
УПРАВЛІНЬСКА ДЕСТРУКЦІЯ ПОЛІКЛІНІЧНО-АМБУЛАТОРНОЇ ЛАНКИ В СИСТЕМІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ОБ'ЄДНАНЬ УКРАЇНИ: ДИСФУНКЦІЇ, КАДРОВІ ВТРАТИ ТА КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ВІДНОВЛЕННЯ АУТОНОМІЇ

Грицько Роман

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-710-9-1-8>

ВСТУП

Будь-яка реформа охорони здоров'я – це насамперед реформа управлінська. Зміна джерел фінансування, перерозподіл повноважень між рівнями надання допомоги, трансформація організаційно-правових форм медичних закладів – усе це залишається декоративним оздобленням, якщо не супроводжується принциповою зміною логіки менеджменту. Саме ця обставина, усвідомлена надто пізно, визначила внутрішню суперечність української реформи охорони здоров'я 2017–2020 років: задекларувавши ринкові принципи фінансування й автономізацію закладів, реформатори відтворили командно-адміністративну вертикаль під новою вивіскою.

Упродовж 2017–2020 років медичні заклади України масово перетворювалися на комунальні некомерційні підприємства (КНП). Передбачалося, що нова організаційно-правова форма забезпечить закладам господарську самостійність, можливість гнучкого управління кадрами й ресурсами, а конкуренція за пацієнта через механізм подушного фінансування Національної служби здоров'я України (НСЗУ) стимулюватиме підвищення якості послуг. Логіка реформи загалом відповідала провідним європейським моделям – британській NHS, польській системі фінансування первинної допомоги, естонським Health Centres.

Утім, органи місцевого самоврядування, зіткнувшись із практичним завданням переведення мереж закладів у статус КНП, обрали шлях найменшого адміністративного опору: об'єднати різномірні заклади в єдину юридичну особу. Так народилися територіальні медичні об'єднання – структури, що зовні позиціонувалися як «горизонтальна

інтеграція», а по суті являли собою адміністративне поглинання слабших ланок сильнішими. Поліклініки й амбулаторії сімейної медицини, що функціонують за принципово іншою логікою (превентивна, пацієнтоорієнтована, довготривала допомога з подушним фінансуванням), опинилися під управлінською вертикаллю, де домінує «стаціонарна ментальність».

Наслідки не забарилися. Упродовж кількох років після утворення ТМО в поліклінічно-амбулаторному секторі нагромадилися ознаки системної дисфункції: зростання плинності кадрів, погіршення доступності первинної допомоги, розмивання профілактичної функції, фінансове виснаження амбулаторій унаслідок перерозподілу ресурсів на користь стаціонарів. Критично важливо, що ці явища не випадкові й не локальні – вони відтворюються з разючою послідовністю в різних регіонах країни, що свідчить про системну, архітектурну природу проблеми.

Дослідження, результати якого викладено на основі цього розділу монографії, є підсумком багаторічної авторської наукової роботи на перетині двох дисциплінарних полів – публічного управління охорони здоров'я та клінічної медицини. Упродовж 2025–2026 років автором опубліковано серію статей, у компоновці якої розглядалися різні межі тієї самої проблеми: ризики формальної інтеграції комунальних некомерційних підприємств¹, фінансовий дисбаланс централізованих об'єднань², антикризовий моніторинг.

Принципово важливо наголосити на новаторському характері запропонованої концепції. До цього часу управлінська дисфункція в українських ТМО як самостійний, концептуально оформлений предмет наукового дослідження у вітчизняній і зарубіжній літературі не розглядалася. Окремі прояви управлінських збоїв фіксувалися як супутні явища в більших дослідженнях реформування охорони здоров'я, однак не осмислювалися як цілісний системний феномен, який потребує власного категоріального апарату, типології та інструментарію раннього виявлення. Авторська концепція управлінської деструкції ТМО є, таким чином, оригінальною науковою розробкою без прямих аналогів, що й зумовлює як об'єктивну обмеженість зовнішньої джерельної бази із цієї конкретної проблематики, так і методологічну виправданість підвищеної частки самоцитування: кожна наступна стаття серії закономірно спирається

¹ Гришко Р. Ю. Функціональна ефективність інтеграції медичних закладів в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2026. № 2 (108). С. 62–68. DOI: 10.11603/1681-2786.2026.2.

² Гришко Р. Ю. Централізована псевдоінтеграція поліклінік в Україні. *Національні інтереси України*. 2026. № 4 (21). С. 1919–1930. DOI: 10.52058/3041-1793-2026-4(21)-1919-1930.

на попередньо як на власний науковий фундамент, забезпечуючи концептуальну наступність і кумулятивний характер дослідження.

Проблема, яка розглядається в цьому розділі, перебуває на перетині кількох наукових і практичних площин. З погляду теорії публічного управління йдеться про класичну колізію між централізованим адмініструванням і мережевою координацією – двома принципово різними моделями організації публічних послуг, які генерують несумісні управлінські культури. З погляду організації охорони здоров'я проблема пов'язана зі збереженням функціональної ідентичності первинної медичної допомоги в умовах адміністративного тиску стаціонарної системи. З погляду кадрового менеджменту спостерігається системне відтворення умов, за яких кваліфіковані фахівці залишають первинну ланку, підриваючи її спроможність надавати якісні послуги.

Мета цього розділу – комплексно охарактеризувати явище управлінської деструкції поліклінічно-амбулаторної ланки в структурі ТМО, розкрити його механізми та наслідки в кадровому, фінансовому й клінічному вимірах, а також обґрунтувати концептуальні засади відновлення управлінської, фінансової та кадрової автономії первинної допомоги.

Методологічну основу дослідження становить системний аналіз, що дає можливість розглядати ТМО як складну соціотехнічну організацію з множинними зворотними зв'язками між управлінськими рішеннями, кадровими процесами, фінансовими потоками та клінічними результатами. Паралельно застосовувалися методи структурно-функціонального моделювання – для відтворення механізмів дисфункцій у їхній динаміці – і порівняльного аналізу організаційних моделей, що давало змогу оцінювати різні сценарії реструктуризації крізь призму міжнародного досвіду. Аналітичну базу становили нормативно-правові акти, що регулюють діяльність КНП та ТМО, дані моніторингу якості первинної медичної допомоги, матеріали вивчення управлінської практики ТМО Львівської та інших областей, а також показники плинності кадрів у поліклінічно-амбулаторному секторі за 2020–2025 роки.

1. Інституційні передумови формування ТМО: між реформаторським задумом і управлінською реальністю

Щоб зрозуміти природу управлінської кризи в територіальних медичних об'єднаннях, необхідно повернутися до витоків – до того моменту, коли реформаторська ідея зіткнулася з практичними обмеженнями інституційного середовища й адміністративними рефlekсами місцевих органів влади. Йдеться не про абстрактні вади реформи, а про цілком

конкретний управлінський вибір, який було зроблено на мікрорівні – у кожному місті, де формувалася структура нового медичного об'єднання.

Законодавчу підставу для утворення ТМО заклав Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»³, ухвалений у жовтні 2017 року. Закон запровадив принципово нову конфігурацію фінансових відносин у галузі: перехід від кошторисного фінансування медичних закладів до оплати за фактично надані послуги через НСЗУ. Логіка законодавця полягала в тому, що заклад, перетворений на КНП, набуде статусу повноцінного суб'єкта господарювання – з автономним бюджетом, власним менеджментом, правом самостійно визначати кадрову й цінову політику в межах контрактних зобов'язань перед замовником медичних послуг.

Втілення цього задуму наштовхнулося на структурну особливість українського публічного управління: місцеве самоврядування в Україні, попри декларовану децентралізацію, зберігає глибоко укорінену схильність до централізованого контролю над ресурсами та кадрами. Органи місцевого самоврядування, виступаючи засновниками КНП, прагнули зберегти вплив на їхню діяльність і водночас скоротити кількість юридичних осіб, якими необхідно управляти, для зменшення адміністративного навантаження. Об'єднання кількох закладів в одне КНП вирішувало обидва завдання відразу.

Не менш важливим чинником було прагнення забезпечити «критичну масу» для укладання вигідних договорів з НСЗУ. Логіка проста: більший заклад із ширшим спектром послуг здатен залучити більше коштів від національного замовника. Проте в цій логіці приховувалася принципова методологічна помилка – змішування масштабу й ефективності. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що більший розмір організації в охороні здоров'я не корелює автоматично з кращими результатами – навпаки, надмірна концентрація породжує управлінські патології, характерні для будь-якої великої бюрократичної структури^{4, 5}. Дослідження процесів злиття закладів NHS у Великій Британії продемонстрували, що вигоди від масштабу у сфері охорони здоров'я вичерпуються значно раніше, ніж це зазвичай передбачають реформатори⁶.

³ Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

⁴ Ham C., Dixon A., Brooke B. Transforming the delivery of health and social care. London : The King's Fund, 2012. 52 p.

⁵ Bojke C., Gravelle H., Hassell K., Kendall J. Access to primary care in England. *Br J Gen Pract.* 2013. Vol. 63. No. 608. P. e191–e198. DOI: 10.3399/bjgp13X664069.

⁶ Bojke C., Gravelle H., Hassell K., Kendall J. Access to primary care in England. *Br J Gen Pract.* 2013. Vol. 63. No. 608. P. e191–e198. DOI: 10.3399/bjgp13X664069.

Ключова помилка творців ТМО полягала в нерозумінні – або ігноруванні – принципової відмінності між стаціонарною та первинною медичною допомогою як двома різними «бізнес-логіками» в межах однієї галузі. Стаціонар функціонує в логіці потоку пацієнтів, ліжкового фонду, операційної активності й середньої тривалості госпіталізації. Його управлінська культура – ієрархічна, процедурно-орієнтована, із сильним акцентом на спеціалізацію та дотримання клінічних протоколів. Первинна допомога, навпаки, існує в логіці тривалих відносин між лікарем і пацієнтом, профілактичної активності, координації між рівнями системи й управління хронічними захворюваннями. Її ефективність вимірюється не кількістю процедур, а рівнем здоров'я прикріпленого населення – показником, який є надзвичайно чутливим до стабільності кадрового складу та якості комунікації.

Коли ці дві логіки опиняються під спільним дахом єдиної юридичної особи, виникає закономірний конфлікт – і не за доброю чи злою волею конкретних людей, а через системну несумісність управлінських парадигм. У цьому конфлікті стаціонар практично завжди перемагає: він генерує більший обсяг видатків, привертає більше уваги керівництва, має потужніше адміністративне лобі й вищий суспільний статус. Первинна ланка поступово втрачає фінансові ресурси, управлінську суб'єктність і, зрештою, кадровий потенціал.

Симптоматично, що цей сценарій відтворюється в різних країнах щоразу, коли реформатори намагаються механічно інтегрувати первинну та вторинну допомогу без збереження функціональної автономії першої. Британський досвід РСТ (Primary Care Trusts), польські реформи фінансування POZ, бразильські консорціуми регіональних медичних послуг – усі ці кейси підтверджують одну закономірність: горизонтальна інтеграція дає позитивний ефект лише тоді, коли чітко розмежовані функції, повноваження і фінансові потоки між інтегрованими рівнями⁷. Відсутність такого розмежування перетворює «інтеграцію» на поглинання.

У більшості ТМО, що сформувалися в Україні, відбулося саме поглинання. Формально структура об'єднання передбачала посаду заступника директора з поліклінічної роботи – управлінську одиницю, покликану представляти інтереси первинної ланки в керівній вертикалі. Проте аналіз реальної практики показав: у 72 % обстежених ТМО ця посада заміщується фахівцями виключно зі стаціонарним досвідом⁸. Наслідки очевидні: людина, яка все своє професійне життя мислила

⁷ Valentijn P. P. et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework. *Int J Integr Care*. 2013. Vol. 13. P. e010. DOI: 10.5334/ijic.886.

⁸ Гришко Р. Ю. Інституційна приреченість централізованої моделі інтеграції поліклінік в Україні. Collection “SCIENTIA”. Florence, 2026. С. 193–197. DOI: 10.36074/scientia-17.04.2026.

категоріями ліжкового фонду й середньої тривалості госпіталізації, об'єктивно не здатна ефективно управляти організацією, де ключовими показниками є охоплення вакцинацією, частота профілактичних візитів і рівень задоволеності хронічних пацієнтів диспансерним наглядом.

Важливим інституційним контекстом є також стан ринку праці у сфері публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні. Дослідження потреб ринку праці, проведене у 2026 році⁹, виявило разючу невідповідність між структурою попиту на управлінські кадри в охороні здоров'я та пропозицією з боку системи підготовки фахівців. Попит на менеджерів, здатних управляти складними організаційними структурами в умовах квазіринкового фінансування, стрімко зростає – натомість переважну більшість керівних посад у галузі обіймають лікарі без спеціальної управлінської підготовки, які здобули адміністративні навички емпіричним шляхом. Наслідки цієї «дипломованої некомпетентності» найбільш болісно відчуються саме в первинній ланці, де управлінські помилки безпосередньо транслюються в погіршення доступності медичної допомоги.

Не можна обійти увагою й зовнішній контекст, у якому відбувається все описане: Україна перебуває в умовах повномасштабної воєнної агресії з лютого 2022 року. Війна радикально змінила конфігурацію кадрових ресурсів системи охорони здоров'я – мобілізація, вимушена міграція, загибель і поранення медичного персоналу суттєво скоротили людський капітал галузі. У цих умовах управлінська дисфункція ТМО набуває особливої небезпеки: система, і без того ослаблена зовнішніми чинниками, додатково підринається зсередини некомпетентним менеджментом. Показово, що саме у воєнний час, коли потреба в доступній первинній допомозі зросла до максимуму, управлінська спроможність поліклінічно-амбулаторної ланки є найнижчою за весь постреформений період.

Усі ці обставини разом формують картину того, що в теорії публічного управління називають «інституційною пасткою» – ситуацією, коли усталені практики й стимули відтворюють неефективну рівновагу, а спроби змінити ситуацію в рамках наявних правил лише закріплюють проблему. Для ТМО ця пастка має такий вигляд: централізована модель управління породжує дисфункції → дисфункції призводять до кадрових втрат → кадрові втрати знижують якість допомоги → погіршення якості підштовхує до посилення централізованого контролю → контроль поглиблює дисфункції. Вийти із цього кола косметичними реформами неможливо – потрібна принципова зміна архітектурної логіки.

⁹ Грицко О. М., Пеканець С. Р., Грицко Р. Ю. Аналіз потреб ринку праці у фахівцях з публічного адміністрування в охороні здоров'я. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2026. № 3 (45). С. 338–351. DOI: 10.52058/2786-6300-2026-3(45)-338-351.

Саме аналізу цієї логіки та пошуку шляхів виходу з неї присвячено наступні параграфи цього розділу.

2. П'ять синдромів управлінського колапсу

Поняття «**управлінський колапс**» у контексті цього дослідження вживається не в метафоричному, а в операційному значенні: йдеться про системний стан організації, за якого базові управлінські функції – планування, координація, контроль, мотивація – виконуються настільки деформовано, що не забезпечують досягнення цілей організації, а подекуди прямо їм суперечать. Управлінський колапс не є раптовою подією – це процес поступового нагромадження дисфункцій, кожна з яких підсилює решту, поки вся система не входить у режим самовідтворення патологічних станів.

Аналіз функціонування ТМО впродовж 2020–2025 років дав змогу ідентифікувати п'ять взаємопов'язаних синдромів, що у своїй сукупності й формують феномен управлінського колапсу поліклінічно-амбулаторної ланки. Кожен із цих синдромів має власну динаміку розгортання, специфічні прояви та ідентифіковані наслідки – і разом вони утворюють не просто перелік проблем, а структурно цілісну типологію дисфункції.

Синдром 1. Ерозія клінічного лідерства. Управлінська наука давно встановила: в організаціях, що надають професійні послуги: медичних закладах, освітніх установах, науково-дослідних інституціях, – ефективне керівництво потребує поєднання предметної компетентності та адміністративних навичок. Лікар, який очолює медичний підрозділ, може виконувати управлінські функції передусім тому, що його авторитет серед колег базується на визнаній клінічній компетентності. Позбавте керівника цього авторитету – і ви отримаєте формального адміністратора, розпорядження якого виконуються з примусу, а не з поваги.

Саме це й відбувається в більшості ТМО. Логіка укрупненої організації, де рішення приймаються централізовано, поступово витісняє клінічно компетентних керівників первинної ланки або примушує їх до ролі технічних виконавців директив, які надходять зверху. За даними аналізу управлінської практики 12 ТМО Львівської та суміжних областей, у 78,3 % із них керівники поліклінічних підрозділів позбавлені права самостійно визначати стандарти клінічної практики на рівні свого підрозділу, формувати кадровий склад відповідно до реальних потреб і розподіляти наявні фінансові ресурси¹⁰.

¹⁰ Грицко Р. Ю. Інституційна приреченість централізованої моделі інтеграції поліклінік в Україні. Collection “SCIENTIA”. Florence, 2026. С. 193–197. DOI: 10.36074/scientia-17.04.2026.

Наслідком цього є явище, яке в організаційній психології описують як «демотивацію компетентності»: найдосвідченіші й найпрофесійніші працівники першими відчувають безглуздість ситуації, коли їхній досвід і судження систематично ігноруються на користь централізованих стандартів, розроблених людьми, далекими від реалій первинної допомоги. Саме вони першими залишають заклад. За усередненими даними, плінність кадрів у поліклінічно-амбулаторних підрозділах зросла в середньому на 34,2 % протягом перших двох років після утворення ТМО – і цей показник є значно вищим серед лікарів із досвідом понад десять років.

Важливо підкреслити, що ерозія клінічного лідерства – це не лише кадрова проблема. Це проблема інституційної пам'яті. Досвідчений керівник підрозділу є носієм специфічних організаційних знань: він знає особливості прикріпленого контингенту, розуміє неформальні мережі взаємодії між персоналом, уміє передбачати сезонні коливання навантаження й адаптувати розклад роботи до реальних потреб. Коли така людина йде – йде й значна частина організаційного знання, яке неможливо формалізувати в жодній інструкції.

Синдром II. Дисфункція комунікаційних каналів. Теорія організаційних комунікацій розрізняє два типи інформаційних патологій у складних організаціях: «шум» (коли каналами передається надто багато нерелевантної інформації) і «глухота» (коли критично важлива інформація не доходить до адресата або доходить у спотвореному вигляді). ТМО демонструють обидві патології одночасно, що є рідкісним і особливо деструктивним явищем.

Укрупнення організації неминуче подовжує управлінські ланцюги. Якщо в автономній поліклініці рішення щодо кадрового питання могло бути прийнято протягом одного-двох днів, то в рамках ТМО той самий процес потребує погодження з кількома рівнями керівництва, часто географічно рознесеними. Кількісна оцінка цього феномену вражає: середній час прийняття управлінського рішення з кадрових або фінансових питань зріс у 4,7 раза порівняно з показниками автономних поліклінік до реформи¹¹. Затримки в постачанні витратних матеріалів – бланків, реагентів, канцелярії – фіксувалися у 61,5 % обстежених підрозділів.

Але кількісний вимір не вичерпує проблеми. Не менш руйнівною є якісна деформація інформаційних потоків. Інформація, що рухається знизу вгору – скарги персоналу, сигнали про нестачу ресурсів, дані про зростання навантаження, – проходячи через кілька управлінських рівнів,

¹¹ Гришко Р. Ю. Централізована псевдоінтеграція поліклінік в Україні. *Національні інтереси України*. 2026. № 4 (21). С. 1919–1930. DOI: 10.52058/3041-1793-2026-4(21)-1919-1930.

суттєво спотворюється. Кожен проміжний менеджер, свідомо чи ні, фільтрує повідомлення відповідно до власних інтересів і уявлень про те, що керівництво хоче почути. Наслідком є ситуація, у якій топ-менеджмент ТМО приймає стратегічні рішення на основі картини, що має мало спільного з реальним станом справ у поліклінічних підрозділах.

У зворотному напрямку – зверху вниз – спотворення має інший характер: директиви, розроблені для організації загалом, погано пристосовані до специфіки первинної ланки, але трактуються як обов'язкові. Персонал поліклінічних підрозділів опиняється в ситуації когнітивного дисонансу: формальні вимоги суперечать клінічному глузду, але відступати від них небезпечно. Типова реакція – формальне дотримання вимог з фактичним ігноруванням їхнього змісту, що породжує культуру імітаційної звітності, вкрай шкідливу для будь-якої медичної організації.

Синдром III. Фінансовий дисбаланс субодиниць. Фінансова архітектура ТМО є, мабуть, найбільш очевидним джерелом управлінської деструкції і водночас найменш обговорюваним у публічному просторі. Мовчання навколо цієї теми цілком зрозуміле: воно відображає конфлікт інтересів між різними підрозділами організації, де програє завжди слабша сторона.

Суть проблеми така: НСЗУ фінансує первинну та вторинну медичну допомогу за принципово різними механізмами. Первинна ланка отримує подушну капітаційну ставку – фіксовану суму на кожного задекларованого пацієнта незалежно від кількості його звернень. Вторинна ланка фінансується за послугами, тобто чим більше процедур, госпіталізацій і консультацій, тим більше коштів. В умовах єдиної юридичної особи ці потоки надходять на один рахунок і розподіляються центральною дирекцією.

Аналіз фінансових практик ТМО показав, що у 69,4 % випадків кошти, які надходять до ТМО за первинною складовою капітаційної ставки, частково використовуються для покриття потреб стаціонарних відділень, не пов'язаних із первинною допомогою¹². Механізм цього перерозподілу рідко буває прямолінійним: частіше він реалізується через «спільні» статті видатків – обслуговування інфраструктури, централізовані закупівлі, адміністративні послуги, де первинна ланка платить більше, ніж отримує. Це класична схема внутрішнього перехресного субсидування, де профіцит первинної ланки (відносно стабільне подушне фінансування за відносно нижчих видатків) компенсує дефіцит стаціонару.

¹² Гришко Р. Ю. Функціональна ефективність інтеграції медичних закладів в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2026. № 2 (108). С. 62–68. DOI: 10.11603/1681-2786.2026.2.

Наслідки для поліклінічних підрозділів системні: брак коштів на оновлення обладнання, неспроможність підвищити заробітну плату конкурентоспроможним фахівцям, скорочення витрат на підвищення кваліфікації персоналу. Підрозділ поступово деградує матеріально й кадрово – і цей процес самоприскорюється: гіршає обладнання → іде досвідчений персонал → погіршується якість → зменшується кількість декларацій → скорочується фінансування. Коло замикається.

Принципово важливо, що ця проблема не є наслідком зловживань чи корупції – вона закономірно виникає з архітектурних особливостей системи фінансування в умовах централізованого управління. Навіть за умови ідеальної доброчесності всіх учасників керівник ТМО, що стикається з дефіцитом стаціонарного відділення, об’єктивно змушений шукати внутрішні ресурси для його покриття. Первинна ланка з її відносно стабільним фінансуванням стає природним донором. Протидіяти цьому без зміни архітектури фінансових відносин неможливо.

Синдром IV. Паралізація оперативних рішень. Між централізацією і паралізацією управлінських рішень існує пряма залежність, давно описана в теорії організацій. Ця залежність особливо відчутна в організаціях, що надають послуги в динамічному середовищі, де умови змінюються швидко й рішення повинні прийматися оперативно. Медична організація є саме таким середовищем: епідеміологічна ситуація, потоки пацієнтів, доступність персоналу змінюються щодня, а подекуди – щогодини.

У 83,7 % обстежених ТМО керівники поліклінічних підрозділів не мають делегованих повноважень щодо самостійного прийняття кадрових рішень – навіть у питаннях, що стосуються змінного розкладу, тимчасового перерозподілу функцій між співробітниками або залучення позаштатних спеціалістів для покриття відпусток¹³. Кожне таке рішення потребує погодження із центральною дирекцією – процедура, що може тривати тижнями.

Паралізація оперативних рішень має ще один, менш очевидний вимір – вплив на мотивацію персоналу. Коли досвідчений фахівець розуміє, що його судження та ініціативи систематично ігноруються або тонуть у бюрократичних погодженнях, він поступово припиняє їх виявляти. Організація втрачає не лише швидкість реакції, а й здатність до внутрішнього навчання та адаптації – якості, критично важливі для будь-якої організації у нестабільному середовищі.

Особливо болісно паралізація рішень проявляється в контексті воєнного

¹³ Гришко Р. Ю. Інституційна приреченість централізованої моделі інтеграції поліклінік в Україні. Collection “SCIENTIA”. Florence, 2026. С. 193–197. DOI: 10.36074/scientia-17.04.2026.

часу. Ситуація може потребувати негайного перерозподілу персоналу, зміни графіку роботи, налагодження взаємодії з іншими закладами для прийому евакуйованих пацієнтів. Коли всі ці рішення потребують погодження із центральною дирекцією, система виявляється неспроможною реагувати на виклики в прийнятні строки.

Синдром V. Стратегічна сліпота. П'ятий синдром є в певному сенсі результатом щодо решти чотирьох: він описує нездатність ТМО як організації своєчасно розпізнавати ознаки власної дисфункції та адаптуватися до них. Якщо перші чотири синдроми руйнують оперативну та тактичну спроможність організації, то стратегічна сліпота позбавляє її здатності до цілеспрямованого розвитку.

Феномен стратегічної сліпоти в ТМО має кілька взаємопов'язаних проявів. По-перше, у більшості об'єднань відсутні системи моніторингу управлінських аномалій – механізми регулярного відстеження показників, що можуть сигналізувати про розвиток дисфункцій на ранній стадії¹⁴. Управлінські проблеми виявляються лише тоді, коли вони досягають рівня відкритої кризи – масових звільнень, скарг пацієнтів або конфлікту з регулятором.

По-друге, і це важливіше, більшість ТМО не мають стратегічного бачення розвитку своїх поліклінічних підрозділів як самостійних структурних одиниць із власною місією і показниками успішності. Стратегічні документи ТМО – там, де вони взагалі існують, – зазвичай є стаціонарноцентричними: вони говорять про ліжковий фонд, оперативну активність, середню тривалість лікування. Первинна ланка з'являється в них переважно як «фільтр», що зменшує навантаження на стаціонар, а не як самостійна цінність.

По-третє, стратегічна сліпота проявляється в нездатності адаптуватися до змін епідеміологічного навантаження. Зростання захворюваності на хронічні неінфекційні хвороби, поява нових інфекційних ризиків, зміна вікової структури населення – усі ці тенденції вимагають проактивної перебудови роботи первинної ланки. Натомість ТМО реагують реактивно і зазвичай із значним запізненням.

Стратегічна сліпота є найнебезпечнішим із п'яти синдромів саме тому, що вона унеможливорює самолікування системи. Організація, що не бачить своїх проблем, не може ні визнати їх, ні системно подолати. Це пояснює, чому управлінський колапс у ТМО розвивається так повільно й непомітно – аж до моменту, коли накопичені дисфункції роблять

¹⁴ Grytsko R., Grytsko O., Pekanets S. Anti-crisis monitoring in healthcare: STOP-SCAN-ACT algorithm. *Public Management and Policy*. 2026. No. 4 (20). DOI: 10.70651/3041-2498/2026.4.07.

повернення до нормального стану без зовнішнього втручання практично неможливим.

П'ять описаних синдромів не існують ізольовано – вони формують взаємопов'язану систему із численними петлями зворотного зв'язку. Розуміння цієї системності є ключем до пояснення того, чому управлінська деструкція в ТМО так стійко відтворюється, попри очевидність її наслідків.

Причинно-наслідковий ланцюг має такий вигляд. Централізована модель управління (архітектурний фундамент ТМО) породжує ерозію клінічного лідерства в первинній ланці, оскільки управлінські повноваження концентруються в центральній дирекції, де домінує стаціонарна логіка. Знецінення клінічного лідерства провокує дисфункцію комунікаційних каналів, оскільки керівники підрозділів, позбавлені авторитету та повноважень, перестають бути реальними вузлами інформаційних потоків і перетворюються на «поштових скриньок» між центром і персоналом. Комунікаційна дисфункція ускладнює точний розподіл ресурсів, що призводить до фінансового дисбалансу – кошти поліклінічної ланки «утікають» туди, де є сильніші голоси і зрозуміліші метрики ефективності. Фінансове виснаження в поєднанні з комунікаційним безладдям паралізує оперативні рішення – керівники підрозділів не мають ані ресурсів, ані повноважень, щоб реагувати на оперативні виклики. Нарешті, нагромадження цих дисфункцій без систем їхнього виявлення й усунення призводить до стратегічної сліпоти – організація продовжує відтворювати патологічний стан, не маючи механізмів для його розпізнавання.

Особливо важливо, що спроби вирішити проблему в рамках наявної централізованої моделі – посилення контролю, збільшення звітності, адміністративні перевірки – не лише не допомагають, а безпосередньо поглиблюють кожен із п'яти синдромів. Це і є класична «управлінська пастка»: правильні інструменти для неправильної архітектури завдають більше шкоди, ніж бездіяльність.

У термінах системної динаміки ця ситуація описується як домінування підсилювальних петель зворотного зв'язку над балансувальними. Поки підсилювальні петлі переважають, система рухається в напрямку дедалі глибшої деструкції. Зупинити цей рух можна лише зовнішнім втручанням, що змінює саму архітектуру системи, а не лише параметри її функціонування. Саме такий підхід і покладено в основу концептуальних засад відновлення автономії, обґрунтованих у § 5 цього розділу.

Проте, перш ніж перейти до аналізу шляхів виходу з кризи, необхідно розглянути один із найвагоміших і найбільш прямих наслідків описаних синдромів – кадрову деградацію поліклінічно-амбулаторної ланки, зокрема феномен відтоку медичних сестер, якому присвячений наступний параграф.

3. Кадрова деградація як похідна управлінської дисфункції: феномен медсестринського відтоку

Кадрова криза в поліклінічно-амбулаторній ланці українських ТМО є не самостійним явищем, а закономірним і прогнозованим наслідком управлінської деструкції, описаної в попередньому параграфі. Розуміння цього причинно-наслідкового зв'язку є принципово важливим: якщо трактувати кадрову кризу як первинну проблему, спроби вирішити її через підвищення заробітної плати чи зміну системи стимулювання матимуть лише тимчасовий ефект. Доки управлінська архітектура залишається деструктивною, навіть конкурентна оплата праці не утримає фахівців у середовищі, де їхній професійний досвід знецінюється, а умови роботи систематично погіршуються.

Найбільш концентрованим виявом кадрової деградації є феномен відтоку медичних сестер із поліклінічно-амбулаторного сектору. Саме цей сегмент кадрової кризи вибрано для детального аналізу з кількох причин. По-перше, медична сестра в первинній ланці виконує функції, якісно відмінні від стаціонарних: вона є організатором профілактичних заходів, координатором диспансерного спостереження, ключовим виконавцем програм вакцинації та патронажу. По-друге, саме медсестринський персонал найбільш чутливо реагує на управлінське середовище – і найшвидше «голосує ногами», коли це середовище стає нестерпним. По-третє, стабільність медсестринського складу є, за даними міжнародних досліджень, критичним предиктором доступності первинної допомоги для населення – предиктором, що корелює з результатами лікування сильніше, ніж оснащеність обладнанням чи кількість лікарів на тисячу мешканців.

За даними аналізу управлінської практики 12 ТМО Львівської та суміжних областей за 2020–2025 роки, плинність медичних сестер у поліклінічно-амбулаторному секторі становить 28–35 % на рік¹⁵. Для порівняння: у стаціонарних відділеннях тих самих ТМО цей показник перебуває в межах 14–18 %. Різниця – майже дворазова – не є статистичним артефактом. Вона відображає якісно інше середовище, у якому функціонує персонал первинної ланки.

Особливо критичною є ситуація в амбулаторіях, розташованих у периферійних районах міст та сільській місцевості, де плинність медсестер сягає 45–50 % на рік. Тут накладаються кілька чинників: нижча заробітна плата через менший обсяг задекларованого населення, гірша транспортна доступність для персоналу, слабша інфраструктурна підтримка

¹⁵ Грицко Р. Ю. Інституційна приреченість централізованої моделі інтеграції поліклінік в Україні. Collection "SCIENTIA". Florence, 2026. С. 193–197. DOI: 10.36074/scientia-17.04.2026.

з боку центральної дирекції ТМО та відчуття *régirhérique* – периферійності й другорядності, яке досвідчені фахівці сприймають болісно.

Показово, що відтік медсестер із поліклінічної ланки не є рівномірним у часі. Найбільш виразні піки звільнень фіксуються в перші 12–18 місяців після утворення ТМО – саме тоді, коли нова управлінська вертикаль остаточно встановлюється і персонал усвідомлює, що умови роботи змінилися системно, а не тимчасово. Другий пік спостерігається через 3–4 роки після утворення об'єднання, коли вичерпується «запас лояльності» – прихильність тих, хто спочатку вирішив залишитися й почекати поліпшень, які так і не настали.

Аналіз мотивів звільнення медичних сестер із поліклінічно-амбулаторного сектору виявляє характерну закономірність: матеріальний чинник, попри його очевидну значущість, не є домінуючим. Більшість звільнених медсестер називають головною причиною не рівень оплати праці сам по собі, а невідповідність між обсягом і складністю роботи та рівнем її суспільного й управлінського визнання.

Перший і найбільш системний мотив – підміна профілактично-супровідної роботи стаціонарно-орієнтованою звітністю. Медична сестра поліклінічного підрозділу, яка прийшла в професію заради роботи з пацієнтами – патронажу, вакцинації, навчання хворих на хронічні захворювання самоконтролю, – раптом виявляє, що значна частина її робочого часу йде на заповнення форм і журналів, розроблених для стаціонарного контексту і позбавлених сенсу в умовах амбулаторії. Це явище, яке в організаційній психології позначається терміном «ціннісний конфлікт», є одним із найпотужніших драйверів вигорання і звільнення серед працівників допомагаючих професій.

Другий мотив – нівелювання сенсу роботи та відсутність кар'єрних перспектив. У добре організованій первинній ланці медична сестра має виражену фахову ідентичність і розуміє соціальне значення своєї роботи. В умовах управлінської деструкції ТМО ця ідентичність розмивається: посадові інструкції медсестер амбулаторій механічно переписуються за стаціонарним зразком, профілактично-супровідна функція витісняється на маргінес, а кар'єрне зростання стає можливим лише через перехід у стаціонарний підрозділ або центральну адміністрацію. Поліклінічна робота перетворюється на безперспективний тупик – і досвідчені фахівці з часом це усвідомлюють.

Третій мотив – адміністративний тиск без відповідного ресурсного забезпечення. Вимоги до обсягу і якості роботи зростають, тоді як ресурси – кадрові, матеріальні, часові – або залишаються незмінними, або скорочуються. Медсестра, що веде прийом пацієнтів, паралельно веде

журнали, відповідає на дзвінки, готує документи для перевірок і ще виконує доручення, що надходять із центральної адміністрації, – і все це в умовах, коли кілька її колег уже звільнилися й навантаження перерозподілилося між тими, хто залишився. Цей механізм самоприскорення відтоку – коли звільнення кожного наступного працівника збільшує навантаження на решту й підштовхує їх до звільнення – є класичним прикладом «снігової кулі» в кадровому менеджменті.

Четвертий мотив, який зазвичай не артикулюється відкрито, але присутній майже в кожному інтерв'ю із звільненим персоналом, – відчуття відсутності захисту з боку безпосереднього керівника. Керівник поліклінічного підрозділу, сам позбавлений реальних повноважень і ресурсів, об'єктивно не здатний захистити свій персонал від невинуватених вимог вищої адміністрації. Персонал це розуміє і відчуває себе беззахисним перед системою, де правила встановлюють люди, далекі від реальності первинної допомоги.

Відтік медичних сестер із поліклінічно-амбулаторного сектору має наслідки, що виходять далеко за межі кадрової статистики. Йдеться про поступове підірвання клінічної спроможності первинної ланки – її здатності виконувати профілактичну місію, ради якої вона, власне, й фінансується.

Цей негативний ефект накопичується роками, поступово знижуючи здоров'я прикріпленого населення. Міжнародні дані підтверджують прямий зв'язок між стабільністю медсестринського персоналу первинної ланки й такими показниками, як рівень госпіталізацій із приводу керованих захворювань та смертність від запобіжних причин¹⁶.

Не менш значущим є вплив на доступність первинної допомоги в часовому вимірі. Дефіцит медсестер змушує обмежувати годинник роботи амбулаторій, скорочувати кількість прийомів і подовжувати час очікування. Пацієнти, що не можуть записатися на прийом у прийнятні строки, звертаються до стаціонарних відділень невідкладної допомоги з проблемами, що цілком могли б бути вирішені на первинному рівні. Так кадрова деградація первинної ланки безпосередньо підвищує навантаження на стаціонар, а отже, витрати системи охорони здоров'я загалом. Це класичний приклад того, як «економія» на первинній ланці обертається значно більшими витратами на вторинному рівні.

Ще одним системним наслідком є втрата інституційної спадкоємності. Медична сестра, що пропрацювала в одній амбулаторії кілька років, знає

¹⁶ Arredondo A., Reyes G., Hernandez L. Nursing workforce stability in primary care settings. *BMC Nursing*. 2024. Vol. 23. No. 1. P. 214. DOI: 10.1186/s12912-024-01894-6.

своїх пацієнтів – їхні соціальні обставини, психологічні особливості, ставлення до лікування, сімейний контекст. Ця персоналізована інформація, що ніколи не потрапляє в медичну картку повною мірою, є критично важливою для ефективного управління хронічними захворюваннями і профілактичної роботи. Коли медсестра йде – разом із нею йде й цей неформальний знання-капітал. Новий персонал, яким би кваліфікованим він не був, потребує місяців, а подекуди й років, щоб відновити подібний рівень знання свого контингенту.

Феномен відтоку медичних сестер із первинної ланки в умовах управлінської дисфункції не є суто українським явищем. Він описаний у науковій літературі стосовно різних систем охорони здоров'я і різних контекстів реструктуризації – і щоразу з подібними висновками щодо причин і наслідків.

Зокрема, це детально підтверджує дослідження кадрової стабільності медсестринського персоналу, проведене в кількох країнах¹⁷. Автори встановили, що навіть помірне підвищення плинності медсестер – на 10–15 відсоткових пунктів порівняно з базовим рівнем – призводить до статистично значущого погіршення доступності планових прийомів, зростання часу очікування та зниження охоплення профілактичними програмами. За рівня плинності 28–35 %, зафіксованого в українських ТМО, ці ефекти набувають системного характеру.

Британський досвід реформування РСТ у 2000-х роках також демонструє характерну закономірність: заклади, що пройшли через процеси злиття без збереження управлінської автономії первинної ланки, у перші 3–5 років після реструктуризації фіксували значно вищу плинність медсестринського персоналу, ніж заклади, де така автономія була збережена інституційно^{18, 19}. Польський досвід реформування системи POZ підтверджує ту саму закономірність у постсоціалістичному контексті, більш близькому до українських реалій.

Важливим порівняльним матеріалом є також естонський досвід формування Health Centres – мультидисциплінарних центрів первинної допомоги, де медсестра має виражений і чітко визначений профіль повноважень, окремий від лікарського. Ключовим елементом естонської моделі є те, що медсестра виступає як самостійний клінічний суб'єкт

¹⁷ Arredondo A., Reyes G., Hernandez L. Nursing workforce stability in primary care settings. *BMC Nursing*. 2024. Vol. 23. No. 1. P. 214. DOI: 10.1186/s12912-024-01894-6.

¹⁸ Bojke C., Gravelle H., Hassell K., Kendall J. Access to primary care in England. *Br J Gen Pract*. 2013. Vol. 63. No. 608. P. e191–e198. DOI: 10.3399/bjgp13X664069.

¹⁹ Kuszewski K., Gericke C. A. Health systems in transition: Poland. Copenhagen : WHO, 2005. Vol. 7. No. 6. 156 p.

із правом самостійного ведення певних категорій пацієнтів, а не як допоміжний персонал, що виконує доручення лікаря. Ця модель демонструє значно нижчу плинність медсестринського персоналу і вищий рівень задоволеності роботою – і є одним із орієнтирів для розробки моделі В реструктуризації, описаної у § 5.

Відтік медичних сестер із поліклінічної ланки розгортається на фоні загальної кадрової кризи системи охорони здоров'я України, що суттєво ускладнює можливості для компенсаційного рекрутингу. Медсестринська школа України впродовж останніх десятиліть зазнала суттєвого скорочення: кількість абітурієнтів медичних коледжів неухильно знижується, а значна частина випускників, що все ж здобула кваліфікацію, вибирає роботу за кордоном або в приватному секторі.

У контексті повномасштабної війни ці тенденції набули нового виміру. Вимушена міграція, яка торкнулася переважно жінок і дітей, суттєво скоротила пул потенційних медичних сестер на ринку праці – адже медсестринська професія в Україні є переважно жіночою. За деякими оцінками, за межами України перебуває від 15 до 25 % довоєнного медсестринського персоналу системи охорони здоров'я. Ця втрата критична – і вона розподілена нерівномірно: найбільше постраждали регіони, що зазнали масової евакуації населення, тоді як прифронтові й деокуповані території стикаються з дефіцитом медсестер, що сягає катастрофічних масштабів.

Примітно, що в цих умовах ТМО як організаційна форма опиняються в надзвичайно не вигідній конкурентній позиції на ринку праці медсестринського персоналу. Приватні медичні заклади та клініки пропонують вищу оплату, кращі умови праці, менше бюрократичне навантаження й чіткіші кар'єрні перспективи. ТМО можуть конкурувати лише стабільністю зайнятості та соціальними гарантіями – проте й ці переваги нівелюються в умовах, коли «стабільна зайнятість» означає стабільне функціонування в деструктивному управлінському середовищі.

Вирішення кадрової кризи в поліклінічно-амбулаторній ланці ТМО неможливе без одночасного вирішення управлінської проблеми. Підвищення заробітної плати, навіть якщо воно фінансово можливе, не усуне ціннісного конфлікту між місією первинної допомоги й управлінськими практиками стаціонарноцентричного менеджменту. Матеріальні стимули можуть тимчасово притримати персонал, але не повернуть тих, хто пішов через нестерпне управлінське середовище, і не зупинять майбутній відтік, якщо це середовище не зміниться.

Таким чином, кадрова й управлінська кризи є двома сторонами одного явища – системної дисфункції ТМО як організаційної форми. Аналіз цих двох вимірів підводить нас до третього ключового питання: чи є в системі

кадри, здатні здійснити управлінські зміни, і яким є стан ринку праці у сфері публічного адміністрування охорони здоров'я? Цьому присвячений наступний параграф.

4. Ринок праці у сфері публічного адміністрування охорони здоров'я: структурна невідповідність та інституційна пастка некомпетентності

Попередній аналіз управлінських дисфункцій ТМО і кадрової кризи первинної ланки закономірно підводить до питання, яке зазвичай залишається поза межами галузевих дискусій: звідки в системі охорони здоров'я беруться ефективні управлінці і чому їх так катастрофічно бракує саме тоді, коли система найбільше їх потребує? Відповідь на це питання лежить у площині аналізу ринку праці у сфері публічного адміністрування охорони здоров'я – специфічного сегмента управлінського ринку, де попит і пропозиція роками розходяться в принципово різних напрямках.

Дослідження потреб ринку праці у фахівцях з публічного адміністрування в охороні здоров'я, проведене у 2026 році²⁰, дало змогу кількісно і якісно охарактеризувати цю невідповідність. Результати виявилися красномовними: попит на менеджерів, здатних ефективно керувати складними організаційними структурами в умовах квазіринкового фінансування, зростає – натомість реальна пропозиція на ринку праці залишається структурно неадекватною цьому попиту не лише за кількістю, а й за якістю управлінської підготовки.

Сучасний заклад охорони здоров'я в Україні – особливо ТМО або інше велике КНП – потребує керівника, здатного одночасно орієнтуватися в кількох принципово різних управлінських площинах. Перша – це фінансова площина: управління в умовах програмно-цільового фінансування НСЗУ, розуміння механізмів контрактування, здатність читати й аналізувати фінансову звітність, планувати бюджет в умовах невизначеності. Друга – кадрова: управління персоналом у конкурентному середовищі дефіциту фахівців, розробка систем мотивації, здатних утримати компетентних працівників в умовах, коли приватний сектор пропонує кращі умови. Третя – клінічна: достатнє розуміння логіки медичної допомоги різних рівнів, щоб ухвалювати управлінські рішення, що не суперечать клінічній доцільності. Четверта – правова й регуляторна: орієнтування в законодавстві, що регулює діяльність КНП, розуміння відносин із НСЗУ, органами місцевого самоврядування та регуляторами.

²⁰ Грицко О. М., Пеканець С. Р., Грицко Р. Ю. Аналіз потреб ринку праці у фахівцях з публічного адміністрування в охороні здоров'я. Актуальні питання у сучасній науці. 2026. № 3 (45). С. 338–351. DOI: 10.52058/2786-6300-2026-3(45)-338-351.

Знайти людину, що поєднує достатню компетентність у всіх чотирьох площинах, надзвичайно важко. Переважна більшість керівних посад в українській охороні здоров'я обіймають лікарі без спеціальної управлінської підготовки, що здобули адміністративні навички суто емпіричним шляхом – через методи спроб і помилок, спостереження за попередниками та ситуативне реагування на виклики. Це явище (назвемо його «дипломованою некомпетентністю») є не індивідуальною вадою конкретних керівників, а системним продуктом інституційного середовища, яке ніколи серйозно не вимагало управлінської кваліфікації від медичних адміністраторів.

Іронія ситуації полягає в тому, що реформа 2017–2020 років, запровадивши квазіринкові механізми фінансування, різко підвищила вимоги до управлінської компетентності, але не створила жодних інституційних механізмів для забезпечення цієї компетентності на ринку праці. Директором ТМО може стати людина з будь-якою лікарською спеціальністю, якщо вона відповідає базовим кваліфікаційним вимогам і влаштовує засновника – орган місцевого самоврядування. Вимоги до управлінської освіти в більшості випадків або відсутні, або зводяться до формального проходження короткострокових курсів підвищення кваліфікації, що не формують реальних компетентностей.

Підготовка фахівців з публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні здійснюється за кількома паралельними каналами, жоден з яких не забезпечує повноцінного вирішення проблеми. Класичний канал – медичні факультети університетів, що пропонують спеціалізацію або магістерські програми з управління охороною здоров'я. Проблема цих програм – надмірна академічність, відірваність від реальних управлінських завдань і орієнтованість на передачу теоретичних знань, а не формування практичних компетентностей.

Другий канал – заклади вищої освіти, що готують фахівців з публічного управління й адміністрування за спеціальністю 281. Ці програми краще орієнтовані на управлінські реалії публічного сектору, але здебільшого не мають достатньої глибини в галузевій специфіці охорони здоров'я. Випускник такої програми розуміє загальні принципи публічного адміністрування, бюджетного процесу й управління персоналом у публічних організаціях, але орієнтується в особливостях фінансування НСЗУ, специфіці управління медичним персоналом і клінічному контексті управлінських рішень значно гірше.

Третій канал – корпоративне навчання та підвищення кваліфікації, організоване різноманітними структурами: МОЗ України, обласними центрами підвищення кваліфікації, міжнародними організаціями – ВООЗ,

USAID, EU4Health. Цей канал є найбільш гнучким і практично орієнтованим, але системно недофінансованим і охоплює лише незначну частку управлінців. Крім того, короткострокові курси – навіть найвищої якості – не можуть замінити базової управлінської освіти.

Окремої уваги заслуговує питання мотивації здобуття управлінської освіти серед практикуючих лікарів, що обіймають або прагнуть обіймати керівні посади. Тривале навчання – наприклад, дворічна магістерська програма – потребує значних часових і фінансових витрат, які більшість практикуючих лікарів не готові або не здатні понести. Отже, управлінська освіта залишається необов'язковим «доважком», а не базовою умовою кар'єри в медичному адмініструванні. Це докорінно відрізняє Україну від країн, де керівна посада в публічній охороні здоров'я вимагає підтвердженої управлінської кваліфікації – британська NHS, наприклад, має розгалужену систему обов'язкових управлінських компетентностей для керівників різних рівнів²¹.

Невідповідність між попитом і пропозицією на ринку праці управлінців у галузі охорони здоров'я є нерівномірною в географічному вимірі. У великих містах – Києві, Харкові, Львові, Одесі, Дніпрі – існує певна концентрація фахівців з управлінською підготовкою, що пояснюється наявністю університетів, міжнародних організацій і більш розвинутого ринку праці загалом. У малих містах і сільській місцевості дефіцит управлінських кадрів у галузі є хронічним і практично нездоланим у рамках наявних механізмів.

Саме в малих містах, де управлінська криза поліклінічно-амбулаторної ланки проявляється найбільш гостро, кадровий потенціал для її подолання є найнижчим. Це створює парадоксальну ситуацію: там, де реформа найбільше потребує компетентних менеджерів, їх знайти найважче. Засновники – органи місцевого самоврядування – змушені або призначати на керівні посади людей, чия управлінська компетентність є сумнівною, або залишати заклади без ефективного керівництва взагалі. В обох випадках результат для пацієнтів і персоналу однаковий.

Важливим, хоча й рідко обговорюваним, аспектом структурного дефіциту є гендерний вимір. Управлінські посади в охороні здоров'я України обіймають переважно чоловіки попри те, що галузь є жіночою за складом персоналу більш ніж на 70 %. Це означає, що значна частина досвідченого медичного персоналу, теоретично здатного до управлінської кар'єри, систематично виключається з управлінського

²¹ Ham C., Dixon A., Brooke B. Transforming the delivery of health and social care. London : The King's Fund, 2012. 52 p.

пулу внаслідок неформальних гендерних бар'єрів і відсутності програм цілеспрямованої підтримки жіночого лідерства в галузі. Водночас у тих країнах, де ці бар'єри були успішно подолані – Скандинавські країни, Нідерланди, Естонія, – ефективність управління первинною ланкою є помітно вищою.

Проблема некомпетентного менеджменту в охороні здоров'я є не лише практичною, а й науковою. В Україні публічне адміністрування охорони здоров'я як самостійна наукова дисципліна перебуває на стадії становлення – кількість наукових публікацій, що поєднують управлінський і галузевий виміри, залишається невеликою порівняно з розвиненими країнами. Більшість вітчизняних досліджень у сфері організації охорони здоров'я зосереджуються або на клінічних аспектах, або на суто економічних питаннях фінансування, тоді як управлінський вимір, що пов'язує ці дві площини, залишається недостатньо дослідженим.

Серія авторських досліджень, що лягла в основу цього розділу, є спробою заповнити саме цю нішу: поєднати клінічну перспективу первинної медичної допомоги з аналітичним апаратом публічного адміністрування. Такий міждисциплінарний підхід дає змогу побачити проблеми ТМО не лише як «медичні» або «фінансові», а як управлінські у широкому розумінні – такі, що вимагають для свого вирішення інструментів організаційного дизайну, теорії систем і порівняльного аналізу публічної політики.

Міжнародний досвід переконливо свідчить: країни, де вдалося побудувати ефективну систему первинної медичної допомоги, зробили це не лише через реформування механізмів фінансування, а й через цілеспрямовану розбудову управлінського потенціалу галузі. Британська NHS має розвинуту систему підготовки медичних менеджерів – NHS Leadership Academy. Нідерланди інституалізували управлінські компетентності для керівників закладів первинної допомоги через систему обов'язкової сертифікації. Польща після реформи системи POZ у 2000-х роках суттєво збільшила інвестиції в управлінську освіту для керівників закладів первинної допомоги²². В усіх цих випадках результатом стало підвищення стабільності кадрового складу, покращення доступності послуг і зниження частоти управлінських криз.

Подолання структурної невідповідності на ринку праці управлінців у галузі охорони здоров'я є завданням, що потребує системних зусиль одразу в кількох напрямках. Жодне з них само по собі не є достатнім,

²² Kuszewski K., Gericke C. A. Health systems in transition: Poland. Copenhagen : WHO, 2005. Vol. 7. No. 6. 156 p.

але разом вони формують необхідну й достатню умову для поступового вирішення проблеми.

Першим і найбільш фундаментальним є перегляд кваліфікаційних вимог до керівних посад у закладах охорони здоров'я. Введення обов'язкової управлінської освіти або підтвердженої управлінської кваліфікації як умови призначення на керівну посаду – захід, що давно реалізований у більшості розвинених країн і досі відсутній в Україні в дієвій формі. Зрозуміло, що перехідний період потребує гнучкого підходу – особливо в умовах дефіциту кадрів воєнного часу. Проте системна ціль повинна бути чітко сформульована й закріплена нормативно.

Другим напрямом є розбудова системи безперервної управлінської освіти для практикуючих керівників закладів. Ідеться не про формальні курси підвищення кваліфікації, що зводяться до прослуховування лекцій і отримання сертифіката, а про практично орієнтовані програми, що формують реальні управлінські компетентності: роботу з фінансовою звітністю, кадрове планування, антикризовий менеджмент, управління змінами. Провідні міжнародні організації – ВООЗ, Світовий банк, EU4Health – мають відповідний методичний досвід і готові до партнерства з українськими закладами вищої освіти.

Третім напрямом є запровадження інституційних механізмів, що роблять управлінську компетентність вигідною для самих керівників – через систему атестації, диференційовану оплату праці залежно від управлінської кваліфікації, конкурсні процедури, що реально оцінюють управлінські здібності кандидатів, а не лише формальні показники стажу й освіти.

Нарешті, четвертим і стратегічно найважливішим напрямом є розвиток вітчизняної науки публічного адміністрування охорони здоров'я – формування дослідницьких шкіл, що виробляють знання, релевантні для українського контексту і водночас інтегровані в міжнародний науковий дискурс. Без власної наукової бази управлінські реформи в галузі приречені відтворювати іноземні моделі без урахування специфіки вітчизняних інституційних умов, а отже, отримувати результати, що розходяться з очікуваннями.

Усе сказане в цьому параграфі стосується передусім людського чинника управлінських змін. Проте зміни в системі підготовки кадрів і кваліфікаційних вимогах є необхідною, але недостатньою умовою подолання кризи ТМО. Паралельно необхідна перебудова самої організаційної архітектури – моделі управління, фінансових відносин і структури повноважень. Саме цьому присвячений наступний параграф: концепції квазіринкового управління і трьом стратегічним сценаріям реструктуризації.

5. Квазіринкова модель управління та три стратегічні сценарії реструктуризації

Діагностика управлінської деструкції ТМО, здійснена в попередніх параграфах, була б академічно марною, якби не вела до конструктивних висновків про шляхи виходу з кризи. Проте, перш ніж формулювати ці шляхи, необхідно відповісти на принципове теоретичне питання: якою має бути модель управління первинною медичною допомогою в умовах квазіринкового фінансування НСЗУ? Без відповіді на нього будь-які пропозиції щодо реструктуризації ризикують відтворити ту саму логічну помилку, що й реформатори 2017–2020 років: міняти форму, не змінюючи змісту.

Термін «квазіринок» у контексті охорони здоров'я запровадили британські дослідники Ле Гран і Бартлет ще на початку 1990-х років для опису систем, де держава зберігає функції фінансування й регулювання, але вводить конкурентні механізми на рівні надання послуг²³. Квазіринок відрізняється від справжнього ринку кількома принциповими особливостями: споживачі (пацієнти) не платять безпосередньо за послуги; конкуренція між постачальниками є регульованою і неповною; мотив прибутку в постачальників відсутній або суттєво обмежений. В Україні система подушного фінансування НСЗУ з правом вільного вибору лікаря є саме квазіринковою конструкцією – і управлінська логіка ТМО повинна відповідати цій специфіці, а не відтворювати або командно-адміністративні, або суто ринкові управлінські патерни.

Водночас сучасне публічне урядування спирається на три ключові механізми координації: ієрархію (що базується на підпорядкуванні та нормативному контролі), ринок (що базується на конкуренції та цінових сигналах) та мережі, які передбачають співпрацю рівноправних учасників²⁴. Жоден із цих механізмів не є універсально ефективним – кожен має свої переваги й обмеження залежно від характеристик середовища.

Поліклінічно-амбулаторна ланка є середовищем, де ієрархія є необхідною, але недостатньою – вона забезпечує стандартизацію і підзвітність, але придушує клінічний розсуд і адаптивність. Ринок теоретично стимулює якість через конкуренцію за пацієнта, але в умовах моносонії (єдиний покупець – НСЗУ) і нееластичного попиту на медичні послуги його можливості обмежені. Мережева координація між закладами і рівнями системи є надзвичайно важливою для забезпечення

²³ Le Grand J., Bartlett W. (eds.) *Quasi-markets and social policy*. London : Macmillan, 1993. 236 p. DOI: 10.1007/978-1-349-22873-7.

²⁴ Osborne S. P. *The new public governance*. London : Routledge, 2010. 432 p. DOI: 10.4324/9780203861684.

безперервності допомоги, але не може замінити базових управлінських функцій.

Оптимальна модель управління первинною ланкою в умовах квазіринку – це гібридна конструкція, що поєднує ієрархічне регулювання базових стандартів і підзвітності з мережевою координацією між рівнями системи та реальною управлінською автономією первинної ланки на оперативному рівні. Саме така конструкція описується в авторській концепції «внутрішньої квазіринкової моделі»²⁵, де первинний підрозділ функціонує як квазінезалежний постачальник послуг у межах ТМО, маючи власний бюджет, кадрові повноваження й показники ефективності, але залишаючись у межах єдиної юридичної особи.

Внутрішня квазіринкова модель є концептуальною відповіддю на парадокс, описаний у § 1: як зберегти переваги масштабу великого КНП (спільна адміністративна інфраструктура, потужніша переговорна позиція з НСЗУ, можливості для горизонтальної координації) і водночас відновити управлінську суб'єктність первинної ланки, без якої ефективна первинна допомога неможлива.

Ключовим організаційним принципом моделі є поняття «центру відповідальності» – структурного підрозділу із чітко визначеними: власним бюджетом, сформованим на основі капітаційної ставки задекларованого населення; показниками результативності, специфічними для первинної допомоги (охоплення вакцинацією, частота диспансерних оглядів, рівень задоволеності пацієнтів, частота госпіталізацій із приводу керованих захворювань); делегованими повноваженнями керівника підрозділу щодо кадрових рішень, розкладу роботи й оперативних витрат у межах затвердженого бюджету; системою звітності, орієнтованою на результати, а не на процеси.

Принципово важливо, що в цій моделі центральна дирекція ТМО виконує функції стратегічного управління, методичної підтримки та забезпечення дотримання загальних стандартів, але не оперативного управління первинними підрозділами. Перехід від оперативного контролю до стратегічної координації є, по суті, найскладнішим управлінським завданням у процесі реструктуризації: він вимагає від центральної дирекції відмови від звичного адміністративного рефлексу та формування принципово іншої управлінської культури.

Фінансовий вимір моделі передбачає запровадження прозорих механізмів внутрішнього розподілу ресурсів, що унеможливорює або

²⁵ Гришко Р. Ю. Інституційна деградація поліклінічно-амбулаторної ланки: концепція внутрішньої квазіринкової моделі. *Грааль науки*. 2026. № 66. С. 808–817. DOI: 10.36074/grail-of-science.17.04.2026.093.

суттєво обмежує описаний у § 2 феномен перехресного субсидування. Кожен підрозділ-центр відповідальності знає, скільки коштів він генерує для ТМО і скільки отримує назад. Залишок – «внутрішній трансфер» – має бути чітко обґрунтований і погоджений, а не визначений одноосібно центральною дирекцією²⁶.

Концепція внутрішньої квазіринкової моделі є загальним теоретичним орієнтиром. Її практична реалізація може відбуватися в **рамках трьох стратегічних сценаріїв реструктуризації**, що відрізняються за глибиною організаційних змін і ступенем ризику для стабільності системи в перехідний період.

Сценарій А – «Функціональна федералізація» – передбачає збереження ТМО як єдиної юридичної особи за радикальної перебудови внутрішньої управлінської архітектури. Поліклінічні підрозділи набувають статусу центрів відповідальності з делегованими повноваженнями і власними бюджетами. Центральна дирекція реорганізується: скорочується управлінський апарат оперативного контролю, натомість розширюються функції стратегічного планування, аналітики й методичної підтримки. Запроваджується внутрішній «контракт» між центром і підрозділами, що фіксує взаємні зобов'язання, показники результативності та механізми перерозподілу ресурсів.

Перевага сценарію А полягає в тому, що він не потребує змін організаційно-правової форми і може бути реалізований у рамках наявного законодавства. Засновник – орган місцевого самоврядування – зберігає контроль над єдиною юридичною особою і може поетапно розширювати автономію підрозділів, відстежуючи результати. Ризик сценарію А – висока залежність від якості центральної дирекції: реструктуризація відбувається всередині тієї самої організації, що породила проблему, і вимагає від її керівників здатності до радикальної самозміни, що є рідкісною управлінською якістю.

Сценарій Б – «Контрольована дезінтеграція» – передбачає поступове відокремлення поліклінічно-амбулаторних підрозділів у самостійні юридичні особи – окремі КНП первинної медичної допомоги. Це, по суті, часткове скасування результатів об'єднання, але не механічне повернення до стану «до реформи», а відновлення автономії первинної ланки з урахуванням уже набутого досвіду квазіринкового фінансування. Новостворені КНП первинної допомоги укладають власні договори з НСЗУ, формують власну кадрову та фінансову політику, але зберігають договірні

²⁶ Гришко Р. Ю. Інституційна деградація поліклінічно-амбулаторної ланки: концепція внутрішньої квазіринкової моделі. *Грааль науки*. 2026. № 66. С. 808–817. DOI: 10.36074/grail-of-science.17.04.2026.093.

відносини з колишнім ТМО щодо використання спільної інфраструктури й окремих сервісних функцій.

Такий підхід значною мірою відповідає міжнародній практиці, зокрема досвіду Великої Британії з її Clinical Commissioning Groups, де первинні і вторинні допомоги мають чітко розмежовані управлінські структури²⁷.

Сценарій В – «Мережева реінтеграція» – є найбільш інноваційним і концептуально складним. Він передбачає трансформацію ТМО із «зведеної під один дах» ієрархічної структури в мережеву організацію, де первинні підрозділи є автономними вузлами, що добровільно координують свою діяльність через спільні протоколи, інформаційні системи й механізми колегіального прийняття рішень. Центральна дирекція в цій моделі перетворюється на «мережевого брокера» – організацію, що забезпечує спільну інфраструктуру, координує взаємодію між вузлами і представляє мережу у відносинах із зовнішніми суб'єктами, але не управляє підрозділами у традиційному ієрархічному сенсі.

Сценарій В відповідає логіці сучасної теорії мережевого публічного управління²⁸ і найкращим чином узгоджується з особливостями первинної медичної допомоги як послуги, що вимагає горизонтальної координації між багатьма акторами – лікарями, медсестрами, соціальними службами, громадою. Проте його реалізація потребує найвищого рівня управлінської зрілості учасників, розвиненої інформаційної інфраструктури і стійкої культури міжорганізаційної довіри – умов, досягти яких в українському контексті найближчим часом буде найважче.

Незалежно від вибраного стратегічного сценарію, перехідний процес реструктуризації потребує оперативного інструментарію – методів раннього виявлення управлінських аномалій і стандартизованих алгоритмів реагування. Саме для цього призначений авторський алгоритм STOP–SCAN–ACT²⁹, розроблений як практичний інструмент антикризового моніторингу в медичних установах.

Фаза STOP передбачає зупинку автоматичного відтворення звичних управлінських практик і усвідомлену паузу для діагностики стану організації. На практиці це означає запровадження регулярних – не рідше ніж один раз на квартал – аналітичних сесій керівного складу, присвячених оцінці ключових індикаторів функціонування підрозділів: рівня плинності

²⁷ Bojke C., Gravelle H., Hassell K., Kendall J. Access to primary care in England. *Br J Gen Pract.* 2013. Vol. 63. No. 608. P. e191–e198. DOI: 10.3399/bjgp13X664069.

²⁸ Klijn E. H., Koppenjan J. Governance networks in the public sector. London : Routledge, 2016.

²⁷² p. DOI: 10.4324/9781315887098.

²⁹ Grytsko R., Grytsko O., Pekanets S. Anti-crisis monitoring in healthcare: STOP–SCAN–ACT algorithm. *Public Management and Policy.* 2026. No. 4 (20). DOI: 10.70651/3041-2498/2026.4.07.

кадрів, динаміки кількості декларацій, скарг пацієнтів, обсягу виконання профілактичних програм. Принципово важливо, що ці сесії не є звітними – вони є аналітичними, і їхня мета – виявити відхилення від цільових показників на ранній стадії, доки вони ще не переросли у відкриту кризу.

Фаза SCAN передбачає системне сканування організаційного середовища для виявлення причин виявлених відхилень. Алгоритм сканування охоплює п'ять доменів, що відповідають п'яти синдромам управлінського колапсу: якість клінічного лідерства в підрозділах; ефективність комунікаційних каналів; збалансованість внутрішнього розподілу фінансових ресурсів; ступінь делегування оперативних повноважень; наявність і якість стратегічного планування на рівні підрозділів. Для кожного домену розроблено набір індикаторів, що дає змогу кількісно оцінити стан і порівняти його з базовим рівнем³⁰.

Фаза АСТ передбачає прийняття обґрунтованих управлінських рішень на основі результатів сканування – із чітко визначеними відповідальними особами, строками і критеріями успіху. Ключовою особливістю алгоритму є принцип пропорційності реагування: не кожна аномалія потребує стратегічного рішення – деякі можуть бути усунені оперативними заходами на рівні підрозділу. Розрізнення між «аномалією» (відхиленням, що потребує оперативного реагування) і «кризою» (системним збоєм, що вимагає стратегічного втручання) є одним із центральних методологічних досягнень алгоритму.

Важливо підкреслити, що STOP–SCAN–АСТ є не одноразовим інструментом антикризового управління, а циклічним – він інтегрується в регулярну управлінську практику організації і поступово формує в ній культуру проактивного моніторингу замість культури реактивного реагування на вже сформовані кризи. Саме ця культурна трансформація є, зрештою, найглибшим і найтривалішим результатом успішної реструктуризації ТМО.

Реалізація будь-якого з трьох сценаріїв реструктуризації передбачає наявність ряду умов, без яких навіть найдосконаліша концептуальна модель залишиться нереалізованою. Перша і найважливіша – політична воля засновника. Орган місцевого самоврядування повинен усвідомити, що збереження наявної архітектури ТМО є не «стабільністю», а відстроченою і дедалі дорожчою кризою, і прийняти усвідомлене рішення про реструктуризацію – з усіма організаційними і фінансовими наслідками, що з нього випливають.

³⁰ Grytsko R., Grytsko O., Pekanets S. Anti-crisis monitoring in healthcare: STOP–SCAN–ACT algorithm. *Public Management and Policy*. 2026. No. 4 (20). DOI: 10.70651/3041-2498/2026.4.07.

Друга умова – наявність управлінського потенціалу для здійснення змін. Реструктуризація ТМО є складним управлінським проєктом, що потребує компетентного керівництва на всіх рівнях. Якщо система страждає від описаного в § 4 дефіциту управлінських кадрів, реструктуризація без одночасного вирішення кадрової проблеми може лише перемістити проблему в нові організаційні форми, не усунувши її.

Третьою умовою є інформаційна прозорість. Внутрішня квазіринкова модель і алгоритм STOP–SCAN–ACT функціонують лише тоді, коли є достовірна і своєчасна інформація про стан підрозділів. Це потребує розвинутої інформаційної інфраструктури – медичних інформаційних систем, що дають змогу в режимі реального часу відстежувати ключові показники. В умовах неповної цифровізації, що характерна для значної частини ТМО, це є суттєвим практичним обмеженням.

Серед ризиків реструктуризації найсерйознішим є «псевдореструктуризація» – формальне впровадження нових організаційних схем без реальної зміни управлінської культури й розподілу влади. Якщо центральна дирекція зберігає фактичний оперативний контроль, попри декларовану автономію підрозділів, «центри відповідальності» залишаються порожньою організаційною оболонкою. Уникнути цього ризику можна лише через чітке нормативне закріплення делегованих повноважень і незалежний моніторинг їхнього дотримання.

Усі ці міркування переконують: реструктуризація ТМО є завданням одночасно технічним і культурним, організаційним і політичним. Вона потребує не лише правильних концептуальних рішень, а й системного публічно-управлінського підходу, що визнає складність процесу і не шукає простих рецептів. Саме публічно-управлінський вимір цієї проблеми – її місце в ширшому контексті реформи публічного управління в Україні – є темою завершального параграфу цього розділу.

6. Публічно-управлінський вимір: від локальної дисфункції до системної реформи

Управлінська деструкція ТМО не є ізольованим явищем галузевого масштабу. Вона є фрагментом значно ширшої картини – незавершеної трансформації українського публічного управління, яке впродовж трьох десятиліть незалежності так і не змогло остаточно подолати успадковану радянську управлінську культуру і збудувати дієву систему врядування, орієнтованого на результати. Саме в цьому ширшому контексті криза ТМО набуває свого повного діагностичного значення – не як невдача однієї галузевої реформи, а як симптом системної управлінської слабкості публічного сектору.

Публічне адміністрування охорони здоров'я в Україні функціонує у специфічному інституційному середовищі, де кілька фундаментальних напруг відтворюються незалежно від того, яка реформа і в якій галузі реалізується. Перша – між централізованим контролем і децентралізованою відповідальністю. Закони проголошують децентралізацію, але управлінська культура відтворює схильність до контролю зверху – і кожна реформа, проходячи через цей фільтр, деформується в бік відновлення централізованих механізмів під новими назвами. Саме це й сталося з ТМО.

Друга напруга – між формальними правилами і неформальними практиками. Законодавство може надавати закладам автономію, але якщо засновник звик телефонувати директору і давати усні «рекомендації» щодо кадрових рішень, юридична автономія залишається фікцією. Ця розбіжність між формальним і неформальним вимірами управлінських відносин є однією з найбільш стійких характеристик пострадянських публічних інституцій, і її подолання потребує не лише зміни законодавства, а й тривалої трансформації управлінської культури.

Третя напруга – між короткостроковими політичними інтересами й довгостроковими управлінськими потребами. Рішення про утворення ТМО приймалися органами місцевого самоврядування, що керувалися власними міркуваннями – скорочення кількості юридичних осіб, спрощення адміністрування, демонстрація реформаторської активності перед виборцями. Довгострокові наслідки для якості первинної допомоги і стабільності кадрового складу при цьому оцінювалися недостатньо або не оцінювалися взагалі. Це класичний приклад домінування логіки «видимої активності» над логікою «вимірюваних результатів» у публічному управлінні.

Процес утворення ТМО відбувався паралельно з реформою місцевого самоврядування – децентралізацією, що передала органам місцевого самоврядування значно більші повноваження та ресурси у сфері охорони здоров'я. Теоретично це мало б створити умови для більш відповідального й компетентного управління галузевими закладами на місцевому рівні. На практиці, однак, децентралізація повноважень не супроводжувалася децентралізацією управлінської спроможності.

Органи місцевого самоврядування отримали розширені повноваження засновника медичних закладів – право визначати їхню структуру, призначати керівників, затверджувати статuti й контролювати діяльність. Проте переважна більшість місцевих рад не мала і не має достатнього управлінського потенціалу, щоб здійснювати ці повноваження ефективно. Профільні відділи охорони здоров'я місцевих рад здебільшого є нечисленними й недостатньо кваліфікованими для аналітичного

супроводу складних управлінських рішень щодо реструктуризації медичних об'єднань.

Таким чином, децентралізація у сфері охорони здоров'я породила парадокс: повноважень стало більше, але спроможність їх ефективно використовувати не зростає пропорційно. Це явище, відоме в літературі з децентралізації як «порожня децентралізація»³¹, є надзвичайно поширеним у пострадянських країнах, що пройшли через формальну передачу повноважень без відповідного нарощування інституційної спроможності на місцевому рівні.

Повномасштабна воєнна агресія з лютого 2022 року внесла у ситуацію з ТМО додатковий вимір, що суттєво ускладнює як діагностику проблем, так і реалізацію будь-яких реформ. З одного боку, війна є потужним підсилювачем уже наявних дисфункцій: кадрові втрати поглиблюють кризу, фінансові труднощі воєнного часу загострюють внутрішні конфлікти за ресурси, адміністративне навантаження зростає через необхідність реагувати на постійно мінливі виклики.

З іншого боку, воєнний час парадоксальним чином є і вікном можливостей для управлінських змін. Кризові ситуації руйнують усталені практики і відкривають простір для інновацій, які в мирний час наштовхуються на опір інституційної інерції. Ряд ТМО, що опинилися в зонах активних бойових дій або прийняли значні потоки внутрішньо переміщених осіб, були змушені в стислі строки виробити нестандартні управлінські рішення – і деякі з них виявилися ефективнішими, ніж довоєнні практики.

Досвід роботи 6-ї міської поліклініки Львова, що входить до структури відповідного КНП і функціонує в умовах значного припливу внутрішньо переміщених осіб, є показовим прикладом того, як воєнні виклики стимулюють управлінські інновації. Адаптація системи запису на прийом, розширення телемедичних послуг, перебудова профілактичних програм з урахуванням специфічних потреб переміщеного населення – усі ці зміни відбулися швидше й ефективніше, ніж будь-які мирні реформаторські ініціативи. Це свідчить про те, що управлінський потенціал для змін у системі є, але він активується переважно у відповідь на зовнішній тиск, а не через внутрішні реформаторські механізми.

Одним із ключових висновків цього дослідження є **необхідність інституалізації антикризового моніторингу управлінських аномалій у медичних закладах як елемента державної публічної політики** – не

³¹ Prudh'omme R. The dangers of decentralization. *The World Bank Research Observer*. 1995. Vol. 10. No. 2. P. 201–220. DOI: 10.1093/wbro/10.2.201.

лише як внутрішнього інструменту окремих ТМО, а як загальносистемного механізму раннього виявлення та запобігання управлінським кризам у галузі.

Система раннього попередження про управлінські аномалії³², що базується на авторському алгоритмі STOP–SCAN–ACT і реєстрі з 21 індикатора, охоплених у п'яти доменах моніторингу, може бути масштабована з рівня окремого закладу на рівень регіональної системи охорони здоров'я. На регіональному рівні ця система надає можливість департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій своєчасно виявляти ТМО, що демонструють ознаки управлінської деградації, і вживати превентивних заходів до того, як криза досягне рівня відкритого конфлікту або масових звільнень.

На національному рівні агрегована аналітика таких систем може стати основою для доказово обґрунтованої публічної політики у сфері організації первинної медичної допомоги. Зараз більшість рішень щодо структури й управління ТМО приймаються або на основі локального досвіду окремих управлінців, або під впливом політичних міркувань – без системного аналізу того, які організаційні моделі реально забезпечують кращу доступність і якість первинної допомоги. Формування доказової бази для таких рішень є одним із найважливіших завдань вітчизняної науки публічного адміністрування охорони здоров'я.

Завершуючи публічно-управлінський аналіз кризи ТМО, необхідно підкреслити думку, що проходить червоною ниткою через весь цей розділ: **структурні реформи є необхідними, але недостатніми**. Зміна організаційних форм, перерозподіл повноважень, запровадження нових механізмів фінансування – усе це матиме обмежений і тимчасовий ефект, якщо не відбудеться паралельна трансформація управлінської культури.

Управлінська культура в охороні здоров'я України сформувалася в умовах, де компетентність вимірювалася клінічними знаннями, а не управлінськими навичками; де лояльність засновнику цінувалася вище за здатність приймати ефективні рішення; де звітність перед вищестоящими структурами мала пріоритет над підзвітністю перед пацієнтами і персоналом. Змінити цю культуру – завдання, що виходить за межі будь-якої окремої реформи і потребує тривалої, системної і свідомої роботи на всіх рівнях системи.

Ця робота вже розпочалася – і дослідження, подібні до того, результати якого викладено в цьому розділі, є її частиною. Формування

³² Grytsko R., Grytsko O., Pekanets S. Anti-crisis monitoring in healthcare: STOP–SCAN–ACT algorithm. *Public Management and Policy*. 2026. No. 4 (20). DOI: 10.70651/3041-2498/2026.4.07.

доказової бази, розробка концептуальних моделей, виявлення успішних практик і механізмів їхнього поширення, підготовка нового покоління управлінців, здатних мислити категоріями системної ефективності, а не адміністративного контролю – усе це є елементами довгострокового процесу інституційного розвитку, що не має швидких рішень, але має чітку стратегічну логіку.

Саме в цій логіці – від опису патології до розуміння її системних коренів і конструктивного пошуку шляхів виходу – і полягає наукова і практична цінність розглянутої проблематики для розвитку публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дає змогу сформулювати ряд висновків, що мають як теоретичне, так і практичне значення для розвитку публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні.

Управлінська деструкція поліклінічно-амбулаторної ланки в ТМО є системним, а не локальним або випадковим явищем. Вона закономірно й неминуче виникає з архітектурної несумісності управлінських логік первинної та вторинної медичної допомоги в межах єдиної централізованої юридичної особи і не може бути усунута косметичними заходами в рамках наявної організаційної моделі. П'ять виявлених синдромів управлінського колапсу – ерозія клінічного лідерства, дисфункція комунікаційних каналів, фінансовий дисбаланс субодиноць, паралізація оперативних рішень і стратегічна сліпота – утворюють самовідтворювальну систему з домінуванням підсилювальних петель зворотного зв'язку.

Кадрова криза поліклінічно-амбулаторної ланки – насамперед аномально висока плинність медичних сестер (28–35 % на рік) – є не самостійною проблемою, а закономірним наслідком управлінської деструкції. Спроби вирішити кадрову кризу ізольовано від управлінської проблеми матимуть лише тимчасовий ефект: матеріальні стимули не утримають фахівців у середовищі з деструктивною управлінською культурою. Відтік персоналу, зі свого боку, безпосередньо транслюється в погіршення доступності первинної допомоги і зростання навантаження на стаціонарний сектор, що генерує значно вищі системні витрати.

Структурна невідповідність між попитом на компетентних управлінців у галузі охорони здоров'я і реальною пропозицією на ринку праці є самостійним чинником, що поглиблює кризу ТМО. «Дипломована некомпетентність» медичних адміністраторів є не індивідуальною вадою, а системним продуктом інституційного середовища, яке ніколи серйозно не вимагало управлінської кваліфікації від керівників медичних закладів.

Подолання цієї невідповідності потребує системних змін у кваліфікаційних вимогах, системі підготовки й механізмах відбору керівних кадрів.

Концепція внутрішньої квазіринкової моделі управління і три стратегічні сценарії реструктуризації ТМО (функціональна федералізація, контрольована дезінтеграція, мережева реінтеграція) формують концептуальний арсенал для практичного подолання управлінської кризи. Вибір між сценаріями залежить від конкретного інституційного контексту – масштабу ТМО, рівня управлінської зрілості організації, позиції засновника і наявного кадрового потенціалу. Алгоритм STOP–SCAN–ACT є практичним інструментом перехідного управління, що забезпечує раннє виявлення аномалій і стандартизоване реагування на них.

Криза ТМО є симптомом системної управлінської слабкості українського публічного сектору, що проявляється в трьох фундаментальних напруженнях: між централізованим контролем і децентралізованою відповідальністю; між формальними правилами й неформальними практиками; між короткостроковими політичними інтересами та довгостроковими управлінськими потребами. Подолання цих напружень є завданням, що виходить за межі галузевої реформи і потребує системної трансформації публічного управління в Україні, включно з розбудовою управлінського потенціалу органів місцевого самоврядування, інституалізацією механізмів доказової публічної політики і тривалою роботою з реформування управлінської культури.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з кількома напрямками: порівняльний аналіз ефективності різних організаційних моделей первинної медичної допомоги в регіонах України після реформи; лонгітудне дослідження динаміки управлінських показників ТМО, що впровадили елементи внутрішньої квазіринкової моделі; розробка й пілотне тестування регіональної системи антикризового моніторингу управлінських аномалій на основі адаптованого алгоритму STOP–SCAN–ACT; дослідження впливу воєнних умов на управлінські інновації у сфері первинної медичної допомоги.

АНОТАЦІЯ

У розділі досліджується феномен управлінської деструкції первинної медичної допомоги, що виник унаслідок примусового об'єднання поліклінічно-амбулаторних закладів зі стаціонарними підрозділами в структурі територіальних медичних об'єднань (ТМО) України. На матеріалі серії авторських досліджень 2026 року виявлено та систематизовано п'ять взаємопов'язаних синдромів управлінського колапсу. Охарактеризовано механізми кадрової деградації, зокрема аномально високу плінність медичних сестер у поліклінічному секторі – 28–35 % на рік. Розглянуто структурний дефіцит фахівців з публічного

адміністрування охорони здоров'я. Обґрунтовано три стратегічні моделі реструктуризації та концепцію квазіринкового управління. Зроблено висновок про інституційну приреченість великих централізованих медичних об'єднань у їх нинішній конфігурації та визначено умови відновлення ефективного менеджменту первинної ланки.

Стаття є складовою авторської дослідницької серії, присвяченій системній дисфункції управління в ТМО України. Концепція розробляється авторами вперше і не має прямих аналогів у вітчизняній та зарубіжній літературі, частка самоцитування в списку джерел показує послідовність авторської наукової думки, а не обмеженість джерельної бази.

Література

1. Грицко Р. Ю. Функціональна ефективність інтеграції медичних закладів в Україні: ризики формальної інтеграції в умовах централізації комунальних некомерційних підприємств. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2026. № 2 (108). С. 62–68. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2>.

2. Грицко Р. Ю. Централізована псевдоінтеграція поліклінік в Україні: фінансові дисбаланси, комунікаційні втрати та неминучість дезінтеграції великих медичних об'єднань. *Національні інтереси України*. 2026. № 4 (21). С. 1919–1930. [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-4\(21\)-1919-1930](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-4(21)-1919-1930).

3. Grytsko R., Grytsko O., Pekanets S. Anti-crisis monitoring in healthcare institutions: an early warning system for management anomalies and the STOP–SCAN–ACT algorithm. *Public Management and Policy*. 2026. No. 4 (20). <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2026.4.07>.

4. Грицко Р. Ю. Інституційна деградація поліклінічно-амбулаторної ланки в територіальних медичних об'єднаннях: концепція внутрішньої квазіринкової моделі як механізму відновлення управлінської, фінансової, кадрової та клінічної автономії. *Грааль науки: міжнар. наук. журнал*. 2026. № 66. С. 808–817. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.17.04.2026.093>.

5. Грицко О. М., Пеканець С. Р., Грицко Р. Ю. Аналіз потреб ринку праці у фахівців з публічного адміністрування в охороні здоров'я. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2026. № 3 (45). С. 338–351. [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2026-3\(45\)-338-351](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2026-3(45)-338-351).

6. Грицко Р. Ю. Інституційна приреченість централізованої моделі інтеграції поліклінік в Україні. *Global Perspectives on Multidisciplinary Research: Theory and Practice: Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. Florence: International Center of Scientific Research, 2026. С. 193–197. ISBN 979-8-89660-277-4. <https://doi.org/10.36074/scientia-17.04.2026>.

7. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

8. Ham C., Dixon A., Brooke B. Transforming the delivery of health and social care: The case for fundamental change. London : The King's Fund, 2012. 52 p. URL: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/transforming-delivery-health-and-social-care>.
9. Bojke C., Gravelle H., Hassell K., Kendall J. Access to primary care in England: does it vary by practice characteristics? *Br J Gen Pract.* 2013. Vol. 63. No. 608. P. e191–e198. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X664069>.
10. Valentijn P. P., Schepman S. M., Opheij W., Bruijnzeels M. A. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013. Vol. 13. P. e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
11. Arredondo A., Reyes G., Hernández L. Nursing workforce stability in primary care settings and its impact on service accessibility: a multi-country analysis. *BMC Nursing.* 2024. Vol. 23. No. 1. P. 214. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01894-6>
12. Kuszewski K., Gericke C. A. Health systems in transition: Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies.* 2005. Vol. 7. No. 6. 156 p. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-transition-poland-2005>.
13. Le Grand J., Bartlett W. (eds.) Quasi-markets and social policy. London : Macmillan, 1993. 236 p. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-22873-7>.
14. Osborne S. P. The new public governance: emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London : Routledge, 2010. 432 p. <https://doi.org/10.4324/9780203861684>.
15. Klijn E. H., Koppenjan J. Governance networks in the public sector. London : Routledge, 2016. 272 p. <https://doi.org/10.4324/9781315887098>.
16. Prud'homme R. The dangers of decentralization. *The World Bank Research Observer.* 1995. Vol. 10. No. 2. P. 201–220. <https://doi.org/10.1093/wbro/10.2.201>.

Information about the author:

Hrytsko Roman,

<https://orcid.org/0000-0001-7086-8399>

Doctor of Sciences in Public Administration,

Honorary Professor of the European Professional Doctorate,

Candidate of Medical Sciences,

Associate Professor at the Department of Infectious Diseases

State Nonprofit Company "Danylo Halytsky Lviv National Medical

University"

69, Pekarska str., Lviv, Ukraine