань Стратегії розвитку охорони здоров'я є повноцінне впровадження телемедицини та розширення використання методів віддаленого моніторингу стану здоров'я пацієнтів [31]. Законодавство також передбачає, що пацієнти мають право на інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини.

Якісні зміни в системі первинної медико-санітарної допомоги (ПМД) відбуваються за кількома ключовими напрямками, які стосуються фінансування, розширення спектра послуг, посилення контролю якості та цифровізації, що підтверджується результатами реалізації Програми медичних гарантій (ПМГ) у 2021 та 2024 роках [6, 16]. Однією з найбільш вагомих якісних змін є перехід до пацієнтоорієнтованої моделі, що забезпечує вільний вибір лікаря та підвищення рівня задоволеності послугами. Станом на 2021 рік понад 32,6 млн. пацієнтів вільно обрали своїх лікарів ПМД, 74 % пацієнтів задоволені обраним лікарем. Рівні умови для надавачів приватної і державної форм власності отримали можливість надавати безоплатні послуги на первинній ланці, що посилює конкуренцію та розширило вибір для пацієнтів [16].

Якісні зміни торкнулися безпосередньо спектра послуг, які надає первинна ланка, інтегруючи її з іншими медичними напрямками. Медична допомога стала ще ближчою до пацієнта. У 2021 році 454 медичні заклади первинної ланки уклали договори з НСЗУ на супровід та лікування пацієнтів із туберкульозом, надавши їм можливість лікуватися у свого сімейного лікаря. Уперше напрям ментального здоров'я з'явився в Програмі медичних гарантій у 2022 році, в рамках пакету «Супровід та лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги». У 2024 році до мережі закладів ПМД, які надають фахову допомогу при проявах стресу та

депресії, долучилося ще більше надавачів. Цей пакет послуг є інвестицією в майбутнє кожного українця [6].

Світовий банк відзначив серед ключових досягнень 2024 року посилення ролі первинної медичної допомоги у програмі медичних гарантій. Для забезпечення підвищення якості на рівні ПМД запроваджуються механізми стимулювання та контролю. У 2024 році було змінено підходи до первинної медичної допомоги, зокрема розроблено якісні показники та вдосконалено оцінювання ефективності роботи лікарів первинної ланки. У 2024 році НСЗУ підвищила вимоги для контракування за пакетом ментального здоров'я. Обов'язкова наявність навчених лікарів загальної практики збільшена з 20% до 70%, які пройшли курс mhGAP. Також щонайменше 35% медичних сестер і медичних братів мають пройти відповідне навчання. На кінець 2024 року 21 955 лікарів ПМД отримали сертифікати про завершення першого рівня курсу mhGAP, а 17 603 лікарі ПМД – другого рівня. Це допомогло наблизити до пацієнтів доступ до послуг з ментального здоров'я [6].

У 2024 році у партнерстві з ВООЗ розроблено новий аналітичний інструмент – «Звіт щодо індикаторів роботи закладів ПМД», який щомісяця надсилався всім надавачам. Якісні зміни у фінансуванні та доступності послуг забезпечуються через цифрові інструменти. Впроваджено та запущено модуль на платформі SAP для автоматизації контракування закладів ПМД, що охоплює весь цикл від обробки пропозицій (понад 3000 опрацьовано для контракування на 2025 рік) до підписання договорів.

Забезпечено можливість отримання безоплатних ліків за е-рецептом без прив'язки до місця реєстрації. У 2024 році програма «Доступні ліки» розширена препаратами для лікування розладів психіки та поведінки, а також для паліативної допомоги. У 2024 році в рамках спільного проекту з «Укрпоштою» було розширено ініціативу «Укрпошта. Аптека», що забезпечує безоплатну доставку ліків у віддалені громади та прифронтові регіони [6].

Система ПМД готується до якісних змін у фінансовій стабільності та плануванні. У 2024 році було закладено підґрунтя для переходу на

середньострокові договори (терміном до трьох років) із закладами первинної допомоги з 1 січня 2025 року. Це сприятиме кращому фінансовому й операційному плануванню та зменшить адміністративне навантаження.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Нормативно-правові документи визначають сімейну медицину як державний пріоритет та шлях до поліпшення здоров'я населення та трансформацію інфраструктури, фінансування, кадрового забезпечення та якості ПМСД.

Державна політика розвитку інфраструктурного забезпечення ПМСД в Україні, згідно з чинними нормативно-правовими документами та стратегіями, є комплексною і включає: перше, формування територіально доступної спроможної мережі закладів ПМСД, інтегрованих у госпітальні округи та кластери; друге, забезпечення матеріально-технічної бази та використання регіональних фінансових стимулів (сільський коефіцієнт, коефіцієнт щільності) для підтримки ПМСД у важкодоступних та малонаселених районах; третє, широке впровадження цифрової інфраструктури (е-здоров'я) та телемедицини для покращення доступу, якості управління та ведення медичної документації.

Ці напрями свідчать про зміну моделі надання медичної допомоги з акцентом на посилення ролі первинної ланки, що є важливим елементом для забезпечення універсального доступу до якісних і безпечних послуг.

Якісні зміни в первинній медицині виражаються у зміцненні її ролі як координатора та постачальника комплексних послуг (особливо у сфері ментального здоров'я), застосуванні фінансових стимулів для досягнення цільових показників та впровадженні передових цифрових інструментів для забезпечення прозорості та ефективності.

РОЗДІЛ 2.

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Механізми та інструменти державного фінансування первинної медико-санітарної допомоги в Україні

Фінансування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в Україні зазнало фундаментального реформування, розпочатого у 2017 році із прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [23]. Основна мета реформи – покращення доступу до медичних послуг та посилення фінансового захисту населення від надмірних витрат «з кишені» [4]. Модель фінансування ПМСД базується на Програмі медичних гарантій (ПМГ), капітаційній ставці та ключовій ролі Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як стратегічного закупівельника.

Програма медичних гарантій (ПМГ) ПМГ – це державна програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України [23]. ПМСД є одним із видів медичної допомоги, гарантованої ПМГ. Програма також встановлює механізми реалізації цих послуг. Обсяг коштів на реалізацію ПМГ щорічно визначається у Законі України про Державний бюджет. Наприклад, у Державному бюджеті України на 2025 рік для реалізації ПМГ передбачено понад 175,5 млрд. грн, з яких 25 млрд грн – на первинну допомогу [1].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади зі спеціальним статусом (Уповноважений орган), що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ виступає єдиним закупівельником послуг у межах ПМГ. Основні функції НСЗУ включають:

- Реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій.
- Виконання функцій замовника медичних послуг за програмою медичних гарантій.
- Розроблення проєкту ПМГ, порядку її реалізації, специфікацій та умов закупівлі, а також внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів.
- Укладення договорів про медичне обслуговування населення з надавачами медичних послуг усіх форм власності.
- Здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів [23].

На рівні ПМСД з 2018 року запроваджено капітаційну систему оплати, що передбачає оплату надавачам послуг фіксованої суми за кожного пацієнта. Капітаційна ставка (тариф) є єдиним тарифом за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію про вибір лікаря ПМД. Вона розраховується як добуток прогнозних видатків на прогнозну кількість пацієнтів і диференціюється залежно від віку пацієнта [4]. НСЗУ застосовує до капітаційної ставки коригувальні коефіцієнти, які мають бути єдиними для всієї території України. Наприклад, запроваджено коригувальний коефіцієнт вартості декларації (наприклад, 0,8) для зменшення ставки у випадках, коли заклад обслуговує велику кількість пацієнтів із хронічними захворюваннями або розташований у регіонах з низьким рівнем доходів [1]. Також застосовується індивідуальний коефіцієнт звернень, що має стимулювати профілактичну роботу лікарів.

Фінансування ПМСД забезпечується за рахунок державних та місцевих джерел. Основним джерелом є Державний бюджет України, кошти якого акумулюються та використовуються для реалізації ПМГ. Держава гарантує повну оплату послуг ПМГ за рахунок цих коштів [23]. Централізоване акумулювання коштів НСЗУ дозволяє продовжувати фінансування закладів, що постраждали від війни або втратили доходи з місцевих бюджетів [4].

Органи місцевого самоврядування (ОМС) можуть фінансувати:

- Місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я [23].
- Оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реконструкцію.
- Підвищення оплати праці працівників (програми «місцевих стимулів»).
- Місцеві програми надання медичних послуг та громадського здоров'я [23].

Хоча органи місцевого самоврядування мають покривати капітальні видатки та оплату комунальних послуг для комунальних закладів охорони здоров'я, фінансова спроможність та зобов'язання місцевих бюджетів суттєво варіюються. У середньостроковій перспективі розглядається можливість централізації фінансування капітальних витрат і витрат на оплату комунальних послуг в НСЗУ для підвищення справедливості [4].

Ключові фінансові механізми у сфері державних гарантій медичного обслуговування населення регулюються такими нормативно-правовими актами:

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017). Цей Закон є основою для фінансової реформи, він визначає державні гарантії, вводить поняття ПМГ, тарифу, реімбурсації та визначає НСЗУ як уповноважений орган. Він також встановлює види тарифів (капітаційна ставка, глобальні ставки, ставки на пролікований випадок тощо) [23].

2. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення...» (наприклад, Постанова № 1503 від 24 грудня 2024 року). Ці щорічні постанови затверджують Порядок реалізації ПМГ, визначають обсяг та умови надання послуг і встановлюють механізми їх реалізації [1].

3. Методика розрахунку тарифів і коригувальних коефіцієнтів. Ця методика затверджується центральним органом виконавчої влади, що формує

державну політику у сфері охорони здоров'я (МОЗ), за погодженням із центральним органом, що забезпечує формування фінансової та бюджетної політики (Мінфін) [23].

Тарифи, що визначають розмір повної оплати за послуги ПМГ, повинні бути єдиними для всієї території України. Вони можуть встановлюватися у різних формах, включаючи капітаційні ставки для ПМД. При розрахунку тарифів та коригувальних коефіцієнтів базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників є величина, що становить не менше 250 відсотків середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передує року застосування тарифів [1]. Також використовуються коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї країни, наприклад, для стимулювання профілактики або врахування ризиків закладу [1].

Незважаючи на задекларовану мету покривати всі витрати, однією з головних проблем є ризик недостатнього фінансування. Фактичні розрахунки свідчать, що Програма медичних гарантій покриває лише близько 70 % витрат медичних установ, що не дозволяє повноцінно фінансувати персонал та використання обладнання [1]. Надавачі ПМД фактично не отримали очікуваного збільшення фінансування у 2025 році, оскільки тарифи, встановлені НСЗУ, вже є заниженими. Проблема загострюється через:

- Запровадження понижувальних коефіцієнтів.
- Непрозорість розрахунку окремих показників, що використовуються у фінансових механізмах.
- Застосування понижувального коефіцієнта до всього закладу, тоді як механізм мав би стимулювати індивідуальну роботу лікарів.
- Неврахування об'єктивних факторів при розрахунку коефіцієнта звернень (наприклад, служба в ЗСУ, виїзд за кордон, перебування на окупованих територіях) [1].

Для підвищення ефективності та достатності фінансування фахівці НІСД рекомендують [1]:

- Переглянути тарифну політику та забезпечити адаптацію тарифів до реальної собівартості послуг.
- Забезпечити додаткове фінансування, особливо для регіональних лікарень.
- Розробити та впровадити надійну методологію розрахунку вартості послуг ПМД, щоб бюджетні асигнування ПМГ відображали зміни в обсязі наданих послуг і вартості ресурсів.
- Забезпечити прозорість та зрозумілість розрахунків фінансування.
- Запровадити змішані механізми оплати надавачам ПМД на додаток до капітаційного фінансування, що включатимуть одноразові виплати для територій з низьким рівнем охоплення або обмеженими ресурсами.

Таблиця 2.1

**Кількісні дані щодо фінансування та функціонування ПМСД в Україні
(2018–2025 рр.)**

Категорія показника	Показник	Значення та період
1	2	3
Державне фінансування бюджет ПМГ та	Обсяг фінансування Програми медичних гарантій (ПМГ) у Державному бюджеті на 2025 р.	Понад 175,5 млрд. грн
	Обсяг фінансування первинної допомоги в рамках ПМГ на 2025 р.	25 млрд. грн
	Збільшення загального бюджету ПМГ на 2025 р. порівняно з 2024 р.	На понад 16,8 млрд. грн
	Бюджет програми «Доступні ліки»	Збільшено до 6,6 млрд. грн
	Частка витрат медичних установ, які покриває ПМГ	Лише 70 %
	Середня вартість надання ПМД на душу населення (розрахункова) у 2024 р.	878 гривень
	Офіційна капітаційна ставка НСЗУ (2024 р.)	787 гривень
	Коригувальний коефіцієнт вартості декларації (запроваджений Постановою)	0,8
	Частка закладів, які НСЗУ фінансує без понижувальних коефіцієнтів	Тільки 10 % найактивніших закладів
Мережа ПМД та персонал	Кількість надавачів медичних послуг у ланці первинної медицини (станом на травень 2025 р.)	Майже 2,5 тис.
	Кількість лікарів ПМД (станом на травень 2025 р.)	23,8 тис.

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
Мережа ПМД та персонал	Кількість законтракованих НСЗУ надавачів ПМД (2024 р.)	Зросла з 680 (2018 р.) до 2474 (2024 р.)
	Частка приватних надавачів ПМД (2023 р.)	49 % від усіх надавачів, але обслуговують лише 10 % населення
	Частка населення України, що проживає в сільській місцевості	Приблизно 30 %
	Частка сімейних лікарів, що працюють у сільській місцевості	Лише 17 %
Пацієнти декларації та	Загальна кількість пацієнтів, які мають декларації з лікарем ПМД	32,6 млн. осіб (або 31 млн. станом на травень 2025 р.)
	Кількість поданих декларацій (станом на початок 2022 р.)	32,5 млн.
	Середня кількість декларацій на 1 лікаря ПМД (I кв. 2021 р.)	1 321
	Середня кількість декларацій на 1 терапевта (I кв. 2021 р.)	1 468
	Пацієнти, які не зверталися до лікарів ПМД протягом останніх трьох років	Понад 27 %
Фінансова ефективність закладів ПМД (2018 vs 2021)	Середньомісячні доходи надавачів ПМД	Зросли з 1,8 млн. грн (2018 р.) до 2,6 млн. грн (2021 р.)
	Частка ПМГ у структурі доходів надавачів ПМД	Зросла з 27 % (2018 р.) до 81 % (2021 р.) (або 28 % до 79 %)
	Середньомісячні видатки надавачів ПМД	Зросли з 1,6 млн. грн (2018 р.) до 2,4 млн. грн (2021 р.)
	Середньомісячні витрати на оплату праці на 1 лікаря ПМД	Зросли з 10 062 грн (2018 р.) до 17 606 грн (2021 р.)
	Середньомісячна оплата за ПМГ у розрахунку на 1 працівника ЗОЗ	Зросла з 10,5 тис. грн (2018 р.) до 49,2 тис. грн (I кв. 2021 р.)
Неформальні платежі (НП) на рівні ПМД	Поширеність неформальних платежів за послуги ПМД (частка пацієнтів, які здійснювали НП)	Знизилася з 61,9 % (2018 р.) до 21,4 % (2021 р.)
	Питома вага пацієнтів, які ніколи не сплачують НП	Зросла з 35,7 % (2018 р.) до 76,5 % (2021 р.)
	Середній розмір неформального платежу за послуги ПМД на одного пацієнта за рік	Зріс з 55,9 грн (2018 р.) до 190,8 грн (2021 р.)
	Частка НП, здійснених за власним бажанням пацієнта	Зросла з 33,9 % (2018 р.) до 50,0 % (2021 р.)
	Середній розмір НП за загальний аналіз крові (популярна послуга)	29 грн (2018 р.) та понад 128 грн (2021 р.)
Наслідки війни та інфраструктура	Кількість підтверджених атак на систему охорони здоров'я (станом на 6 серпня 2024 р.)	1920

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
Наслідки війни та інфраструктура	Пошкоджене лікарняне обладнання (станом на листопад 2023 р.)	У 319 закладів
	Скорочення реальних видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я (за 2021–2023 рр.)	Загальне падіння на 21,3 %
	Кошторис витрат на відновлення та реконструкцію сектору охорони здоров'я (за 10 років)	14,2 млрд. дол. США
	Негайна потреба у фінансуванні відновлення у 2024 р.	873 млн. дол. США
	Кількість пакетів послуг ПМГ, законтракованих НСЗУ (2024 р.)	44
Дані про населення та ризики	Довоєнне населення (січень 2022 р.)	Приблизно 43,3 млн осіб
	Населення України (липень 2023 р.)	Скоротилося до 35,6 млн осіб
	Частка українців, які живуть за межею бідності (2022 р.)	Зросла з 5,5 % до 24,1 %
	Гранична чисельність персоналу НСЗУ (з 1 квітня 2024 р.)	348 осіб (скорочення з попередніх 1060)
	Частка персоналу НСЗУ, що працював на регіональному рівні (2023 р.)	Лише 22 %

Джерело: складено за [1, 4, 26].

Ця ситуація, коли тарифи покривають лише частину реальних витрат, означає, що переважна більшість медичних послуг де-факто надається на умовах співплатежу, де решта витрат компенсується з інших джерел, здебільшого – коштами самих пацієнтів [1]. Кількісні характеристики державного фінансування первинної медико-санітарної допомоги наведені в табл. 2.1.

2. 2. Ефективність та проблеми реалізації фінансової політики у сфері ПМСД

Забезпечення лікарями первинної медико-санітарної допомоги (ПМД) в Україні пов'язане з дефіцитом кадрів та потребує вдосконалення системи управління людськими ресурсами (ЛРОЗ). За результатами обстеження головних лікарів, майже 60 % закладів ПМД мають дефіцит кадрового забезпечення [28, с.68-80]. Ця проблема найбільш гостро відчувається у

поліклініках, де майже 88 % головних лікарів вказали на наявність кадрової нестачі. Водночас, лише 42 % амбулаторій та 44% лікарень зазначили про дефіцит медичного персоналу.

Кадрова ситуація була складною ще до початку реформи, коли частка медичних працівників пенсійного віку серед усіх спеціальностей становила майже 31 % серед лікарів (станом на 2018 рік) [28]. Дані дослідження свідчать, що сподівання на те, що запровадження нового фінансового механізму (капітації) забезпечить притік молодих кадрів, поки що не справдилися. Низка досліджень також вказує на недостатність кадрового резерву студентів за спеціальностями «Медицина» та «Медсестринство» для заміни наявного медичного персоналу пенсійного віку.

Структура лікарів ПМД характеризується такими особливостями:

- Абсолютну більшість лікарів ПМД становлять жінки (79,8 %).
- Переважають лікарі віком від 50 до 60 років (27 %) та від 40 до 50 років (22,7 %).
- Лікарі вікової категорії до 30 років становлять лише 14,1 %.
- Розподіл за загальним стажем роботи є відносно рівномірним, проте у розподілі стажу роботи за поточною спеціальністю та в теперішньому закладі домінує категорія до 10 років (40,5 % та 47,9 % відповідно).
- 48,1 % лікарів ПМД за попередньою спеціалізацією були терапевтами, 18,5 % – педіатрами, і лише 27,8 % мали первинну спеціалізацію «Загальна практика – сімейна медицина».
- Переважно лікар має від 1500 до 2000 декларацій (53,4 %). Лікарі, які уклали понад 2500 декларацій (1,8 %), це здебільшого лікарі зі стажем роботи понад 30 років, які мали первинний фах з терапії [28, с. 68–80].

Професійний шлях лікаря в Україні є складним та багатоетапним, що впливає на забезпечення кадрами. Вступ до магістратури за медичними спеціальностями відбувається після повної загальної середньої освіти. Тривалість навчання становить шість років (п'ять років для стоматологів). Контроль якості навчання здійснюється через складання Єдиного державного

кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), що включає тестові іспити КРОК та практичні (клінічні) іспити. Після отримання диплома лікар зобов'язаний пройти інтернатуру тривалістю від одного до трьох років. Успішне завершення інтернатури (включно зі складанням ліцензійного іспиту КРОК 3) завершується отриманням сертифіката лікаря-спеціаліста, який є документом, що наразі дає лікареві доступ до професії [2]. Сертифікат лікаря-спеціаліста дійсний протягом п'яти років, за які лікар має здійснювати безперервний професійний розвиток (БПР).

В Україні існують значні прогалини у доступності та якості даних про медичні кадри. Жоден зі стейкхолдерів наразі не має достовірної інформації про абсолютну кількість медичних працівників, які отримали право займатися професійною діяльністю (у розрізі спеціальностей та географічного розподілу), оскільки не створено реєстру таких сертифікатів [2]. Для вирішення цих проблем планується запровадження Реєстру людських ресурсів в охороні здоров'я (ЛРОЗ), який має стати інструментом для: планування, валідації та моніторингу, доступу до професії, інтеграції з іншими реєстрами

Реєстр людських ресурсів в охороні здоров'я може допомогти у створенні бази для планування наявності необхідних медичних працівників. Наявність інформації про здобувачів медичної освіти, які потенційно можуть поповнити кадровий потенціал, допоможе планувати кадровий резерв на 10-20 років. Реєстр забезпечить ідентифікацію і валідацію статусу працівника (освіта, право на практику, професійний досвід). МОЗ використовуватиме реєстр для отримання даних при розробленні політик. НСЗУ використовуватиме реєстр для валідації кадрового складу при контрахтуванні надавачів медичних послуг. Реєстр є надійним джерелом даних для допуску до професії/права на практику, що, у свою чергу, знижує корупційні ризики та запобігає зловживанням. Для отримання максимально повних даних Реєстр ЛРОЗ має інтегруватися з іншими державними реєстрами, включаючи Єдину державну електронну базу з питань освіти (ЄДЕБО) [2]. Впровадження політики професійного ліцензування (яку має забезпечити Реєстр ЛРОЗ) є ключовою передумовою для посилення

відповідальності лікарів та створення механізму виведення некомпетентних працівників з професії незалежним органом.

Забезпеченість медичним персоналом у первинній ланці медико-санітарної допомоги (ПМД) в Україні характеризується дефіцитом кадрів переважно серед середнього медичного персоналу, та складною ієрархічною структурою розподілу функцій.

Ситуація з кадрами у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від здатності медсестер забезпечити супровід та догляд пацієнтів в амбулаторних умовах. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2015 році в Україні налічувалося 262 тисячі медсестер та медбрата, тоді як у 2020 році їхня кількість скоротилася до 213,4 тисячі [10]. Основною причиною, за якою медсестри та медбрата йдуть з професії або виїжджають до інших країн, є низька заробітна плата. Низька зарплата змушує медсестер брати додаткові ставки, що веде до їхнього перевантаження і зниження якості роботи. В Україні спостерігається незбалансоване співвідношення медсестер і лікарів, що підкреслює нижчу роль медсестри у наданні послуг охорони здоров'я. У Грузії, де також не вирішили проблему стимулів, співвідношення становило 1:0,72 (16 тисяч медсестер на 24 тисячі лікарів), тоді як у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) у середньому на одного лікаря припадає три медсестри [10].

Незважаючи на запровадження реформи фінансування ПМД у 2018 році, яка створила основу для розвитку, ролі медичного персоналу залишаються нечітко визначеними, а часто й конфліктними [12].

Лікар загальної практики – сімейний лікар зобов'язаний надавати кваліфіковану, зокрема невідкладну, медичну допомогу, використовувати сучасні методи профілактики, діагностики та лікування, а також керувати роботою середнього медичного персоналу. Лікар також несе відповідальність за якість надання первинної медико-санітарної допомоги [35].

Роль медсестри на первинній ланці визначена як здійснення професійної діяльності під керівництвом та організаційною координацією лікаря з надання

ПМД. Медсестра фактично реалізує рішення лікаря, проводить огляди пацієнтів та асистує лікарю. У більшості команд ПМД, які працюють за «традиційною моделлю», медсестра має виключно адміністративну роль і в основному відповідає за секретарську та адміністративну роботу. Медсестра часто ідентифікує себе як «руки лікаря» або «помічник лікаря» [10].

У сільській місцевості, де лікар доступний лише кілька днів на тиждень, медсестра чи фельдшер фактично бере на себе всі клінічні функції на час його відсутності, хоча офіційно ці функції виконує та підписує лікар. Коли ж лікар з'являється, медсестра знову втрачає автономію, перетворюючись на «секретаря». Існує низка ключових бар'єрів, які перешкоджають ефективному використанню потенціалу середнього медперсоналу, особливо в контексті розширення ролі медсестер (Advanced Nurse Practice – ANP), Таблиця 2 [35].

Таблиця 2.2

Бар'єри ефективного використання потенціалу середнього медперсоналу

Бар'єр	Деталізація за джерелами
Фінансова мотивація	Відсутність фінансової мотивації для виконання ширшого кола обов'язків є найбільшим бар'єром для впровадження розширеної ролі медсестри.
Законодавче регулювання	Відсутність необхідного законодавчого регулювання розширених обов'язків є ключовою перешкодою, яку частіше відмічають управлінці. Чинне законодавство не визначає поняття «незалежна медсестра» чи «медсестра з розширеними повноваженнями».
Освітня підготовка	Освіта медсестер є застарілою, відірваною від практики та надто теоретичною, що призводить до браку компетентностей для роботи в командах ПМД. Наприклад, медсестрам часто бракує навичок розшифрування ЕКГ, проведення отоскопії, чи поглиблених реанімаційних заходів (ACLS).
Ієрархічність та спротив	Більшість команд ПМД працюють у суто ієрархічному режимі, де лікар вирішує все, а медсестра виконує накази. Лікарі не хочуть делегувати/співпрацювати через недовіру до компетенцій медсестер або небажання змінювати усталені патерналістські практики.
Сприйняття пацієнтів	У великих містах пацієнти звикли до швидкого доступу до лікарів і часто мають упередження щодо недостатньої компетентності та нижчої якості послуг, які надають медсестри.

Джерело: складено за [12, 35].

Розширення ролі медсестер визнано однією зі стратегій для подолання викликів старіння населення, збільшення кількості хронічних захворювань та дефіциту лікарів [35]. Загалом більшість стейкхолдерів позитивно ставляться до

розширення ролі медсестер та перерозподілу їхніх обов'язків: 82% управлінців, 65 % лікарів та 52 % медсестер підтримують цю ідею. Найбільшу готовність висловлено щодо передачі медсестрам функцій, які не потребують ухвалення клінічних рішень, але є рутинними, зокрема: проведення ЕКГ, тонометрії, пульсоксиметрії, антропометричних досліджень, вакцинації, а також мотиваційне консультування та менеджмент хронічних захворювань у стабільному стані. Наразі немає готовності передавати медсестрі функції ухвалення рішень, зокрема щодо призначення лікування, малі хірургічні втручання чи постановку діагнозу [35].

Успішне впровадження ANP вимагає: розроблення національної політики та професійних стандартів медсестер; реформування освіти з акцентом на практичні клінічні та управлінські навички, а також впровадження безперервного професійного розвитку (БПР); фінансові стимули для підвищення статусу професії та утримання кадрів; створення професійного реєстру медсестер та механізму професійного ліцензування.

2.3. Проблеми реалізації державної фінансової політики у сфері первинної медико-санітарної допомоги: інфраструктурні аспекти

Незважаючи на те, що реформа фінансування ПМД (перехід на капітаційну ставку за принципом «гроші ходять за пацієнтом»), розпочата у 2018 році, мала на меті стимулювати покращення якості послуг та підвищити зарплати, існують значні проблеми у реалізації цієї політики та мотивації персоналу у 2025 році [7, 13]. Незважаючи на зростання ролі та посилення фінансового забезпечення, професія сімейного лікаря залишається непопулярною серед студентів медичних закладів вищої освіти (лише 20% студентів зацікавлені нею) [13]. Студенти медичних навчальних закладів вважають, що в Україні не дуже привабливо працювати лікарем сімейної медицини (59 % студентів та 55 % викладачів погоджуються). Існує

сприйняття, що в суспільстві не цінують сімейних лікарів (64 % студентів та 56 % викладачів). Студенти вважають, що сімейні лікарі мають обмежені кар'єрні можливості. Фінансове сприйняття залишається негативним: студенти прогнозують, що доходи у сімейній медицині будуть нижчими порівняно з вузькими спеціалістами, що є важливим фактором, який впливає на низький інтерес до фаху. Більше половини студентів майбутніх лікарів (50 %) схильні погоджуватися з тим, що якість медичної допомоги, яка надається сімейними лікарями, не досить висока. Серед викладачів цей показник ще вищий (59 % погоджуються). 52 % студентів вважають, що сімейні лікарі здатні розв'язувати лише незначні проблеми зі здоров'ям [13].

Рішення уряду про запровадження мінімальних зарплат для медичних працівників обмежило фінансову автономію медичних закладів, що підважує ключовий принцип реформи – що кращі фахівці мають отримувати вищу зарплату [7].

Проблеми інфраструктурного забезпечення ПМСД охоплюють як фізичну, так і регуляторну (правову) складові, що створює нестабільність для інвестицій та планування. Реформа госпітальних округів, спрямована на оптимізацію мережі лікарень, була реалізована лише частково, і фактична мережа лікарень майже не змінилася. Кількість лікарень в Україні все ще залишається зависокою; експерти вважають, що вистачило б 500 лікарень [7].

Скасування Господарського кодексу (ГКУ) у 2025 році, незважаючи на потенціал для спрощення та залучення інвестицій (включаючи цифровізацію, нове обладнання та телемедицину), створює ризики для інфраструктурного забезпечення такі як правовий вакуум та фрагментація планування. Скасування ГКУ без належної заміни новими правовими механізмами, орієнтованими на публічний сектор, призведе до втрати стабільності у питаннях контракування, управління майном і фінансування. Послаблюється спроможність держави планувати мережу ЗОЗ та координувати потужності, що ускладнює міжрівневі маршрути пацієнтів [8].

Реалізація політики у сфері первинної медико-санітарної допомоги призводить до поглиблення нерівномірності в доступі та якості послуг між різними типами населених пунктів. Робота в сільській місцевості є менш привабливою для випускників медичних університетів, ніж робота у містах. Можливість залучати сімейних лікарів до сільської місцевості залежить від ініціативності та спроможності об'єднаних територіальних громад та регіональної влади. Студенти медичних освітніх закладів, які до навчання мешкали у сільській місцевості, демонструють більшу зацікавленість у фаху сімейного лікаря (27 %) порівняно зі студентами з міст (16 %) [13].

Максимальне навантаження на одного лікаря ПМД (25,7 прийому за день) зафіксовано в містах із населенням понад 100 тисяч осіб, які не є обласними центрами. Найменше прийомів (приблизно 20,3–20,7 за день) зафіксовано в селищах міського типу, селах та обласних центрах. Існують відмінності у загальному часі прийому. Найкоротший загальний час прийому (3,1 години) зафіксовано у містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб, тоді як у містах понад 100 тисяч осіб цей час становить 4,7 години. Спостерігається нерівномірний розподіл якісних діагностичних процедур [28].

Комерціалізація закладів охорони здоров'я без належних соціальних гарантій може призвести до скорочення нерентабельних напрямів (педіатрія, геріатрія, паліативна допомога) і, як наслідок, до втрати доступу до базових послуг для вразливих верств населення, зокрема жителів сільської місцевості. В умовах обмежених ресурсів місцеві громади можуть ухвалити рішення не фінансувати окремі види послуг, що посилює регіональні диспропорції [8].

Низькі стимули до якості клінічної практики проявляються у недостатній профілактичній роботі та прогалинах у клінічній діагностиці хронічних захворювань. Основною причиною візиту пацієнтів до ПМД залишаються гострі симптоми хвороби (34 %), тоді як регулярні візити становлять лише 20% [28]. Це свідчить про те, що не сформувалися практики медичної допомоги, націлені на профілактику, виявлення хвороби та лікування на ранніх стадіях. Індикаторами недостатності діагностики та моніторингу для виконання

профілактичних функції є нехтування лікарями моніторингу ключових показників для пацієнтів з астмою, лише близько 20% медичних карток містять дані щодо моніторингу ключових показників, таких як пікова швидкість видиху, незважаючи на те, що 80% закладів мають необхідне обладнання (пікфлуометри). Для пацієнтів з цукровим діабетом лікарі ПМД не призначають достатньої кількості та типів тестів для прийняття рішень, зокрема 81,3 % записів не містять інформації про контроль рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1C). У випадку гіпертонії рівень призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту є найвищим з усіх трьох досліджених хронічних захворювань і становить 12,8 % [28].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Модель фінансування ПМСД схожа на передплату послуг для пацієнта. держава (через НСЗУ) сплачує лікарю фіксовану суму (капітаційну ставку) за рік за потенційне обслуговування кожного пацієнта, незалежно від того, скільки разів він звернувся. Однак, якщо ця «передплата» не відповідає реальній вартості наданих послуг, лікарні можуть зіткнутися з фінансовим дефіцитом, який іноді покривається за рахунок пацієнтів (неформальні платежі) або призводить до зниження якості чи доступності допомоги.

Забезпечення лікарями ПМД залежить не лише від фінансових стимулів, але й від створення потужної інформаційної інфраструктури, здатної достовірно обліковувати кадровий потенціал та управляти професійним шляхом лікарів. Інноваційні моделі розширення ролі медсестер (Advanced Nurse Practice, ANP), які могли б ефективно перерозподілити навантаження, стримуються через відсутність фінансових стимулів та законодавчого «дозволу» на більш самостійну роботу, попри нагальну потребу суспільства в якісних послугах

Сучасна система фінансування ПМД створює потенціал для покращення (гроші йдуть за пацієнтом), але її ефективність обмежується культурним спротивом (низький престиж, недовіра до якості), недосконалістю механізмів управління якістю (недостатня профілактика та діагностика) та ризиками посилення регіональної нерівності, особливо через комерціалізацію та відсутність єдиного регуляторного каркаса (наприклад, після скасування ГКУ).

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ІНФРАСТРУКТУРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Державна політика щодо інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в Україні, особливо в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення, вимагає системного вдосконалення, оскільки наразі існують виклики, пов'язані з фізичною інфраструктурою, технічним оснащенням, кадровим потенціалом та інтеграцією цифрових рішень [36]. Удосконалення державної політики інфраструктурного забезпечення ПМСД має здійснюватися за такими ключовими напрямками: 1) зміцнення матеріально-технічної та забезпечення процесів діагностики сучасним обладнанням; 2) розвиток цифрової інфраструктури; 3) удосконалення кадрового забезпечення як елементу інфраструктури; 4) впровадження ефективних управлінських моделей, які забезпечують пацієнтоорієнтованість.

Обсяги матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я повинні бути достатніми для надання гарантованого рівня медичної та реабілітаційної допомоги. Амбулаторії оснащені медичним обладнанням, засобами зв'язку та спеціалізованими автотранспортними засобами. Принципи інклюзивності та безбар'єрності дотримані.

Зміцнення матеріально-технічної та фізичної інфраструктури стосується необхідності відновлення, модернізації та інвестицій у фізичну інфраструктуру ПМСД, що критично постраждала від війни та має значний дефіцит ресурсів (табл. 3.1).

Цифровізація є одним із наскрізних напрямів розвитку системи охорони здоров'я України, зокрема первинної медико-санітарної допомоги (ПМД). Вона забезпечує стабільність, прозорість та ефективність надання послуг, особливо в умовах воєнного стану. Фундаментом цифровізації є національна електронна екосистема охорони здоров'я (eHealth), яка використовує інформаційні

технології для надання якісних медичних послуг громадянам. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) є потужною двокомпонентною інформаційно-телекомунікаційною системою, яка автоматизує ведення медичної документації та управління даними пацієнтів в електронному форматі. Завдяки двокомпонентній архітектурі ЕСОЗ, що використовує хмарні сервіси, забезпечується цілісність центральної бази даних та швидкий доступ до медичних даних пацієнтів, які змінили місце проживання або потребують термінової допомоги [18].

Таблиця 3.1

Зміцнення матеріально-технічної та фізичної інфраструктури

Кількісна характеристика	Значення	Підтвердження необхідності
Оціночна вартість відновлення та відбудови	14,2 млрд дол. США на період 2024–2033 років, включно з покращенням проектів будівель і моделей надання послуг [4].	Підтримка довгострокового стратегічного планування капітальних інвестицій у мережу.
Невідкладна потреба у фінансуванні	873 млн дол. США необхідно негайно у 2024 році для відновлення.	Актуальність термінових інвестицій в інфраструктуру, щоб забезпечити енергетичну стійкість та готовність до зими.
Прямі збитки інфраструктурі	Загальна вартість прямих збитків, завданих інфраструктурі та будівлям сектору охорони здоров'я, становила 1,4 млрд доларів США станом на грудень 2023 року.	Демонстрація руйнівного впливу війни, найбільше постраждали Донецька, Харківська та Луганська області.
Пошкоджене лікарняне обладнання	Обладнання було пошкоджено у 319 закладах охорони здоров'я станом на листопад 2023 року.	Необхідність нарощення ресурсного потенціалу та оновлення МТБ.
Фінансова недостатність капітальних витрат	Середні витрати на надання ПМД на душу населення у 2024 р. становили 878 гривень, що відрізняється в кращу сторону від офіційної капітаційної ставки НСЗУ, визначеної у розмірі 787 гривень.	Необхідність об'єднання фінансування капітальних витрат і витрат на оплату комунальних послуг, які зараз мають покриватися органами місцевого самоврядування, до НСЗУ для забезпечення справедливості.

Джерело: складено автором на основі [4].

Цифрова трансформація у сфері охорони здоров'я не лише спрощує ведення медичної практики та покращує доступ до послуг, але й формує якісно новий перелік даних, критично важливих для прогнозування, планування та

моніторингу якості медичної допомоги [31]. ЕСОЗ забезпечує надавачів ПМД ключовими електронними сервісами для взаємодії з пацієнтами. Система дозволяє громадянам обирати лікарів та укладати електронні декларації. Станом на 2024 рік майже 32 тисячі українців (76,2 %) подали декларацію про вибір лікаря ПМД [6]. ЕСОЗ підтримує електронні направлення. Система забезпечує електронні рецепти на препарати в межах урядової програми реімбурсації «Доступні ліки» та електронні рецепти на антибіотики. Контроль за їх виконанням здійснюватиметься через електронні рецепти, які поступово замінюють паперові [7].

Планується надати пацієнтам можливість керувати власними медичними даними, а також отримувати інформацію про доступні та вже надані їм послуги. Невдовзі пацієнти зможуть отримати доступ до своїх медичних даних через електронні кабінети у застосунку «Дія» [7].

За даними НСЗУ, кількість дистанційних взаємодій з пацієнтами, зареєстрованих в ЕСОЗ, постійно зростає: з 5,7 млн у 2021 році (4,3% від загальної кількості) до 9,8 млн у 2023 році (6 % від усіх консультацій). У 2024 році телемедичні послуги включені до 31 з 41 пакету медичних послуг ПМГ, що майже втричі більше, ніж у 2023 році [18].

Мобільні рішення (mHealth) (Telegram, Viber чат-боти та мобільні додатки) набувають популярності серед пацієнтів і медичних працівників, оскільки дозволяють отримувати консультації та забезпечувати моніторинг пацієнтів навіть у віддалених або зруйнованих регіонах. Концепція mHealth дозволяє лікарям надавати безпечнішу та ефективнішу допомогу, а пацієнтам – самостійно контролювати своє лікування [18].

Цифровізація надає критичні інструменти для моніторингу та прийняття рішень НСЗУ [31]. У 2024 році у партнерстві з ВООЗ було розроблено новий аналітичний інструмент – «Звіт щодо індикаторів роботи закладів ПМД» [6]. Цей звіт щомісячно надсилався всім надавачам первинної допомоги. НСЗУ проводить системну роботу з управління даними ЕСОЗ, включаючи верифікацію, оновлення та звірку реєстрів. У 2024 році посилено верифікацію

даних про пацієнтів із Державним реєстром фізичних осіб-платників податків (ДРФО) та іншими державними реєстрами. Забезпечується інтеграція ключових інформаційно-комунікаційних систем та реєстрів у сфері охорони здоров'я. Планується впровадження інтелектуальної системи підтримки клінічних рішень та системи обробки великих даних.

Кількісні дані підкреслюють необхідність подальшої інтеграції, підвищення якості даних та використання інноваційних цифрових рішень (табл. 3.2)

Таблиця 3.2

Розвиток цифрової інфраструктури

Кількісна характеристика	Значення	Підтвердження необхідності
Повне цифрове підключення ЗОЗ	83 % закладів охорони здоров'я мають повне цифрове підключення, але лише 76 % мають повністю доступні електронні системи охорони здоров'я.	Свідчить про необхідність подальшої інтеграції ПМСД у єдину інформаційну систему.
Обсяг верифікації даних	У 2024 році НСЗУ обробила 1 507 053 запити на зміну методу автентифікації пацієнтів.	Підтверджує значний обсяг роботи, пов'язаний з актуалізацією та забезпеченням якості даних в ЕСОЗ.
Проблема якості даних для фінансування	Низька якість електронних медичних даних є основною перешкодою для діяльності НСЗУ та ефективного використання бюджету ПМГ.	Вимагає впровадження надійних методологій для забезпечення звітування про узгоджену діяльність і результати діяльності системи ПМД через ЕСОЗ.

Джерело: складено автором на основі [4, 6].

Успішна цифровізація вимагає інвестицій у людський капітал та захист даних. Стратегія передбачає забезпечення розвитку цифрових компетентностей медичних працівників та інших користувачів ЕСОЗ, а також розвиток інформаційної культури та цифрової грамотності [31]. МОЗ пропонує провести додаткові цикли навчальних вебінарів, де на практиці показати можливі ушкодження ІТ інфраструктури внаслідок кібератак, оскільки понад 60% кібератак у сфері медицини відбувається через недотримання правил кібербезпеки користувачами [18]. Запроваджуються комплексні заходи з кібербезпеки та

захисту інформації. У 2024 році було широко впроваджено Політику інформаційної безпеки (ПІБ) в усіх закладах України, а також заплановано запуск роботи галузевого центру кібербезпеки у сфері охорони здоров'я [18, 31].

Кадрове забезпечення є невіддільним елементом інфраструктурної спроможності, а його дефіцит, особливо в сільській місцевості, є одним із ключових викликів [38]. Пріоритетним напрямом має стати збереження стабільної кадрової ситуації в первинній ланці, особливо у сільській місцевості. Необхідно вирішувати проблему плинності медичних кадрів, яка зумовлена низьким рівнем заробітної плати та недосконалою інфраструктурою населених пунктів [29]. Важливим є підвищення кваліфікації медичного персоналу та проходження ними навчання за актуальними напрямами ПМД. Також необхідна якісна зміна в системі підготовки медичних кадрів для розвитку компетенцій у впровадженні цифрових технологій [36]. Необхідно усунути дефіцит кваліфікованих кадрів (сімейних лікарів, медичних сестер), особливо в сільських населених пунктах, та дисбаланс у співвідношенні «лікарі – середній медичний персонал» [38]. Проблема дисбалансу між містом і селом та необхідність підвищення мотивації медичних працівників можна проілюструвати даними табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Удосконалення кадрового забезпечення

Кількісна характеристика	Значення	Підтвердження необхідності
1	2	3
Нерівномірний розподіл лікарів ПМД	30 % населення України проживає в сільській місцевості, але лише 17 % сімейних лікарів працюють на цих територіях.	Обґрунтування необхідності фінансових стимулів (наприклад, одноразових виплат) для залучення та утримання кадрів у сільській та віддаленій місцевості.
Співвідношення медсестер до лікарів	Співвідношення медсестер до лікарів ПМД становить 1:1.	Це значно нижче ідеального співвідношення, що підкреслює необхідність найму та навчання мультидисциплінарних команд.
Плинність кадрів	Щороку з системи охорони здоров'я вибуває понад 6 тис. лікарів.	Необхідність збереження стабільної кадрової ситуації, що зумовлено низьким рівнем заробітної плати та недосконалою інфраструктурою населених пунктів.

Продовження таблиці 3.3

1	2	3
Позитивне ставлення до неформальних платежів	37 % медичних працівників декларують позитивне ставлення до неформальних платежів у 2023 р., порівняно з 14 % у 2020 р..	Вказує на необхідність підвищення заробітної плати (до 250 відсотків середньої зарплати) та посилення прозорості фінансування для боротьби з корупційними ризиками.

Джерело: складено автором за [4, 29].

Політика удосконалення інфраструктурного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги повинна бути спрямована на впровадження ефективних управлінських моделей, які забезпечують пацієнтоорієнтованість та прозорість [37]. Доцільно внесення елементів стратегічного планування в практику управління наданням ПМД, зокрема, через розроблення галузевої складової Стратегії розвитку територіальної громади, що може мати назву, наприклад, «Формування моделі якісної первинної медичної допомоги». Слід забезпечити рівнодоступність послуг ПМД незалежно від фізичних чи матеріальних можливостей громадян, зокрема, через створення безбар'єрного простору [38].

Таблиця 3.4

Нерівність у доступі та необхідність зміцнення регуляторних органів

Кількісна характеристика	Значення	Підтвердження необхідності
1	2	3
Рівень покриття витрат ПМГ	Програма медичних гарантій покриває лише близько 70 % витрат медичних установ.	Недостатній обсяг фінансування, що призводить до дефіциту та ризику недостатнього фінансового захисту.
Зменшення фінансування закладів (I кв. 2025)	Заклади охорони здоров'я отримали в середньому по країні на майже 2,5 % менше фінансування за підсумками I кварталу 2025 р. порівняно з IV кварталом 2024 р..	Необхідність перегляду тарифної політики, зменшення адміністративних перепон та забезпечення додаткового фінансування.
Зростання неформальних платежів (НП)	Середній розмір НП за послуги ПМД на одного пацієнта за рік зріс з 55,9 грн (2018 р.) до 190,8 грн (2021 р.).	Необхідність розробки комплексної стратегії боротьби з НП, зокрема шляхом адекватнішої реімбурсації з боку НСЗУ.
Обмеження штату НСЗУ	Максимальна чисельність персоналу НСЗУ була обмежена до 348 осіб (з 1 квітня 2024 р.), порівняно з попередньою граничною чисельністю в 1060 осіб.	Обмеження інституційної спроможності НСЗУ, що ускладнює моніторинг, перевірку даних та боротьбу з шахрайством.

Продовження таблиці 3.4

1	2	3
Регіональний персонал НСЗУ	У 2023 р. лише 22 % персоналу НСЗУ працювали на регіональному рівні.	Необхідність збільшення штату Міжрегіональних департаментів (МРД) для ефективного моніторингу на місцях, управління договорами та оцінювання місцевих потреб.
Повернення коштів за результатами моніторингу (2024 р.)	За результатами планового документального моніторингу 63 надавачів (за 4 пакетами) 40 надавачів повернули кошти в Держбюджет на суму 61 907 414,40 грн.	Підтверджує ефективність посиленого моніторингу та необхідність його подальшого розвитку для боротьби з шахрайством.
Доступність програми «Доступні ліки» в селах	У селах 80 % електронних рецептів, виписаних у містах, були відпущені й отримані пацієнтами, тоді як лише 22 % були відпущені в тих селах, де були виписані рецепти.	Обґрунтування необхідності вжиття проактивних заходів (наприклад, мобільні аптеки, співпраця з «Укрпоштою») для забезпечення доступності ліків для сільського населення.

Джерело: кладено автором на основі [1, 4, 26, 38].

Для модернізації управлінських підходів доцільно впровадження уніфікованої моделі управління якістю медичних послуг, що поєднує структурно-організаційні, процесні та аналітичні компоненти. Це забезпечить системність і цілісність підходу, зменшить суб'єктивізм та корупційні ризики, а також підвищить прозорість і підзвітність [31, 37]. Дані табл. 3.4 ілюструють фінансові проблеми ПМСД.

Документ «Стратегія розвитку Житомирської області на період до 2027 року» передбачає розвиток системи охорони здоров'я в рамках Стратегічної цілі 3: Стійке поліпшення якості життя та нагромадження людського потенціалу [39, с.51-54]. Розвиток системи охорони здоров'я здійснюється через Оперативну ціль 3.1: Зміцнення здоров'я населення, підвищення демографічного потенціалу. Ця ціль спрямована на збереження та зміцнення людського капіталу, підвищення якості та тривалості життя, а також створення умов для зростання народжуваності та соціального добробуту в громадах регіону. Для досягнення цієї оперативної цілі визначено ключові завдання які представлені в табл.3.5

**Ключові заходи Стратегії, представлені у взаємозв'язку з розвитком
первинної медицини**

Сфера розвитку	Заходи, які безпосередньо або опосередковано впливають на ПМСД	Цільові результати для ПМСД
1	2	3
I. Інфраструктурне забезпечення та модернізація мережі	Модернізація спроможної мережі закладів охорони здоров'я області та забезпечення доступу до необхідних медичних послуг (Завдання 3.1.1).	Сприяє розвитку ПМСД, оскільки первинна ланка (АЗПСМ, 37 центрів ПМСД та 16 самостійних АЗПСМ) є складовою спроможної мережі.
	Планування технологічного розвитку закладів ОЗ, включно з розробленням планів технічного переоснащення медичних закладів.	ПМСД має бути забезпечена сучасним обладнанням та технологіями.
	Розширення мережі закладів первинної медичної допомоги в громадах, що приймають Внутрішньо переміщених осіб (ВПО).	Посилення фізичної інфраструктури ПМД, особливо у місцях найбільшого скупчення населення.
	Реалізація проєктів з реконструкції, капітального ремонту та термомодернізації освітніх закладів, що паралельно є актуальним для застарілої інфраструктури АЗПСМ.	Зменшення проблеми міграції працездатного населення з села, спричиненої неналежною матеріально-технічною базою соціальних об'єктів.
II. Кадрове забезпечення та демографічний потенціал	Мотивація медичних працівників до роботи в громадах з низьким демографічним потенціалом шляхом запровадження фінансових стимулів, програм забезпечення житлом та професійного розвитку.	Заходи, спрямовані на подолання кадрового дефіциту сімейних лікарів, особливо в сільській місцевості, що є однією з ключових проблем галузі.
	Чисельність лікарів на первинному рівні становить 740 осіб (468 сімейних лікарів, 23 терапевти, 161 педіатр) та 844 медичних сестер загальної практики-сімейної медицини.	Хоча це поточний показник, стратегія націлена на його збільшення та закріплення лікарів на місцях.
	Сімейні лікарі обслуговують 90% населення області.	Підкреслює ключову роль ПМД у загальній системі охорони здоров'я регіону.
III. Цифрова інтеграція та доступність	Підвищення рівня цифровізації медицини.	Забезпечення АЗПСМ сучасним обладнанням та телекомунікаційною інфраструктурою для надання телемедичних послуг.
	Впровадження цифрових документів у всіх сферах діяльності, включно з медичними закладами (Завдання 2.6.3).	Інтеграція ПМД в єдиний цифровий простір та можливість отримувати електронні послуги.

Продовження таблиці 3.4

1	2	3
IV. Охорона психічного здоров'я та реабілітація	Надання психологічної допомоги на первинному рівні медичної допомоги.	Безпосередньо інтегрує послуги з ментального здоров'я у сферу ПМСД.
	Розвиток програм психологічної реабілітації та психосоціальної підтримки для мешканців регіону, ВПО, ветеранів війни, їхніх сімей.	ПМСД є першою ланкою, куди звертаються пацієнти, зокрема для отримання психологічної допомоги; приклади функціонування кабінетів психологічної допомоги в ЦПМСД вже є.
V. Громадське здоров'я та профілактика	Розвиток системи громадського здоров'я області як основного чинника у формуванні ідеології здорового способу життя (Завдання 3.1.2).	ПМСД виконує ключову роль у профілактиці, вакцинації та комунікаційно-інформаційній роботі з населенням.
	Забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я в територіальних громадах.	Посилення ролі ПМСД як центру профілактики та зміцнення здоров'я на місцевому рівні.

Джерело: складено автором за [39].

Передбачені заходи, спрямовані на модернізацію спроможної мережі закладів охорони здоров'я області та забезпечення доступу до необхідних медичних послуг, зокрема розширення мережі закладів первинної медичної допомоги в громадах, що приймають внутрішньо переміщених осіб (ВПО), мотивація медичних працівників до роботи в громадах з низьким демографічним потенціалом шляхом запровадження фінансових стимулів, програм забезпечення житлом та професійного розвитку; психологічна допомога на первинному рівні медичної допомоги; впровадження ефективної комунікаційно-інформаційної роботи з населенням області [39].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Удосконалення державної політики інфраструктурного забезпечення ПМСД вимагає збалансованих інвестицій у фізичні об'єкти та обладнання, прискореної цифрової трансформації, імплементації міжнародних стандартів

якості, а також стратегічної уваги до кадрового забезпечення та створення прозорих, пацієнтоорієнтованих механізмів управління.

В стратегічних документах регіонального рівня розвиток ПМСД розглядається не лише як ізольована сфера, а як фундаментальний елемент для досягнення цілей соціального розвитку Житомирської області, зокрема шляхом інтеграції психологічної допомоги, забезпечення безперервності медичних гарантій для вразливих груп (ВПО) та мотивації ключових кадрів (сімейних лікарів) до роботи в громадах. Ці заходи сприяють переходу до нової довгострокової моделі охорони здоров'я, яка має на меті підвищення доступності та якості медичних послуг

ВИСНОВКИ

ПМСД є фундаментальним елементом національної системи охорони здоров'я і її ефективний розвиток вимагає інтегрованого підходу, що охоплює фінансові механізми, кадровий потенціал, фізичну та цифрову інфраструктуру.

1. Незважаючи на успішне запровадження принципу «гроші слідують за пацієнтом», державна політика фінансового забезпечення інфраструктури ПМСД залишається нестійкою через недостатнє покриття реальних витрат. Інфраструктурне забезпечення ПМСД є поняттям, яке охоплює фізичні об'єкти та обладнання, кваліфікований персонал та цифрові технології, необхідні для надання пацієнтоорієнтованих послуг. Дослідження встановило, що Програма медичних гарантій (ПМГ) покриває лише близько 70% витрат медичних установ, що створює ризик фінансового дефіциту та може призводити до зростання неформальних платежів з боку пацієнтів. Необхідно переглядати тарифну політику НСЗУ для адаптації капітаційної ставки до реальної собівартості послуг що зменшить регіональні диспропорції у відновленні матеріально-технічної бази та забезпечити справедливий розподіл ресурсів.

2. Інфраструктурним викликом є дефіцит медичних кадрів, особливо сімейних лікарів у сільській місцевості (де проживає 30% населення, але працює лише 17% лікарів) та низька привабливість професії серед молоді. Проблема посилюється відсутністю чіткої системи обліку та управління професійним розвитком. Удосконаленню підходів до кадрового планування сприятиме запровадження Реєстру людських ресурсів в охороні здоров'я (ЛРОЗ). Цей Реєстр є ключовим інструментом публічного управління, необхідним для валідації статусу працівників, ефективного прогнозування кадрового резерву на 10-20 років та забезпечення прозорості допуску до професії. Обґрунтовано необхідність розширення ролі середнього медичного персоналу (медсестер) для зменшення навантаження на лікарів та підвищення спроможності ПМД, яке наразі стримується через законодавчі та фінансові бар'єри.

3. Цифровізація є невід'ємною частиною інфраструктури. Система eHealth, включно з електронними деклараціями, направленнями та телемедициною, значно підвищила доступність, але потребує подальшої інтеграції для ухвалення управлінських рішень. Заходи з розвитку цифрової інфраструктури, що підвищують ефективність управління системою, включають інтеграцію інтелектуальної системи підтримки клінічних рішень та системи обробки великих даних (Big Data). Ці інструменти дозволять НСЗУ та керівництву закладів ПМД використовувати дані ЕСОЗ для кращого моніторингу якості, фінансового планування та прогнозування епідеміологічної ситуації, що відповідає завданням підвищення ефективності управління.

4. Низькі стимули до профілактичної роботи та недостатність діагностики хронічних захворювань свідчать про прогалини в управлінні якістю послуг ПМД. Запропоновано впровадження уніфікованої моделі управління якістю медичних послуг, що має поєднувати структурно-організаційні, процесні та аналітичні компоненти для підвищення прозорості та підзвітності надавачів. Удосконалено підходи до регіонального розвитку через необхідність інтеграції завдань розвитку ПМСД (модернізація спроможної мережі, психологічна допомога, мотивація кадрів) у Стратегії розвитку територіальних громад та областей (наприклад, Житомирської області), що є ключовим для подолання регіональної нерівності та забезпечення безбар'єрного доступу.

5. Незважаючи на значний прогрес в розвитку первинної медицини, залишається низка системних проблем, які вимагають наукового обґрунтування та розв'язання, зокрема питання руйнівного впливу війни на інфраструктурне та матеріально-технічного забезпечення. Потрібне подальше дослідження для впровадження уніфікованої моделі управління якістю медичних послуг на рівні ПМД, яка б ефективно стимулювала профілактичну роботу та покращувала діагностику хронічних захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко С., Власенко Р. Новації програми медичних гарантій у 2025 році ризику та можливості. НІСД. 2025. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-05/az_medgarantii_ukr_0206.pdf
2. Реєстр людських ресурсів в охороні здоров'я: концептуальна рамка для України. Результати дослідження. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». 42 с. <https://mededu.org.ua/library/>
3. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Проєкт 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». МОЗ. 2022. <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>
4. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d6a27abe-48cd-4952-9bef-2ba1869aacd6/content>
5. WHO Country Office in Ukraine annual report 2024. World Health Organization. 2025. 116 p. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-11954-51726-79169>
6. Звіт НСЗУ 2024. НСЗУ. 2025. 163 с. https://medplatforma.com.ua/images/96374/zvit_nszu_2024.pdf
7. Агапова В., Виговська В, Городніченко Ю., Іванов О, Сологуб І. Біла книга реформ 2025. Розділ 14. Реформи системи охорони здоров'я в Україні. ГО «Вокс Україна». Київ 2025. <https://voxukraine.org/wp-content/uploads/2025/04/White-Book-of-Reforms-2025-ukr.pdf>
8. Бойко С. Скасування Господарського кодексу України: вплив на систему охорони здоров'я. НІСД. 7 с. 2025.

https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-05/az_gospkodeks-zdorovya_ukr_290525.pdf

9. Бойко С. Проблеми та перспективи медичної реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок війни та інших уразливих груп населення в Україні. . НІСД. 8 с. 2025. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-08/az_med-reabilitaciya_06082025.pdf

10. Балабанова К., Алєканкіна К., Іванчук В., Тищук Т. Дорожня карта розвитку медсестринства в Україні 2021-2023. Вокс Україна. 2024. 90 с. <https://voxukraine.org/wp-content/uploads/2021/09/medsestrynstvo-web.pdf>

11. Бойко С. Г., Власенко Р. В. Реформа системи МСЕК в Україні. НІСД. 2025. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-02/az_reforma-msek_110225.pdf

12. Степурко Т., Рааб М., Роль медсестер у наданні первинної медичної допомоги: сучасні моделі. Результати дослідження. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». 2022. 24с. <https://mededu.org.ua/library/>

13. Степурко Т., Короленко О., Ігнащук О., Барська Ю., Дунаєвська Ю., Рааб М.. Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти в Україні. Результати дослідження. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». 2022. с. 63 <https://mededu.org.ua/library/>

14. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2018. 100 p. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fa844d45-886e-4e2e-aedd-48c404dfb9df/content>

15. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

16. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 : станом на 21 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

17. На шляху до здоровішої України. Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020. Європейського регіонального бюро ВООЗ. 2021. 75 с.

18. Якобчук В., Іванюк О., Круть В. Управління інформаційними технологіями в сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Економічний простір*. 2024. №195. С.193-200. DOI: <https://doi.org/10.30838/EP.195.193-200>

19. Варивончик Д. В. , Ханюкова І. Я. , Гондуленко Н. О. Основні показники первинної інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2024 рік: Аналітико-інформаційний довідник. Дніпро: Акцент ПП, 2025. – 120 с.
https://drive.google.com/file/d/1Nud19RaAN3m6Zw3fil_xaiuq-NyQb5j-/view?usp=sharing

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ : станом на 27 верес. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

21. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 : станом на 21 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

22. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Каб. Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 : станом на 31 груд. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

23. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 31 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

24. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р : станом на 6 верес.

2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

25. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : Постанова Каб. Міністрів України від 24.12.2024 № 1503 : станом на 14 листоп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-p#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

26. Звіт за результатами дослідження «Неформальні платежі на рівні первинної медичної допомоги після впровадження реформи фінансування / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» ./Дуда М., Коваленко Н. та ін. Київ, 2021. <https://moz.gov.ua/uk/analitichni-zviti>

27. Звіт за результатами базового дослідження «Обсяг неформальних платежів на рівні спеціалізованих закладів охорони здоров'я за чотирма пріоритетними послугами програми медичних гарантій» / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021. <https://moz.gov.ua/uk/analitichni-zviti>

28. Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. <https://moz.gov.ua/uk/analitichni-zviti>

29. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 рік. Київ. 2024. <https://moz.gov.ua/storage/uploads/386da5b2-66ed-4e85-932c-d9828ba76a7a/Щорічний-звіт-за-2023-рік.pdf>

30. Сафонов Ю.М., Коротун О.П. Цифровізація медичної галузі як інструмент забезпечення якості надання медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. Випуск 51. С.96-103. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2024-51-14>

31. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-

2027 роках : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-p#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

32. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 № 1645-III : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

33. Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023-2025 роках : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 01.06.2023 № 562-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/562-2023-p#Text> (дата звернення: 26.11.2025).

34. Медико-статистичний моніторинг показників інвалідності, реабілітації осіб з інвалідністю та організації медико-соціальної експертизи в Україні. ДУ УкрДержНДІМСПІ МОЗ України. Дніпро. 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 рр. <https://ndimspi.gov.ua/nauka/epidemiolohiia-invalidnosti-v-ukraini/>

35. Богдан Д., Качурець М., Сасіна Я., Степурко Т., Шваб М. Роль і обов'язки медсестри на ПМД в Україні. Результати дослідження. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». 2022. с. 116 <https://mededu.org.ua/library/>

36. Вальчук М.С. Цифровізація сфери охорони здоров'я в Україні на шляху до забезпечення клієнто- та пацієнтоорієнтованості. *Центральноукраїнський вісник права та публічного управління*. 2024. №3 (7). С.14–22. DOI: <https://doi.org/10.32782/cuj-2024-3-2>

37. Шкільняк М. М., Артимович А. І. Моделі управління якістю медичних послуг: світовий досвід та уроки для України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (2025). (3), с.196–205. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.3.15672>

38. Мельник А., Шабага А. Первинна медична допомога в системі організації охорони здоров'я регіону: проблеми збалансованості і доступності. *Вісник Економіки*. 2025. № 2. С.23–42, <https://doi.org/10.35774/>

39. Стратегія розвитку Житомирської області на період до 2027 року.
Додаток до рішення оласної ради від 10.04.2025 № 889. Житомир. 2025. 222 с.
[https://oda.zht.gov.ua/wp-content/uploads/2025/04/Strategiya-rozvytku-
Zhytomyrskoyi-oblasti-na-period-do-2027-roku.pdf](https://oda.zht.gov.ua/wp-content/uploads/2025/04/Strategiya-rozvytku-Zhytomyrskoyi-oblasti-na-period-do-2027-roku.pdf)