

Грицко Роман Юліанович 

д-р. наук з держ. упр., Заслужений професор європейського професійного докторату,
канд. мед. наук, доцент, кафедра інфекційних хвороб
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

ІНСТИТУЦІЙНА ПРИРЕЧЕНІСТЬ ЦЕНТРАЛІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ ІНТЕГРАЦІЇ ПОЛІКЛІНІК В УКРАЇНІ

Ключові слова: інтегрована медична допомога, територіальні медичні об'єднання, поліклініки, фінансування охорони здоров'я, governance, псевдоінтеграція, дезінтеграція, інституційна приреченість, KPI.

Фрагментація медичної допомоги є однією з ключових проблем сучасних систем охорони здоров'я, що призводить до дублювання функцій, неефективного використання ресурсів, зниження якості медичних послуг та зростання витрат [1; 3]. У відповідь на ці виклики міжнародні організації (WHO, OECD) активно просувають концепцію інтегрованої медичної допомоги [2; 4].

В Україні інтеграційні процеси реалізуються через створення великих територіальних медичних об'єднань (ТМО), у межах яких відбувається об'єднання поліклінік і стаціонарних закладів. Однак практика свідчить, що в країнах із перехідною економікою інтеграція часто набуває формального характеру, не супроводжується реальними змінами в клінічній практиці та управлінні, а отже, не досягає задекларованих цілей [6; 8].

Наукова проблема полягає в розриві між потенційними перевагами інтеграції та реальними наслідками її впровадження в умовах слабкого інституційного середовища, низької прозорості та обмежених управлінських компетенцій [7; 11].

Мета дослідження – комплексна оцінка наслідків інтеграції поліклінік у великі ТМО в Україні з акцентом на фінансові дисбаланси, управлінські трансформації, комунікаційні бар'єри та ризики формування централізованої псевдоінтеграції.

Дослідження виконано з використанням системного підходу, що дозволяє розглядати інтеграцію як багатовимірний процес (структурний, функціональний, управлінський, інституційний, ризиковий). Методологія включала: порівняльний аналіз міжнародних моделей інтеграції; policy analysis реформ системи охорони здоров'я; вторинний аналіз аналітичних

матеріалів WHO, OECD, World Bank та національних джерел [1–5; 7; 13–15].

Ефективність поліклініки у складі ТМО визначається чотирма факторами. Централізація фінансів знижує ефективність, тоді як прозорість управління (governance), цифрова інтеграція та збереження автономії поліклініки – підвищують. Якщо централізація домінує без належного контролю, ефективність амбулаторної ланки падає [12; 14].

Для кількісної оцінки пропонується інтегральний індекс із п'яти компонентів: безперервність допомоги, якість, економічна ефективність, доступність та цифрова інтеграція. Чим ближчий індекс до 1, тим успішнішою є інтеграція [9; 10].

Централізація фінансових потоків у межах ТМО призводить до перерозподілу ресурсів на користь стаціонарної допомоги, зменшення фінансування амбулаторного сектору та втрати фінансової автономії поліклінік. За даними World Bank, такі ефекти характерні для систем із низьким рівнем прозорості та підзвітності [5; 7].

Концентрація управлінських повноважень на рівні керівництва ТМО знижує гнучкість підрозділів, обмежує локальні управлінські рішення та знижує мотивацію менеджменту. Як зазначає Goodwin, інтеграція без змін у системі стимулів призводить до управлінської неефективності [10; 12].

Інтеграція створює передумови для виникнення інституційних вразливостей: концентрація фінансових потоків підвищує ризик непрозорого розподілу коштів; управління майном (консолідація інфраструктури) створює ризики неефективного використання приміщень та зміни функціонального призначення об'єктів; асиметрія інформації (обмежений доступ до даних про фінансові потоки) знижує рівень контролю; відсутність незалежного аудиту підвищує ризики неефективного управління. Як зазначають Грицько Р.Ю. та співавтори, подолання цих ризиків потребує розвитку інституційних механізмів та правових засад [13; 14; 15].

Модель демонструє розрив між структурною та функціональною інтеграцією. Відсутність горизонтальних зв'язків, інтегрованих ІТ-систем та координаційних механізмів призводить до домінування стаціонарного сектору та деградації амбулаторної ланки.

Аналітична модель ілюструє, як різні фактори впливають на ефективність роботи поліклініки у складі територіального медичного об'єднання. Централізація фінансів має негативний вплив на ефективність (знижує її). Натомість наявність механізмів підзвітності (governance), цифрова інтеграція та збереження управлінської автономії поліклініки мають позитивний вплив

(підвищують ефективність). У випадку, коли рівень підзвітності є низьким, негативний вплив централізації посилюється, що призводить до ще більшого зниження ефективності амбулаторної ланки.

У запропонованій концептуальній моделі централізованої псевдоінтеграції керівництво територіального медичного об'єднання (ТМО) здійснює централізацію фінансових ресурсів. Стаціонарна ланка отримує пріоритетне фінансування та має високий фінансовий вплив, тоді як поліклініки стають залежними підрозділами, втрачають фінансову та управлінську автономію.

Ключові характеристики моделі: відсутні горизонтальні зв'язки між поліклініками; відсутні інтегровані ІТ-системи; відсутні стандартизовані маршрути пацієнтів.

Результатом функціонування такої моделі є псевдоінтеграція – ситуація, за якої формальна структура об'єднання існує, але функціональна координація відсутня. Це призводить до: порушення комунікації між рівнями медичної допомоги; фінансового дисбалансу (перерозподілу ресурсів на користь стаціонару); деградації амбулаторної (поліклінічної) ланки.

Таким чином, модель демонструє розрив між структурною та функціональною інтеграцією, коли формальне об'єднання не супроводжується реальною координацією та ефективністю. Централізація фінансів знижує ефективність поліклініки, тоді як прозорість управління (governance), цифрова інтеграція та збереження автономії поліклініки – підвищують. Якщо централізація домінує без належного контролю, ефективність амбулаторної ланки падає.

Накопичені емпіричні спостереження та теоретичний аналіз інституційних дисфункцій дозволяють висунути прогноз щодо довгострокової траєкторії розвитку великих ТМО в Україні. Попри початкову адміністративну логіку укрупнення, така модель містить внутрішні передумови для власної дезінтеграції [6; 8; 11].

По-перше, фінансові дисбаланси мають кумулятивний характер. Чим довше триває централізований перерозподіл ресурсів на користь стаціонарної ланки, тим більшою стає фінансова «втома» амбулаторних підрозділів, що супроводжується зниженням якості послуг, відтоком кадрів та соціальною напругою.

По-друге, комунікаційні бар'єри та відсутність інтегрованих ІТ-систем не зникають з часом, а навпаки – поглиблюються внаслідок бюрократичної інерції.

По-третє, втрата управлінської автономії поліклінік формує стійку

демотивацію локального менеджменту, що призводить до стагнації або деградації амбулаторної допомоги.

У міжнародній практиці подібні моделі «централізованої псевдоінтеграції» або реформувалися у бік мережевих структур із високим ступенем автономії первинної ланки, або зазнавали адміністративного розпаду [4; 7; 10]. В українському контексті, враховуючи тенденції децентралізації влади та посилення ролі місцевих громад у фінансуванні медицини, можна передбачити, що рано чи пізно великі ТМО розпадуться [13; 14].

Формами цього процесу можуть бути: офіційне розукрупнення; передача поліклінік у безпосереднє підпорядкування територіальним громадам; поступова «прихована автономізація» – коли за формальної цілісності об'єднання фінансові та управлінські потоки фактично відокремлюються.

Таким чином, централізована псевдоінтеграція є не стабільним станом, а перехідною інституційною формою, яка об'єктивно рухається до своєї ліквідації. Усвідомлення цього дозволяє уникати помилкового сприйняття існуючих ТМО як кінцевої та оптимальної моделі організації медичної допомоги.

Висновки

Інтеграція поліклінік у ТМО в Україні реалізується переважно як структурне укрупнення без належної функціональної координації, що формує феномен «централізованої псевдоінтеграції».

Інтеграція супроводжується системними фінансовими дисбалансами: централізацією ресурсів, непрозорим розподілом та погіршенням фінансування амбулаторного сектору.

Виявлено порушення комунікації та координації між рівнями медичної допомоги, що призводить до дублювання обстежень, затримок та зниження відповідальності.

Централізація управління спричиняє втрату автономії поліклінік, зниження гнучкості та мотивації до розвитку.

Аналіз інституційних дисфункцій, фінансових диспропорцій та комунікаційних бар'єрів свідчить, що великі територіальні медичні об'єднання, побудовані за принципом централізованої псевдоінтеграції, є структурно нестійкими. Рано чи пізно такі об'єднання розпадуться – через адміністративне розукрупнення, передачу поліклінік громадам або фактичну автономізацію підрозділів. Визнання цього дозволяє коригувати реформу ще до настання критичної точки дезінтеграції.

Ключовими умовами успішної інтеграції є: впровадження КРІ-

орієнтованого управління, фінансова прозорість, незалежний аудит, розвиток цифрової інтеграції та збереження функціональної автономії амбулаторної ланки.

Подальші дослідження доцільно зосередити на: кількісній верифікації запропонованої логіки оцінки на основі національних даних; моделюванні «точок біфуркації» – критичних рівнів централізації, після яких імовірність розпаду ТМО різко зростає; порівняльному аналізі країн Центральної та Східної Європи, де відбулося розформування великих медичних об'єднань або їх трансформація в мережеві структури з високим рівнем автономії первинної ланки.

Список використаних джерел:

1. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016. 48 p.
2. World Health Organization. Integrated care models: an overview. Geneva: WHO; 2018. 36 p.
3. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2021. 260p.
4. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. Paris: OECD Publishing; 2020. 180 p.
5. World Bank. Improving Health System Efficiency: Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems. Washington DC: World Bank; 2019. 112 p.
6. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010.
7. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. 50 p.
8. Rechel B, Blackburn C, McKee M. Health systems in transition: Ukraine. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013. 180 p.
9. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12.
10. Goodwin N. Understanding integrated care: a complex process, not a structural change. *Int J Integr Care*. 2016;16(4):6.
11. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-81.
12. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 2005. 448 p.
13. Грицко РЮ, Фуртак ІІ, Грицко ОМ, Колядич ММ, Пеканець СР. Напрями удосконалення управління ресурсами системи охорони здоров'я України. *Problems of science and practice*. 2022;1(5):45-52.
14. Грицко РЮ. Інституційні та правові засади формування інтегрованого інвестиційного клімату в Україні. *Наукові праці МАУП*. 2025;79:55-62. DOI: <https://doi.org/10.32689/2523-4536/79-6>
15. Грицко Р, Грицко О, Пеканець С. Трансформація медичної допомоги через інноваційні технології: роль цифрових технологій у реабілітації пацієнтів. *Grail of Science*. 2025;53:840-845.