

---

UDC 351.77

JEL classification: E02, O20, O21

DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2023.04.029>

**Алла МЕЛЬНИК,**

доктор економічних наук, професор,  
професор кафедри менеджменту,  
публічного управління та адміністрування,  
Західноукраїнський національний університет,  
вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46009, Україна,  
e-mail: [melnykaf@gmail.com](mailto:melnykaf@gmail.com)  
ORCID ID: 0000-0001-6033-7332

**Лариса МАТЮК,**

заступник начальника управління надання медичної  
допомоги населенню, розвитку охорони здоров'я  
та правового забезпечення Департаменту охорони здоров'я,  
Тернопільська обласна державна адміністрація,  
вул. Грушевського, 8, м. Тернопіль, 46002, Україна,  
e-mail: [orchidea2008@ukr.net](mailto:orchidea2008@ukr.net)  
ORCID ID: 0009-0007-4308-1436

**ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ КЛАСТЕРНОГО ПІДХОДУ В ПРАКТИКУ  
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:  
ТЕОРЕТИКО-ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ**

Мельник А., Матюк Л. Імплементация кластерного подхода в практику территориальной организации охраны здоровья: теоретико-институциональные та практичные аспекты. *Вісник економіки*. 2023. Вип. 4. С. 29–51. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2023.04.029>

Melnyk, A., Matiuk, L. (2023). Implementatsiia klasternoho pidkhodu v praktyku terytorialnoi orhanizatsii okhorony zdorovia: teoretyko-instytutsionalni ta praktychni aspekty [Implementation of the cluster approach in the practice of the territorial organization of health care: theoretical, institutional and practical aspects]. *Visnyk ekonomiky – Herald of Economics*, 4, 29-51. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2023.04.029>

**Анотація**

**Вступ.** Реформування системи охорони здоров'я в Україні забезпечило створення багаторівневого надання медичних послуг, яке охопило медичні заклади всіх форм власності, що є не лише конкурентами на регіональному та локальних ринках, але й повноправно отримали можливість взяти участь у договірних відносинах з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) щодо надання пакетів медичної допомоги. Попри позитивні наслідки трансформаційних змін, в регіонах виникла

---

© Алла Мельник, Лариса Матюк, 2023.

низка проблем щодо формування оптимальних комунікацій між різними рівнями надання медичних послуг, доступності послуг для пацієнтів, логістики, пов'язаної з медичним обслуговуванням, ефективності використання бюджетних коштів, матеріальних і людських ресурсів, доступності спеціальної медичної допомоги в окремих регіонах (в першу чергу регіонах воєнних дій), територіальної організації мережі. Згідно з урядовими рішеннями, для розв'язання цих проблем, започатковано процес формування госпітальних округів та госпітальних кластерів, що, як показує практика, вимагає неоднозначних управлінських рішень. Зазначене актуалізує проблему наукового супроводу (аналітичних оцінок, моніторингу, проектування можливих подальших змін) сучасних процесів територіальної організації охорони здоров'я та публічного управління нею на регіональному та локальному рівнях.

**Мета дослідження** – системний аналіз процесів кластеротворення в охороні здоров'я і на цій основі розвиток теоретико-методологічних положень та обґрунтування напрямів подальшого удосконалення сформованих моделей територіальної організації галузі.

**Методи.** Застосовані методи: системного аналізу – для оцінювання процесу становлення нормативно-правових передумов започаткування кластерних ініціатив в охороні здоров'я, компаративного аналізу – з метою виявлення теоретичних підходів до трактування феномену територіальних кластерів у вітчизняній і зарубіжній науковій думці. Використано загальнонаукові й емпіричні методи економічної науки: методи аналізу і синтезу, порівняння, зведення та групування – для виявлення потенціалу, можливостей та загроз в реалізації управлінських рішень щодо подальшого функціонування та розвитку кластерів в охороні здоров'я регіонів України.

**Результати.** Доведено, з застосуванням низки аргументів, доцільність використання кластерного підходу в територіальній організації охорони здоров'я. Дано оцінку процесам становлення інституційного базису формування кластерів в охороні здоров'я в Україні. Визначено особливості організаційної структури територіального госпітального кластера. Здійснено емпіричний аналіз передумов формування госпітальних кластерів в окремих регіонах України. Визначено очікувані результати формування спроможної мережі і утворення територіальних госпітальних кластерів та ризики в реалізації управлінських рішень щодо обраної моделі територіальної організації медичного простору. На основі моделювання можливого впливу інституційних, виробничих, інфраструктурних та фінансових факторів на функціонування і розвиток новоутворених структурних утворень в охороні здоров'я регіону, запропоновано можливі варіанти попередження, і нівелювання негативних впливів та розбудови взаємовідносин органів місцевого самоврядування з медичними закладами різного рівня з метою оптимізації синергетичного ефекту кластеротворення.

**Перспективи.** Подальші наукові дослідження доцільно зосередити на питаннях моніторингу роботи мережі закладів первинної і спеціалізованої медичної допомоги в рамках новоутворених госпітальних кластерів та впровадженні інформаційних систем в практику стратегічного та оперативного управління спроможною мережею охорони здоров'я.

---

**Ключові слова:** Кластер, охорона здоров'я, територіальна організація, госпітальний кластер, госпітальний округ, медична реформа, спеціалізована медична допомога, спроможна мережа.

**Формули: 0, рис.: 1, табл.: 5, бібл.: 24.**

**Alla MELNYK,**

D. Sc. (Economics), Professor,  
Professor Department of management,  
public administration,  
Western Ukrainian National University,  
11 Lvivska st., Ternopil, 46009, Ukraine,  
e-mail: melnykaf@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0001-6033-7332

**Larysa MATIUK,**

deputy head of the Department of  
providing medical assistance to the  
population, development of health care and  
legalsupport of the Health Care Department  
of the Ternopil Regional State Administration,  
8 Hrushevskoho st., Ternopil, 46002, Ukraine,  
e-mail: orchidea2008@ukr.net  
ORCID ID:

### **Abstract**

**Introduction.** *The reform of the health care system in Ukraine ensured the creation of a multi-level provision of medical services, which covered medical institutions of all forms of ownership, which are not only competitors on the regional and local markets, but also had the full opportunity to participate in contractual relations with the National Health Service of Ukraine (NSZU) regarding the provision of medical care packages. Despite the positive consequences of transformational changes, a number of problems arose in the regions regarding the formation of optimal communications between different levels of providing medical services, the availability of services for patients, logistics related to medical care, the effectiveness of the use of budget funds, material and human resources, the availability of special medical care in separate regions (primarily regions of military operations), territorial organization of the network. According to government decisions, to solve these problems, the process of forming hospital districts and hospital clusters has been initiated, which, as practice shows, requires ambiguous management decisions. The above actualizes the problem of scientific support (analytical assessments, monitoring, design of possible further changes) of modern processes of the territorial organization of health care and its public management at the regional and local levels.*

**The purpose** of the research is a systematic analysis of the processes of cluster formation in health care and, on this basis, the development of theoretical and methodological provisions and justification of directions for further improvement of the established models of territorial organization of the industry.

**Methods.** *Applied methods of system analysis - to evaluate the process of establishing regulatory and legal prerequisites for starting cluster initiatives in health care, comparative analysis - in order to identify theoretical approaches to the interpretation of the phenomenon of territorial clusters in domestic and foreign scientific opinion. General scientific and empirical methods of economic science are used: methods of analysis and synthesis, comparison, summary and grouping - to identify the potential, opportunities and threats in the implementation of management decisions regarding the further functioning and development of clusters in health care of the regions of Ukraine.*

**The results.** *Using a number of arguments, the expediency of using the cluster approach in the territorial organization of health care has been proven. The process of establishing the institutional basis for the formation of clusters in health care in Ukraine is evaluated. The peculiarities of the organizational structure of the territorial hospital cluster are determined. An empirical analysis of the prerequisites for the formation of hospital clusters in certain regions of Ukraine was carried out. The expected results of the formation of a capable network and the formation of territorial hospital clusters and risks in the implementation of management decisions regarding the selected model of the territorial organization of the medical space are determined. Based on the modeling of the possible influence of institutional, industrial, infrastructural and financial factors on the functioning and development of newly formed structural entities in the health care of the region, possible options for prevention and leveling of negative effects and development of relations between local self-government bodies and medical institutions of various levels are proposed for the purpose of optimization synergistic effect of cluster formation.*

**Prospects.** *It is advisable to focus further scientific research on the issues of monitoring the work of the network of primary and specialized medical care institutions within the framework of newly formed hospital clusters and the introduction of information systems into the practice of strategic and operational management of a capable health care network.*

**Keywords:** *Cluster, health care, territorial organization, hospital cluster, hospital district, medical reform, specialized medical care, capable network.*

**Formulas: 0, fig.: 1, tab.: 5, bibl.: 24.**

**Постановка проблеми.** Реформування системи охорони здоров'я в Україні, як результат, забезпечило створення трьох рівнів надання медичних послуг – первинного, вторинного (спеціалізованого) і третинного (високоспеціалізованого), які охопили, передусім, медичні заклади комунальної та державної власності. Поряд з цим в регіонах інтенсивно розвивається мережа приватних медичних закладів, які є не лише конкурентами в наданні медичних послуг на регіональному (локальному) ринку, але й повноправно мають можливість взяти участь у договірних відносинах з НСЗУ щодо надання пакетів медичної допомоги. Попри позитивні наслідки трансформаційних змін, в регіонах виникла низка проблем щодо формування оптимальних комунікацій між різними рівнями надання медичних послуг, доступності послуг для пацієнтів, логістики, пов'язаної з медичним обслуговуванням, ефективності використання бюджетних коштів, матеріальних і людських ресурсів, територіальної організації спроможної мережі. Окрім того, на сьогоднішній день в Україні є проблеми з доступністю якісної спеціалізованої медичної допомоги в окремих регіонах країни.

---

Згідно урядових рішень, з метою розв'язання цих проблем започатковано процес формування госпітальних округів та госпітальних кластерів, що, як показує практика, вимагає неоднозначних управлінських рішень. Зазначене актуалізує проблему наукового супроводу сучасних процесів територіальної організації охорони здоров'я та публічного управління на регіональному і локальному рівнях.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Теоретико-прикладні засади територіальної організації продуктивних сил, просторового розвитку секторів економіки, видів економічної діяльності розглядаються в працях зарубіжних та вітчизняних вчених, зокрема М. Долішнього, З. Варналія, Я. Жаліло, М. Мельник та ін. Сучасні проблеми формування та функціонування госпітальних округів розглянуті А. Васиною. Проблеми формування територіальних кластерів знайшли відображення у працях О. Варяниченко, М. Гоменюк, Р. Глушаниці, С. Давимуки, В. Жерухи, О. Кузьміна, Л. Федулової. Серед зарубіжних вчених, в працях яких піднята проблема кластеризації, варто відзначити таких дослідників, як: М. Porter [1], С. Ketels, О. Solvell, G. Lindqvist [2], М. Enright [3], Е. Braun, L. van den Berg [4].

Незважаючи на розгляд в економічній літературі окремих теоретичних та практичних положень формування та функціонування регіональних кластерів, зазначені дослідження не охоплюють таку сферу життєдіяльності як охорона здоров'я, особливо стосовно врахування посттрансформаційних змін, яких вона зазнала в Україні в результаті перших етапів реформування. Це вимагає детального аналізу нових явищ в царині кластеризації та їх оцінки через призму напрацьованих емпіричних розвідок.

**Мета статті** – системний аналіз процесів кластеротворення в охороні здоров'я і на цій основі розвиток теоретико-методологічних положень та обґрунтування напрямів подальшого удосконалення сформованих моделей територіальної організації галузі.

**Виклад основного матеріалу.** Важливою умовою функціонування сучасної системи охорони здоров'я в будь-якому регіоні є наявність модельного сценарію її сталого розвитку та механізмів її ресурсного забезпечення. Це обумовлює необхідність вибору інноваційних шляхів розв'язання цієї проблеми у всіх сферах життєдіяльності. З метою досягнення цілей якісного і доступного забезпечення надання медичних послуг Постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [5] передбачено формування у регіонах госпітальних округів та госпітальних кластерів. Пропозиція щодо утворення таких інституційних утворень корелюється з процесами реалізації завдань добровільного об'єднання територіальних громад.

За змістом – це по суті інтеграційний процес, в рамках якого відбувається об'єднання надання послуг в лікарнях та догляду на рівні громад, первинної і спеціалізованої медичної допомоги, інтенсивного лікування та реабілітації, фізичних та психічних аспектів здоров'я, медичної та соціальної допомоги.

На реалізацію ухваленого нормативно-правового акту в регіонах розроблені плани розвитку госпітальних округів на 2023–2025 роки з пропозиціями утворення госпітальних кластерів та визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

Успіх будь-якого управлінського рішення можливий, якщо воно сформоване: по-перше, на якісній теоретико-методологічній базі; по-друге, на об'єктивній, комплексній

оцінці об'єкта управлінських дій; по-третє, на врахуванні практичного досвіду суб'єктів управління, які вже започаткували і апробували такі інновації; по-четверте, на дотриманні інституційних рамок, встановлених законодавством країни. З огляду на це, розглянемо проблему формування і функціонування госпітальних кластерів через призму теоретичного базису кластеротворення, інституційного середовища та практичної апробації.

Теоретичний базис. В економічній літературі кластери розглядаються як ефективна форма розвитку регіонів. Як зазначають С. Давимука, Л. Федулова: «Ретроспектива показує, що основою економічної політики багатьох розвинених країн, починаючи з 90-х років ХХ ст. були процеси саме кластеризації економіки, якими вже охоплено понад 50% економік провідних країн» [6, с. 95]. І хоча ідея кластеризації започаткувалась як ідея утворення галузевих кластерів, один із засновників теорії кластеризації М. Портер ще у 90-их роках підкреслив, що «влада економічних угруповань, за Ойкеном, переходить до кластерів як сконцентрованих за географічним принципом груп взаємопов'язаних компаній, спеціалізованих постачальників, постачальників послуг, фірм у відповідних галузях, а також пов'язаних з їхньою діяльністю організацій (наприклад, університетів, агентств зі стандартизації, а також торговельних об'єднань) у відповідних галузях, конкуруючих, але разом з тим працюючих спільно» [1]. Іншими словами, автор вказує на прив'язаність кластера до певної території, в нашому випадку до регіону чи госпітального округу. Регіональні кластери, за оцінкою дослідників даної проблеми, сприяють розвитку регіонів, на території яких вони розміщені, вони розглядаються як двигун інноваційності, як вид складної багатовекторної організації. Саме увага до значимості інноваційних процесів обумовлює необхідність кластеризації. Відповідно, західні країни, в тому числі країни ЄС, використовують кластерний підхід при розробці і реалізації програм розвитку територій. «В Угоді про Асоціацію між ЄС та Україною (2014) і плані дій, що її деталізують, питання формування нових виробничих систем на основі кластерів проголошено в якості одного з найбільш актуальних напрямків розвитку економіки України» [7, с. 77]. Треба також врахувати, що формування і розвиток кластерів передбачені в Державній стратегії регіонального розвитку на 2021–2027 роки. В користь доцільності використання кластерного підходу в територіальній організації охорони здоров'я, можна назвати кілька вагомих аргументів:

1) надання медичних послуг є надзвичайно прив'язаним до місць поселення їх споживачів, що враховано в принципі субсидіарності;

2) процеси надання медичних послуг охоплюють ланцюг дій, які часто є взаємопов'язаними, а здійснюються на різних рівнях і зонах відповідальності;

3) саме через кластери можна досягти ефект децентралізації менш складних медичних послуг та концентрацію більш спеціалізованої допомоги, не порушивши вимогу доступності, якості, безпеки та безоплатності базового переліку напрямків спеціалізованої медичної допомоги, які гарантує держава;

4) взаємодія медичного персоналу є обов'язковою в рамках розподілу праці на різних рівнях надання медичної допомоги, що вимагає чіткої координації робіт первинної, вторинної і третинної ланки;

5) об'єднання надавачів послуг в єдині кластерні утворення може сприяти вирішенню проблеми зниження трансакційних витрат;

6) об'єднання учасників кластера в один виробничий ланцюжок, завдяки координації і кооперації праці, створює потенційну можливість підвищити ефективність і результативність для кожного з них, забезпечує ефект синергії;

7) є проблема диференціації медичної допомоги залежно від складності випадків і управління ризиками, що успішніше може бути вирішена завдяки співпраці в рамках кластера.

Попри очевидну потребу в кластеризації територіального медичного простору, чіткому визначенні медичного територіального кластеру, окреслення його структури в науковій літературі нема. В економічній вітчизняній літературі визначення кластеру пов'язують переважно з діяльністю промислових підприємств, будівельних організацій, видобутком надр, туризмом, підтримкою екосистем. Так, О. Варяченко вважає, що «Кластери – географічно близькі групи взаємозв'язаних підприємств, організацій, асоційованих установ, що належать до певної галузі чи сфери, пов'язані між собою спільними технологіями та навичками, характеризуються спільною діяльністю і взаємодоповнюють один одного» [8, с.119-120]. О. Кузьмін, В. Жаруха вважають, що «кластер – це географічно локалізована сукупність виробничо-активних суб'єктів економічної діяльності з мотивованими та стійкими коопераційними відносинами» [9, с. 16]. М. Гоменюк зазначає: «Кластер – це сконцентровані за географічною та територіальною ознакою групи взаємозалежних підприємств та споріднених галузей, що провадять спільну економічну діяльність, але в той же час конкурують між собою» [7. с. 77]. Р. Глушанець стверджує, що «кластер є територіально – галузевим добровільним об'єднанням підприємств, які тісно співпрацюють із науковими установами та органами місцевої влади з метою підвищення конкурентоспроможності власної продукції та економічного зростання регіону» [10, с. 39].

Інституційний базис. Проблема територіальної кластеризації охорони здоров'я в Україні була піднята саме на інституційному рівні. Становлення інституційної бази кластеризації в системі охорони здоров'я в Україні подано в таблиці 1.

Таблиця 1

**Формування нормативно-правової бази кластеризації охорони здоров'я в Україні в період 2016 -2023 років**

№ з/п	Назва нормативно-правового акта	Зміст
1.	«Про затвердження Порядку створення госпітальних округів». Пост. КМУ № 932 від 30.11.2016 р. [11].	Визначено госпітальний округ «як функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню такої території» [11].
2.	«Примірне положення про госпітальні округи, затверджене Міністерством охорони здоров'я України від 20.02.2017 р., № 165 [12].	Наголошено на недопустимості трактування Госпітального округу як окремого організаційно-правового рівня організації виконавчої влади, окремої юридичної особи чи суб'єкта медичного господарювання [12].

продовження таблиці 1

3.	«Деякі питання створення госпітальних округів» Пост. КМУ №1074 від 27.11.2019 р. [13].	Затверджено нову редакцію «Порядку створення госпітальних округів». Визначено умову створення та функціонування одного госпітального округу в межах області в орієнтації на організацію ефективної і сучасної мережі закладів охорони здоров'я. Закладено нормативний базис нового підходу до організації системи [13].
4.	«Типове положення про госпітальну раду», затверджене 27.11.2019 р. [14].	Затверджено Типове положення про госпітальну раду. Визначено порядок створення і функціонування госпітальних рад, «згідно з яким до їх складу входять представники від кожного з органів, уповноважених управляти комунальними і державними закладами охорони здоров'я, представники облдержадміністрації, об'єднань профспілок, громадських організацій, які представляють інтереси пацієнтів, керівники приватних закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної та госпітального етапу екстреної медичної допомоги» [14; 15, с. 219–2020].

Джерело: розроблено авторами на основі [12; 13; 14; 15, с. 219–220].

Необхідність вдосконалення та реформування законодавства України у сфері охорони здоров'я сприяла ухваленню Верховною Радою України 1 липня 2022 року Закону України 2347-ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [16]. Цей закон заклав основи масштабних змін у сфері охорони здоров'я, впровадження яких потребує об'єднання зусиль та нових підходів в управлінні.

Однією із ключових змін, регламентованих зазначеним законом, є закріплення на законодавчому рівні принципів формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Визначено, що вся територія України має бути розподілена на певні території обслуговування – госпітальні округи. У свою чергу, госпітальні округи мають поділитись на менші території обслуговування – госпітальні кластери. Також закон регламентує, що межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення і функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі госпітального округу, визначаються Кабінетом Міністрів України.

В розвиток цих положень Постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» було визначено, що в межах кожного госпітального округу буде сформована своя єдина спроможна мережа закладів охорони здоров'я, в тому числі тих, що надають спеціалізовану медичну допомогу [5]. Цим самим було закладено базис для створення адаптивної організаційної системи кластерного типу, яка, як правильно зазначено дослідниками цієї проблеми ще у 2020 році, «окреслює рамки регіонального медичного простору та концентрує кадрові, матеріально-технічні, інвестиційні ресурси публічного



---

й приватного секторів для надання повного обсягу вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню регіону» [15, с. 219].

Варто підкреслити, що Законом 2347 ІХ не лише закріплено принцип формування спроможної мережі спеціалізованих медичних закладів, але й зауважено, що в рамках госпітального округу необхідно формувати свою єдину унікальну спроможну мережу закладів охорони, визначено типи лікарень цієї мережі (загальна лікарня, кластерний заклад охорони здоров'я, надкластерний заклад охорони здоров'я), вказано, що маршрути екстреної медичної допомоги мають бути переформатовані на основі нової типології закладів охорони здоров'я [16].

Таким чином, на відміну від розглянутих вище трактувань кластера, законодавство в сфері реформування охорони здоров'я розглядає кластеризацію через призму трьох понять: госпітальний кластер, кластерна лікарня, надкластерний заклад охорони здоров'я. Організаційно це виглядає таким чином: в рамках госпітального кластера, як форми територіальної організації медичного простору, функціонують три типи медичних закладів:

- загальні лікарні, які розраховані на обслуговування від 40 тис. осіб, до яких пацієнти можуть доїхати не більше як за годину, а відстань не має перевищувати 60 км. У медзакладах такого типу надаватиметься допомога за базовими напрямками (анестезіологія, неврологія, інфекційні хвороби, ортопедія, травматологія, терапія, хірургія);

- кластерні лікарні (розраховані на обслуговування від 120 тис. осіб), у яких встановиться більш широкий перелік медичних послуг (кардіологія, алергологія, психіатрія, педіатрія, офтальмологія, урологія, трансфузіологія, акушерство і гінекологія);

- надкластерні ЗОЗ, де лікуватимуть найбільш складні випадки і надаватиметься найбільше медичних послуг (за напрямками – гастроентерологія, неонатологія, ендокринологія, інтенсивна терапія, кардіологія, кардіохірургія, пульмонологія, судинна хірургія, реабілітація тощо) [17].

Формування кластерів відображає інфраструктурний етап медичної реформи. Законом від 2022 р. передбачено перезавантаження госпітальних округів, створення в країні 136 кластерів з розрахунку один кластер на один адміністративний район. Було передбачено, що «спроможна мережа включатиме заклади первинної медичної допомоги, центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад, заклади спеціалізованої допомоги – надкластерні, кластерні та загальні» [18].

Таким чином, через надане роз'яснення законодавець повністю визначив трактування змісту територіального (госпітального) кластера в охороні здоров'я.

Розбудова кластерної системи здійснюється з врахуванням зарубіжного досвіду. Згідно нормативних вимог, передбачених Законом, обласні державні адміністрації мали подати в Міністерство охорони здоров'я України плани спроможної мережі, які повинні базуватись на регіональних особливостях госпітального округу, з метою погодження з останнім. Станом на 24.07.2023 р. МОЗ погодило спроможну мережу у 18 областях країни, що охопила 542 медичних заклади [19]. 20 вересня 2023 року до цієї групи була долучена Волинська область.

Для комплексної оцінки процесу кластеротворення в охороні здоров'я, проведений ретроспективний зріз аналізу необхідно доповнити емпіричними спостереженнями стосовно передумов, критеріїв, особливостей і відмінностей у вирішенні цієї важливої проблеми в окремих регіонах, механізму функціонування кластерів, принципів роботи спроможної мережі в кожному окрузі, здатності реалізувати функції структурними складовими кластерів.

В процесі дослідження в основу емпіричного аналізу взято вивчення досвіду формування спроможної мережі в Івано-Франківській, Чернігівській, Волинській, Вінницькій, Тернопільській областях. Як показав територіальний скринінг, у регіонах, незважаючи на деякі особливості, при формуванні кластерів до уваги було взято: адміністративно-територіальний поділ, чисельність населення і його концентрацію, критерії для формування різних типів медичних закладів в рамках їх нової класифікації, показники захворюваності, поточну міграцію, прогнозу міграцію, транспортну доступність тощо.

Базовою територією для поглибленого дослідження передумов і результатів формування госпітальних медичних кластерів, оцінки якості інституціонального забезпечення цього процесу в нашому дослідженні обрано Тернопільську область. Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 р. № 724-р «Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Тернопільської області» [21] в регіоні згідно нового територіального поділу визначено 3 адміністративні райони – Кременецький, Тернопільський, Чортківський, 1058 населених пунктів, 18 міст, 17 селищ міського типу, 16 селищних територіальних громад, 21 сільська територіальна громада [20; 21].

Для регіону характерна складна медико-демографічна ситуація, яка обумовлена низьким рівнем народжуваності упродовж останнього десятиліття порівняно з високим рівнем смертності, від'ємним природнім приростом населення, високим рівнем поширеності хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань. Станом на 01 січня 2023 року чисельність населення Тернопільської області склала 1014,2 тис. осіб, дитяче населення у віці 0-17 років – склало 18,6 % від усього населення [22]. Демографічні показники в області протягом тривалого часу демонструють стійкі депопуляційні тенденції. За останні 10 років чисельність населення зменшилась на 58,7 тисяч осіб або на 5,45%, за останні 20 років – на 120,0 тисяч або на 10,5%, за останні 30 років – на 153,7 тисяч або на 13,1 % [22]. За 2022 рік чисельність населення зменшилась з 1018,4 тисяч осіб до 1014,2, тобто на 0,42%. Природній приріст становив мінус 8152 особи. Відбувся міграційний приріст, який склав зниження приросту на 3898 осіб. [22].

Коефіцієнт народжуваності в області в 2022 році становив 5,8 на 1000 осіб, коефіцієнт смертності – 15,9 на 1000 осіб, коефіцієнт природного приросту – мінус 8,1 на 1000 осіб [22].

Госпітальна захворюваність становить 19 792,4 на 100 тисяч усього населення, у дорослих 18 років і старше – 20 126,0 на 100 тисяч населення, серед дітей 0–17 років включно – 183,3 на 1 тисячу відповідного населення [22]. В структурі госпітальної захворюваності серед дорослого населення на першому місці хвороби системи кровообігу, питома вага яких складає 20,7%, на другому – хвороби кістково-м'язової

системи, питома вага яких складає 9,9%, на третьому – хвороби органів дихання, що складає 8,6%. В структурі госпітальної захворюваності серед дитячого населення (0–17 років включно) на першому місці хвороби органів дихання, питома вага яких складає 35,4%, на другому – хвороби органів травлення, що складає 14,5% а, на третьому – травми та отруєння, питома вага яких складає 5,8% [22].

Враховуючи зазначене, Планом розвитку Тернопільського госпітального округу на 2023-2025 роки з пропозиціями визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я було: визначено «п'ять основних пріоритетів (ефективне врядування; універсальне охоплення медичними послугами; громадське здоров'я та можливість реагування на надзвичайні ситуації; залученість людей та громад в систему; кадрові ресурси)» [23]; обґрунтовано доцільність інтеграції первинної та спеціалізованої допомоги, послуг в лікарнях та догляду на рівні громади, інтенсивного лікування та реабілітації, фізичних та психічних аспектів здоров'я, медичної та соціальної допомоги; окреслено стратегічні цілі та шляхи їх досягнення .

Як позитив у практиці проектування територіальних госпітальних кластерів у регіоні, зазначимо оцінку потенціалу мережі закладів охорони здоров'я області комунальної (табл. 2, табл. 3 і табл. 4) та приватної форм власності. Аналіз, проведений за даними Тернопільського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, станом на 1 січня 2023 року до мережі закладів охорони здоров'я області, що належить до комунальної форми власності відомчого підпорядкування департаменту охорони здоров'я Тернопільської військової державної адміністрації, входило 100 закладів охорони здоров'я, з них 55 – надавали спеціалізовану медичну допомогу.

Таблиця 2

**Мережа багатопрофільних лікарняних закладів Тернопільської області станом на 01.01.2023 р.**

Територія (кластери)	до 50 ліжок	50–100	100–150	150–300	300–500	500–750	Всього
Тернопільський	3	2	5	5	1	–	16
Чортківський	–	5	2	2	1	–	10
Кременецький	2	1	1	2	–	–	6
Обласні заклади	–	–	1	–	1	1	3
По області	5	8	9	9	3	1	35

Джерело: розроблено за даними [22].

Таблиця 3

**Мережа обласних лікувальних закладів в Тернопільській області станом на 01.01.2023 р.**

Всього ліжок	Однопрофільні	Спеціалізовані	Особливого типу	Перинатальні центри	Всього
До 50 ліжок	–	–	1	–	1
50–100	1	1	–	–	2
100–150	–	1	–	–	1
150–250	–	2	–	1	3
250–311	–	2	–	–	2
Всього	1	6	1	1	9

Джерело: розроблено за даними [22].

Упродовж 10 останніх років в регіоні здійснювалась оптимізація ліжкового фонду (було скорочено 1,9 тисяч ліжок, що склало 21 % лікарняного фонду). Станом на 01 січня 2023 року ліжковий фонд області склав 7289 з показником забезпеченості 71,6 на 10 тисяч населення. Розрахункові показники забезпеченості стаціонарними ліжками в районах за основними типами ліжок та деякі дані щодо їх роботи надано в таблиці 4.

Таблиця 4

**Ліжковий фонд медичних закладів в Тернопільській області станом на 01.01.2023 року**

Територія (кластери)	Кількість ліжок		Зайнятість ліжка	Середня тривалість перебування
	к-ть	на 10 тис. нас.		
Тернопільська область	7289	71,6	250,5	9,0
Тернопільський	2288	41,1	247,8	8,4
Чортківський	1353	42,1	250,1	7,6
Кременецький	623	44,5	244,5	7,6

Джерело: розроблено за даними [22].

Для забезпечення надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі в області функціонував КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради, у складі якого функціонувало 5 станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги. В процесі реформування у їх складі створено 23 підстанції. Для забезпечення доступності екстреної медичної допомоги населенню віддалених населених пунктів на території області створено 26 пунктів постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Попри потужну роботу з оптимізації екстреної допомоги, пункти тимчасового базування бригад Е(Ш)МД із сталим визначенням локації на період створення кластерів в області були відсутні.

Важливим фактором формування спроможної мережі, а відтак повноцінних госпітальних кластерів є людські ресурси, задіяні в наданні медичної допомоги. У Тернопільській області станом на 01 січня 2023 року зареєстровано 4916,5 штатних лікарських посад, кількість зайнятих посад становила 4046,10, на яких працює 4104 фізичних особи [22]. Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) утримується на рівні 83% [22]. Співвідношення між лікарями і середніми медичними працівниками станом на 01 січня 2023 року склало 1:1,7 [22].

Укомплектованість штатних посад середніх медичних працівників – 97% [22]. Показник забезпеченості середніми медичними працівниками на 10 тисяч населення за 12 місяців 2022 року склав 80,6 штатними посадами лікарів, зайнятими посадами – 71,4 [22]. Розподіл медичного персоналу в розрізі адміністративних районів наведено в табл. 5.

**Чисельність лікарів та середнього медичного персоналу в розрізі районів  
Тернопільської області станом на 01.01.2023 року**

Територія (кластери)	Лікарі		Середній медичний персонал	
	кількість	на 10 тис. населення	кількість	на 10 тис. населення
Тернопільська область	4104	40,2	8191	80,4
Тернопільський	1945	34,9	3032	54,4
Чортківський	778	24,1	1847	57,4
Кременецький	312	22,2	813	58,0

Джерело: розроблено за даними [22].

Як бачимо, різниця у забезпеченості лікарями закладів охорони здоров'я у розрізі районів області відчутна: найвища в Тернопільському районі (34,9 на 10 тисяч населення), а найнижча – у Кременецькому (22,2 на 10 тисяч населення). У забезпеченості середнім медперсоналом – різниця мінімальна.

Вивчення існуючих проблем та недоліків управління медичною допомогою в регіоні дозволило визначити стратегічні цілі та завдання розвитку системи медичної допомоги, одним з яких стала структурна реорганізація закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення та формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я, створення ефективної моделі управління медичною, у числі спеціалізованою, допомогою. Результати проведеної роботи дозволили сформувати спроможну мережу закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу (рис.1).

Загалом, як видно з рисунку 1, спроможна мережа Тернопільського госпітального округу об'єднала 2 надкластерні багатопрофільні заклади: «КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради (з приєднанням КНП «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер» Тернопільської обласної ради) [23] та КНП «Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс» «Тернопільської обласної ради); КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради (з об'єднанням із КНП «Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина» Тернопільської обласної ради); 3 надкластерні заклади охорони здоров'я, що виконують функцію головного центру з організації і надання медичної та реабілітаційної допомоги (КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради; КНП «Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр» Тернопільської обласної ради; КНП «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер» Тернопільської обласної ради); 7 кластерних закладів охорони здоров'я; 14 загальних лікарень; 37 надавачів первинної медичної допомоги; 23 приватні структури, що надають первинну медичну допомогу та декларують населення; КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради.

Позиціонування статусу закладів, що ввійшли до спроможної мережі (загальний, кластерний, надкластерний), дає можливість визначити нові шляхи для всіх без виключення пацієнтів щодо отримання спеціалізованих медичних послуг, уточнити

маршрути екстреної медичної допомоги на основі нової типологізації закладів охорони здоров'я, що дозволить проводити екстрену госпіталізацію у визначений заклад відповідно до стану пацієнта.

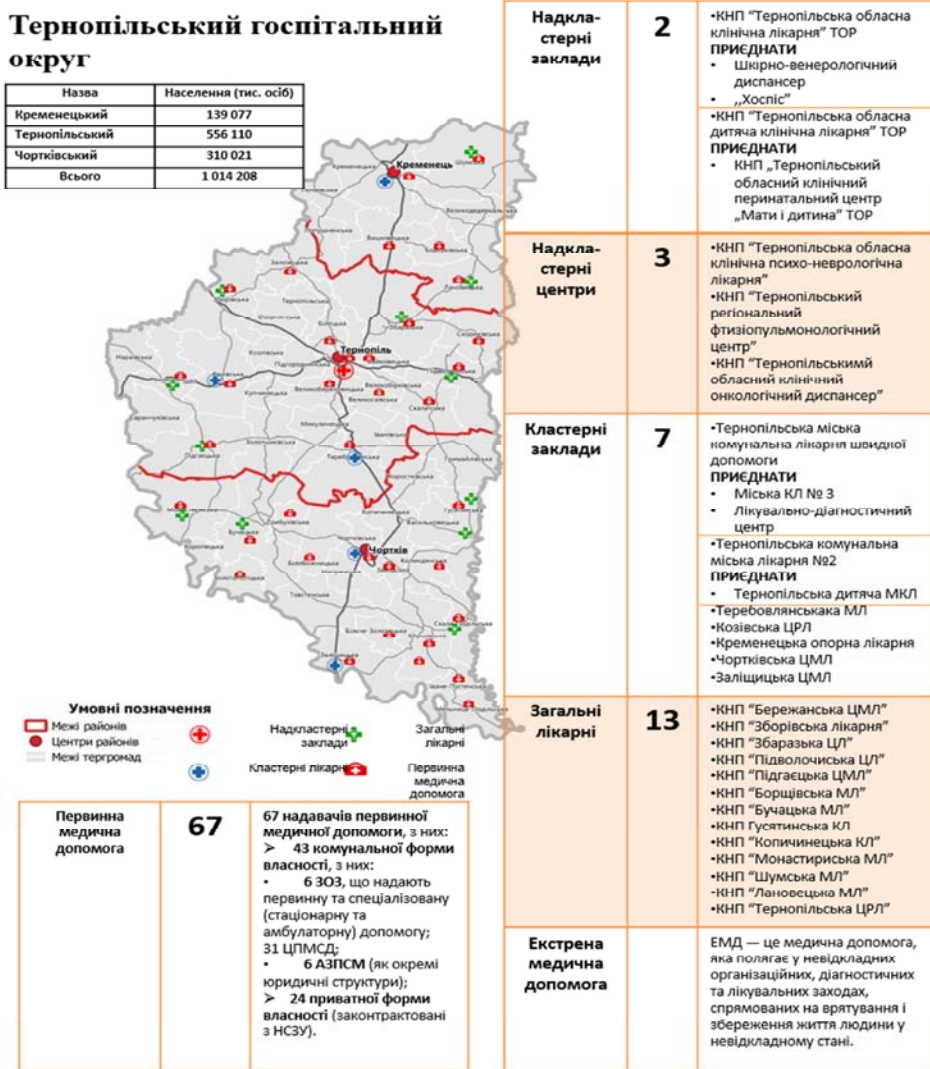


Рис. 1. Спроможна мережа закладів охорони здоров'я Тернопільського госпітального округу

Джерело: [23].

Важливо підкреслити, що саме розробка ефективних маршрутів пацієнтів в процесі створення кластера є важливим елементом управління системою первинної і спеціалізованої медичної допомоги, оскільки з врахуванням різних факторів (медичного стану пацієнта, типу медичної допомоги, доступності медичних установ, їх потужності та ресурсів, місця розташування та режиму роботи) допомагає забезпечити

---

оптимальне використання медичних ресурсів, скоротити час очікування на медичну допомогу та забезпечити належний рівень якості медичних послуг.

Дослідження показує, що Департаментом охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації розроблено ефективні маршрути пацієнтів з гострим коронарним синдромом, з підозрою на гострий мозковий інсульт, гострий мозковий інсульт, з гострою хірургічною патологією, травмою кінцівок, вагітних, роділь та породіль, пацієнтів з хребтово-спинно-мозковою та з черепно-мозковою травмами, маршрут транспортування дітей неонатального періоду при невідкладних станах, транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику, які транспортуються із закладів охорони здоров'я, що уклали договори з Національною службою здоров'я України за програмою медичних гарантій «Медична допомога при пологах» та уклали договір за напрямом «Медична допомога у складних неонатальних випадках» [23].

Попри доволі комплексний підхід до обґрунтування спроможної мережі і утворення кластерів, такі очікувані результати, як: 1) забезпечення координації та співпраці між закладами охорони здоров'я, що дозволить більш ефективно використовувати ресурси і підвищити якість надання медичних послуг; 2) можливість створення в рамках кластера своєї власної системи управління, що забезпечуватиме цілеспрямоване використання ресурсів та розподіл завдань між закладами охорони здоров'я; 3) забезпечення взаємодії між закладами охорони здоров'я в рамках ланцюга виробничих зв'язків, взаємодії з іншими структурами – органами місцевої влади, громадськими організаціями, бізнес-структурами, що сприятиме вирішенню проблем, пов'язаних із розвитком інфраструктури, матеріальним і фінансовим забезпеченням; 4) зменшення дублювання медичних послуг та забезпечення більш ефективного використання наявних медичних ресурсів в рамках кластера, як от зменшення витрат на закупівлю та обслуговування медичного обладнання, лікарських засобів та інших видаткових матеріалів; 5) більш ефективний розподіл персоналу між закладами в залежності від потреб та навантаження; 6) ширший доступ до медичного обслуговування населення, зокрема в сільських та віддалених районах; 7) можливість взаємодії та обміну досвідом, реалізація прийнятих рішень не позбавлена ризиків досягнення успіху.

Це зумовлено тим, що не можливо наразі нівелювати вплив негативних факторів, що діють як у зовнішньому, так і внутрішньому середовищі новостворюваних територіальних організаційних структур.

Зокрема, стосовно інституційних факторів, констатуючи, як позитив, створення нормативно-правових основ формування кластерів та госпітальних округів, зацікавленість регіональної влади в реалізації ідеї кластеризації території, треба відзначити недостатньо розвинене законодавство з питань регулювання взаємодії місцевої влади і структур, що входять до складу кластера.

Якщо до виробничих факторів, що сприяють функціонуванню кластерної моделі, можемо віднести наявність створеної мережі медичних закладів на всіх рівнях, то до тих, які можуть стати бар'єрами в цьому, віднесемо відмінності в якості виробничої бази, проблеми логістики.

Постанова Кабінету Міністрів України № 174 встановила механізм функціонування госпітальних кластерів, в якому важливе місце відводиться вирішенню проблеми

територіальної доступності, що передбачає забезпечення гарантованого доступу населення до якісного медичного обслуговування, наявності інвестицій для розвитку спроможної мережі, поступового вдосконалення транспортної доступності до медичних закладів, що входять до неї, розвитку аеромедичної евакуації в усіх областях, наявності пунктів постійного базування бригад екстреної медичної допомоги, діяльність яких відповідає б нормативам прибуття на місце події, встановленим Постановою Кабінету Міністрів України №1271 від 16.12.2020 р. [24]. Бар'єрами забезпечення цих вимог на сьогодні є особливості рельєфу, незадовільний стан (або відсутність) шляхів сполучення, недостатня наявність санітарного транспорту і транспорту загального користування та відповідних маршрутів.

Наявність створеної інфраструктурної мережі на всіх рівнях спеціалізованої медицини однозначно можна розглядати як потужний економічний фактор розвитку кластера. Натомість недостатня розвиненість інноваційної інфраструктури для забезпечення ефективних комунікацій між структурними підрозділами обумовлює ризики несвоечасності надання медичної допомоги, неотримання очікуваного синергетичного ефекту від кластерної моделі територіальної організації охорони здоров'я.

Найбільш вагомими ефектами та одночасно високими ризиками функціонування госпітальних кластерів пов'язані з впливом фінансових факторів. В першу чергу йдеться про наявність контрактів з НСЗУ. Програма медичних гарантій НСЗУ сьогодні охоплює первинну, екстрену, спеціалізовану допомогу, паліативну медичну реабілітацію та програму «Доступні ліки», медичну допомогу дітям до 16 років, допомогу під час вагітності та пологів. Як показує проведений аналіз, в досліджуваному госпітальному окрузі більшість комунальних медичних закладів законтрактували свою діяльність, а отже отримали фінансові гарантії на надання медичної допомоги. 24 надавачі медичних послуг – приватні медичні заклади, що законтрактували свою діяльність з НСЗУ. Водночас, зазначимо, що в умовах зміни моделі територіальної організації охорони здоров'я, медичні заклади в багатьох випадках з різних причин (невідповідність тарифів на медичні послуги затратам на їх надання, пов'язаних з їх наданням, виникнення необхідності у додаткових фінансових ресурсах на поліпшення інфраструктури, придбання обладнання або його технічне обслуговування, оплату житлово-комунальних послуг) потребують додаткового фінансування з місцевих бюджетів. Згідно розроблених програм утворення кластерів, джерелами фінансування їх діяльності слугують кошти НСЗУ, державного та місцевих бюджетів, гранти, спонсорські надходження, з врахуванням чого розроблена програма співфінансування. Аналіз, проведений в процесі дослідження, засвідчив, що деякі проблеми використання цього механізму залишаються не вирішеними (табл. 5).

Дані таблиці 5 показують, що фінансова спроможність КНП у рамках госпітальних кластерів Тернопільського госпітального округу коливається від 47% до 81%. Співфінансування де-факто має місце лише стосовно 9 КНП з 26. Це зумовлено об'єктивними причинами і підтверджує те, що деякі територіальні громади можуть мати обмежені можливості для позитивного вирішення цієї проблеми, особливо стосовно лікарняних закладів, які надають медичну допомогу для багатьох громад.



Це ускладнює оцінку і моделювання фінансових ризиків, пов'язаних з наданням медичних послуг.

Таблиця 5

**Співфінансування як інструмент посилення фінансової стійкості медичних закладів госпітальних кластерів в Тернопільському госпітальному окрузі**

Назва медичного закладу	Кількість ПМГ, закон трактованих з НЗСУ. 2023 р.	Сума договору ПМГ. 2023 р., грн.	Фінансова спроможність, %	Наявність співфінансування, + / –
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»	13	337718519	47%	+
КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня	15	152890125	47%	+
КНП Тернопільський клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»	10	75452314	67%	+
КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня	13	242959444	60%	–
КНП «Тернопільський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр»	7	110442313	79%	–
КНП «Тернопільський обласний клінічний онкодиспансер»	14	195071948	52%	–
КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги»	9	119084851	55%	+
КНП «Тернопільська комунальна міськлі-карня № 2»	22	231861127	59%	+
КНП «Теребовлянська міська лікарня»	16	81309818	70%	–
КНП «Козівська міська лікарня»	15	80105422	69%	+
КНП «Кременецька опорна лікарня»	14	87403881	81%	+
КНП «Заліщицька центральна міська лікарня»	21	114622348	65%	+
КНП «Чортківська міська центральна лікарня»	18	134021591	61%	+
КНП «Борщівська міська лікарня»	14	78153216	56%	–
КНП «Бучацька міська лікарня»	13	78747374	61%	–

продовження таблиці 5

КНП «Копиченецька комунальна лікарня»	13	46833752	61%	–
КНП «Монастириська міська лікарня»	8	40250269	72%	–
КНП «Бережанська центральна міська лікарня»	15	57806341	77%	–
КНП «Зборівська міська лікарня»	12	42532647	78%	–
КНП «Шумська міська лікарня»	16	76394927	61%	–
КНП «Лановецька міська лікарня»	14	45387423	66%	–
КНП «Тернопільська центральна районна лікарня»	17	63431804	62%	–
КНП «Збаразька центральна міська лікарня»	15	66836516	72%	–
КНП «Підволочиська центральна лікарня»	9	50591903	72%	–
КНП «Підгаєцька центральна міська лікарня»	8	36368752	63%	–
КНП «Гусятинська комунальна лікарня»	9	46871319	72%	–

Джерело: розроблено авторами на основі [23].

Проблему ускладнює ймовірність юридичних і адміністративних ризиків. Ці ризики обумовлені тим, що зміни, які відбуваються у територіальному медичному просторі, не передбачені в програмних документах регіональних органів влади, в розроблених стратегіях розвитку територіальних громад. Це вимагає уточнення уже розроблених документів, корегування завдань, формування резервів на непередбачувані раніше роботи.

Серед внутрішніх ризиків особливо ймовірними є соціально-психологічні, пов'язані з внутрішньою конкуренцією за право приєднання до структурних складових кластера окремих медичних закладів, плінність кадрів, недостатній професіоналізм окремих працівників. Виникає потреба у формуванні нового типу організаційної культури в рамках госпітального кластера.

Оскільки визначені ризики можуть мати як іміджеві, так і матеріальні втрати, діяльність з управління ними має бути постійною і охоплювати різні внутрішні заходи із захисту від ризикових обставин. В цьому відношенні на особливу увагу заслуговує пошук нових підходів до співпраці органів місцевого самоврядування з лікарняними закладами того чи іншого госпітального кластера, зокрема: долучення їх до перехресного, автоматичного, планового та позапланового моніторингу роботи мережі; створення різного роду площадок співпраці і вирішення дискусійних питань, діагностування мотиваційних факторів, управлінського консультування, електронних комунікацій, профілактичної роботи.

---

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** 1. Імплементация кластерного підходу в практику територіальної організації охорони здоров'я об'єктивно необхідна і дасть змогу отримати синергетичний ефект від медичної реформи, реформи децентралізації та модернізації інфраструктурного забезпечення охорони здоров'я.

2. Госпітальний кластер, як один із видів територіальних кластерів, є сконцентрованою за географічним принципом групою медичних закладів, а також пов'язаних з їхньою діяльністю організацій, що є результатом інтегрованого процесу, в рамках якого відбувається об'єднання надання послуг в лікарнях та догляду на рівні громад первинної та спеціалізованої медичної допомоги, інтенсивного лікування та реабілітації, фізичних та психічних аспектів здоров'я, медичної та соціальної допомоги.

3. Створений в Україні інституційний базис для функціонування територіальних кластерів в охороні здоров'я дозволяє підвищити економічну і соціальну ефективність чинної моделі організації роботи медичних закладів, однак для закріплення успішного результату кластеротворення особливої уваги вимагають питання діагностики ризиків, вироблення управлінських рішень щодо їх попередження, профілактики, поглинання та формування нових платформ взаємодії органів місцевого самоврядування з лікарняними закладами різних рівнів медичного обслуговування, стейкхолдерами, стосовно чого авторами статті надані вище пропозиції.

Подальші наукові дослідження доцільно зосередити на питаннях моніторингу роботи мережі закладів первинної і спеціалізованої медичної допомоги в рамках новоутворених госпітальних кластерів та впровадження інформаційних систем в практику стратегічного та оперативного управління спроможною мережею охорони здоров'я.

### ***Література***

1. Porter M. E. The competitive advantage of Nations. London: Macmillan, 1990.
2. Solvell.O. Lindqvist. G. and Ketels C. The Cluster Initiative Greenbook. Cotheburg. Competitiveness Institute, 2003.
3. Enright. M.J. Why Clusters are the Way to win the game? Word Link. 1992. № 5. p. 46-52.
4. Van den Berg L. , Braun E. Van Winden W. Growth Clusters in European Cities: An Integral Approach. Urban Studies, 2001.
5. Постанова Кабінету міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
6. Давимука С. А., Федулова Л. І. Регіональні інноваційні екосистеми: напрями розбудови в умовах європейської інтеграції: моногр. С. А. Давимука, Л. І. Федулова. ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долішнього НАН України». Львів, 2016. 464 с.
7. Гоменюк М. Кластер як інноваційна форма територіального розвитку. Новий вісник Мукачевського університету. Серія економіка. Вип. 1 (11). 2019. С. 76-81.
8. Варяченко О. Формування інноваційних кластерів в Україні як інструмент розвитку та конкурентоздатності. Науковий вісник НГУ. 2011. № 3. С. 118-121.

9. Кузьмін О., Жеруха В. Кластери як чинник економічного розвитку підприємств і територіальних утворень. Економіка України. 2010, № 2. С. 14-23.
10. Глушанець Р. В. Кластерний принцип формування міжнародних стратегічних альянсів. Формування ринкових відносин в Україні. 2010. № 3. С. 38-43.
11. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України № 932 від 30.11.2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text>
12. Примірне положення про госпітальні округи, затверджене Міністерством охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text>
13. «Деякі питання створення госпітальних округів». Постанова Кабінету Міністрів України № 2074 від 27.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>
14. «Типове положення про госпітальну раду» затверджено 27.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>
15. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. моногр.; за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М. М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.
16. Закон України 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
17. У Тернопільській області об'єднують лікарні, бо уряд України надалі реформує медичну галузь. URL: <http://podiya.te.ua/suspilstvo/7117-u-ternopilskii-oblasti-obiednuut-likarni-bo-uriad-ukrainy-nadali-reformuie-medychnu-haluz>
18. Лікарні, які не потраплять у спроможну мережу, зможуть і надалі контрактувати із Національною службою здоров'я, - Віктор Ляшко. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/likarni-i-aki-ne-potrapliat-u-spromozhnu-merezhu-zmozhut-i-nadali-kontraktuvatysia-iz-natssluzhboiu-zdorovia-viktor-liashko>
19. МОЗ вже погодив спроможну мережу у 18 областях. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-vzhe-pohodyv-spromozhnu-merezhu-medzakladiv-u-18-oblastiakh>
20. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 року № 724-р «Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Тернопільської області» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/724-2020-%D1%80#Text>
21. Постанова Верховної Ради України від 17 липня 2020 року № 807-IX «Про утворення та ліквідацію районів». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>
22. Статистичний довідник «Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я області, 2023 рік, місто Тернопіль. КНП Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. [https://uorter.gov.ua/ua/111-dovidnyu%](https://uorter.gov.ua/ua/111-dovidnyu%20)
23. План розвитку Тернопільського госпітального округу на 2023-2025 роки з пропозиціями визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я. URL:

---

<https://oda.te.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-pereliku-zakladiv-spromozhnoi-merezhi-zakladiv-okhorony-zdorovia-ternopiiskoho-hospitalnoho-okruhu>

24. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text>

### **References**

1. Porter, M. E. (1990). *The competitive advantage of Nations*. London: Macmillan. [in English].
2. Solvell, O., Lindqvist, G. and Ketels C. *The Cluster Initiative Greenbook*. Cotheburg. Competitiveness Institute, 2003. [in English].
3. Enright, M. J. (1992). Why Clusters are the Way to win the game? *Word Link*, 5, 46-52. [in English].
4. Van den Berg L. , Braun E. Van Winden W. *Growth Clusters in European Cities: An Integral Approach*. Urban Studies, 2001. [in English].
5. Postanova Kabinetu ministriv Ukrainy vid 28 liutoho 2023 r. № 174 «Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia» [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated February 28, 2023 No. 174 “Some issues of organizing a capable network of health care institutions”]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> [in Ukraine].
6. Davymuka, S. A., Fedulova, L. I. (2016). *Rehionalni innovatsiini ekosystemy: napriamy rozbudovy v umovakh yevropeiskoi intehratsii* [Regional innovative ecosystems: directions of development in the conditions of European integration]: monohr. S. A. Davymuka, L. I. Fedulova. DU «Instytut rehionalnykh doslidzhen imeni M. I. Dolishnoho NAN Ukrainy». Lviv, 2016. 464 p. [in Ukraine].
7. Homeniuk, M. (2019). Klaster yak innovatsiina forma terytorialnoho rozvytku [Cluster as an innovative form of territorial development]. *Novyi visnyk Mukachevskoho universytetu. Seriya ekonomika - New Herald of Mukachevo University*, 1 (11), 76-81. [in Ukraine].
8. Variachenko, O. (2011). Formuvannia innovatsiinykh klasteriv v Ukraini yak instrument rozvytku ta konkurentozdatnosti [The formation of innovation clusters in Ukraine as a tool for development and competitiveness]. *Naukovyi visnyk NHU - Scientific Bulletin of NSU*, 3, 118-121. [in Ukraine].
9. Kuzmin, O., Zherukha, V. (2010). Klastery yak chynnyk ekonomichnoho rozvytku pidpriemstv i terytorialnykh utvoren [Clusters as a factor in the economic development of enterprises and territorial entities]. *Ekonomika Ukrainy - Ukraine economy*. 2010, № 2. S. 14-23. [in Ukraine].
10. Hlushanets, R. V. (2010). Klasternyi pryntsyyp formuvannia mizhnarodnykh stratehichnykh aliانسiv [Cluster principle of formation of international strategic alliances]. *Formuvannia rynkovykh vidnosyn v Ukraini - Formation of market relations in Ukraine*, 3, 38-43. [in Ukraine].
11. Pro zatverdzhennia Poriadku stvorennia hospitalnykh okruhiv. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 932 vid 30.11.2016 r. [On the approval of the Procedure for the establishment of hospital districts. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine

- No. 932 of November 30, 2016]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text> [in Ukraine].
12. Prymirne polozhennia pro hospitalni okruhy, zatverdzhene Ministerstvom okhorony zdorovia Ukrainy vid 20.02.2017 r. № 165 [Model regulations on hospital districts, approved by the Ministry of Health of Ukraine dated February 20, 2017 No. 165]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text> [in Ukraine].
  13. «Deiaki pytannia stvorennia hospitalnykh okruhiv». Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 2074 vid 27.11.2019 r. [“Practical issues of creating hospital districts”. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 2074 of November 27, 2019]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> [in Ukraine].
  14. «Typove polozhennia pro hospitalnu radu» zatverdzheno 27.11.2019 r. [“Standard Provisions on the Hospital Board” was approved on November 27, 2019]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> [in Ukraine].
  15. Modernizatsiia menedzhmentu ta publichnoho upravlinnia v systemi okhorony zdorovia: kol. monohr.; za naukovoïu red. d.e.n. Shkilniaka M. M., d.e.n. Zheliuk T. L. [Modernization of management and public administration in the health care system: col. monogr.; for scientific ed. Doctor of Economics Shkilnyaka M. M., Doctor of Economics Zhelyuk T. L.]. Ternopil: Krok, 2020. 560 p. [in Ukraine].
  16. Zakon Ukrainy 2347-IKh «Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo udoskonalennia nadannia medychnoi dopomohy» [Law of Ukraine 2347-Ikh “On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine on Improving the Provision of Medical Assistance”]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> [in Ukraine].
  17. U Ternopilskii oblasti obiednuiut likarni, bo uriad Ukrainy nadali reformuie medychnu haluz [Hospitals will be closed in the Ternopil region, because the government of Ukraine will continue to reform the medical industry]. Retrived from: <http://podiya.te.ua/suspilstvo/7117-u-ternopilskii-oblasti-obiednuiut-likarni-bo-uriah-ukrainy-nadali-reformuie-medychnu-haluz> [in Ukraine].
  18. Likarni, yaki ne potrapliat u spromozhnu merezhu, zmozhut i nadali kontraktuvaty iz Natsionalnoïu sluzhboïu zdorovia, - Viktor Liashko [Hospitals that are not included in the capable network will be able to contract with the National Health Service in the future, - Viktor Lyashko]. Retrived from: <https://www.kmu.gov.ua/news/likarni-iaki-ne-potrapliat-u-spromozhnu-merezhu-zmozhut-i-nadali-kontraktuvatysia-iz-natssluzhboïu-zdorovia-viktor-liashko> [in Ukraine].
  19. MOZ vzhe pohodyv spromozhnu merezhu u 18 oblastiakh [The Ministry of Health has already approved a capable network in 18 regions]. Retrived from: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-vzhe-pohodyv-spromozhnu-merezhu-medzakladiv-u-18-oblastiakh> [in Ukraine].
  20. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 12 chervnia 2020 roku № 724-r «Pro vyznachennia administratyvnykh tsentriv ta zatverdzhennia terytorii terytorialnykh hromad Ternopilskoi oblasti» [Rozporiadzhennia Kabinetu Ministeriv Ukrainy vid 12 chervnia 2020 roku No. 724-r “Pro vyznachennia administratyvnykh tsentriv ta zatverdzhennia terytorii terytorialnykh hromad Ternopilskoi oblasti”].

---

Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/724-2020-%D1%80#Text> [in Ukraine].

21. Postanova Verkhovnoi Rady Ukrainy vid 17 lypnia 2020 roku № 807-IX «Pro utvorennia ta likvidatsiiu raioniv» [Postanova Verkhovnoi Rady Ukrainy vid 17 lypnia 2020 roku No. 807-IX “Pro utvorennia ta likvidatsiiu raioniv”]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text> [in Ukraine].
22. Statystychnyi dovidnyk «Osnovni pokaznyky stanu zdorovia naselennia ta resursiv okhorony zdorovia oblasti, 2023 rik, misto Ternopil. KNP Ternopil'skyi oblasnyi informatsiino-analitychnyi tsentr medychnoi statystyky [Statystychnyi dovidnyk “Osnovni pokaznyky stanu zdorovia naselennia ta resursiv okhorony zdorovia oblasti”, 2023 rik, misto Ternopil. KNP Ternopil'skyi oblasnyi informatsiino-analitychnyi tsentr medychnoi statystyky]. Retrived from: <https://uorter.gov.ua/ua/111-dovidny%> [in Ukraine].
23. Plan rozvytku Ternopil'skoho hospitalnoho okruhu na 2023-2025 roky z propozytsiiamy vyznachennia spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia [Development plan of the Ternopil hospital district for 2023-2025 with proposals for defining a capable network of health care institutions]. Retrived from: <https://oda.te.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-pereliku-zakladiv-spromozhnoi-merezhi-zakladiv-okhorony-zdorovia-ternopil'skoho-hospitalnoho-okruhu> [in Ukraine].
24. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 16 hrudnia 2020 roku № 1271 «Pro normatyv prybuttia bryhad ekstremoi (shvydkoi) medychnoi dopomohy na mistse podii» [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated December 16, 2020 No. 1271 “On the standards for providing emergency (ambulance) medical aid teams at the scene of the incident”]. Retrived from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text> [in Ukraine].

Статтю отримано 18 листопада 2023 р.

Article received November 18, 2023.