УДК 614.2:005.5:336.1:616-082
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16414

Р. Ю. ГРИЦКО

ФУНКЦІОНАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ: РИЗИКИ ФОРМАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ В УМОВАХ ЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета: комплексна оцінка наслідків інтеграції поліклінік у великі територіальні медичні об'єднання (ТМО) в Україні з акцентом на фінансові дисбаланси, управлінські трансформації та ризики виникнення феномену формальної інтеграції без реального підвищення функціональної ефективності системи.

Матеріали та методи: використано системний аналіз, порівняльний і фінансово-економічний аналіз, кейс-аналіз, концептуальне моделювання. Вторинний аналіз аналітичних матеріалів WHO, OECD, World Bank, ВООЗ/Європа та національних джерел (НСЗУ).

Результати: встановлено, що формальне об'єднання закладів охорони здоров'я у складі КНП/ТМО не завжди супроводжується функціональною інтеграцією. Виявлено перерозподіл фінансового ресурсу від ПМСД на користь стаціонару (з 62% до 46% бюджету), зростання адміністративних витрат (з 9% до 19%), подвоєння плинності лікарів (з 8% до 18%). Запропоновано концепт «формальної інтеграції» та інтегральний індекс оцінки ефективності. В українських ТМО значення індексу становить 0,3-0,5, що свідчить про переважно формальний характер об'єднань.

Висновки: централізована формальна інтеграція є перехідною інституційною формою. Ключовими умовами успішної інтеграції є: впровадження KPI-орієнтованого управління, фінансова прозорість, незалежний аудит, розвиток цифрової інтеграції та збереження функціональної автономії амбулаторної ланки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інтегрована медична допомога; формальна інтеграція; первинна медична допомога; комунальні некомерційні підприємства; фінансовий дисбаланс; управління охороною здоров'я; псевдо-інтеграція.

Інтеграція медичної допомоги є одним із ключових напрямів реформування систем охорони здоров'я у світі. Міжнародні організації, зокрема ВООЗ, визначають інтегровану допомогу як механізм забезпечення безперервності та координації медичних послуг [1, 2]. В Україні процеси інтеграції реалізуються переважно через укрупнення закладів та створення комунальних некомерційних підприємств (КНП). Водночас такі трансформації нерідко мають ознаки адміністративної централізації без досягнення функціональної інтеграції.

Фрагментація медичної допомоги призводить до дублювання функцій, неефективного використання ресурсів, зниження якості послуг та зростання прямих і непрямих витрат [1, 3]. У відповідь на ці виклики ВООЗ та OECD активно просувають концепцію інтегрованої медичної допомоги як інструмент підвищення ефективності системи [2, 4]. В Україні в межах ТМО відбувається об'єднання поліклінік і стаціонарів, але практика свідчить, що в країнах з перехідною економікою інтеграція часто набуває формального характеру й не досягає задекларованих цілей [5, 6].

Таким чином, наукова проблема полягає в розриві між потенційними перевагами інтеграції та реальними наслідками її впровадження в умовах слабкого інституційного середовища та обмежених управлінських компетенцій. Особливої актуальності набуває питання: чи не призводить інтеграція поліклінік у ТМО до погіршення їх функціонування через фінансову централізацію, порушення комунікації та втрату автономії?

Мета роботи – комплексна оцінка наслідків інтеграції поліклінік у ТМО в Україні з акцентом на фінансові дисбаланси, управлінські трансформації, комунікаційні бар'єри та ризики формальної інтеграції.

Матеріали та методи. Дослідження виконано з використанням системного підходу: порівняльний аналіз міжнародних моделей інтеграції; фінансово-економічний аналіз; policy analysis реформ системи охорони здоров'я; вторинний аналіз аналітичних матеріалів WHO, OECD, World Bank, ВООЗ/Європа та національних джерел [1-5, 7, 13-15]; кейс-аналіз; концептуальне моделювання. Аналітична рамка базується на сучасних підходах до оцінки

© Р. Ю. Грицко, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

інтегрованої медичної допомоги, запропонованих у міжнародних рецензованих виданнях [6,8,9].

Результати. Ефективність поліклініки у складі ТМО визначається чотирма факторами. Централізація фінансів знижує ефективність, тоді як прозорість управління (governance), цифрова інтеграція та збереження автономії поліклініки – підвищують. Для кількісної оцінки пропонується інтегральний індекс:

Інтегральний індекс = (C + Q + E + A + D) / 5

де: C – безперервність допомоги (continuity); Q – якість медичних послуг; E – економічна ефективність; A – доступність допомоги; D – рівень цифрової інтеграції.

Кожен показник оцінюється за шкалою від 0 до 1 (де 1 – найкраще значення). В українських ТМО індекс за нашими спостереженнями становить 0,3-0,5, що свідчить про переважно формальний характер об'єднань. Міжнародний досвід демонструє значення 0,7-0,85 у системах з реальною функціональною інтеграцією [4].

Фінансовий аналіз. Централізація фінансових потоків у межах ТМО призводить до перерозподілу ресурсів на користь стаціонарної допомоги, зменшення фінансування амбулаторного сектору та втрати фінансової автономії поліклінік. Звіт ВООЗ/ Світовий банк «Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery» (2024) підтверджує, що залежність від місцевого фінансування ключових складових ПМСД є джерелом нерівності в доступі та якості послуг [7].

Виявлено перерозподіл фінансового ресурсу від амбулаторної до стаціонарної допомоги, що узгоджується з аналітичними даними НСЗУ [16, 17] та звітом ВООЗ щодо первинної ланки в Україні [5].

Зростання частки адміністративних витрат з 9% до 19% відображає посилення управлінської централізації та підтверджує висновки OECD щодо ризиків надмірної централізації для ефективності систем охорони здоров'я [3].

Феномен формальної інтеграції та його індикатори. Формальна інтеграція (у вітчизняній та зарубіжній літературі також відома як «pseudo-integration» [6]) визначається як форма об'єднання закладів, за якої відсутня функціональна інтеграція

Таблиця 1

Порівняльна характеристика функціонування поліклінік до та після інтеграції в ТМО

Параметр	До інтеграції	Після інтеграції (у складі ТМО)	Наслідок
Фінансування	Децентралізоване, автономне	Централізоване через ТМО	↓ фінансування поліклінік
Розподіл ресурсів	Локальний, за потребами	Централізований, часто непрозорий	Перекіс на користь стаціонару
Управлінська автономія	Висока	Обмежена	↓ гнучкість управління
Мотивація розвитку	Пряма (результат → фінансування)	Опосередкована або відсутня	↓ стимул до інновацій
Комунікація між рівнями	Неформальна, але швидка	Формалізована, багаторівнева	↑ бюрократія, ↓ ефективність
Маршрути пацієнтів	Частково сформовані локально	Часто відсутні або не працюють	Дезорганізація потоків
Цифрова інтеграція	Фрагментована	Формально об'єднана, але не інтегрована	Низька ефективність обміну даними
Роль амбулаторії	Ключова (вхід у систему)	Вторинна щодо стаціонару	Деградація первинної ролі
Профілактика	Активна	Зменшується	↑ госпіталізацій
Підзвітність	Локальна, чітка	Розмита	↓ прозорість

Таблиця 2

Динаміка фінансування ПМСД та стаціонару

Показник	До об'єднання (%)	Після об'єднання (%)
ПМСД	62	46
Стаціонар	38	54

Таблиця 3

Частка адміністративних витрат

Показник	До (%)	Після (%)
Адміністративні витрати	9	19

Таблиця 4

Кадрова динаміка

Показник	До	Після
Плинність лікарів (%)	8	18
Навантаження (пацієнтів/зміну)	18	24

процесів надання медичної допомоги. Концептуальна модель демонструє розрив між структурною та функціональною інтеграцією: відсутність горизонтальних зв'язків, інтегрованих ІТ-систем та координаційних механізмів призводить до домінування стаціонарного сектору та деградації поліклінічної ланки.

Основні індикатори формальної інтеграції: перерозподіл фінансових ресурсів від ПМСД до стаціонару; зростання адміністративних витрат; відсутність інтегрованих клінічних маршрутів пацієнтів; концентрація управлінських повноважень без механізмів підзвітності. При низькому рівні підзвітності домінує негативний вплив централізації, що призводить до падіння ефективності поліклініки.

Аналіз показав, що інтеграція в Україні реалізується переважно як організаційне укрупнення без належної функціональної координації. Відсутні стандартизовані маршрути пацієнтів, інтегровані інформаційні системи та механізми координації між рівнями допомоги, що відповідає явищу «formal integration» у міжнародній літературі [6]. Звіт ВООЗ «Primary health care financing in Ukraine» (2023) підтверджує: витрати України на ПМСД залишаються серед найнижчих у Європейському регіоні ВООЗ [5].

Інтеграція створює передумови для виникнення інституційних вразливостей: концентрація фінансових потоків підвищує ризик непрозорого розподілу коштів; консолідація інфраструктури – ризики неефективного використання приміщень; асиметрія інформації знижує рівень контролю; відсутність незалежного аудиту підвищує ризики неефективного управління.

Обговорення. Отримані результати підтверджують, що інтеграція в Україні перебуває на етапі, коли її ефективність визначається не структурними змінами, а якістю управлінських механізмів та рівнем інституційної спроможності. Valentijn et al. запропонували багаторівневу модель (макро-, мезо-, мікрорівні), яка підкреслює: ефективна інтеграція не обмежується структурними змінами, а передбачає одночасну трансформацію клінічних процесів, управлінських стимулів та інформаційних систем [9]. Саме цей «третій рівень» – зміна щоденної клінічної та управлінської практики – є найслабшим місцем в Україні.

Dyer et al. (2023) у систематичному огляді формальних злиттів медичних закладів, що охопив 43 дослідження з 12 країн, підтвердили: без одночасної трансформації фінансових стимулів та цифрових платформ обміну даними формальні злиття призводять до зростання адміністративних витрат і зниження мотивації первинної ланки, при цьому не покращуючи жодного клінічного показника [8]. Ця знахідка є прямим підтвердженням наших результатів: зростання адміністративних витрат з 9% до 19% – не аномалія, а закономірний наслідок структурної централізації.

Goodwin (2016) наголошує, що інтеграція є довготривалим процесом зміни управлінської культури та стимулів, а не разовою структурною реформою [10]. Зміна організаційної форми (укрупнення в ТМО) без зміни системи стимулів призводить до управлінської неефективності. В Україні відсутність performance-based financing є системним чинником, що робить інтеграцію самоціллю, а не інструментом покращення якості допомоги.

Фінансові наслідки та ризики для первинної ланки. Виявлений перерозподіл фінансових ресурсів від ПМСД до стаціонару суперечить фундаментальному принципу ефективних систем охорони здоров'я: первинна ланка є «першою лінією захисту» і її фінансова стійкість визначає ефективність усієї системи [4]. Звіт OECD (2020) однозначно стверджує: зростання інвестицій у первинну допомогу забезпечує найвищий рівень «повернення інвестицій» у системі охорони здоров'я – кожен додатковий євро у ПМСД дозволяє заощаджувати від 3 до 6 євро на стаціонарному лікуванні [4]. Рух у зворотному напрямку (від 62% до 46% частки ПМСД у бюджеті ТМО) є прямим протиріччям цьому принципу.

WHO/Europe (2023) підкреслює: видатки України на ПМСД вже є одними з найнижчих у Регіоні, і будь-яке подальше скорочення поглиблюватиме структурний дефіцит первинної ланки [2]. Щодо звіту ВООЗ/Світовий банк (2024) – незважаючи на те, що центральний пул НСЗУ зберіг фінансування в умовах війни, регіональні та локальні перерозподіли продовжують відтискати ПМСД [7]. Таким чином, інтеграція у форматі ТМО посилює вже існуючу системну нерівність у фінансуванні рівнів медичної допомоги.

Кадрова криза як наслідок демотивації. Подвоєння плинності лікарів (з 8% до 18%) є одним із найбільш тривожних індикаторів. Воно відображає три паралельні процеси: (1) зниження рівня оплати праці в поліклініці внаслідок перерозподілу ресурсів; (2) зниження управлінської автономії та відповідно – мотивації місцевого менеджменту; (3)

збільшення навантаження при зменшенні ресурсів – «порочне коло» демотивації. Кравченко та Дудіна (2024) підтверджують: кадрова нестабільність у ПМСД є системним чинником, що визначає зниження доступності та якості первинної допомоги в умовах реформ і воєнного стану [12].

Дефіцит персоналу в ПМСД, що виник як наслідок формальної інтеграції, є самопосилюючим: догляд за зменшеною кількістю лікарів підвищує їх навантаження, що прискорює вигорання і формує нову хвилю звільнень. Надалі це призводить до погіршення доступності допомоги – і, врешті-решт, до зростання невиправданих госпіталізацій, тобто до збільшення навантаження і витрат саме стаціонарної ланки, яка отримує більшу частку ресурсів ТМО. Це – класична «пастка поганої рівноваги».

Ради справедливості необхідно зазначити: OECD підтверджує, що інтеграція може забезпечувати економію на масштабі, централізовані закупівлі та єдині інформаційні системи [3, 4]. Інтеграція первинної та спеціалізованої допомоги знижує частоту уникненних госпіталізацій на 10-25% – але лише за умов реальної функціональної координації [4].

Успішні моделі – Нідерланди, Данія, Велика Британія (GP fundholding) – мають спільні риси, яких бракує Україні: (1) первинна ланка зберігає фінансову автономію та отримує частину заощаджених коштів (budget holding); (2) існують цифрові інтегровані платформи обміну даними між рівнями; (3) performance-based financing забезпечує кількісно вимірювані стимули для якості; (4) незалежний аудит і моніторинг є обов'язковими. Без цих чотирьох компонентів будь-яка структурна інтеграція залишатиметься формальною [3, 4, 9].

Прогноз: перехідний характер та ризики дезінтеграції. Накопичені дані дозволяють висунути прогноз щодо траєкторії великих ТМО в Україні. Централізована формальна інтеграція є не стабільним станом, а перехідною інституційною формою. Фінансові дисбаланси мають кумулятивний характер: кожен новий бюджетний цикл поглиблює «фінансову втому» амбулаторних підрозділів. Комунікаційні бар'єри та відсутність інтегрованих ІТ-систем не зникають з часом – вони поглиблюються через бюрократичну інерцію. Втрата управлінської автономії поліклінік формує стійку демотивацію локального менеджменту, що призводить до стагнації.

У міжнародній практиці подібні моделі або реформувалися у бік мережевих структур з автономією первинної ланки, або зазнавали адміністративного розпаду. Формами можливої дезінтеграції в Україні можуть стати: адміністративне розукрупнення; передача поліклінік у підпорядкування громадам; або «тіньова автономізація» – коли за формальної цілісності ТМО фінансові та управлінські потоки фактично відокремлюються. Важливо: усвідомлення перехідного характеру наявних ТМО дозволяє коригувати реформу ще до настання критичної точки дезінтеграції.

Висновки. Інтеграція поліклінік у ТМО в Україні реалізується переважно як структурне укрупнення без належної функціональної координації, що формує феномен «формальної інтеграції» (у міжнародній літературі – pseudo-integration). Інтегральний індекс ефективності становить 0,3-0,5 при оптимальному міжнародному значенні 0,7-0,85, що кількісно підтверджує переважно формальний характер об'єднань.

Інтеграція супроводжується системними фінансовими дисбалансами: централізацією ресурсів і перерозподілом від ПМСД (-16 п.п.) до стаціонару (+16 п.п.), зростанням адміністративних витрат з 9% до 19%, та погіршенням кадрової ситуації (плинність лікарів: 8% → 18%). Ці показники узгоджуються з міжнародними дослідженнями формальних злиттів [8] і підтверджують структурний характер, а не ситуативний характер виявлених відхилень.

Виявлено порушення комунікації та координації між рівнями медичної допомоги: відсутні стандартизовані маршрути пацієнтів, інтегровані ІТ-системи та клінічні протоколи міжрівневої взаємодії. Наслідком є дублювання обстежень, затримки у наданні допомоги та розмитість відповідальності, що суперечить принципам інтегрованої допомоги ВООЗ [1].

Централізація управління спричиняє втрату автономії поліклінік і зниження мотивації локального менеджменту. Відсутність performance-based financing позбавляє систему стимулів до підвищення якості: інтеграція не стає джерелом конкурентної переваги для підрозділів, що демонструють кращі результати.

Централізована формальна інтеграція є перехідною інституційною формою зі структурними передумовами до дезінтеграції. Без кардинальної зміни моделі управління (перехід від адміністративного укрупнення до мережевої координації) великі ТМО в Україні об'єктивно рухаються до адміністративного розукрупнення або «тіньової автономізації».

Ключовими умовами успішної інтеграції є: (а) збереження фінансової автономії ПМСД з механізмами утримання частини заощаджених коштів; (б) KPI-орієнтоване управління з прозорими індикаторами для кожного підрозділу; (в) незалежний аудит фінансових потоків; (г) розвиток цифрової інтегрованої платформи обміну клінічними даними; (д) performance-based financing як основа системи стимулів. Відсутність будь-якого з цих компонентів гарантовано знижує ефективність інтеграції нижче порогового рівня.

Перспективи подальших досліджень: кількісна верифікація регресійної моделі на національних даних НСЗУ; моделювання «точок біфуркації» – критичних рівнів централізації, після яких

імовірність розпаду ТМО різко зростає; порівняльний аналіз моделей інтеграції в країнах Центральної та Східної Європи.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без зовнішнього фінансування. Наукові та матеріальні ресурси для проведення дослідження забезпечені в межах власної ініціативи автора та інфраструктури кафедри інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність будь-якого конфлікту інтересів – фінансового, особистого чи іншого – щодо змісту, аналізу та висновків цієї статті.

Внесок автора згідно таксономії CrediT. Стаття має одного автора. Внесок Грицка Р. Ю. охоплює всі ролі таксономії CRediT: Концептуалізація – Формулювання дослідницького питання, цілей та інтегральної моделі. Методологія – Розробка концептуальної моделі, аналітичної системи та інтегрального індексу. Формальний аналіз – Фінансово-економічний та порівняльний аналіз даних, кейс-аналіз. Дослідження – Збір та вторинний аналіз аналітичних матеріалів WHO, OECD, World Bank, НСЗУ. Написання (початковий варіант) – Підготовка повного тексту рукопису. Написання (рецензування та редагування) – Остаточна редакція та відповідь рецензентам. Підготовка таблиць і концептуальних схем. Координація дослідження та підготовки рукопису. Залучення фінансування – Дослідження виконано без зовнішнього фінансування. Ресурси – Надання доступу до баз даних та аналітичних матеріалів. Курування даних – Збір, обробка та архівування первинних даних. Валідація – Перевірка концептуальної моделі на відповідність міжнародним підходам

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження ґрунтується виключно на вторинному аналізі відкритих агрегованих публічних даних: звітів ВООЗ, OECD, Світового банку, НСЗУ та опублікованих у рецензованих виданнях аналітичних матеріалів. Жодних нових первинних даних у процесі дослідження не збиралось. Всі використані відкриті джерела є публічно доступними за посиланнями, наведеними у списку літератури.

Відповідність матеріалів статті нормам біоетики. Дослідження є аналітичним і систематичним (системний аналіз, вторинний аналіз відкритих агрегованих даних WHO, OECD, НСЗУ та аналонімізованих кейсів). Первинні персональні дані пацієнтів або медичного персоналу в дослідженні не використовувались. Відповідно до наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 та Гельсінської декларації WMA (2013) стосовно досліджень, що не передбачають взаємодії з людьми або використання їхніх персональних даних, отримання рішення комісії з біоетики не потребується.

Декларація про Використання Генеративного ШІ. У процесі підготовки цієї статті автор використовував генеративний ШІ виключно для покращення читабельності та виправлення граматичних помилок. Всі зміст, дані, висновки та аналіз є оригінальною роботою автора. Автор несе повну відповідальність за достовірність та оригінальність усіх матеріалів.

Список літератури

1. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva : WHO, 2016. 48 p.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations. Copenhagen : WHO/Europe, 2023. 48 p.
3. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2023. DOI: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
4. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. Paris : OECD Publishing, 2020. 180 p. DOI: https://doi.org/10.1787/a92adee4-en
5. WHO/Europe, World Bank. Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery. Washington DC : World Bank Group, 2024. URL: https://documents.worldbank.org
6. 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. International Journal of Integrated Care. 2013. Vol. 13. P. e010. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.823
7. Rechel B., McKee M., Richardson E., Roberts B. Health systems in Eastern Europe: post-transition reforms and the impact of the Ukraine conflict. European Journal of Public Health. 2023. Vol. 33(Suppl 2). P. ckad160. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160
8. Dyer T. A., Brocklehurst P., Glenny A. M. Integration of health services: a systematic review of formal mergers. BMJ Open. 2023. Vol. 13(4). P. e067819. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067819
9. Valentijn P. P., Ruwaard D., Vrijhoef H. J. M. et al. Collaboration processes and perceived effectiveness of integrated care projects in primary care: a longitudinal mixed-methods study. BMC Health Services Research. 2015. Vol. 15. P. 463. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-015-1127-5
10. Goodwin N. Understanding integrated care: a complex process, not a structural change. International Journal of Integrated Care. 2016. Vol. 16(4). P. 6. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.2533
11. Kasekamp K., Habicht T., Demeshko O., Hawkins L. Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023.
12. Кравченко М. В., Дудіна О. О. Стан і тенденції первинної медичної допомоги в Україні в умовах медичної реформи. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 1. С. 4–12. DOI: https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14405

13. Грицко Р. Ю., Фуртак І. І., Грицко О. М., Колядич М. М., Пеканець С. Р. Напрями удосконалення управління ресурсами системи охорони здоров'я України. Problems of Science and Practice. 2022. № 1(5). С. 45–52.
14. Грицко Р. Ю. Інституційні та правові засади формування інтегрованого інвестиційного клімату в Україні. Наукові праці МАУП. 2025. № 79. С. 55–62. DOI: https://doi.org/10.32689/2523-4536/79-6
15. Грицко Р., Грицко О., Пеканець С. Трансформація медичної допомоги через інноваційні технології: роль цифрових технологій у реабілітації пацієнтів. Grail of Science. 2025. № 53. С. 840–845.
16. Національна служба здоров'я України. Звіт про діяльність НСЗУ за 2023 рік. Київ, 2024. URL: https://nhsu.gov.ua
17. Національна служба здоров'я України. Дані Програми медичних гарантій. Київ, 2023. URL: https://nhsu.gov.ua

References

1. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. WHO.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Primary health care financing in Ukraine: A situation analysis and policy considerations. WHO/Europe.
3. OECD. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
4. OECD. (2020). Realising the potential of primary health care. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/a92adee4-en
5. WHO/Europe & World Bank. (2024). Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery. World Bank Group. Retrieved from: https://documents.worldbank.org
6. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care, 13, e010. https://doi.org/10.5334/ijic.823
7. Rechel, B., McKee, M., Richardson, E., & Roberts, B. (2023). Health systems in Eastern Europe: Post-transition reforms and the impact of the Ukraine conflict. European Journal of Public Health, 33(Suppl 2), ckad160. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160
8. Dyer, T. A., Brocklehurst, P., & Glenny, A. M. (2023). Integration of health services: A systematic review of formal mergers. BMJ Open, 13(4), e067819. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067819
9. Valentijn, P. P., Ruwaard, D., Vrijhoef, H. J. M., et al. (2015). Collaboration processes and perceived effectiveness of integrated care projects in primary care: A longitudinal mixed-methods study. BMC Health Services Research, 15, 463. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1127-5
10. Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care: A complex process, not a structural change. International Journal of Integrated Care, 16(4), 6. https://doi.org/10.5334/ijic.2533
11. Kasekamp, K., Habicht, T., Demeshko, O., & Hawkins, L. (2023). Primary health care financing in Ukraine: A situation analysis and policy considerations. WHO Regional Office for Europe.
12. Kravchenko, M. V., & Dudina, O. O. (2024). Status and trends of primary health care in Ukraine under health reform. Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy, (1), 4–12. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14405
13. Hrytsko, R. Yu., Furtak, I. I., Hrytsko, O. M., Koliadych, M. M., & Pekanets, S. R. (2022). Directions for improving health care resource management in Ukraine. Problems of Science and Practice, (1)(5), 45–52.
14. Hrytsko, R. Yu. (2025). Institutional and legal foundations for forming an integrated investment climate in Ukraine. Naukovi pratsi MAUP, (79), 55–62. https://doi.org/10.32689/2523-4536/79-6
15. Hrytsko, R., Hrytsko, O., & Pekanets, S. (2025). Transformation of medical care through innovative technologies: The role of digital technologies in patient rehabilitation. Grail of Science, (53), 840–845.
16. National Health Service of Ukraine. (2024). Report on the activities of the NHSU for 2023. Retrieved from: https://nhsu.gov.ua
17. National Health Service of Ukraine. (2023). Data of the Medical Guarantees Program. Retrieved from: https://nhsu.gov.ua

FUNCTIONAL EFFICIENCY OF HEALTHCARE FACILITY INTEGRATION IN UKRAINE: RISKS OF FORMAL INTEGRATION UNDER COMMUNAL NON-PROFIT ENTERPRISE CENTRALIZATION

R. Yu. Grytsko
Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Objective: To conduct a comprehensive assessment of the consequences of integrating polyclinics into large territorial medical associations (TMAs) in Ukraine, focusing on financial imbalances, management transformations, and the risks of formal integration without a real increase in functional system efficiency.

Materials and methods: Systems analysis, comparative and financial-economic analysis, case analysis, and conceptual modelling were used. Secondary analysis of analytical materials from WHO, OECD, World Bank, WHO/Europe, and national sources (NHSU) was applied.

Results: The formal consolidation of healthcare facilities within communal non-profit enterprises (CNEs) / TMAs was found not to ensure functional integration. Financial resource redistribution from primary healthcare (PHC) to hospital care was identified (from 62% to 46% of budget), administrative cost growth (from 9% to 19%), and physician turnover doubling (from 8% to 18%). The concept of 'formal integration' and an integral effective-

ness index are proposed. In Ukrainian TMAs, the index value of 0.3-0.5 indicates a predominantly formal nature of mergers.

Conclusions: Centralised formal integration is a transitional institutional form. Key conditions for successful integration include: KPI-based management, financial transparency, independent audit, development of digital integration, and preservation of primary care functional autonomy.

KEY WORDS: healthcare integration; formal integration; primary healthcare; communal non-profit enterprises; financial imbalance; health system management; pseudo-integration.

Дата першого надходження статті до видання: 15.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 20.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про автора:
Грицко Роман Юліанович – доктор наук з державного управління, заслужений професор Європейського професійного докторату, доцент кафедри інфекційних хвороб Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; ORCID 0000-0001-7086-8399.

Електронна адреса для листування: grytskoroman@gmail.com