

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ
МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему «Дослідження відповідності створення спроможної мережі
госпітального округу на рівні регіону Житомирської області»

Студента групи 14401МНБ, спеціальності
073 «Менеджмент» ОПП «Менеджмент у
сфері охорони здоров'я »

Денис ПІВЕНЬ

Науковий керівник науковий ступінь,
вчене звання

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, професор

Гарант освітньо-професійної програми
науковий ступінь вчене звання

Ганна
МАТУКОВА,
д.пед.н., професор

Завідувач кафедри, науковий ступінь вчене
звання

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, професор

Київ, 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА**

Півень Денис Олександрович

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Дослідження відповідності створення спроможної мережі
госпітального округу на рівні регіону Житомирської області

керівник роботи Валентин ПАРІЙ, д.мед.н., професор

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від "13"травня 2025 р. № 381

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи: нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я України, статистичні та демографічні дані, звітні дані Національної служби здоров'я України, інформаційні матеріали органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я Житомирської області.

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета кваліфікаційної роботи: оцінити відповідність створення та

функціонування спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу Житомирської області чинним нормативно-правовим вимогам та потребам населення регіону.

Об'єкт дослідження: мережа закладів охорони здоров'я госпітального округу Житомирської області.

Предмет дослідження: організаційні, територіальні та демографічні аспекти формування спроможної мережі госпітального округу Житомирської області.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

Рис. 1.1., рис. 1.2., табл. 2.1., табл. 2.2., табл. 2.3., табл. 2.4., табл. 2.5., табл. 2.6., табл. 3.1., табл. 3.2., табл. 3.3.

6. Дата видачі завдання "01" вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	травень 2025 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	вересень 2025 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	вересень 2025 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2025 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2025 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2025 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2025 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	листопад 2025 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	листопад 2025 р.	
10	Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2025 р.	
11	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2025 р.	

Студент

(підпис)

Денис ПІВЕНЬ
(прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Валентин ПАРІЙ
(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ЗМІСТ	4
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
АНОТАЦІЯ	6
ВСТУП	9
Актуальність.....	9
Формулювання проблеми дослідження.....	10
Мета та завдання дослідження	12
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	13
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	20
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	31
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	44
ДОДАТКИ.....	47

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ГО – госпітальний округ.
ПМГ – Програма медичних гарантій.
КМУ – Кабінет Міністрів України
АР Крим – Автономна республіка Крим
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я.
НСЗУ – Національна служба здоров'я України.
Те – Терапія
Хі – Хірургія
Ан – Анестезіологія
Тр – Травматологія та ортопедія
Ак – Акушерство
Гі – Гінекологія
Пе – Педіатрія
Ін – Інфекційне
Па – Паліатив
Не – Неврологія
Ка – Кардіологія
Ре – Реабілітація

АНОТАЦІЯ

В даній роботі досліджено відповідність функціонування загальних лікарень Житомирської області вимогам чинних нормативно-правових актів, зокрема постанов Кабінету Міністрів України, у контексті формування та розвитку госпітальної мережі. У центрі уваги роботи перебуває порівняльний аналіз нормативної чисельності населення, необхідної для обслуговування загальними закладами охорони здоров'я, з фактичними демографічними показниками територій області, що дозволило виявити наявні структурні дисбаланси у просторовій організації стаціонарної медичної допомоги. У ході дослідження проаналізовано перелік видів медичної допомоги, які відповідно до нормативних вимог мають надаватися загальними лікарнями, та зіставлено їх із фактичною структурою наданих медичних послуг. Окрему увагу приділено оцінці акушерської допомоги шляхом аналізу динаміки кількості пологів у загальних лікарнях Житомирської області у 2022–2024 роках як індикатора реальної функціональної спроможності відповідних відділень. Результати дослідження свідчать про невідповідність між нормативно визначеними вимогами до загальних лікарень і фактичною чисельністю населення більшості некластерних територій, а також про домінування окремих додаткових напрямів діяльності за умов недостатнього забезпечення базовими клінічними послугами. Виявлено тенденцію до зниження обсягів акушерської допомоги в окремих закладах до рівнів, що не забезпечують належної якості та безпеки медичної допомоги. Отримані висновки обґрунтовують доцільність подальшої оптимізації госпітальної мережі області шляхом укрупнення зон обслуговування, концентрації ресурсів у спроможних закладах та посилення ролі кластерних лікарень. Практичне значення роботи полягає у можливості використання результатів дослідження органами управління охороною здоров'я під час планування розвитку госпітальних округів і вдосконалення просторової організації стаціонарної та акушерської медичної допомоги.

Ключові слова: госпітальна мережа; загальні лікарні; Житомирський госпітальний округ; стаціонарна медична допомога; акушерська допомога; кількість пологів; функціональна спроможність закладів охорони здоров'я; .

ABSTRACT

This paper examines the compliance of general hospitals in the Zhytomyr region with the requirements of current regulatory and legal acts, in particular the resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, in the context of the formation and development of the hospital network. The study focuses on a comparative analysis of the normative population size required to be served by general healthcare institutions and the actual demographic indicators of the region's territories, which made it possible to identify existing structural imbalances in the spatial organization of inpatient medical care.

The research analyzes the range of medical services that, according to regulatory requirements, should be provided by general hospitals and compares them with the actual structure of services delivered in practice. Particular attention is paid to the assessment of obstetric care through an analysis of trends in the number of births in general hospitals in the Zhytomyr region during 2022–2024, which serves as an indicator of the real functional capacity of obstetric departments.

The results indicate a mismatch between regulatory requirements for general hospitals and the actual population size of most non-cluster areas, as well as the dominance of certain additional service areas alongside insufficient provision of basic clinical services. A downward trend in the volume of obstetric care has been identified in some institutions, reaching levels that do not ensure adequate quality and safety of medical care.

The conclusions substantiate the need for further optimization of the regional hospital network through the enlargement of service areas, concentration of resources in capable institutions, and strengthening the role of cluster hospitals. The practical significance of the study lies in the potential use of its findings by healthcare management authorities in planning the development of hospital districts and improving the spatial organization of inpatient and obstetric medical care.

Keywords: hospital network; general hospitals; Zhytomyr hospital district; inpatient medical care; obstetric care; number of births; functional capacity of healthcare facilities; .

ВСТУП

Актуальність

Реформування системи охорони здоров'я України в останні роки спрямоване на створення раціональної, ефективної та збалансованої мережі закладів охорони здоров'я, здатної забезпечити гарантований обсяг медичних послуг населенню. Однією з ключових складових цієї трансформації є впровадження госпітальних округів — нової моделі територіальної організації медичної допомоги, яка передбачає оптимальний розподіл функцій між закладами різних рівнів та підвищення результативності використання ресурсів. Госпітальні округи дозволяють уникнути дублювання функцій, сконцентрувати високоспеціалізовану допомогу у потужніших лікарнях, забезпечити належну кадрову та матеріально-технічну базу, а також гарантувати пацієнтам своєчасне отримання допомоги відповідно до рівня клінічної складності.

Важливою умовою успіху цієї реформи є формування спроможної мережі — тобто такої кількості і якості лікарень, які відповідають реальним потребам населення за обсягами, структурою та складністю медичної допомоги. Це включає доступність медичних послуг у межах нормативного часу доїзду, наявність фахівців, необхідного обладнання, цілодобових служб, а також здатність надавати послуги за пріоритетними пакетами НСЗУ. Відповідність мережі цим вимогам є критичною для підвищення якості медичного обслуговування, зниження смертності, покращення результатів лікування та оптимізації бюджетних витрат.

Для Житомирської області питання формування спроможної мережі є особливо гострим. Регіон характеризується значною територіальною розтягнутістю, різною густотою населення, наявністю віддалених та сільських громад, складними транспортними маршрутами та відмінностями у спроможності закладів охорони здоров'я. Частина лікарень має обмежені кадрові ресурси, застарілу інфраструктуру, недостатній рівень оснащення сучасним обладнанням, що впливає на якість та обсяг медичних послуг. Старіння

населення регіону створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я — зростає потреба у хронічному та високоспеціалізованому догляді, що вимагає модернізації лікарняної мережі.

Таким чином, дослідження відповідності існуючої мережі закладів охорони здоров'я вимогам спроможності та визначення напрямів її оптимізації є надзвичайно важливим, оскільки дозволяє:

- системно оцінити стан регіональної медичної інфраструктури;
- встановити, наскільки наявна мережа здатна забезпечити потреби населення;
- виявити прогалини у доступності та якості медичних послуг;
- сформулювати пропозиції щодо посилення спроможності лікарень, модернізації матеріально-технічної бази, оптимізації кількості закладів і перерозподілу функцій між ними.

Результати такого дослідження є основою для прийняття управлінських рішень щодо розвитку госпітального округу, підвищення ефективності медичної допомоги та забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я Житомирської області.

Формулювання проблеми дослідження

Незважаючи на впровадження державної політики щодо формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, у Житомирській області зберігаються суттєві системні диспропорції, пов'язані з невідповідністю фактичного функціонування загальних лікарень встановленим нормативним вимогам. Актуальною проблемою є розбіжність між нормативно визначеними параметрами спроможності загальних лікарень та реальними демографічними характеристиками територій їх обслуговування, що ускладнює забезпечення населення якісною та доступною стаціонарною медичною допомогою.

Одним із ключових аспектів проблеми є невідповідність між нормативною чисельністю населення, необхідною для повноцінного функціонування

загальних лікарень, та фактичною чисельністю населення на більшості некластерних територій області. Це призводить до ситуації, за якої частина закладів функціонує за умов недостатнього пацієнтотоку, що негативно впливає на ефективність використання ресурсів та клінічну доцільність збереження окремих структурних підрозділів.

Водночас спостерігається невідповідність фактичної структури медичної допомоги, що надається загальними лікарнями, переліку базових напрямів, визначених чинними нормативно-правовими актами. У ряді закладів зафіксовано домінування окремих додаткових або допоміжних напрямів діяльності за умов недостатнього забезпечення базових клінічних послуг, що свідчить про формальне, а не функціональне виконання ролі загальної лікарні в межах госпітальної мережі.

Окрему складову проблеми становить стан надання акушерської допомоги, який оцінювався через аналіз динаміки кількості пологів у загальних лікарнях Житомирської області у 2022–2024 роках. Зниження обсягів пологів у частині закладів до рівнів, що не відповідають індикаторам мінімальної функціональної спроможності, ставить під сумнів можливість забезпечення належної якості та безпеки акушерської допомоги, а також обґрунтованість збереження пологових відділень у структурі таких лікарень.

Таким чином, проблема дослідження полягає у відсутності комплексної відповідності між демографічними передумовами, структурною організацією загальних лікарень та фактичними обсягами надання ключових видів медичної допомоги, зокрема акушерської, що зумовлює необхідність науково обґрунтованого перегляду підходів до формування та оптимізації госпітальної мережі Житомирської області.

Мета та завдання дослідження

Метою дослідження даної роботи є оцінка відповідності функціонування загальних лікарень Житомирської області вимогам, визначеним постановами Кабінету Міністрів України, шляхом порівняння нормативної чисельності населення для обслуговування такими закладами з фактичними демографічними показниками, аналізу задекларованих і реально наданих напрямів стаціонарної медичної допомоги, а також дослідження динаміки обсягів акушерської допомоги у 2022–2024 роках з метою обґрунтування доцільності подальшої оптимізації госпітальної мережі в межах області.

Для досягнення поставленої мети дослідження було спрямоване на послідовне вирішення низки аналітичних завдань, що охоплювали вивчення положень чинних постанов Кабінету Міністрів України щодо вимог до загальних лікарень і мінімальних нормативів чисельності населення, яке має ними обслуговуватися; зіставлення цих нормативів із фактичною чисельністю населення територій Житомирської області, що перебувають у зоні обслуговування загальних закладів; аналіз переліку видів медичної допомоги, які загальні лікарні зобов'язані надавати відповідно до нормативних документів, та оцінку їх фактичної реалізації в практичній діяльності закладів; дослідження динаміки кількості пологів у загальних лікарнях області за 2022–2024 роки як індикатора реальної спроможності акушерських відділень; а також узагальнення отриманих результатів для формування висновків щодо структурних дисбалансів госпітальної мережі та розроблення пропозицій з удосконалення просторової організації стаціонарної й акушерської допомоги в умовах кластерної моделі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від обраної державою моделі фінансування, механізмів акумуляції ресурсів та принципів розподілу медичних послуг між населенням. Аналіз світового досвіду свідчить, що країни використовують різні підходи до побудови фінансово-економічних відносин у сфері охорони здоров'я. У сучасному світі сформувалися чотири базові моделі фінансування охорони здоров'я: модель Семашка, модель Беверіджа, модель Бісмарка та модель переваги споживачів (приватна модель) [1]. Кожна з цих систем має власну історичну основу, специфічні механізми фінансування та відмінні наслідки для доступності та якості медичної допомоги.

Модель Беверіджа є бюджетною системою охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податкових надходжень та забезпечує універсальний доступ громадян до медичних послуг. Сутність цієї моделі полягає в домінуванні державного сектору в організації, фінансуванні та регулюванні медичної сфери. Державна система охорони здоров'я Беверіджа характеризується бюджетним фінансуванням, яке контролюється на центральному або місцевому рівні, загальною доступністю медичних послуг з повним охопленням усього населення [2]. Серед її ключових елементів — централізоване планування витрат, чіткий державний контроль за ресурсами та уніфікація медичних послуг. Перевагами цієї моделі є рівний доступ населення до допомоги та відсутність фінансових бар'єрів при зверненні за медичними послугами. Водночас її недоліками є бюрократизація та можлива недостатня оперативність управлінських рішень.

Модель Бісмарка передбачає механізм обов'язкового соціального медичного страхування, у межах якого внески сплачують роботодавці та працівники. Фінансове забезпечення здійснюється через страхові фонди, незалежні від державного бюджету. Для соціально орієнтованої системи охорони здоров'я (модель Бісмарка) характерним є обов'язкове медичне страхування. Ця модель поєднує державне регулювання із ринковими механізмами, що

забезпечує її збалансованість: рівноважний баланс між активним державним регулюванням медичної сфери та ринковими механізмами її функціонування [3]. Серед ключових принципів моделі Бісмарка — солідарність, паритетність внесків, конкуренція між страховими фондами, децентралізація й гарантування мінімального пакету медичних послуг.

Модель переваги споживачів (приватна модель) функціонує на основі ринкових механізмів та передбачає значну роль приватного сектора. Вона характерна для США, Швейцарії, Південної Кореї та Австралії [4]. Основними характеристиками цієї моделі є лібералізований підхід до фінансування, висока конкуренція, комерціалізація та автономія медичних закладів [2]. Недоліками є високі витрати для населення й роботодавців, нерівність доступу та значна залежність якості медичної допомоги від рівня доходів громадян.

Модель Семашка сформувалася у СРСР і тривалий час домінувала на пострадянському просторі. Принципи моделі Семашка наведено на рисунку 1.



Рисунок 1.1. Суть моделі системи охорони здоров'я Семашка.

Вона ґрунтувалася на повністю централізованому управлінні медичною сферою, фінансуванні галузі за рахунок державного бюджету, безоплатному наданні допомоги населенню та універсальності й багатопрофільності медичних установ. У межах цієї моделі було створено спеціальний орган управління — Народний комісаріат охорони здоров'я, якому підпорядковувалися всі лікувальні заклади країни. Чітка та жорстка ієрархія медичних установ забезпечувала впорядкований розподіл пацієнтів та оптимальне навантаження на різні рівні медичної допомоги. Крім того, система мала значні матеріальні й кадрові ресурси: кількість лікарняних ліжок і медичного персоналу була суттєво більшою, ніж у країнах Західної Європи та США — у 1,5–2 рази за той самий період. Модель Семашка дозволила подолати багато інфекційних та хронічних хвороб, поширених серед населення СРСР, і протягом багатьох років демонструвала ефективність. Проте її утримання було вкрай витратним: фінансування системи охорони здоров'я у Радянському Союзі становило 6–6,5 % ВВП — приблизно вдвічі більше, ніж сучасні показники України. Після розпаду СРСР та різкого скорочення бюджетних доходів більшість колишніх республік втратила можливість підтримувати цю систему на попередньому рівні, що фактично зробило її повноцінне фінансування неможливим [5].

Сучасна система охорони здоров'я України знаходиться у стані трансформації та поєднує риси кількох моделей. З одного боку, історично Україна успадкувала централізовану систему Семашка, характерну для радянського періоду [1]. З іншого — протягом останніх років відбувається поступове реформування, спрямоване на формування змішаної, більш ефективної моделі.

В Україні у 2017 році розпочався процес створення госпітальних округів з метою оптимізації кількості та якості державних медичних закладів і покращення системи медичного забезпечення [6].

У наукових джерелах госпітальний округ (ГО) трактується як об'єднання медичних закладів певної території в єдину мережу, створену для забезпечення

доступності медичної допомоги з урахуванням чисельності населення, існуючої інфраструктури та транспортної логістики регіону [7]. Після ухвалення урядової постанови від 27 листопада 2019 року було запровадлено новий підхід до формування ГО, відповідно до якого до їх складу офіційно включено вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу та госпітальний компонент екстреної допомоги. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 1074, госпітальний округ тепер визначається як функціональне об'єднання медичних закладів певної території, що забезпечує надання саме цих видів допомоги населенню [8].

Попри те що нормативна основа госпітальних округів була закладена значно раніше, фактичний процес їх впровадження почався пізніше — після прийняття розпорядження Кабінету Міністрів № 1013-р, яким визначили ключові напрями реформування та оптимізації медичної сфери. У документі підкреслювалося, що подальший розвиток системи повинен бути спрямований на підвищення якості медичних послуг, пропорційність фінансування та чітке співвідношення між кількістю пацієнтів і витратами системи [9]. Саме в цьому контексті госпітальні округи розглядаються як інструмент упорядкування мережі медичних закладів, її оптимізації та укрупнення, а також закриття установ, які через мале навантаження та високі витрати не є доцільними для утримання [10].

Подальшим кроком у формуванні ГО стало ухвалення Постанови КМУ № 932 та відповідного наказу МОЗ, де вперше визначено практичні правила організації госпітальних округів, порядок створення і функціонування госпітальних рад, а також їхню участь у плануванні розвитку округів [11], [12]. Завершальним на момент дослідження нормативним актом стала Постанова КМУ № 1074, яка уточнила попередні норми, передбачила укрупнення існуючих округів і визначила нові засади формування госпітальних рад [8].

Уряд підкреслює, що головна мета створення госпітальних округів — гарантувати пацієнтам своєчасний доступ до медичних послуг при одночасному

забезпеченні їх високої якості за умови раціонального використання державних ресурсів. Саме тому прийнято розпорядження, відповідно до якого протягом трьох років планується створити мережу опорних лікарень як механізм забезпечення комплексної та доступної медичної допомоги для населення [6].

У липні 2022 року Верховна Рада України ухвалила Закон № 2347, який дав старт новому етапу медичної реформи — формуванню спроможної мережі закладів охорони здоров'я [13]. На його виконання у лютому 2023 року була прийнята постанова Кабінету Міністрів України №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [14]. Ці нормативні акти стали основою трансформації системи медичної допомоги на рівні регіонів та визначили нові підходи до планування й оптимізації лікарняної мережі.

У рамках реформи кожна область була визначена окремим госпітальним округом, який поділяється на кластери залежно від щільності населення, інфраструктури та логістики. Лікарні в межах округу отримали різні ролі — надкластерні, кластерні та загальні. Такий підхід забезпечує принципову зміну маршрутизації пацієнтів: випадки низької складності лікуються у найближчих загальних лікарнях, тоді як пацієнти з більш складними станами отримують допомогу у кластерних та надкластерних закладах, які мають необхідне обладнання, фахівців та можливості для надання високоспеціалізованої допомоги. Запровадження спроможної мережі спрямоване на раціональний розподіл фінансових і матеріальних ресурсів між лікарнями відповідно до їхньої визначеної ролі. Це включає модернізацію інфраструктури, підсилення матеріально-технічної бази, закупівлю високовартісного обладнання та розвиток служб, необхідних для цілодобового надання допомоги.

Станом на сьогодні у 19 областях та місті Києві до спроможної мережі вже включено 583 лікарні: 135 надкластерних, 166 кластерних та 282 загальні. Додатково мережа охоплює 2537 надавачів первинної медичної допомоги та 25 центрів екстреної медичної допомоги. До процесу не залучені лише ті регіони, на території яких тривають активні бойові дії — Запорізька, Донецька, Луганська,

Херсонська, Миколаївська області та АР Крим. Проте після завершення воєнного стану ці області мають у шестимісячний строк подати свої пропозиції для визначення спроможної мережі.

Окремим пріоритетом держави є забезпечення якісної та доступної реабілітаційної допомоги. З метою наближення такої допомоги до пацієнтів формування реабілітаційної мережі здійснюється на базі кластерних та надкластерних лікарень.

На рисунку 1.2. наведено хронологію ключових етапів формування та розвитку госпітальних округів в Україні, що відображає послідовність ухвалення основних нормативно-правових актів і управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

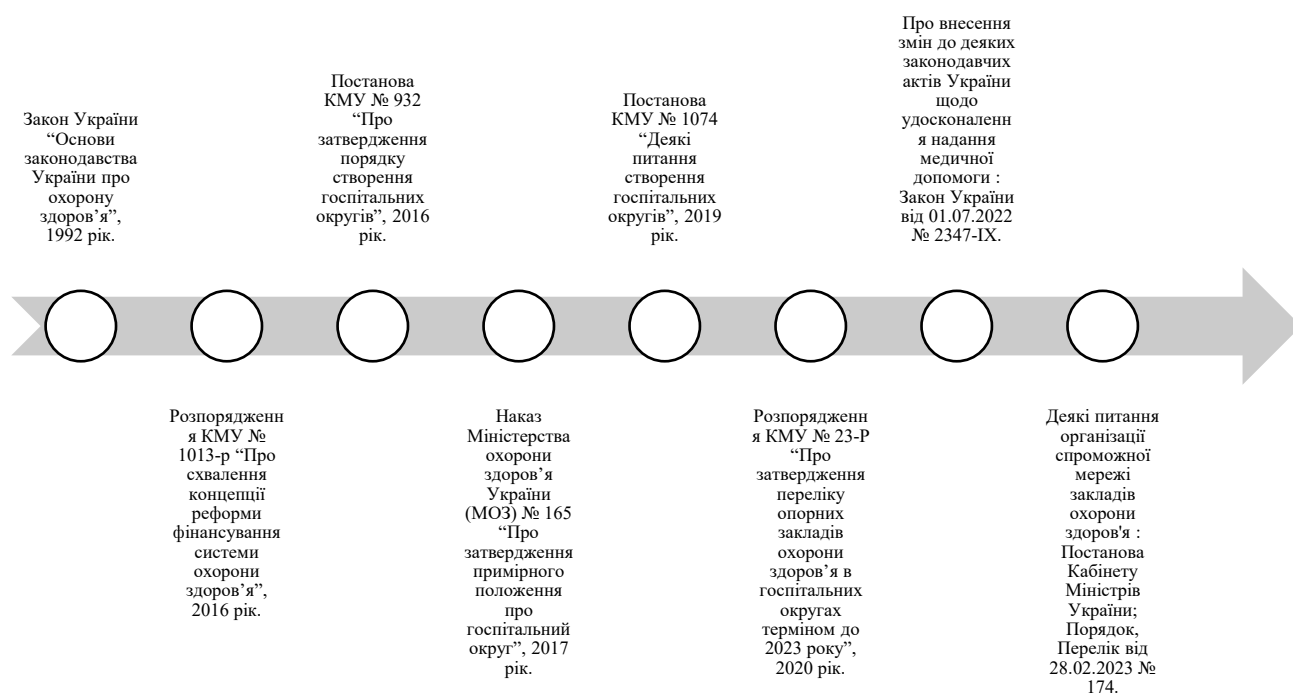


Рисунок 1.2. Хронологія з питань створення госпітальних округів.

Рудакова Л. О. та інші [15] описують розвиток системи охорони здоров'я на місцевому рівні через призму децентралізації, наголошуючи, що реальна організація первинної медичної допомоги в громадах значно відстає від нормативних вимог. Вони зазначають, що в Києві темпи створення мережі ПМСД залишаються повільними через нерішучість муніципалітетів, тоді як у сільській місцевості формальне перевищення нормативів забезпеченості

амбулаторіями пояснюється тим, що на базі колишніх ФАПів свого часу створювалися поліклініки без будь-яких стандартів якості. Також автори підкреслюють, що кадрова ситуація також залишається нестабільною: “щорічна нестача фахівців може вплинути на коливання пропозиції лікарів загальної практики, особливо в сільській місцевості”. Розглядаючи фінансові аспекти децентралізації, вони критично оцінюють принцип “гроші ходять за пацієнтом”, стверджуючи, що він “не працює на індивідуальному рівні — рівні лікаря, медсестри”, а часткове фінансування захищених статей та обмеження для сільських закладів лише поглиблюють диспропорції. Автори підкреслюють, що реформа первинної ланки затягнулася, оскільки порядок надання допомоги та організаційні вимоги “не дозволяють використовувати кваліфікацію лікаря загальної практики”. У своїй оцінці стану сільської медицини вони говорять про “складні та неузгоджені” умови, що виникли внаслідок впровадження нових соціально-економічних моделей, зокрема недореформованої системи обов’язкового медичного страхування. Також звертають увагу на те, що в селах суттєво погіршилися умови праці, матеріальна база й кадрове забезпечення, що призвело до “зростання смертності серед сільського населення” та нижчої тривалості життя порівняно із середніми по країні показниками.

Особливо критичним вони вважають руйнування вертикальних зв’язків у системі управління та різке зростання фінансової залежності охорони здоров’я від зовнішніх економічних і політичних умов. У таких умовах “інтерес керівних органів до структурної реорганізації зменшується”. На думку авторів, соціально-економічні трансформації фактично загальмували реформу охорони здоров’я, а недосконалість нормативно-правової бази та залишковий принцип фінансування спричинили появу нових проблем замість очікуваного покращення. Для подолання цих труднощів необхідно шукати “більш ефективні соціально-економічні механізми управління охороною здоров’я в сільській місцевості” та вдосконалювати систему медичного страхування, спираючись на науково обґрунтовані методи планування та аналізу.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Методологічною основою дослідження є системний аналіз формування та функціонування мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу на регіональному рівні на прикладі Житомирської області, спрямований на вивчення цілісної мережевої моделі організації стаціонарної допомоги в умовах реалізації реформи госпітальних округів. Дизайн дослідження ґрунтується на зіставленні нормативно визначених критеріїв спроможності загальних лікарень із фактичними параметрами їх діяльності з урахуванням демографічного потенціалу територій, структури та наповнення профільних відділень, а також підписаних пакетів медичних послуг з НСЗУ, що дозволяє розглядати спроможність мережі як багатокomпонентну характеристику та оцінювати реальне функціонування ключових структурних підрозділів у системі надання медичної допомоги.

У липні 2022 року Верховна Рада України ухвалила Закон № 2347, який започаткував новий етап трансформації системи охорони здоров'я, спрямований на формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я. На виконання положень цього нормативного акта Кабінет Міністрів України прийняв Постанову № 174 від 28 лютого 2023 року «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [14], що визначила організаційні засади побудови нової моделі госпітальних округів. Відповідно до затверджених підходів кожна область отримала статус окремого госпітального округу, який структуровано на кластери, а заклади охорони здоров'я поділені на надкластерні, кластерні та загальні лікарні залежно від їхнього функціонального призначення та рівня спеціалізації.

Ця модель передбачає чіткий і раціональний розподіл потоків пацієнтів: надання базових та найпоширеніших видів медичної допомоги максимально наближається до місця проживання населення у межах загальних лікарень, тоді як складніші випадки концентруються в кластерних і надкластерних медичних закладах, здатних забезпечувати високоспеціалізовані послуги. Така

організаційна логіка має на меті оптимізацію розподілу ресурсів, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, а також раціональне планування розвитку інфраструктури, модернізації матеріально-технічної бази та закупівель дороговартісного обладнання.

Вказані нормативні та організаційні зміни створили підґрунтя для проведення даного дослідження, оскільки формування спроможної мережі змінює підходи до структурування лікарняної інфраструктури, визначення функціональних ролей закладів та розподілу медичних послуг. Тому необхідно забезпечити всебічний аналіз відповідності реальної мережі закладів охорони здоров'я встановленим критеріям спроможності та виявити рівень готовності конкретного регіону — зокрема Житомирської області — до ефективного функціонування в оновленій архітектурі медичної системи.

Наше дослідження побудоване як комплексне аналітичне дослідження, засноване на порівняльному, структурно-функціональному та нормативно-методичному аналізі, що дозволяє всебічно оцінити відповідність фактичної мережі загальних лікарень Житомирської області вимогам реформи госпітальних округів.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [14] у таблиці 2.1 наведені ключові критерії, функціональні характеристики та вимоги, що визначають відмінності між надкластерними, кластерними та загальними закладами у структурі спроможної мережі госпітального округу.

Таблиця 2.1. Порівняння функціональних характеристик закладів у структурі спроможної мережі охорони здоров'я.

Надкластерний заклад	Кластерний заклад	Загальний заклад
Багатопрофільний, в якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування.	Багатопрофільний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування.	Багатопрофільний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями медичної допомоги, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я.
Багатопрофільні лікарні для дорослого населення.	Один кластерний заклад, який розташовується в адміністративному центрі району	Оптимальна практика охоплення населення >40 000
Одна багатопрофільна лікарня для дитячого населення;	Додатково може бути визначено заклад, який: охоплює понад 120 тис. населення забезпечує територіальну доступність доведено спроможний надавати послуги за мінімальним переліком	Доступність стаціонарної допомоги <60 км <60 хв
Спеціалізовані заклади за окремим профілем у кількості не більше одного на госпітальний округ (онкологічний, кардіологічний, психіатричний, фтизіопульмонологічний або інфекційний, перинатальний центр).	В місті Києві, обласних центрах та містах з населенням понад 300 тис. осіб, може створюватися 1 кластерний заклад на 150 тис. населення	Фінансова стійкість закладу Надходження ПМГ> 85% фонд оплати праці

Як наведено в таблиці 2.1. надкластерний заклад обслуговує всю популяцію госпітального округу. Кластерний заклад забезпечує потреби населення кластеру в медичному обслуговуванні, при цьому додатково може визначатися заклад, який охоплює понад 120 тисяч населення, забезпечує територіальну доступність і доведено спроможний надавати послуги за мінімальним переліком; у великих містах з населенням понад 300 тисяч осіб допускається один кластерний заклад на 150 тисяч населення. Загальний (базовий) заклад обслуговує населення територіальної громади або кількох громад і має охоплювати понад 40 тисяч осіб, забезпечуючи доступність базових напрямів медичної допомоги, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних і надкластерних закладів охорони здоров'я.

Згідно з даним нормативним документом було здійснено демографічний аналіз, що включав збір фактичних даних про кількість населення, яке проживає в межах територій, що мають обслуговуватися відповідними загальними лікарнями. Це дозволило встановити, наскільки реальні демографічні показники відповідають вимогам щодо мінімального навантаження в 40 тисяч осіб.

Кількість населення Житомирської області для цілей даного дослідження визначено на підставі офіційних даних про чисельність учасників, зафіксованих у «Лікарняній касі Житомирської області» станом на 01.11.2025 року. Використання цих даних зумовлене тим, що Лікарняна каса є однією з найбільших та найстабільніших регіональних благодійних організацій, яка протягом багатьох років акумулює інформацію про реальних мешканців області, що добровільно приєдналися до системи додаткового медичного забезпечення. Її база охоплює значну частку населення регіону, регулярно оновлюється та відображає фактичний розподіл громадян за територіями. Завдяки цьому дані Лікарняної каси можуть бути використані як релевантне та оперативне джерело для оцінки демографічних параметрів населення, необхідних для аналізу спроможності мережі закладів охорони здоров'я.

Таблиця 2.2. Структура населення Житомирської області за районами та регіонами (2025).

Райони	Регіони	Всього населення
Бердичівський	м. Бердичів	73686
	Андрушівський	31526
	Бердичівський	27298
	Ружинський	25039
Разом		157549
Житомирський	Черняхівський	27118
	Хорошівський	33493
	Житомир	262250
	Романівський	26919
	Любарський	25819
	Пулинський	21997
	Попільнянський	29843
	Житомирський	70649
	Радомишльський	33024
	Коростишівський	38834
	Брусилівський	14299
	Чуднівський	35696
Разом		619941
Коростеньський	Лугинський	15449
	м. Коростень	62529
	Малинський	43475
	Овруцький	53053
	Коростеньський	25009
	Народицький	9336
	Олевський	40551
Разом		249402
Звягельський	Баранівський	37935
	Ємільчинський	31411
	Звягельський	99826
Разом		169172
Всього по області		1196064

Наступний етап передбачав нормативно-аналітичний аналіз вимог Постанови Кабінету Міністрів України та методичних рекомендацій щодо створення спроможної мережі. У межах цього етапу був сформований перелік базових напрямів медичної допомоги, які зобов'язані забезпечувати лікарні госпітального округу. Базові напрями наведені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3. Мінімальні (базові) напрями медичного обслуговування.

Мінімальні (базові) напрями медичного обслуговування		
Загальні заклади	Кластерні заклади	Надкластерні заклади
1. Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах)	1. Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах)	1. Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах)
2. Ортопедія і травматологія	2. Ортопедія і травматологія	2. Ортопедія і травматологія
3. Терапія	3. Терапія	3. Терапія
4. Хірургія	4. Хірургія, зокрема судинна	4. Хірургія, зокрема дитяча
	5. Акушерство і гінекологія (II рівень перинатальної допомоги)	5. Акушерство і гінекологія (III рівень перинатальної допомоги)
	6. Дерматовенерологія	
	7. Ендокринологія (крім хірургічних втручань)	6. Ендокринологія
	8. Інфекційні хвороби	7. Інфекційні хвороби
	9. Кардіологія	8. Кардіологія
	10. Інтервенційна кардіологія*	9. Зокрема інтервенційна
	11. Неврологія	10. Неврологія
	12. Нейрохірургія*	11. Нейрохірургія
	13. Отоларингологія	12. Отоларингологія
	14. Педіатрія	13. Дитяча хірургія (див. вище)
	15. Реабілітація	14. Реабілітація
	16. Урологія	15. Урологія
	17. Офтальмологія	16. Офтальмологія
	18. Паліативна медична допомога	17. Паліативна медична допомога
	19. Психіатрія	18. Психіатрія
	20. Трансфузіологія	19. Трансфузіологія
	* — у закладах охорони здоров'я, визначених структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій за погодженням з МОЗ.	20. Гастроентерологія
		21. Гематологія
		22. Неонатологія
		23. Інтенсивна терапія
		24. Кардіохірургія
		25. Комбустіологія
		26. Нефрологія
		27. Пульмонологія
		28. Ревматологія
		29. Судинна хірургія
		30. Торакальна хірургія
		31. Щелепно-лицева хірургія

Третій етап дослідження був спрямований на збирання, узагальнення та систематизацію фактичних даних щодо діяльності закладів загального профілю Житомирської області, які надають медичну допомогу в межах Програми медичних гарантій. Вибір саме загальних лікарень як об'єкта аналізу зумовлений їхньою ключовою роллю у функціонуванні регіональної системи охорони здоров'я, оскільки ці заклади забезпечують надання найбільшого обсягу як стаціонарної, так і амбулаторної медичної допомоги населенню, виступаючи базовою ланкою вторинного рівня медичної допомоги.

Загальні лікарні акумулюють широкий спектр пакетів медичних послуг, що охоплюють ургентну та планову допомогу, терапевтичні й хірургічні напрями, а також окремі спеціалізовані види лікування. Саме в цих закладах концентрується основне навантаження з реалізації Програми медичних гарантій, що робить їх показовими з точки зору оцінки ефективності контрастування з НСЗУ, структури підписаних пакетів та відповідності наданих послуг потребам населення області. Крім того, загальні лікарні обслуговують значні територіальні громади та виконують функції опорних закладів у межах госпітальних округів, що дозволяє використовувати результати аналізу для формування узагальнених висновків щодо стану вторинної медичної допомоги в регіоні загалом.

На основі опрацювання офіційних інформаційних ресурсів НСЗУ [16] було ідентифіковано перелік підписаних пакетів медичних послуг загальними лікарнями Житомирської області станом на 2025 рік, що дало змогу здійснити порівняльну характеристику їхньої діяльності та визначити особливості участі кожного закладу в реалізації Програми медичних гарантій. Отримані дані наведені в таблиці 2.4. та слугували підґрунтям для подальшого поглибленого аналізу.

Таблиця 2.4. Підписані пакети послуг загальних лікарень станом на 2025 р.

ЄДРПОУ	Загальні	Пакети послуг
01991547	Андрушівська міська лікарня;	3, 4, 9, 11, 12, 13, 21, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 60, 67
01991932	Ружинська центральна лікарня;	4, 9, 12, 13, 15, 23, 24, 34, 50, 60, 67
01991576	Баранівська центральна районна лікарня;	3, 4, 9, 11, 12, 13, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 67, 84
01991659	Ємільчинська лікарня;	3, 4, 9, 11, 12, 13, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 67, 84
42435766	Овруцька міська лікарня;	3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 67, 84
01991872	Олевська центральна лікарня;	3, 4, 7, 9, 12, 13, 15, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 60, 67
01991783	Малинська міська лікарня;	3, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 21, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 54, 60, 67
01991671	Житомирська багатопрофільна опорна лікарня;	1, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 67, 73, 84
40475812	Коростенська центральна районна лікарня;	3, 4, 5, 9, 12, 13, 15, 23, 24, 34, 47, 50, 53, 54, 60, 67
01991731	Коростишівська центральна районна лікарня ім.Д.І.Потехіна;	3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 22, 23, 24, 35, 47, 50, 60
01991754	Любарська лікарня;	3, 4, 9, 11, 12, 13, 15, 19, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 67, 84
01991903	Радомишльська лікарня;	3, 4, 9, 12, 13, 23, 24, 35, 47, 50, 60
01991613	Романівська лікарня;	1, 3, 4, 9, 11, 12, 13, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 67
01991607	Хорошівська лікарня;	3, 4, 9, 24, 34, 47, 50, 60, 67
01991961	Чуднівська лікарня;	3, 4, 9, 11, 12, 13, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 53, 54, 60, 66, 67
03881478	Брусилівська лікарня;	3, 4, 9, 12, 23, 24, 34, 47, 50
01991889	Попільнянська лікарня	3, 4, 9, 12, 13, 23, 24, 34, 35, 47, 50, 60, 67

У наступному етапі дослідження акцент було зміщено з рівня закладу в цілому на рівень його внутрішньої структури. Зокрема, для більш детальної оцінки організації надання медичної допомоги та використання ресурсів планується здійснити аналіз підрозділів (відділень) загальних лікарень, що дозволить виявити внутрішні диспропорції, спеціалізацію закладів, а також

ступінь відповідності структури відділень підписаним пакетам медичних послуг і реальним потребам населення. Вищевказані дані наведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5. Структура профільних відділень загальних лікарень Житомирської області.

ЄДРПОУ	Загальні	Відділення
01991547	Андрушівська міська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Акушерство і гінекологія, Педіатрія, Інфекційне
01991932	Ружинська центральна лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Педіатрія, Інфекційне, Паліатив
01991576	Баранівська центральна районна лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Педіатрія, Паліатив, Неврологія
01991659	Смільчинська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Паліатив, Реабілітація
42435766	Овруцька міська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Травматологія, Акушерство і гінекологія, Педіатрія, Інфекційне, Кардіологія, Неврологія, Реабілітація
01991872	Олевська центральна лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Педіатрія
01991783	Малинська міська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Травматологія, Інфекційне, Неврологія, Акушерство і гінекологія, Педіатрія,
01991671	Житомирська багатопрофільна опорна лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Травматологія, Гінекологія, Педіатрія
40475812	Коростенська центральна районна лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Неврологія, Реабілітація
01991731	Коростишівська центральна районна лікарня ім.Д.І.Потехіна;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Травматологія, Інфекційне, Пологове, Педіатрія
01991754	Любарська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Інфекційне, Педіатрія, Реабілітація, Пологове
01991903	Радомишльська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Інфекційне
01991613	Романівська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Паліатив, Реабілітація
01991607	Хорошівська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Педіатрія, Інфекційне
01991961	Чуднівська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Реабілітація, Інфекційне
03881478	Брусилівська лікарня;	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Педіатрія
01991889	Попільнянська лікарня	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Неврологія

У межах методології дослідження оцінювання спроможності мережі госпітального округу Житомирської області було здійснено аналіз фактичної діяльності пологових відділень, розміщених у складі загальних лікарень. Такий

підхід обрано як індикативний, оскільки пологова допомога належить до видів медичної допомоги з чітко визначеними вимогами до безпеки, кадрового забезпечення, інфраструктури та мінімальних обсягів діяльності, а отже є чутливою до рівня концентрації ресурсів у межах госпітальної мережі.

Емпіричною основою дослідження стали офіційні статистичні дані щодо кількості пологів у загальних лікарнях області за 2021–2024 роки, оприлюднені у статистичних довідниках Департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної військової адміністрації [17], [18]. Аналіз здійснювався у розрізі окремих закладів охорони здоров'я, що дозволило розглядати кожне пологове відділення як структурний елемент мережі госпітального округу та оцінювати його функціонування в контексті загальної спроможності системи стаціонарної допомоги.

Методологічна логіка дослідження ґрунтувалася на припущенні, що наявність і фактична діяльність пологових відділень у закладах, які за своїм функціональним профілем і масштабом не орієнтовані на надання високоспеціалізованої акушерської допомоги, може свідчити про інерційне збереження мережі без урахування сучасних вимог до її структури. У зв'язку з цим аналіз динаміки кількості пологів розглядався не як самостійний результат, а як інструмент оцінки відповідності існуючого розміщення відділень реальній спроможності госпітального округу. Дані для подальшого аналізу вказані в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6. Динаміка кількості пологів у пологових відділеннях загальних лікарень Житомирської області у 2021–2024 роках.

Загальні лікарні	2021	2022	2023	2024
КНП «Андрушівська міська лікарня»	73	108	78	47
КНП «Коростишівська центральна районна лікарня ім. Д.І. Потехіна»	102	286	259	242
КНП «Любарська лікарня»	115	116	82	82
КНП «Малинська міська лікарня»	246	222	194	152
КНП «Овруцька міська лікарня»	246	215	178	183

У підсумку дизайн дослідження дозволив комплексно оцінити поточний стан спроможності мережі загальних лікарень Житомирської області, виявити її сильні та слабкі сторони, візуалізувати структурні диспропорції, а також надати підґрунтя для формування обґрунтованих висновків щодо відповідності мережі вимогам державної політики у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У ході аналізу адміністративно-територіальних одиниць Житомирської області з позиції відповідності вимогам Постанови Кабінету Міністрів України щодо оптимального навантаження на загальні лікарні (оптимальний обсяг обслуговування — оптимально від 40 тис. населення) було здійснено коригування вихідної таблиці чисельності населення.

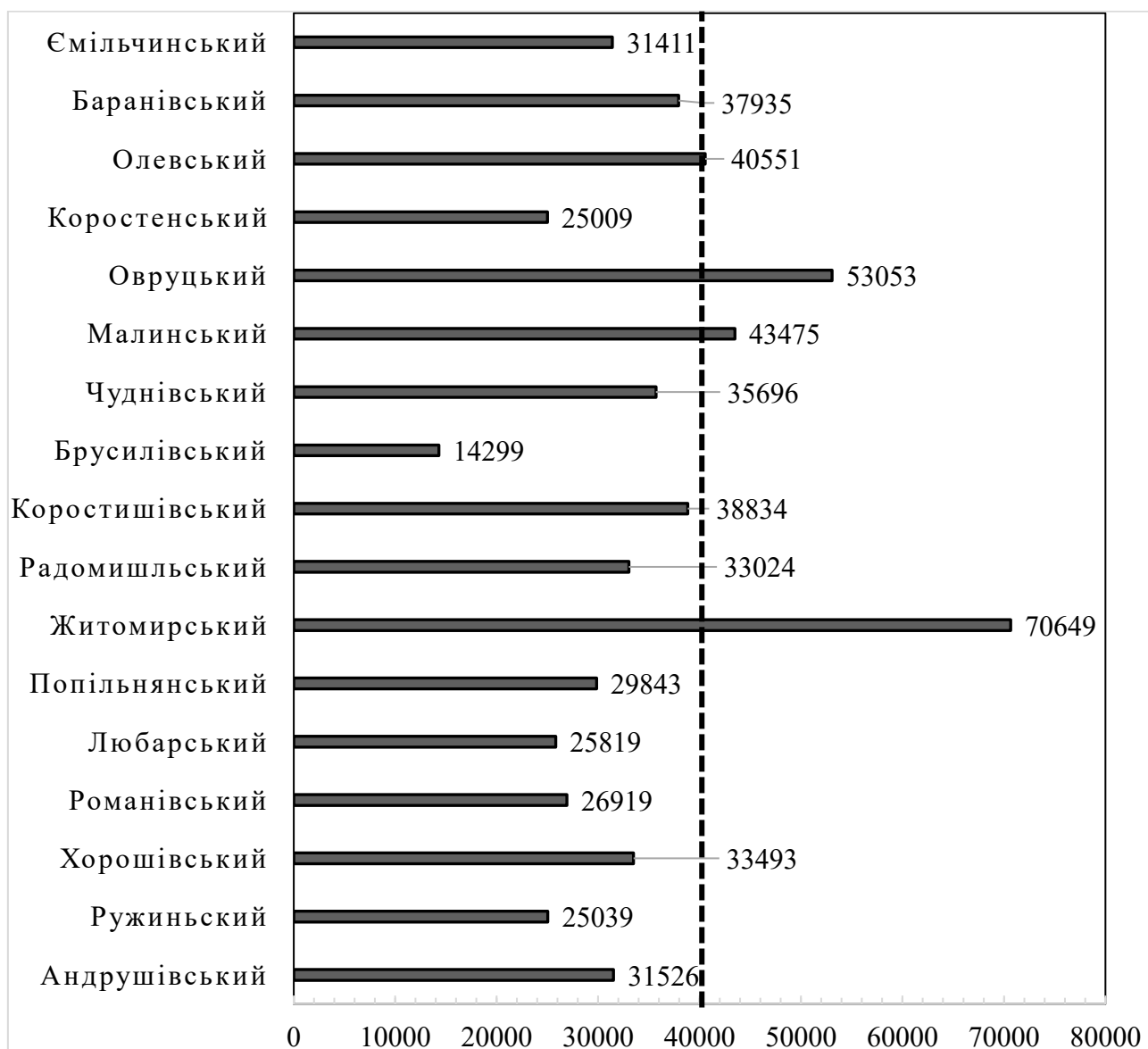
Із подальшого аналізу було свідомо виключено показники чисельності населення м. Бердичів, Бердичівського району, Черняхівського району, м. Житомира, Пулинського району, Лугинського району, м. Коростеня, Народицького району та Звягельського району. Причиною виключення є те, що зазначені адміністративні одиниці належать до територій, які обслуговуються кластерними лікарнями, а отже не можуть розглядатися як потенційна база для функціонування загальних (базових) лікарень у розумінні чинної нормативної моделі госпітальної мережі.

Після виключення зазначених територій аналіз охоплював решту районів і міст, де медична допомога потенційно має надаватися загальними лікарнями. Отримані результати наведені в таблиці 3.1., вони свідчать, що переважна більшість таких адміністративно-територіальних одиниць мають чисельність населення меншу за нормативно визначений оптимальний поріг у 40 тис. осіб. Зокрема, чисельність населення Андрушівського, Бердичівського, Ружинського, Романівського, Любарського, Попільнянського, Радомишльського, Коростишівського, Брусилівського, Чуднівського, Малинського, Коростенського, Баранівського та Ємільчинського районів не досягає мінімального рекомендованого рівня навантаження для загальної лікарні. Це свідчить про обмежений демографічний потенціал цих територій для самостійного функціонування повноцінного закладу загального профілю без міжтериторіальної інтеграції або перерозподілу потоків пацієнтів.

Водночас лише окремі адміністративні одиниці, зокрема Овруцький та Олевський райони, демонструють наближення або перевищення порогового

значення у 40 тис. населення, що формально дозволяє розглядати їх як потенційно спроможні до забезпечення оптимального навантаження на загальну лікарню.

Таблиця 3.1. Відповідність чисельності населення адміністративно-територіальних одиниць Житомирської області нормативному порогу обслуговування загальних лікарень (40 тис. осіб).



Таким чином, результати аналізу підтверджують наявність структурного дисбалансу між нормативними вимогами до загальних лікарень і фактичною чисельністю населення більшості некластерних територій області. Це обґрунтовує доцільність подальшої оптимізації госпітальної мережі шляхом

укрупнення зон обслуговування, розвитку міжмуніципальної співпраці та посилення ролі кластерних закладів у забезпеченні доступності стаціонарної медичної допомоги.

На основі наданої в попередньому розділі таблиці 2.5. було проаналізовано 17 закладів охорони здоров'я і отримані результати вказані в таблиці 3.2. Відповідність базовому переліку напрямків медичної допомоги (терапія, хірургія, анестезіологія, травматологія та ортопедія) продемонстрували 4 лікарні. Таким чином, лише 23,5 % від загальної кількості закладів мають повний набір базових клінічних послуг. Це підтверджує структурну проблему мережі: переважна більшість закладів функціонує без повного набору базових клінічних спроможностей, необхідних для надання комплексної ургентної допомоги та формування самодостатнього госпітального рівня.

Що стосується додаткових напрямків медичної допомоги, їх розподіл є нерівномірним і відображає як історичну спеціалізацію закладів, так і демографічні та організаційні пріоритети. Найбільш поширеним напрямком залишається педіатрія, яка представлена у 11 лікарнях, тобто у 64,7 % досліджуваних закладів. Це свідчить про орієнтацію мережі на забезпечення доступності допомоги дитячому населенню навіть у лікарнях із обмеженим спектром інших клінічних послуг.

Високу частоту спостерігається серед інфекційних відділень, наявних у 9 закладах (52,9 %), що можна інтерпретувати як наслідок епідеміологічних викликів останніх років та прагнення зберегти мінімальну інфекційну спроможність на районному рівні. Реабілітаційні відділення функціонують у 6 лікарнях (35,3 %), що вказує на поступове, але ще недостатнє посилення відновного компоненту медичної допомоги.

Акушерська допомога представлена у 5 закладах (29,4 %), тоді як гінекологічні відділення — лише у 4 лікарнях (23,5 %). Аналогічну частоту має і травматологія та ортопедія, яка, попри належність до базових напрямків,

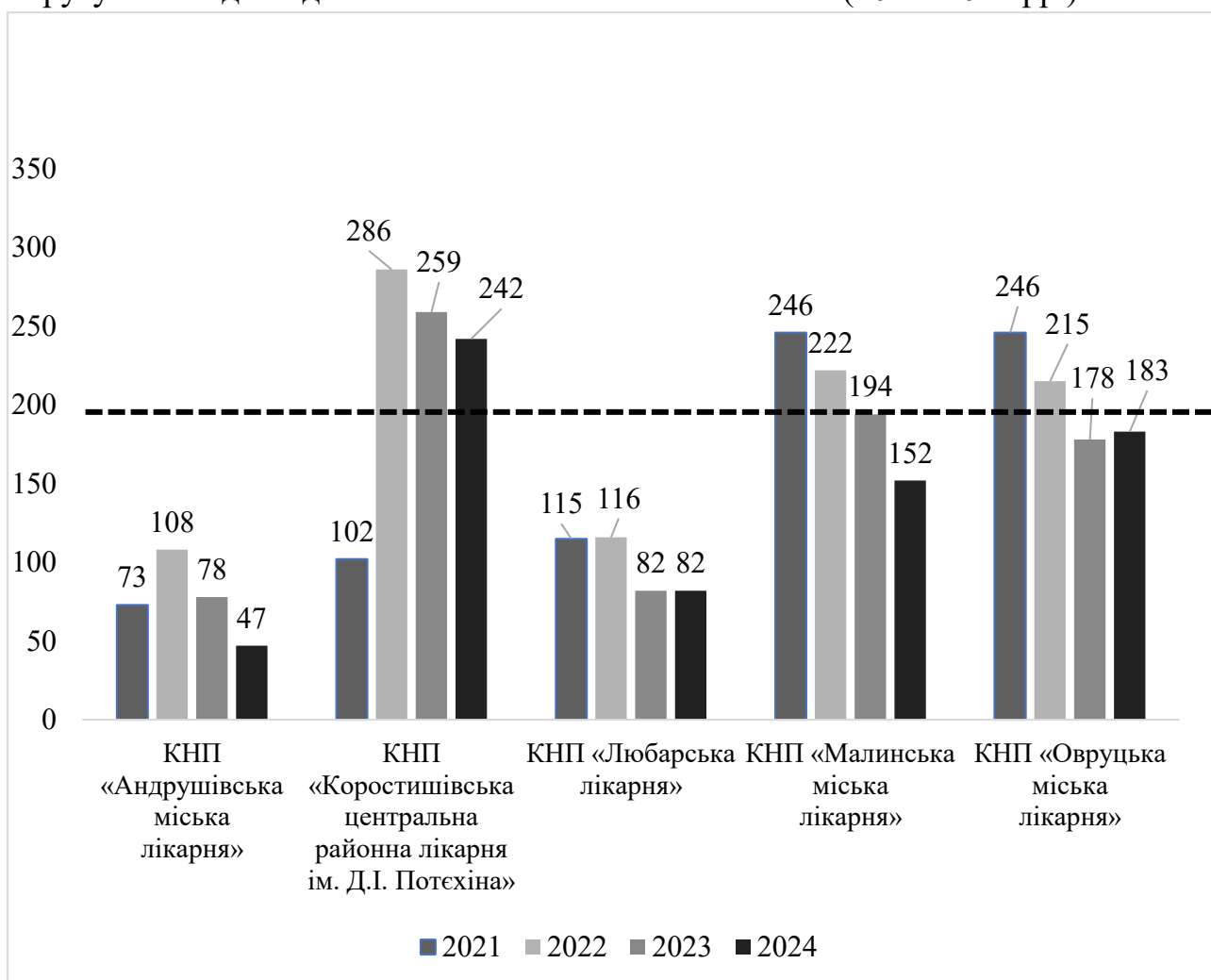
фактично функціонує лише у 4 закладах (23,5 %), що істотно обмежує можливості системи щодо надання спеціалізованої допомоги при травмах.

Паліативна допомога також представлена у 4 лікарнях (23,5 %), що свідчить про фрагментарний характер розвитку цього напрямку та його недостатню інтеграцію в загальну структуру госпітальної мережі. Неврологічні відділення функціонують у 5 закладах (29,4 %), тоді як кардіологічна допомога сконцентрована лише в одній лікарні, що становить 5,9 % від загальної кількості та чітко вказує на її концентрованість у більш потужних лікарнях. Вищевказані дані графічно представлені на таблиці 3.2.

Загалом отримані результати демонструють, що мережа лікарень характеризується домінуванням окремих додаткових напрямків при одночасно низькому рівні забезпеченості базовими клінічними послугами. Це створює дисбаланс між потребами населення та реальною спроможністю закладів і має бути враховано при подальшому плануванні розвитку госпітальних округів і формуванні кластерної моделі медичної допомоги.

Отримані результати аналізу кількості пологів у загальних лікарнях області за 2021–2024 роки свідчать про суттєву диференціацію як між окремими закладами, так і в динаміці показників у часовому вимірі, що має принципове значення для оцінки відповідності цих закладів вимогам закупівлі медичних послуг за пакетом «Медична допомога при пологах». Результати подані в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3. Динаміка кількості пологів у загальних лікарнях госпітального округу та їх відповідність мінімальним вимогам НСЗУ (2021–2024 рр.)



КНП «Андрушівська міська лікарня» характеризується нестабільною та загалом низькою кількістю пологів протягом усього досліджуваного періоду. У 2021 році тут було прийнято 73 пологи, у 2022 році спостерігалось тимчасове зростання до 108, однак уже у 2023 році показник знизився до 78, а у 2024 році — до 47 пологів. Така динаміка вказує на стійку тенденцію до скорочення обсягів

акушерської допомоги. З урахуванням одного із індикаторів, за відповідності яких, відбувається укладання договорів НСЗУ, щодо мінімальної кількості понад 100 пологів за 6 місяців [19], фактичні річні обсяги цього закладу свідчать про структурну неспроможність пологового відділення відповідати умовам укладання договору, навіть за умов рівномірного розподілу навантаження протягом року.

Натомість КНП «Коростишівська центральна районна лікарня ім. Д. І. Потехіна» демонструє принципово інший профіль функціонування. У 2021 році кількість пологів становила 102, у 2022 році — різко зросла до 286, у 2023 році — 259, а у 2024 році — 242. Попри певне зниження після пікового 2022 року, заклад стабільно утримує високий рівень акушерської активності. Навіть у 2024 році середньомісячна кількість пологів перевищує 20 випадків, що дозволяє з високою ймовірністю прогнозувати виконання критерію понад 100 пологів за півріччя. Це свідчить про реальну спроможність лікарні функціонувати як акушерський осередок у межах госпітального округу.

Для КНП «Любарська лікарня» характерною є помірна, але чітко спадна динаміка. У 2021–2022 роках кількість пологів була практично незмінною (115 та 116 відповідно), однак у 2023 році показник зменшився до 82 і залишився на тому ж рівні у 2024 році. Таким чином, заклад перейшов від гранично допустимих обсягів до значень, що не забезпечують відповідність сучасним вимогам. За таких умов навіть у найкращому сценарії досягнення порогового значення 100 пологів за 6 місяців виглядає малоймовірним, що ставить під сумнів доцільність подальшого збереження повноцінного пологового відділення.

КНП «Малинська міська лікарня» у 2021 році демонструвала відносно високий рівень акушерської активності — 246 пологів, однак у подальші роки простежується чітка тенденція до зниження: 222 у 2022 році, 194 у 2023 році та 152 у 2024 році. Незважаючи на негативну динаміку, абсолютні значення залишаються вищими, ніж у більшості інших загальних лікарень. Разом із тим, середньорічний показник 2024 року наближається до межі, за якої виконання

вимоги щодо 100 пологів за півріччя вже не є гарантованим, що вказує на ризик втрати договірної спроможності у середньостроковій перспективі.

Схожий, але дещо стабільніший профіль має КНП «Овруцька міська лікарня». У 2021 році тут було зафіксовано 246 пологів, у 2022 — 215, у 2023 — 178, а у 2024 році — 183. Попри загальну тенденцію до зменшення у порівнянні з початковим періодом, у 2024 році спостерігається певна стабілізація показника. Це дозволяє розглядати заклад як такий, що наразі зберігає потенціал відповідності вимогам НСЗУ, хоча й перебуває у зоні поступового зниження обсягів.

Узагальнюючи результати проведеного аналізу, слід зазначити, що з п'яти проаналізованих загальних лікарень лише одна — Коростишівська центральна районна лікарня — демонструє стабільну та безумовну відповідність індикатору мінімальної кількості пологів. Дві лікарні — Малинська та Овруцька — перебувають у так званій перехідній зоні, за якої формальна відповідність вимогам ще зберігається, однак наявні тенденції динаміки показників свідчать про потенційні ризики втрати спроможності у середньостроковій перспективі. Водночас Андрушівська та Любарська лікарні фактично не відповідають критеріям спроможності, що підтверджує гіпотезу про інерційне збереження пологових відділень у структурі госпітальної мережі без належного врахування сучасних нормативних, демографічних та функціональних вимог.

Зазначені результати узгоджуються з висновками фахових досліджень [20], які вказують на те, що стійке зменшення кількості вагітностей і пологів неминуче зумовлює необхідність реорганізації системи надання акушерської допомоги в напрямі раціонального планування та скорочення ресурсних складових. При цьому наголошується, що впровадження таких управлінських рішень не повинно негативно впливати на якість медичної допомоги, особливо з огляду на зростання частки випадків патологічного перебігу вагітності та пологів. Разом із тим аналіз діяльності закладів охорони здоров'я з кількістю пологів до 300 на рік свідчить, що перинатальна допомога в них надається переважно вагітним та

новонародженим без факторів ризику, що ставить під сумнів доцільність збереження повного спектра акушерських ресурсів у таких закладах.

У зазначеній групі закладів зафіксовано достовірно найбільшу частку нормальних пологів у загальній структурі пологів, найменшу частку багатоплідних вагітностей, мінімальний відсоток недоношених новонароджених, а також найнижчі показники розладів дихальної системи в перинатальному періоді та частоти прееклампсій і еклампсій. Такі характеристики свідчать про концентрацію в цих закладах переважно фізіологічних пологів, що не відповідає концепції ризик-орієнтованої маршрутизації пацієнток та принципам багаторівневої організації перинатальної допомоги. Додатковим аргументом на користь цього висновку є надзвичайно низька зайнятість акушерських ліжок: у закладах з кількістю пологів до 300 на рік ліжко було зайняте в середньому лише 83,5 дні на рік [20]. Такий режим функціонування свідчить про перебування ліжкового фонду в стані постійного очікування та його системну неефективність, що обґрунтовує необхідність оптимізації мережі. Особливу увагу привертає також висока частка кесарських розтинів у закладах із низьким обсягом пологів, де майже кожні четверті пологи завершуються оперативним шляхом. Така практика не відповідає чинним вимогам щодо госпіталізації та транспортування вагітних до закладів I рівня перинатальної допомоги залежно від ступеня ризику, а також може свідчити про організаційні диспропорції та обмежений клінічний досвід персоналу в умовах малого обсягу акушерської діяльності. У поєднанні з низьким коефіцієнтом зайнятості ліжок це ще раз підтверджує неефективність функціонування пологових відділень у закладах, які не досягають мінімальних нормативних показників.

У цьому контексті аналіз динаміки кількості пологів виступає не лише статистичним індикатором, а й ключовим інструментом стратегічного обґрунтування необхідності перегляду просторової організації акушерської допомоги в межах госпітального округу. Перехід від формального збереження пологових відділень до концентрації ресурсів у дійсно спроможних закладах

дозволяє забезпечити як підвищення якості медичної допомоги, так і більш раціональне використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані в ході дослідження результати дозволяють дійти висновку, що чинна конфігурація госпітальної мережі області не повною мірою відповідає нормативним вимогам та реальним демографічним і медико-соціальним характеристикам територій. Виявлений структурний дисбаланс між мінімально необхідною чисельністю населення для функціонування загальних лікарень і фактичними показниками більшості некластерних громад свідчить про обмежену спроможність значної частини закладів забезпечувати повноцінний обсяг базових стаціонарних послуг. У результаті формується фрагментована модель надання медичної допомоги, за якої окремі лікарні декларують наявність додаткових або вузькоспеціалізованих напрямів діяльності за відсутності належного кадрового, технологічного та пацієнтського забезпечення базових клінічних функцій. Така ситуація негативно впливає на якість і безпеку медичної допомоги, призводить до неефективного використання фінансових і матеріальних ресурсів та посилює територіальну нерівність у доступі населення до стаціонарного лікування.

Аналіз просторової організації медичної допомоги в межах госпітального округу засвідчив, що збереження малопотужних стаціонарів у некластерних зонах не компенсує обмежену доступність високоякісної допомоги, а навпаки — консервує структурну неефективність мережі. У цьому контексті особливо показовими є результати аналізу динаміки кількості пологів, які демонструють стійку тенденцію до зниження обсягів акушерської допомоги в окремих закладах до рівнів, що не дозволяють забезпечити належний клінічний досвід персоналу, цілодобову готовність служб та дотримання сучасних стандартів безпеки. Це підтверджує, що формальне збереження акушерських відділень без урахування реальної кількості випадків і ресурсної спроможності не відповідає принципам ефективності та пацієнтоорієнтованості системи охорони здоров'я.

На підставі отриманих результатів доцільним є перегляд підходів до подальшого розвитку госпітальної мережі з акцентом на укрупнення зон

обслуговування та концентрацію стаціонарної допомоги в дійсно спроможних закладах кластерного рівня. Розвиток міжмуніципальної співпраці має розглядатися як ключовий інструмент забезпечення фінансової та кадрової стійкості лікарень, зокрема шляхом спільного планування маршрутів пацієнтів, координації інвестицій у медичну інфраструктуру та оптимізації транспортної доступності. Водночас оптимізація мережі не повинна зводитися виключно до скорочення або закриття закладів, а має передбачати функціональну трансформацію частини лікарень у заклади відновного лікування, паліативної допомоги або амбулаторно-діагностичні центри з урахуванням реальних потреб населення відповідних територій.

Окремої уваги потребує питання планування акушерської допомоги, де концентрація пологів у спроможних закладах із достатнім обсягом клінічної практики, кадровим забезпеченням та сучасним обладнанням має розглядатися як необхідна умова підвищення якості та безпеки медичної допомоги. Перехід від кількісного збереження мережі до якісного забезпечення медичних послуг відповідає принципам кластерної моделі та стратегічним цілям реформування системи охорони здоров'я.

Разом із тим результати дослідження слід інтерпретувати з урахуванням певних обмежень. Аналіз ґрунтується переважно на агрегованих статистичних даних та нормативних показниках, що не завжди дозволяє повною мірою врахувати якісні аспекти надання медичної допомоги, зокрема рівень клінічних результатів, задоволеність пацієнтів та ефективність внутрішніх управлінських процесів у закладах охорони здоров'я. Крім того, дослідження не охоплює детальний аналіз транспортної інфраструктури та фактичного часу доїзду пацієнтів, що є важливим фактором при оцінці доступності стаціонарної та акушерської допомоги. Обмеженням також є динамічність демографічних процесів, зокрема міграційні зміни та вплив воєнних чинників, які можуть істотно змінювати навантаження на госпітальну мережу в середньостроковій перспективі.

Попри зазначені обмеження, проведене дослідження створює аналітичне підґрунтя для подальших наукових і прикладних розробок у сфері планування госпітальних округів та розвитку кластерної моделі медичної допомоги. Отримані висновки можуть бути використані органами управління охорони здоров'я під час прийняття стратегічних рішень щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я та формування більш ефективної, доступної й стійкої системи стаціонарної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- [1] Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2(49). – С. 198–206.
- [2] Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. – URL: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fundreports/2014/jun/mirror-mirror>.
- [3] Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Health financing in the European Union / European Observatory on Health Systems and Policies. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010. – 241 p.
- [4] Health at a Glance 2017: OECD Indicators. – Paris : OECD Publishing, 2017. – URL: <http://stats.oecd.org/>.
- [5] Олійник В. М., Лисенко В. С. Нові вектори реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. – 2014. – Вип. 38. – С. 213–219.
- [6] Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.01.2020 № 23-р. – URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/prozatverdzhennya-pereliku-opornih-zakladiv-ohoroni-zdorovya-u-gospitalnih-okrugah-naperiod-do-2023-roku-23-150120>.
- [7] Уряд України санкціонував укрупнення госпітальних округів до обласного рівня // Інтерфакс-Україна : вебсайт. – URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/627086.html>.
- [8] Деякі питання створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1074. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>.
- [9] Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

[10] Мартишин О. О. Госпітальні округи в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення // Український медичний часопис : вебсайт. – URL: <https://www.umj.com.ua/article/108816/gospitalni-okrugi-v-ukrayini-problemi-ta-shlyahi-yih-virishennya>.

[11] Про затвердження порядку створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 932 (втратила чинність). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>.

[12] Про затвердження примірного положення про госпітальний округ : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.12.2017 № 165. – URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18122017-1621-pro-vnesennja-zmin-do-primirnogo-polozhennja-pro-gospitalnij-okrug>.

[13] Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2347-20>.

[14] Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/174-2023-%D0%BF>.

[15] Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області) // Інвестиції: практика та досвід. – 2021. – № 8. – С. 105–110. – DOI: 10.32702/2306-6814.2021.8.105.

[16] Національна служба здоров'я України. Аналітичний звіт щодо стану реалізації Програми медичних гарантій у Житомирській області. – Київ : НСЗУ, 2025.

[17] Окремі показники здоров'я населення та діяльності галузі охорони здоров'я області у 2021–2022 роках : статистичний довідник / Житомирська обласна військова адміністрація, Департамент охорони здоров'я. – Житомир, 2023.

[18] Окремі показники здоров'я населення та діяльності галузі охорони здоров'я області у 2023–2024 роках : статистичний довідник / Житомирська обласна військова адміністрація, Департамент охорони здоров'я. – Житомир, 2025.

[19] Національна служба здоров'я України. Умови закупівлі медичних послуг за пакетом «Медична допомога при пологах» у межах Програми медичних гарантій на 2025 рік. – Київ : НСЗУ, 2025. – URL: <https://nszu.gov.ua/nadavacam-poslug/kontaktuvannia-ta-vimogi-pmg>.

[20] Вежновець Т. А., Парій В. Д., Короткий О. В., Орабіна Т. М., Гур'янов В. Г., Геревич Н. В., Говсеєв Д. О. Порівняльний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, які надають перинатальну допомогу, в залежності від кількості пологів на рік // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2024. – DOI:10.31612/2616-4868.8.2024.13.

ДОДАТКИ

Додадок А. Всі підписані пакети послуг в Житомирській області в 2025 році.

	Амбулаторні та стаціонарні пакети пуслогу
1	1 "Первинна медична допомога"
2	3 "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах"
3	4 "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій"
4	5 "Медична допомога при гострому мозковому інсульті"
5	6 "Медична допомога при гострому інфаркті міокарда"
6	7 "Медична допомога при пологах"
7	8 "Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках"
8	9 "Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах"
9	10 "Мамографія"
10	11 "Гістероскопія"
11	12 "Езофагогастродуоденоскопія"
12	13 "Колоноскопія"
13	14 "Цистоскопія"
14	15 "Бронхоскопія"
15	16 "Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах"
16	17 "Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"
17	18 "Радіологічне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"
18	19 "Стаціонарна психіатрична допомога"
19	20 "Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах"
20	21 "Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)"
21	22 "Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії"
22	23 "Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям"
23	24 "Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям"
24	25 "Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя"
25	34 "Стоматологічна допомога дорослим та дітям"
26	35 "Ведення вагітності в амбулаторних умовах"
27	37 "Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах"
28	38 "Лікування та супровід дорослих і дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"
29	39 "Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами"
30	41 "Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги"
31	47 "Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня"
32	51 "Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги"
33	53 "Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах"

34	54 "Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах"
35	60 "Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки"
36	63 "Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro)"
37	64 "Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів"
38	72 "Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що організовується центрами ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами"

Додадок Б. Підписані пакети послуг Житомирської області в 2025 році, за якими надається стаціонарна допомога

Кількість	Стаціонарні пакети послуг
1	3 "Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах"
2	4 "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій"
3	5 "Медична допомога при гострому мозковому інсульті"
4	6 "Медична допомога при гострому інфаркті міокарда"
5	7 "Медична допомога при пологах"
6	8 "Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках"
7	17 "Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"
8	18 "Радіологічне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах"
9	19 "Стаціонарна психіатрична допомога"
10	20 "Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах"
11	23 "Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям"
12	53 "Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах"