

В.М. Лехан^{1*},
Н.В. Пучкова²,
М.І. Заярський¹,
Д.Д. Заславський¹

СИСТЕМА ІНДИКАТОРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: РЕЗУЛЬТАТИ ДЕЛЬФІЙСЬКОЇ ПРОЦЕДУРИ

Дніпровський державний медичний університет¹

вул. Володимира Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації²

пр. Олександра Поля, 2, Дніпро, 49101, Україна

Dnipro State Medical University¹

Volodymyra Vernadskoho str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

Department of Health of the Dnipropetrovsk Regional State Administration²

Oleksandra Polia ave., 2, Dnipro, 49101, Ukraine

*e-mail: v.n.lexan@gmail.com

Цитування: Медичні перспективи. 2026. Т. 31, № 2. С. 199-207

Cited: Medicin perspectives. 2026;31(2):199-207

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, індикатори, доступність, якість медичної допомоги, дельфійська процедура

Key words: *primary health care, indicators, accesstocare, qualityofcare, Delphi method*

Реферат. Система індикаторів первинної медико-санітарної допомоги в Україні: результати дельфійської процедури. Лехан В.М., Пучкова Н.В., Заярський М.І., Заславський Д.Д. Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основою ефективних і стійких систем охорони здоров'я. Формування валідної та керованої системи індикаторів ПМСД є необхідною умовою моніторингу доступності та якості медичної допомоги й ухвалення обґрунтованих управлінських рішень в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Мета – обґрунтувати систему індикаторів первинної медико-санітарної допомоги в Україні з урахуванням міжнародних підходів і національного контексту та визначити їх пріоритетність для практичного впровадження управлінського моніторингу. Дослідження проведено у 2025-2026 рр. із застосуванням дельфійської методики експертного оцінювання. Початковий перелік зі 121 індикатора сформовано на основі системного аналізу міжнародних рамкових документів та чинної національної нормативно-правової бази за 2017-2025 роки. У два раунди анонімного опитування 23 національні експерти оцінювали індикатори за критеріями значущості для управління, керованості з боку системи охорони здоров'я та можливості достовірного вимірювання з використанням наявних інформаційних ресурсів. Для статистичної обробки застосовано методи описової статистики, розраховано медіани, інтерквартильний розмах та коефіцієнт конкордації Кендалла для оцінювання узгодженості експертних суджень. Визначено 8 ключових цілей застосування індикаторів ПМСД, серед яких найвищий пріоритет отримали оцінки доступності, якості медичної допомоги та ефективності використання ресурсів, які характеризувалися найнижчими значеннями медіан і високим рівнем узгодженості експертних оцінок. За результатами першого туру експертного опитування виключено 86 зі 121 індикатора, переважно через обмежену їх практичну вимірюваність, недостатню керованість або високу ресурсомісткість збору даних. За підсумками двотурової дельфійської процедури сформовано два взаємопов'язані набори індикаторів: базовий – для регулярного управлінського моніторингу з використанням даних електронної системи охорони здоров'я, та розширений – для поглибленого аналізу якості, результативності та ефективності ПМСД. Для обох пакетів досягнуто статистично значущого рівня експертного консенсусу ($W=0,56$; $p<0,05$), що підтверджує достатню узгодженість і надійність отриманих результатів. У результаті дослідження сформовано науково обґрунтовану, структуровану систему індикаторів первинної медико-санітарної допомоги, гармонізовану з міжнародними підходами та адаптовану до сучасних умов функціонування системи охорони здоров'я України. Запропонований підхід створює передумови для поетапного впровадження системи моніторингу та оцінювання первинної медико-санітарної допомоги.

Abstract. Primary health care indicator system in Ukraine: results of a Delphi study. Lekhan V.M., Puchkova N.V., Zaiarskyi M.I., Zaslavskyi D.D. Primary health care (PHC) is the foundation of effective and sustainable healthcare systems. The formation of a valid and manageable system of PHC indicators is a necessary condition for monitoring the accessibility and quality of healthcare and making informed management decisions in the context of reforming the healthcare system of Ukraine. Aim: to substantiate the system of primary health care indicators in Ukraine, taking into account international approaches and the national context, and determine their priority for the

practical implementation of management monitoring. The study was conducted in 2025-2026 using the Delphi method of expert assessment. The initial list of 121 indicators was formed based on a systematic analysis of international framework documents and the current national regulatory framework for 2017-2025. In two rounds of an anonymous survey, 23 national experts assessed the indicators according to the criteria of significance for management, manageability from the health care system, and the possibility of reliable measurement using available information resources. Descriptive statistics methods were used for statistical processing; medians, interquartile range, and Kendall's concordance coefficient were calculated to assess the consistency of expert judgments. 8 key objectives for the use of PHC indicators were identified, among which the highest priority was given to assessments of accessibility, quality of medical care, and efficiency of resource use, which were characterized by the lowest median values and a high level of consistency of expert assessments. According to the results of the first round of the expert survey, 86 out of 121 indicators were excluded, mainly due to their limited practical measurability, insufficient manageability, or high resource intensity of data collection. As a result of the two-round Delphi procedure, two interrelated sets of indicators were formed: basic – for regular management monitoring using data from the electronic health system, and extended – for in-depth analysis of the quality, effectiveness, and efficiency of primary health care. A statistically significant level of expert consensus was achieved for both packages ($W=0.56$; $p<0.05$), which confirms the sufficient consistency and reliability of the results obtained. As a result of the study, a scientifically sound, structured system of primary health care indicators was formed, harmonized with international approaches, and adapted to the modern conditions of the functioning of the Ukrainian health care system. The proposed approach creates the prerequisites for the phased implementation of a system of monitoring and evaluation of primary health care.

Сучасна трансформація національної системи охорони здоров'я України, що відбувається в умовах безпрецедентних викликів воєнного стану та глибоких соціально-економічних перетворень, ставить забезпечення якісних медичних послуг первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у центр державної стратегії. ПМСД розглядається не лише як точка першого контакту пацієнта з медичною системою, а як стратегічний інструмент забезпечення стійкості, справедливості та ефективності всієї галузі [1].

Сильна ПМСД у світі асоціюється з кращими показниками здоров'я, зниженням рівня уникнення госпіталізацій, підвищенням безперервності допомоги та більш раціональним використанням ресурсів [2, 3]. У цьому контексті моніторинг діяльності ПМСД на основі валідних і керованих індикаторів розглядається як необхідна умова для управління якістю та ухвалення обґрунтованих управлінських рішень [4, 5], реалізації принципів стратегічних закупівель медичних послуг, що здійснюються Національною службою здоров'я України (НСЗУ) [6].

Міжнародні організації, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), а також Ініціатива з оцінювання ефективності первинної медичної допомоги (The Primary Health Care Performance Initiative – РНСРІ), підкреслюють доцільність формування систем індикаторів ПМСД, орієнтованих на чітке визначення цілей, прозорість та управлінську керованість [2, 3, 5, 7, 8].

В Україні питання розробки системи індикаторів ПМСД набуло особливої актуальності в умовах трансформації фінансування та організації надання первинної медичної допомоги. Хоча чинні нормативні документи визначають окремі

показники доступності ПМСД, їх перелік залишається фрагментарним і не повною мірою узгодженим з міжнародними рамками оцінювання [9]. Українські наукові дослідження здебільшого зосереджуються на емпіричних аспектах якості або доступності допомоги, не пропонуючи цілісного, науково обґрунтованого підходу до формування системи індикаторів ПМСД [10, 11].

Мета дослідження – обґрунтувати систему індикаторів первинної медико-санітарної допомоги в Україні з урахуванням міжнародних підходів і національного контексту та визначити їх пріоритетність для практичного впровадження управлінського моніторингу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проводилося у 2025-2026 роках у 3 етапи. На першому етапі було визначено цілі застосування індикаторів ПМСД, на другому – сформовано попереднє меню індикаторів ПМСД, на третьому – з використанням дельфійської процедури здійснювалося експертне оцінювання відібраних індикаторів з їх подальшим розподілом на 3 пакети: базовий, розширений та індикаторів, які недоцільні до використання в сучасних умовах України. Критерієм віднесення індикаторів до базового пакету визначалася можливість їх практичного вимірювання в Україні за сучасних умов – з урахуванням наявних даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), звітності НСЗУ та узагальненого досвіду повсякденної клінічної практики. До розширеного пакету оцінювання ПМСД рекомендувалося включати індикатори, доцільні для аналізу управлінських рішень у контексті розвитку ПМСД в Україні та подальшого поглиблення її цифровізації. Недоцільними до застосування є індикатори, які в сучасних умовах і в найближчій перспективі не

відповідають критеріям вимірюваності та відтворюваності даних, потребують непропорційних ресурсів для їх збору та суттєво залежать від чинників, що перебувають поза управлінським впливом на рівні ПМСД.

Цілі використання та початкове меню індикаторів ПМСД формувалися на основі аналізу рамкових документів і рекомендацій ВООЗ, ОЕСР, Світового банку, РНСРІ [4, 7, 8, 12], а також матеріалів Міністерства охорони здоров'я України [9], НСЗУ [6] та наукових публікацій українських вчених [10, 13].

Дизайн опитування за методом Дельфі включав такі стадії: передопитувальну підготовку та підбір експертної групи; двотурову експертизу, аналіз експертної інформації та оцінювання ступеня узгодженості думок експертів по закінченні кожного туру, визначення остаточного набору індикаторів ПМСД [14]. В експертному оцінюванні взяли участь 23 експерти – члени Дніпропетровської асоціації сімейної медицини. Формування експертної вибірки здійснювали з використанням класичного методу «колективного блокнота». До експертної групи залучали фахівців зі стажем професійної діяльності не менше 10 років та з першою або вищою лікарською кваліфікаційною категорією. Ключовим критерієм відбору була оцінка рівня компетентності експертів з визначенням коефіцієнтів інформованості, аргументованості та загальної компетентності. До участі в дослідженні залучали лише експертів з коефіцієнтом загальної компетентності не нижче 0,8 за максимально можливого значення 1,0. У першому турі експерти ранжували індикатори за важливістю (1 – мінімальна; 5 – максимальна), доцільністю та керованістю. Показники з медіаною <3 або високим міжквартильним розмахом виключалися або переглядалися. У другому турі переглянуті індикатори оцінювали повторно для досягнення експертного консенсусу.

У дослідженні застосовано системний підхід, бібліосемантичний метод, метод експертних оцінок, контент-аналіз стратегічних документів і нормативно-правової бази, а також описові та статистичні методи аналізу даних.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням програмних продуктів Microsoft Excel (<https://www.microsoft.com/microsoft-365/free-office-online-for-the-web>) та R-середовища (версія 4.3.1; <https://www.r-project.org>) із застосуванням стандартних медико-статистичних методів. Для описання кількісних показників, з урахуванням їх асиметричного розподілу, використовували медіану (Me) та

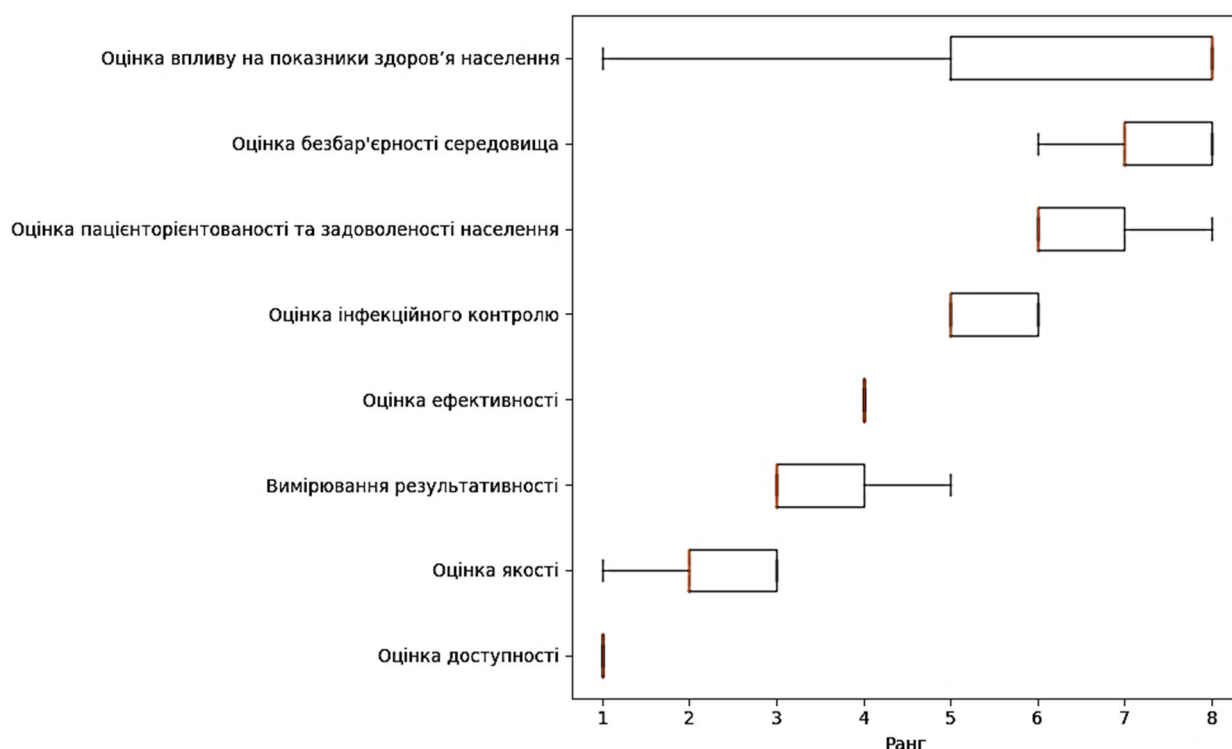
інтерквартильний розмах (IQR: 25%; 75%). Якісні (категоріальні) змінні наводили у вигляді абсолютних (n) та відносних (%) частот. Оцінювання узгодженості експертних суджень здійснювали за допомогою коефіцієнта конкордації Кендалла (W) з перевіркою його статистичної значущості за критерієм χ^2 Пірсона. Усі статистичні гіпотези перевіряли з використанням двобічних критеріїв. Різницю вважали статистично значущою при $p < 0,05$ [17].

Усі експерти, які мали доступ до первинної документації, підписали угоду про нерозголошення персональних даних. Відповідність дослідження принципам біоетики та медичної деонтології підтверджено висновком комісії з біоетики Дніпровського державного медичного університету (протокол № 34 від 14 січня 2026 р.).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для формування цілей застосування індикаторів та початкового меню індикаторів ПМСД було проаналізовано 7 міжнародних рамкових і методичних документів за 2017-2025 роки [4, 16-21]. Для адаптації зазначених підходів до українського контексту додатково проаналізовано національні нормативні [1, 6, 9] та аналітичні публікації експертів ВООЗ [22], що дозволило уточнити формулювання цілей, модифікувати окремі індикатори та виключити показники, які не сумісні з наявними та перспективними умовами функціонування системи охорони здоров'я України. Адаптований перелік цілей та меню індикаторів став підґрунтям для подальшого експертного відбору із застосуванням дельфійської процедури.

У результаті порівняльного аналізу зазначених джерел було ідентифіковано та узагальнено 8 цілей застосування індикаторів ПМСД та експертно встановлено чітку диференціацію їх пріоритетності (рис.). Найвищі позиції посідають оцінка доступності та оцінка якості медичної допомоги, для яких характерні найнижчі значення медіани рангу та мінімальний міжквартильний розмах, що свідчить про високий рівень узгодженості експертних оцінок. Вимірювання результативності та оцінка ефективності посідають проміжне місце у структурі пріоритетів, демонструючи помірну варіабельність оцінок. Натомість такі цілі, як оцінювання пацієнтоорієнтованості, оцінювання безбар'єрності середовища та особливо оцінювання впливу на показники здоров'я населення, характеризуються вищими значеннями медіани рангу та ширшим міжквартильним і загальним розмахом, що відображає нижчу пріоритетність і більшу неоднорідність експертних суджень щодо доцільності їх застосування на поточному етапі розвитку системи ПМСД.



Ранжування цілей застосування індикаторів ПМСД

Початковий перелік для експертного оцінювання включав 121 індикатор ПМСД, згрупований відповідно до визначених цілей їх застосування. За результатами першого туру опитування за дельфійською процедурою експерти практично одноставно (>90% опитаних) рекомендували або виключити, або низько оцінили (1-2 бали) 86 індикаторів. Зокрема, були виключені або низько оцінені 9 з 22 індикаторів доступності, 11 з 24 індикаторів якості, 11 із 17 індикаторів результативності, 6 з 8 індикаторів ефективності, 9 з 10 індикаторів пацієнтоорієнтованості, усі 13 індикаторів інфекційного контролю, 11 індикаторів безбар'єрності середовища надання ПМСД та 16 індикаторів впливу ПМСД на показники здоров'я населення. Відхилення низки індикаторів ПМСД відображає реальні управлінські та методологічні бар'єри. Індикатори інфекційного контролю були низько оцінені через труднощі вимірювання, «цифрову невидимість» та значні ресурсні потреби для їх застосування. Індикатори пацієнтоорієнтованості обмежені суб'єктивністю оцінок, а індикатори впливу ПМСД на показники здоров'я населення – мультифакторністю та віддаленістю результатів, особливо в умовах війни.

За підсумками двотурової дельфійської процедури сформовано базовий перелік індикаторів первинної медичної допомоги, що охоплює

ключові аспекти доступності та окремі характеристики результативності (табл. 1). Усі індикатори отримали високі медіанні оцінки експертів (Me=4-5), що підтверджує їхню відповідність для моніторингу діяльності ПМСД. Значення коефіцієнта конкордації $W=0,56$ свідчить про надійний рівень узгодженості експертів для ухвалення групових управлінських рішень.

Загалом базовий перелік індикаторів характеризується високим рівнем експертного консенсусу та орієнтацією на найбільш керовані й універсальні напрями оцінювання діяльності ПМСД.

Найвищий рівень консенсусу досягнуто щодо індикаторів охоплення деклараціями та забезпеченості лікарями ПМСД, які характеризувалися стабільно високими медіанами (Me=5), мінімальним міжквартильним розмахом у другому турі та згодою експертів понад 90%. Показники забезпеченості медсестрами та кількості контактів з ПМСД на одну особу на рік також отримали високі оцінки з тенденцією до зменшення варіабельності в другому турі.

Водночас індикатор відповідності матеріально-технічного оснащення робочих місць лікарів ПМСД отримав нижчий рівень схвалення серед експертів, що може свідчити про різні умови його реалізації в різних закладах. Індикатор охоплення вакцинацією дітей продемонстрував підвищення

медіанної оцінки в другому турі, що свідчить про посилення експертної згоди щодо його значущості.

Також було сформовано розширений перелік індикаторів ПМСД (табл. 2), який охоплює значно більший спектр характеристик якості, результативності, ефективності та пацієнтоорієнтованості ПМСД. До цього пакету включено показники, що особливо корисні для оцінювання роботи системи та підтримки управлінських рішень. Найвищу оцінку експертів отримали індикатори охоплення профілактичними скри-

нінгами, раціонального призначення антибіотиків та контролю хронічних захворювань, тоді як індикатори доступності, ефективності та пацієнтоорієнтованості здебільшого отримали середні оцінки, що підтверджує доречність їх включення саме до розширеного пакету. Узгодженість експертних оцінок була помірною, але достатньою, що підтверджує доцільність використання цих індикаторів у подальшому для аналітики та управління ПМСД.

Таблиця 1

**Базовий перелік індикаторів первинної медико-санітарної допомоги,
сформований за результатами дельфійської процедури**

Індикатор	Джерело даних	Формула розрахунку	Тип 1 Me (IQR)	Тип 2 Me (IQR)	Згода експертів, тур 2(%)
Ціль застосування індикаторів «Оцінка доступності ПМСД»					
Охоплення деклараціями в межах адміністративної території (громади, області, країни)	ЕСОЗ	Кількість осіб з укладеною декларацією ÷ чисельність населення території × 100	5 (1)	5 (0)	91
Забезпеченість лікарями ПМСД (на 10 000 населення)	ЕСОЗ та кадрові реєстри	Кількість лікарів ПМСД ÷ чисельність прикріпленого населення × 10 000	5 (1)	5 (0)	96
Забезпеченість медсестрами ПМСД (на 10 000 населення)	ЕСОЗ та кадрові реєстри	Кількість медичних сестер ПМСД ÷ чисельність прикріпленого населення × 10 000	4 (1)	4 (0)	87
Відповідність матеріально-технічного оснащення робочих місць лікарів ПМСД таблицю оснащення	Управлінська звітність керівників центрів ПМСД	Кількість робочих місць, оснащених відповідно до таблиці ÷ загальна кількість робочих місць × 100	4 (3)	4 (1)	74
Кількість контактів з ПМСД на 1 особу/рік	ЕСОЗ	Загальна кількість візитів ÷ чисельність прикріпленого населення	4(2)	5 (1)	78
Ціль застосування індикаторів «Вимірювання результативності ПМСД»					
Рівень охоплення вакцинацією дітей	ЕСОЗ	Кількість вакцинованих дітей ÷ кількість дітей відповідного віку × 100	4 (1)	5 (1)	74

Примітки: коефіцієнт конкордації W=0,56; $\chi^2=64,4$; $p<0000$.

Результати дослідження свідчать, що запропонована для України система індикаторів ПМСД є практичною для управління та легко застосовною на практиці (тобто операціоналізованою та управлінсько-релевантною системою), що підтверджується достатнім рівнем експертного консенсусу. Найбільшу увагу експерти приділяли показникам, які характеризують цілі доступності та якості медичної допомоги, що відповідає міжнародним підходам ВООЗ та ОЕСР, де ПМСД

розглядається як основа безперервної та якісної допомоги [4, 23]. Низька пріоритетність індикаторів інфекційного контролю, пацієнтоорієнтованості та впливу ПМСД на показники здоров'я населення зумовлена не їх концептуальною меншою значущістю, а обмеженою вимірюваністю, високою ресурсомісткістю та залежністю від факторів, що перебувають поза прямим управлінським впливом на рівні ПМСД [24, 25].

**Розширений перелік індикаторів первинної медико-санітарної допомоги,
сформований за результатами дельфійської процедури**

Індикатор	Джерело даних	Формула розрахунку	Тип 1 Me (IQR)	Тип 2 Me (IQR)	Згода експертів, тип 2(%)
Ціль застосування індикаторів «Оцінка доступності ПМСД»					
Частка пацієнтів, прийнятих у день звернення	ЕСОЗ	Кількість пацієнтів, прийнятих лікарем ПМСД у день первинного звернення, ÷ загальна кількість пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою у визначений період × 100	4 (2)	4 (1)	77
Середній час очікування планового візиту	ЕСОЗ	Середнє значення різниці між датою фактичного планового прийому лікарем ПМСД та датою запису пацієнта на візит, розраховане для всіх планових звернень у визначений період (у календарних днях)	4 (2)	4 (1)	74
Частка маломобільних та інших пріоритетних категорій пацієнтів, охоплених домашніми візитами ПМСД	Електронні медичні картки (ЕМК); оцифровані журнали обліку домашніх візитів; реєстри прикріпленого населення	Кількість маломобільних, паліативних та інших пріоритетних категорій пацієнтів, яким було надано ≥1 домашній візит у звітному періоді, ÷ загальна кількість таких пацієнтів, прикріплених до надавача ПМСД × 100	4 (1)	4 (0)	100
Рівень територіальної доступності ПМСД у сільській місцевості	Реєстр закладів/точок доступу ПМСД; геоінформаційні дані	Частка населення сільської місцевості, що проживає на території з доступом до ПМСД протягом робочого часу, ÷ загальна чисельність населення сільської місцевості × 100	3 (2)	3 (1)	75
Ціль застосування індикаторів «Оцінка якості ПМСД»					
Охоплення скринінгами (серцево-судинні ризики; рак шийки матки, молочної залози, колоректальний рак)	ЕСОЗ; ЕМК	Кількість пацієнтів відповідної цільової групи, які пройшли визначені скринінги ÷ загальна кількість пацієнтів цільової групи, які підлягали скринінгу × 100	5 (1)	5 (0)	100
Дотримання клінічних протоколів у ПМСД	ЕСОЗ; ЕМК	Кількість випадків, де надання допомоги відповідало чинним клінічним протоколам за визначеним переліком нозологій, ÷ загальна кількість проаналізованих випадків × 100	4 (0)	4 (0)	100
Безперервність нагляду	ЕМК; ЕСОЗ	Кількість пацієнтів з хронічними захворюваннями, які мали ≥1 плановий контакт за рік, ÷ загальна кількість пацієнтів з хронічними хворобами × 100	4 (2)	4 (1)	77
Поліпрагматизм в пацієнтів віком 65 років і старше	ЕМК; реєстр електронних рецептів	Кількість пацієнтів віком ≥65 років, яким одночасно призначено ≥5 лікарських засобів, ÷ загальна кількість пацієнтів цієї вікової групи, які отримували ПМСД у визначений період × 100	4 (2)	4 (1)	75
Призначення антибіотиків при гострих респіраторних вірусних інфекціях	ЕМК; реєстр електронних рецептів	Кількість випадків ГРВІ, у яких було призначено антибактеріальні лікарські засоби, ÷ загальна кількість зареєстрованих випадків ГРВІ в ПМСД × 100	5 (1)	5 (0)	92

продовження таблиці 2

Індикатор	Джерело даних	Формула розрахунку	Тип 1 Me (IQR)	Тип 2 Me (IQR)	Згода експертів, тип 2(%)
Ціль застосування індикаторів «Вимірювання результативності ПМСД»					
Контрольованість хронічних захворювань (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, астма, ХОЗЛ)	ЕСОЗ; ЕМК	Кількість пацієнтів, у яких досягнуто цільових показників ÷ загальна кількість пацієнтів ÷ під наглядом × 100	5 (1)	5 (0)	92
Ціль застосування індикаторів «Оцінка ефективності ПМСД»					
Динаміка госпіталізацій при захворюваннях, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ)	ЕСОЗ; ЕМК	Кількість госпіталізацій з приводу ЗПАЛ (за національним переліком) на 10 000 населення в динаміці	3 (2)	4 (1)	75
Частка уникнутих очних візитів завдяки телемедицинним консультаціям	ЕСОЗ; ЕМК	Кількість телемедицинських консультацій, після яких не виникла потреба в очному візиті, ÷ загальна кількість телемедицинських консультацій × 100	4 (2)	4 (1)	77
Ціль застосування індикаторів «Оцінка пацієнтоорієнтованості та задоволеності населення»					
Частка пацієнтів, задоволених отриманою первинною медичною допомогою	Стандартизовані опитування пацієнтів	Пацієнти, які оцінили ПМСД як «добру»/«дуже добру», ÷ загальна кількість опитаних × 100	4 (2)	4 (0)	92

Примітки: коефіцієнт конкордації W=0,56; $\chi^2=64,4$; $p<0,000$.

У процесі відбору індикаторів урахувалося, наскільки їх можна виміряти, наскільки вони практичні та придатні для управління на рівні ПМСД. Особливу увагу приділяли тим показникам, за які безпосередньо відповідають заклади первинної медичної допомоги. Показники, що потребують складного аудиту, не підтримуються наявними або потенційно модернізованими інформаційними системами та відображають віддалені результати на рівні населення, були виключені.

Запропоновані базовий та розширений пакети індикаторів забезпечують ієрархічний підхід до оцінювання ПМСД. Базові показники призначені для регулярного управлінського контролю, тоді як розширені – для поглибленого аналізу роботи ПМСД, підтримки управлінських рішень та оцінювання прогресу реформ. Вони також сприяють плануванню довгострокових стратегій розвитку. Індикатори базового пакету вже де-факто використовуються в контрагуванні з НСЗУ або готуються до впровадження. Розширений пакет дозволяє оцінювати якість, результативність та ефективність ПМСД, зокрема через контроль хронічних захворювань, уникнення госпіталізацій ЗПАЛ, раціональну фармакотерапію та боротьбу з антимікробною резистентністю. Для останнього вже існують технічні можливості ЕСОЗ, що

забезпечують упровадження рецептурного відпуску антибіотиків. Загалом такий поетапний підхід відповідає рекомендаціям ВООЗ щодо створення «меню індикаторів», які підбирають відповідно до можливостей інформаційних систем та потреб управління, з фокусом на процесах, що реально піддаються контролю, та проміжних результатах діяльності ПМСД [4].

У національному контексті результати дослідження здатні уточнити чинну нормативну базу оцінювання якості ПМСД в Україні [1, 6, 9], джерела даних і формули розрахунку, що підвищує практичну застосовність та потенціал інтеграції з електронною системою охорони здоров'я. У сучасних умовах (війна, обмежена цифрова інфраструктура) розширені індикатори можуть застосовуватися поступово та синхронізуватися з розширенням інформаційно-аналітичних можливостей, а базовий пакет – одразу для моніторингу та управління.

Таким чином, сформована система індикаторів поєднує національні регуляторні підходи з найкращими європейськими та міжнародними практиками і створює підґрунтя для поетапного впровадження ефективного моніторингу та управління якістю ПМСД в Україні.

Обмеження дослідження

1. Формування переліку індикаторів ґрунтувалося на експертних оцінках, що, попри застосування дельфійської процедури, не повністю усуває суб'єктивність суджень.

2. Відбір індикаторів здійснювався з урахуванням поточних та прогнозованих у коротко-строчковому періоді функціональних можливостей ЕСОЗ, що могло обмежити включення окремих концептуально важливих, але наразі важковимірюваних показників.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження доцільно спрямувати на емпіричну апробацію сформованих базового та розширеного переліків індикаторів ПМСД із залученням представників НСЗУ, фахівців з економіки охорони здоров'я, спеціалістів з медичної інформатики та представників громадського здоров'я з різних регіонів України. Використання фактичних даних ЕСОЗ на рівні окремих закладів, територіальних громад та регіонів дозволило б оцінити чутливість індикаторів, їх відтворюваність у часі, придатність для міжтериторіальних порівнянь, нівелювати регіональну специфіку.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу міжнародних підходів й адаптації їх до українського контексту було обґрунтовано цілі застосування індикаторів первин-

ної медико-санітарної допомоги та сформовано початкове меню індикаторів для подальшого експертного відбору.

2. Результати дельфійської процедури засвідчили пріоритетність індикаторів, пов'язаних з доступністю та якістю первинної медико-санітарної допомоги, і дозволили сформувати базовий та розширений пакети показників з високою управлінською значущістю та прийнятним рівнем експертного консенсусу.

3. Запропонована система індикаторів узгоджується з міжнародними рамками оцінювання первинної медичної допомоги та адаптована до національного контексту функціонування системи охорони здоров'я України, що дозволяє розглядати її як науково обґрунтовану основу для поетапного моніторингу та оцінювання діяльності первинної медико-санітарної допомоги.

Внески авторів:

Лехан В.М. – концептуалізація, методологія, перевірка, адміністрування проєкту, редагування;

Пучкова Н.В. – дослідження, рецензування;

Заярський М.І. – формальний аналіз, написання – початковий проєкт;

Заславський Д.Д. – візуалізація, ресурси.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

- [On approval of health care system development strategy for period until 2030 and approval of operational action plan for its implementation in 2025-2027. Order Cabinet of Ministers of Ukraine dated 2025 Jan 17 No. 34-r]. [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 14]. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>
- World Health Organization. Primary health care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jan 14]. Available from: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs (Millwood)*. 2013;32(4):686-94. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems через primary health care lens. Geneva: World Health Organization; 2022. 60 p. Available from: <https://extranet.who.int/uhcpartnership/sites/default/files/reports/9789240044210-eng.pdf>
- Simou E, Pliatsika P, Koutsogeorgou E, Roumeliotou A. Quality indicators for primary health care: a systematic literature review. *J Public Health Manag Pract*. 2015 Sep-Oct;21(5):E8-E16. doi: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000037>
- National Health Service of Ukraine. [Analytical dashboards]. [Internet]. [cited 2026 Jan 14]. Ukrainian. Available from: <https://nszu.gov.ua/nszu-cifrova/onlain-servisi-dasbordi>
- OECD. Health at a Glance 2025: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2025. Available from: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Strong health systems via stronger measurement [Internet]. Washington (DC): PHCPI [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://www.improvingphc.org/>
- [On approval of model list of quality indicators for provision of primary medical care. Order Ministry of Health of Ukraine dated 2023 Apr 17 No. 716]. [Internet]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2023 Apr 17 [cited 2026 Jan 14]. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0716282-23>
- Nadutyi O, Lekhan VM, Tolstanov OK. [Methodological approaches to standardization of performance evaluation of primary health care facilities]. *Ukr Med J*. 2019 Jun 4;3(131)(2):1-5. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.131.157991>

11. Diachuk DD, Lishchyshyna OM, Ziukov OL, Handziuk VA. [Quality indicators in health care systems: focus on national resources – results, processes and productivity]. *Clin Prev Med*. 2022;1(19):91-8. Ukrainian. doi: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(19\).2022.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(19).2022.11)
12. Feil C, Wahnschafft S, Okara L, Villar-Urbe M, Vicencio J, Ramadan M, et al. First of all, the health of life affects the World Bank health, nutrition, population projects: analysis of trends, gaps, and promising practice in e performance. Washington (DC): World Bank Group; 2021. 80 p. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099816005262234609/pdf/IDU0e1bb0d1401b61042de0878f0c51d2166a397.pdf>
13. Anufriyeva V, Pavlova M, Stepurko T, Groot W. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. *BMC Health Service Res*. 2022 Jul 10;22(1):895. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08300-y>
14. Schifano J, Niederberger M. How Delphi studies in the health sciences find consensus: a scoping review. *Syst Rev*. 2025 Jan 14;14(1):14. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02738-3>
15. Gruzieva TS, Lekhan VM, Ognev VA, et al.; Gruzieva TS, editor. [Biostatistics]. Vinnytsia: Nova Knyha; 2020. 384 p. Ukrainian. ISBN 978-966-382-857-2
16. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Operational framework for primary Health care: transforming vision in action. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Jan 14]. 132 p. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7b1dddf5-199f-4167-8667-98c1e6eaf50f/content>
17. OECD. Healthcare quality and outcomes (HCQO) indicators 2022-23: definitions [Internet]. Paris: OECD; 2023 [cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-indicators.htm>
18. OECD. Health at a Glance 2025: OECD indicators. [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2025 [cited 2026 Jan 14]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html
19. Primary health care performance initiative (PHCPI). The PHCPI conceptual framework [Internet]. Washington (DC): PHCPI; 2017 [cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://improvingphc.org/phcpi-conceptual-framework>
20. Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). PHCPI indicators [Internet]. Washington (DC): PHCPI; 2018 [cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://improvingphc.org/phcpi-indicators>
21. Sinshaw A. Monitoring and evaluation framework for primary health care programmes and systems: a review. *Int J Integr Care*. 2024;24(Suppl 1):221. doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.APIC3221>
22. World Health Organization. Primary health care in Ukraine: progress review and way forward: assessment and data collection 2020-2021: health policy paper series. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 [cited 2026 Jan 14]. 65 p. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a38993ca-a2b7-4ce2-94f4-8753947e1771/content>
23. OECD. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Publishing; 2020. 208 p. doi: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
24. Missiou A, Lionis C, Evangelou E, Tatsioni A. Health information first: a 20-year evidence map of randomized controlled trials. *Fam Pract*. 2023;40(1):128-37. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac067>
25. Stange KC, Miller WL, Etz RS. The role of primary care в improving population health. *Milbank Q*. 2023 Apr;101(S1):795-840. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12638>

Стаття надійшла до редакції 05.02.2026;
затверджена до публікації 05.05.2026