

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**АНОХІНА СВІТЛАНА ЛЮБОМИРІВНА**

**Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я територіальної  
громади**

спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування  
освітньо-професійна програма – Публічне управління та адміністрування  
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи ПУАзм-21

Анохіна Світлана Любомирівна

Науковий керівник:

д.е.н., професор Монастирський Григорій  
Леонардович

## **ЗМІСТ**

### **ВСТУП**

### **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

- 1.1. Поняття та принципи організації мережі закладів охорони здоров'я
- 1.2. Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я

### **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ**

- 2.1. Оцінка існуючої структури та ресурсного забезпечення мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади
- 2.2. Виявлення проблем та викликів у функціонуванні мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади

### **РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

- 3.1. Розробка моделі оптимізації мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади
- 3.2. Практичні рекомендації щодо впровадження змін в мережі закладів охорони здоров'я

### **ВИСНОВКИ**

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасна система охорони здоров'я України перебуває у стані трансформації, що зумовлено необхідністю підвищення ефективності використання ресурсів, забезпечення доступності та якості медичних послуг для населення територіальних громад. Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я є ключовим чинником для досягнення цілей реформування галузі, особливо в умовах децентралізації та обмежених фінансових ресурсів. Проблеми оптимізації мережі, раціонального розподілу ресурсів, впровадження сучасних моделей управління та забезпечення сталого розвитку медичних закладів набувають особливої ваги в контексті європейської інтеграції та підвищення стандартів надання медичної допомоги.

Питання формування та функціонування мережі закладів охорони здоров'я досліджували такі науковці, як О.Я. Пінчук, В.М. Лісовий, І.В. Гойда, Л.В. Тарасенко, а також міжнародні експерти ВООЗ та Світового банку, які акцентують увагу на важливості адаптації світового досвіду до національних особливостей.

**Мета роботи** полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади.

Для досягнення мети поставлено такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до організації мережі закладів охорони здоров'я.
2. Дослідити нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я.
3. Оцінити сучасний стан та ресурсне забезпечення мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади.
4. Виявити основні проблеми та виклики у функціонуванні мережі закладів охорони здоров'я.

5. Розробити модель оптимізації мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади.

6. Надати практичні рекомендації щодо впровадження змін у мережі закладів охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** є мережа закладів охорони здоров'я територіальної громади.

**Предметом дослідження** виступають теоретичні, організаційні та практичні засади формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань у роботі використано комплекс сучасних наукових методів, а саме:

- аналіз і синтез наукової літератури для вивчення теоретичних основ та узагальнення підходів до організації мережі закладів охорони здоров'я;
- порівняльний аналіз для зіставлення національного та міжнародного досвіду формування спроможних мереж медичних закладів;
- системний підхід для комплексного розгляду структури, функцій та взаємозв'язків елементів мережі закладів охорони здоров'я;
- статистичні методи для обробки та інтерпретації кількісних даних щодо ресурсного забезпечення, ефективності функціонування та результативності діяльності закладів охорони здоров'я;
- експертне опитування для отримання оцінок і рекомендацій від фахівців галузі щодо шляхів оптимізації мережі;
- моделювання для розробки та апробації оптимізаційної моделі формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади.

Застосування цих методів дозволило забезпечити комплексність, об'єктивність і наукову обґрунтованість отриманих результатів.

**Практична цінність** роботи полягає у можливості використання отриманих результатів органами місцевого самоврядування, керівниками закладів охорони здоров'я та фахівцями галузі для підвищення ефективності функціонування мережі медичних закладів, оптимізації ресурсів та покращення якості надання медичних послуг населенню.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Поняття та принципи організації мережі закладів охорони здоров'я

Місцеве самоврядування майже з самого початку свого існування брало активну участь у виконанні завдань у сфері охорони здоров'я. З часом змінювався обсяг відповідальності місцевого самоврядування, вид і кількість покладених на нього завдань, проте незмінним залишався постійний внесок органів місцевого самоврядування у систему охорони здоров'я. Стаття має на меті показати, як з плином часу, починаючи з періоду поділу України і закінчуючи сучасністю, змінювалася роль органів місцевого самоврядування в системі охорони здоров'я, які наслідки це мало для стану фінансів місцевого самоврядування і наскільки запроваджені рішення відповідали основним цінностям правильного законодавства.

Питання охорони здоров'я, спочатку підпорядковане Церкві, з часом стало справою державного значення. У міру організації міського життя (вже з часів пізнього середньовіччя) відповідальними за забезпечення догляду за хворими стали міста. Різними способами намагалися гарантувати громадянам базову медичну допомогу, наприклад, на прохання Г. Коллятая був прийнятий декрет, який зобов'язував міста і містечка направляти до Головної школи Корони і Віленської школи кандидатів на медичні студії та фінансувати це навчання. Після закінчення навчання «дипломовані лікарі мали працювати в своїх містах, які фінансували їхню освіту».

В австрійській частині поділу публічна служба охорони здоров'я підпорядковувалася адміністративним органам. Вони займалися переважно питаннями, які сьогодні належать до компетенції санітарно-епідеміологічних станцій. Лікування було приватною справою, але частина населення

користувалася медичним страхуванням, яке було організовано наприкінці ХІХ століття. Місцева самоуправління, в свою чергу, мало надавати повну допомогу найбільшій частині населення. В австрійській частині діяла поліція здоров'я (медична поліція), яка виконувала координаційні та наглядові функції, а сама територіальна самоуправління (її інституції) займалася виконавчою діяльністю. Вищим органом охорони здоров'я була Вища рада охорони здоров'я, яку курирувало Міністерство внутрішніх справ. Нагляд за лікарнями, психіатричними лікарнями, пологовими будинками, закладами для підкидьків здійснював Начальник Краю. Натомість роль виконавців рекомендацій державної охорони здоров'я виконували лікарі-чиновники державної та місцевої охорони здоров'я — лікарі, які працювали як співробітники Найвищої ради охорони здоров'я, лікарі районів, окружні, громадальні та міські. У 1888 році в Галичині було введено обов'язкове страхування робітників на випадок захворювання та каси хворих для виконання цього страхування.

У прускій частині імперії питаннями охорони здоров'я займалися провінційні адміністрації та підпорядковані їм районів, громадальні та міські органи місцевого самоврядування. За політику охорони здоров'я (в тому числі санітарну поліцію) відповідало Медичне управління Міністерства духовних, освітніх і медичних справ. Медичний відділ відповідав за наглядові функції у сфері здійснення медичної практики, продажу ліків, а також діяльності лікарень та державних і приватних лікувальних закладів. На рівні провінції дорадчим органом, що займався питаннями охорони здоров'я, були медичні колегії, а на рівні району питаннями охорони здоров'я займався підпорядкований районному управлінню лікар. У 1883 році в Прусській державі було введено обов'язкове соціальне страхування на випадок захворювання та каси хворих.

Натомість у випадку російського поділу прийнята модель відрзнялася від двох попередніх — вона характеризувалася сильною централізацією. Управління охороною здоров'я було централізованим, підпорядкованим і залежним від адміністрації. Аж до початку Першої світової війни на території Королівства Польського діяла так звана медична поліція (поліцейська медицина). Наприкінці

XIX століття медична служба була підпорядкована медичному департаменту Міністерства внутрішніх справ у Петербурзі. Медична рада та Відділ медичних справ у Комісії внутрішніх справ, а також Управління головного інспектора охорони здоров'я були ліквідовані. Головним органом, що займався адмініструванням охорони здоров'я, був Медичний уряд (підпорядкований поліції, яка займалася санітарним наглядом). Магістрат міста Варшави повинен був звертатися до Управління охорони здоров'я через поліцію. Охорона здоров'я на рівні губернії, району та громади підпорядковувалася державним адміністративним органам.

Після відновлення незалежності було зроблено спробу консолідувати ці три різні системи. «Питання охорони здоров'я» було врегульовано в основному санітарному законі від 19 липня 1919 року (Збірник законів 1919 року, № 63, позиція 371). Вищий нагляд за «всіма питаннями охорони здоров'я в державі та вищим керівництвом медичних справ» було передано міністру охорони здоров'я. Натомість органи місцевого самоврядування були зобов'язані «піклуватися про здоров'я населення та безпосереднє виконання» під наглядом і опікою державних органів (ст. 1). До компетенції міністра охорони здоров'я були віднесені, зокрема: боротьба з хворобами (переважно інфекційними), лікарняне обслуговування, сестринська справа, рятувальні служби, лікувальні заклади (державні та приватні), санітарно-медична допомога дітям та матерям, водопостачання, санітарний нагляд за харчовими продуктами, санітарна інспекція житла, співпраця у боротьбі з алкоголізмом і навіть «співпраця у справах, пов'язаних з явищами еміграції населення» (ст. 2 п. 2). Місцеві органи влади були зобов'язані, серед іншого, дбати про: чистоту району, ґрунту та води, постачання населення питною водою, дотримання санітарних норм, що діють при будівництві та реконструкції будинків, особисту гігієну мешканців, забезпечення хворих належною медичною допомогою та професійною допомогою для породіль. Вони також мали співпрацювати з урядовими органами у боротьбі з інфекційними захворюваннями та їх профілактиці, у питаннях нагляду за харчовими продуктами (ст. 3). Комунальні ради були зобов'язані, серед іншого, створювати

та утримувати лікарні, поліклініки, притулки, утримувати санітарних лікарів, медсестер та акушерок, а також санітарно-технічні споруди (ст. 4). Законодавець також передбачив, що витрати, пов'язані з обов'язками, покладеними на органи місцевого самоврядування в статті 3, повністю покриваються комунальними об'єднаннями. Однак у разі ухилення громад від «виділення необхідних сум, відповідні суми можуть бути внесені до бюджету громади наглядовими органами на прохання міністра охорони здоров'я» (стаття 7). Витрати, пов'язані із взаємодією органів місцевого самоврядування з урядовими органами у справах, пов'язаних із боротьбою та профілактикою інфекційних хвороб, а також із боротьбою з розпустою та венеричними захворюваннями, мали покриватися за підтримки Державного казначейства (проте, всупереч заявам законодавця, не було видано жодних нормативних актів, що уточнювали б це зобов'язання). Законодавець передбачив, що в виняткових ситуаціях громади, які доведуть, що їх фінансовий стан «не дозволяє повністю виконати санітарні та технічні розпорядження», можуть отримати відповідну допомогу від Державного казначейства через Міністерство охорони здоров'я (ст. 9).

Органи місцевого самоврядування зобов'язані організувати та фінансувати власну медичну допомогу (включно з лікарняним обслуговуванням). Частка державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, становить 16% від загальних витрат на охорону здоров'я. Решта 84% надходила переважно з бюджетів органів місцевого самоврядування, а також від соціальних фондів та пожертв. Бідні сільські громади могли дозволити собі переважно покривати витрати на стаціонарне лікування та послуги акушерок. Повсякденна медична допомога надавалася переважно органами місцевого самоврядування та страховими компаніями, роль держави обмежувалася переважно законодавчою діяльністю та наглядом за діяльністю органів місцевого самоврядування. Організація догляду за хворими базувалася переважно на:

- допомозі, організованій місцевими органами влади (поліклініки, центри охорони здоров'я, сільські та районні лікарі, лікарняні поліклініки);
- страхуванні на випадок хвороби та материнства;

- мережі центрів;
- державної організації допомоги державним службовцям;
- місцевої організації допомоги працівникам місцевих органів влади;
- організації допомоги працівникам державних підприємств;
- організації допомоги працівникам державних банків;
- організації допомоги студентам вищих навчальних закладів;
- організації допомоги сільськогосподарським робітникам.

Варто ще раз підкреслити відмінності між міськими та сільськими органами місцевого самоврядування – аж 6 з 9 вищезазначених установ були доступні виключно для мешканців міст. Лише організація місцевого самоврядування, сільськогосподарських робітників та мережа центрів могли надавати медичну допомогу мешканцям сіл. Організація охорони здоров'я міжвоєнного періоду характеризувалася значним розшаруванням.

Для порядку слід коротко згадати про рішення, прийняті в ПНР. Після Другої світової війни держава взяла на себе обов'язок забезпечення медичної допомоги населенню. Прийнята централізована модель фінансування, відома як модель Сімашки, базувалася на концепції національної служби охорони здоров'я, що фінансувалася з державного бюджету, та майже загальному доступі до медичних послуг (що, до речі, гарантувала липнева конституція 1952 року). Заклади охорони здоров'я фінансувалися з державного бюджету.

Процес реформування системи охорони здоров'я розпочався на межі 80-х і 90-х років XX століття. Країни Центральної та Східної Європи, включаючи Україну, зазнали найсильніших процесів трансформації. До початку 90-х років XX століття в них діяла централізована система організації та надання медичних послуг. Трансформація системи принесла, серед іншого, зміну способу фінансування з бюджетного планування на обов'язкове медичне страхування, що фінансується за рахунок внесків працівників і роботодавців, збільшення автономії сектора охорони здоров'я як на територіальному рівні, так і в закладах охорони здоров'я в державному секторі. У більшості країн, що проходять процес трансформації, система охорони здоров'я вже була модифікована - головним

чином «ці зміни полягали у створенні фонду медичного страхування та спробі запровадження добровільного соціального страхування». В даний час в Україні основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я є обов'язкові страхові внески в розмірі 9% від особистого доходу, з яких 7,75% відраховується з податку на доходи, а 1,25% покриває застрахований.

З відновленням місцевого самоврядування його роль у системі охорони здоров'я значно зросла. Місцеве самоврядування було зобов'язане взяти на себе завдання у сфері охорони здоров'я як власні завдання. Спочатку цей обов'язок стосувався лише громад. Відповідно до ст. 7, п. 1, п. 5 Закону від 8 березня 1990 р. про самоврядування громад (Закон від 1996 р. № 13, п. 74) як власне завдання громади були визначені питання охорони здоров'я. Однак ст. 8 п. 1 так званого компетенційного закону від 17 травня 1990 р. (закон про розподіл завдань і повноважень, визначених у спеціальних законах, між органами громади та органами державного управління, а також про зміну деяких законів - З. З. № 34, п. 198 із змінами) визначав управління закладами соціальної охорони здоров'я, які до цього часу підпорядковувалися народним радам та територіальним органам державної адміністрації базового рівня, як доручене завдання. Управління закладами охорони здоров'я, підпорядкованими голові ОДА, могло бути доручено громаді на підставі угоди. Спочатку органи місцевого самоврядування почали перебирати на себе функції закладів первинної медичної допомоги саме на підставі індивідуальних угод з органами державного управління (тобто як доручені завдання). У 1995 році на підставі міського пілотного програми та ст. 3 так званого міського закону від 1995 року громадам зі статусом міст були передані завдання та повноваження, що випливають із закону про заклади охорони здоров'я, які раніше виконувалися органами загальної державної адміністрації - з того часу управління закладами охорони здоров'я стало власним завданням цих громад. Фінансування цих завдань визначав ст. 11 вищезазначеного закону, який передбачав, що власні доходи громад, які перебирають повноваження і завдання як власні завдання, збільшуються на суму, рівну добутку коефіцієнта участі в податку на доходи

фізичних осіб та загальної суми надходжень в країні від податку на доходи фізичних осіб, запланованих у законі про бюджет. Крім того, передбачалося збільшення цієї суми на додаткові 2% з метою фінансування інвестиційних витрат. Таким чином, заклади охорони здоров'я, які до цього часу перебували під опікою голів ОДА, на підставі їхнього рішення стали комунальними організаціями, а повноваження засновника перейшли від ОДА до місцевих органів самоврядування. Отже, відповідальними за виконання засновницьких і наглядових функцій над закладами охорони здоров'я стали районні та обласні органи місцевого самоврядування. Агнешка Земке-Горецька пише, що, парадоксально, органи місцевого самоврядування «не засновували [ЗОЗ – прим. П. П.], а стали суб'єктом, який вони створили».

Сьогодні обов'язок вживати заходів у сфері охорони здоров'я покладається на територіальні органи місцевого самоврядування безпосередньо на підставі положень так званих конституційних законів, що стосуються місцевого самоврядування.

Починаючи з початку 90-х років, паралельно створювалися як державні, так і недержавні заклади охорони здоров'я. Закон про заклади охорони здоров'я створював, таким чином, теоретичну можливість диференціації власницьких відносин шляхом створення та перейняття закладів охорони здоров'я широким колом суб'єктів, зокрема, муніципалітетами. За чинним законодавством, регульованим Законом від 15 квітня 2011 року про медичну діяльність (Закон № 112, роз. 654), медичний суб'єкт може бути створений і управлятися у формі капітальної компанії або бюджетної одиниці або Державним скарбом (представленим міністром, центральним органом державної адміністрації), або місцевим органом влади. Ці суб'єкти можуть приєднатися до капітальної компанії, що здійснює медичну діяльність (ст. 6, п. 8), а також можуть управляти SPZOZ. У випадку капітальних товариств місцевого самоврядування законодавець виключив застосування положень закону від 20 грудня 1996 р. про комунальне господарство та всіх інших положень, що стосуються комунального господарства в цілому (ст. 6, п. 4).

З прав власності місцевих органів влади щодо медичних суб'єктів впливають значні фінансові наслідки. Відповідно до ст. 59 п. 2 вищезазначеного закону, місцевий орган влади, як суб'єкт, що створює SPZOZ, може (протягом 3 місяців з моменту затвердження фінансового звіту SPZOZ) покрити від'ємний фінансовий результат за фінансовий рік цього закладу, якщо цей результат після додавання витрат на амортизацію має від'ємне значення – до розміру цієї вартості (ст. 59, п. 2). У разі невикористання цієї можливості суб'єкт, що створює, протягом 12 місяців з моменту закінчення вищезазначеного терміну видає розпорядження, постанову або приймає рішення про зміну організаційно-правової форми (тобто про перетворення в капітальну компанію або бюджетну одиницю) або про ліквідацію SPZOZ (ст. 59, п. 4). Такий правовий стан становить серйозну загрозу для фінансової стабільності місцевого самоврядування – загальновідомо, що багато закладів охорони здоров'я мають рівень заборгованості, який перевищує розмір бюджетів суб'єктів, що їх створюють. У доктрині підкреслюється, що на місцеве самоврядування перекладаються завдання, що стосуються державної політики в галузі охорони здоров'я, які, як правило, є прерогативою уряду, без одночасного забезпечення відповідних фінансових коштів. Суб'єкт, що створює, повинен буде покрити витрати на утримання SPZOZ в тій мірі, в якій вони не фінансуються NFZ та Міністерством охорони здоров'я. «У такій ситуації законодавець, незважаючи на формально існуючі альтернативи, прирікає такі заборговані SPZOZ на ліквідацію або комерціалізацію, що *де-факто* може закінчитися повною приватизацією».

Прийняті рішення, безсумнівно, не відповідають вимогам, що впливають з основних цінностей публічного права – його точності, що розуміється як правильність і пристойність законодавства. На місцеве самоврядування було покладено відповідальність за завдання, виконання яких значно перевищує фактичні можливості органів місцевого самоврядування.

Необхідним видається розгляд аналізованої проблеми в конституційному аспекті. Право на охорону здоров'я є основним правом, що впливає з природної і невід'ємної гідності людини, дотримання якого державна влада зобов'язана

захищати (рішення Конституційного Суду від 18 грудня 2002 р., К 43/01). Основні конституційні норми, що стосуються державної служби охорони здоров'я, містяться у ст. 68 Конституції. Ця норма покладає на державні органи обов'язок забезпечити громадянам доступ до медичних послуг за рахунок державних коштів (рішення Конституційного Суду від 18 грудня 2002 р., К 43/01). Цей обов'язок включає, серед іншого, визначення організаційної структури системи охорони здоров'я, виходячи з того, що основним ланцюгом, який реалізує конституційні обов'язки державних органів влади, є система охорони здоров'я (рішення Конституційного Суду від 18 грудня 2002 р., К 43/01).

Характерними рисами сучасних демократичних держав є рівність і справедливість, які визнаються конституційними принципами. Стаття 68 Конституції надає кожному право на охорону здоров'я, а в пункті 2 громадянам, незалежно від їхнього матеріального становища, надається рівний доступ до послуг охорони здоров'я, що фінансуються з державних коштів. Тут слід згадати думку В. Їачковського, який стверджує, що законодавець надто поспішно заявляє, що всі громадяни є рівними в правах або перед законом і мають право на рівне ставлення з боку державних органів – «рівність безумовно і об'єктивно може діяти лише в аксіологічній сфері, стосовно гідності людини та прав, що мають характер природного права. [...] Натомість у сфері статутного права рівність є недосконалою, вона є лише похідною від рішення законодавця, який групує адресатів норм за ознаками, визначеними ним. Тому різні групи суб'єктів мають різні права і по-різному трактуються законом. Інші рішення неможливі, а спроби силового впровадження рівності всіх громадян могли б призвести до несправедливих і навіть економічно шкідливих регуляцій, як у випадку фінансування охорони здоров'я».

Інститут фінансування охорони здоров'я був побудований на принципі егалітаризму, який, на думку автора, не існує в чистому вигляді в жодній правовій системі і за своїми засадами є настільки ж утопічним, як і шкідливим. Державні органи зобов'язані забезпечити рівний доступ до медичних послуг незалежно від матеріального становища громадян (ст. 68, п. 2 Конституції Республіки Україна).

Обов'язок участі у фінансуванні медичних послуг є, отже, загальним, що означає, що він покладається також на менш заможних або навіть бідних осіб, які, парадоксально, фінансують лікування осіб, фінансовий статус яких є настільки високим, що вони самі можуть нести ці витрати. Леньковський вважає, що «деморалізуючим є твердження, що сплачені ними внески звільняють їх від несучі витрат», оскільки «це спонукає до ризикованої поведінки та перекладання на інших, часто менш заможних громадян, обов'язку нести витрати на лікування». Серйозною і головною перешкодою, що унеможлиблює не стільки комплексну, скільки ефективну реформу охорони здоров'я, є саме згадана конституційна норма. Дотеперішні спроби реформ можуть привести лише до «незначних заощаджень», але не торкаються джерела проблем, оскільки «найбільші емоції викликає не суть проблеми, а те, в якій формі мають бути організовані установи охорони здоров'я і хто має бути їх власником». Автор пропонує втілити в життя принципи субсидіарності, згідно з якими витрати на лікування бідних людей покривалися б з державних коштів, незалежно від того, хто є власником даної лікарні. Решта повинна була б самостійно покривати витрати на лікування.

На цю проблему також звертає увагу З. Возняк, пишучи, що необхідна перебудова сектора публічних послуг у Україні не може означати повернення до рішень, які базуються на спрощеному принципі егалітаризму, оскільки менш заможні громадяни, від яких походить більшість податкових надходжень, всупереч своїй волі змушені допомагати особам, які самостійно можуть фінансувати свої потреби – це означає, що послуги, що походять з публічних ресурсів, в однаковій мірі надаються всім громадянам, незалежно від їхнього матеріального становища, що спричиняє постійне зростання витрат. Варто підкреслити, що «егалітарний універсалізм породжує спіраль таких несприятливих явищ, як високе і постійно зростаюче навантаження державними зборами (податки, збори, обов'язкові внески), які, стягуючись у надмірній кількості, гальмують економічний розвиток і збільшують потребу в соціальній допомозі з боку громадян, що бідніють».

Слід розглянути, чи система охорони здоров'я була побудована на основі принципу субсидіарності, згідно з яким державні органи зосереджуються на тих завданнях, які не можуть бути передані іншим суб'єктам і які повинні виконуватися державним сектором в ім'я найширше розуміється суспільного інтересу, чи маємо ми справу з сучасним відходом держави від багатьох її попередніх зобов'язань. Це стосується сектора охорони здоров'я, але також освіти, культурної політики і навіть громадської безпеки. Це явище додатково поглиблює кризу державних фінансів, що є аргументом на користь «ще швидшої, ніж досі, трансформації держави з розгалуженими зобов'язаннями (або хоча б обіцянками) у сфері соціального забезпечення та охорони здоров'я в державу, яка, щоправда, і надалі гарантує певні виплати, але на безпечному для себе, відносно низькому рівні». Обіцяючи загальний доступ до публічних послуг, держава повинна взяти на себе відповідальність за організацію відповідної інфраструктурно-фінансової системи. Слід пам'ятати, що фінансові відносини між державою та територіальним самоврядуванням у світлі постулатів щодо організації нової системи публічного права мали характеризуватися партнерством та спільною відповідальністю – нинішній спосіб організації системи охорони здоров'я та позиція територіальних органів самоврядування в ній суперечать цим постулатам. Тому актуальним залишається постулат, сформульований Клеменсом Лазаровичем у 1936 році: «Нинішній стан речей вимагає термінової реформи. Місцеве самоврядування повинно мати власну організацію охорони здоров'я, яка була б здатна виконувати обов'язки, покладені на місцеві органи влади законом».

## **1.2. Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я**

Відповідно до статті 68 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я. Громадянам, незалежно від їхнього матеріального становища, державні органи забезпечують рівний доступ до медичних послуг, що фінансуються з

державних коштів. Умови та обсяг надання послуг визначаються законом. Крім того, державні органи зобов'язані боротися з епідемічними захворюваннями та запобігати негативним для здоров'я наслідкам деградації навколишнього середовища. З цитованого конституційного положення випливають дві основні норми щодо охорони здоров'я. По-перше, Конституція стверджує, що кожна особа, яка перебуває на території України, незалежно від того, чи є вона її громадянином, чи ні, має право на охорону здоров'я. Наступна норма стосується виключно громадян України, яким Конституція забезпечує рівний доступ до медичних послуг. Умови та обсяг медичних послуг були врегульовані, відповідно до положень ст. 68 п. 2 Конституції, в законі від 27.08.2004 р. про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів.

Варто тут вирішити, що розуміється під рівним доступом до медичних послуг. Згідно з думкою Б. Банашака, принцип рівного доступу до медичних послуг пов'язаний з фінансуванням послуг з державних коштів, що базується на зборі цих коштів від усіх застрахованих на засадах загальності та рівності. Зібрані кошти розподіляються між особами, які зазнали страхового ризику, і доступ цих осіб до послуг повинен бути рівним. Це правильна думка, яка враховує принцип соціальної солідарності. Під рівним доступом до медичних послуг слід розуміти справедливий доступ, як це викладено в Конвенції про захист прав людини і гідності людської істоти у зв'язку з застосуванням біології та медицини: Конвенції про права людини і біомедицину від 4 квітня 1997 року. Стаття 3 біоетичної конвенції містить принцип справедливого доступу до медичної допомоги, відповідно до якого, з урахуванням потреб у галузі охорони здоров'я та наявних засобів, Сторони вживають у межах своїх повноважень відповідних заходів для забезпечення справедливого доступу до медичної допомоги належної якості. Хоча біоетична конвенція ще не була ратифікована Україною, незважаючи на такі заяви, слід звернути увагу на дуже влучне визначення принципу доступу до медичної допомоги, яке, в принципі, збігається з поглядами судової практики та літератури щодо застосування принципу справедливості при доступі до медичних послуг. Вищезазначені принципи щодо

рівного або справедливого доступу до медичних послуг також слід застосовувати до загального права на охорону здоров'я, і в цьому випадку державні органи, вживаючи заходів для реалізації цього права, повинні робити це справедливо і ставитися нарівні з громадянами України також до інших осіб, які перебувають на території України.

Наслідком конституційного права на охорону здоров'я є обов'язок державних органів, у тому числі органів місцевого самоврядування, вживати заходів для забезпечення реалізації цього права. Стаття 7, пункт 1, підпункт 5 Закону від 8 березня 1990 року про самоврядування громад визначає як одне із завдань громад вжиття заходів у сфері охорони здоров'я. Одним із проявів діяльності громад у сфері охорони здоров'я є створення та реалізація програм охорони здоров'я. Слід зазначити, що створення ПОЗ не належить до обов'язкових власних завдань громад, про що йдеться в п. 2 вищезазначеного статті. Проте, у разі якщо орган місцевого самоврядування вирішує впровадити таку програму, він зобов'язаний як на етапі її створення, так і на етапі реалізації застосовувати відповідні положення щодо державних фінансів та щодо самих ПОЗ.

Основним питанням, пов'язаним із впровадженням ПОЗ муніципалітетами, є вирішення, в якій формі та який орган муніципалітету уповноважений прийняти програму. Закон про виплати, окрім загального твердження, що міститься в ст. 48, п. 1, про те, що програми охорони здоров'я можуть розробляти, впроваджувати, реалізовувати та фінансувати органи місцевого самоврядування, не вирішує цього питання. Тому слід звернутися до загальних положень, що визначають повноваження органів громади. Відповідно до ст. 18 п. 1 Закону про самоврядування громади, до компетенції ради громади належать усі справи, що залишаються в межах діяльності громади, якщо закони не передбачають іншого. У цьому випадку, за відсутності спеціальних положень, прийняття ППЗ залишається в компетенції ради громади, яка повинна прийняти відповідну постанову відповідно до статті 14 Закону про самоврядування громад. Така позиція була висловлена у рішенні адміністративного суду в Познані від

16.07.2014 р., IV SA/Ро 507/14. Адміністративний суд встановив, що положення ст. 18 п. 1 Закону про самоврядування громади визначає презумпцію компетенції ради громади щодо вирішення питань, що належать до сфери діяльності громади. Громадський територіальний самоуряд уповноважений вирішувати місцеві публічні справи, які були законодавчо включені до сфери його діяльності, а також виконувати такі завдання і повноваження, які закони не передали жодному суб'єкту і які належать до сфери завдань і повноважень місцевого самоврядування. Однак це не можуть бути довільно створені муніципальною владою завдання, а лише ті, які мають об'єктивний характер, тобто мають правову основу, але не мають чітко визначеного законодавцем суб'єкта, уповноваженого на їх виконання.

Що стосується кола суб'єктів, до яких повинні бути адресовані ППЗ, то слід виходити з того, що програми повинні охоплювати мешканців даної громади, незалежно від того, чи вони в ній зареєстровані, чи ні, і незалежно від того, чи є вони особами, які мають право на користування послугами охорони здоров'я, що фінансуються з державних коштів на умовах, визначених у законі про послуги, чи ні. Стаття 2 Закону про послуги визначає перелік осіб, які мають право на медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, але не встановлює обмежень щодо кола суб'єктів, які мають право користуватися ППЗ. У зв'язку з вищезазначеним діяльність громади в сфері охорони здоров'я шляхом створення ПЗС слід розглядати як власне завдання, спрямоване на всіх мешканців даної громади, так само як і інші власні завдання, визначені в ст. 7 Закону про самоврядування громад. На користь такого кола суб'єктів, які мають право користуватися ПЗС, свідчить також положення ст. 7 п. 1 п. 1 Закону про послуги, згідно з яким до власних завдань громади в сфері забезпечення рівного доступу до послуг охорони здоров'я належать, зокрема, розробка, реалізація та оцінка результатів програм політики охорони здоров'я, що впливають з визначених потреб у сфері охорони здоров'я та стану здоров'я мешканців громади. Отже, цитований припис стосується потреб у сфері охорони здоров'я та стану здоров'я мешканців громади, а не лише осіб, які мають право на медичні послуги. Цю

думку поділяють Б. Лукасік та Я. Новак-Кубіак у коментарі до ст. 7 Закону про послуги, на думку авторів, зазначені у приписі завдання громада зобов'язана виконувати лише стосовно своїх мешканців. Це означає, що для того, щоб бути охопленим, наприклад, муніципальною програмою охорони здоров'я, необхідно бути мешканцем даної громади. Однак слід підкреслити, що проживання, а отже, членство в місцевій громаді в розумінні положень, не є рівнозначним реєстрації на території даної громади. Отже, виконуючи свої завдання в сфері рівного доступу до медичних послуг, органи громади повинні спрямовувати їх на мешканців громади (осіб, які проживають на її території), а не виключно на осіб, зареєстрованих на території даної громади.

Саме визначення програми охорони здоров'я міститься в ст. 5 п. 29а Закону про послуги, згідно з яким під програмою охорони здоров'я слід розуміти комплекс запланованих і цілеспрямованих заходів у сфері охорони здоров'я, які оцінюються як ефективні, безпечними та обґрунтованими, що дозволяють досягти у визначений термін поставлених цілей, які полягають у виявленні та задоволенні певних потреб у сфері охорони здоров'я та поліпшенні стану здоров'я певної групи отримувачів послуг, розроблених, впроваджених, реалізованих та профінансованих міністром або органом місцевого самоврядування. Як випливає з наведеного визначення, законодавець не обмежив ППЗ певними заходами, наприклад, виключно профілактичними або діагностичними. Він лише вказав приклади в статті 48 пункту 3 закону, до чого можуть відноситися ППЗ. Відповідно до зазначеного положення, вони можуть стосуватися важливих епідеміологічних явищ, інших ніж важливі епідеміологічні явища, суттєвих проблем здоров'я, що стосуються всієї або певної групи отримувачів послуг, за наявності можливостей усунення або обмеження цих проблем та впровадження нових медичних процедур і профілактичних заходів. Використання виразу «зокрема» означає, що це не є вичерпний перелік. Тому громада має повну свободу у визначенні предмета послуг в рамках РРЗ. Це можуть бути, наприклад, щеплення (профілактичні заходи), стоматологічна допомога (лікувальні заходи), всі види обстежень (діагностичні заходи). В опублікованій у серпні цього року

Вищою палатою контролю інформації про результати контролю за реалізацією програм охорони здоров'я органами місцевого самоврядування зазначено, що органи місцевого самоврядування найчастіше реалізовували ПОЗ у сфері вакцинації проти ВПЛ та грипу, проводили програми профілактики раку, протидіяли виникненню карієсу у дітей. Також проводилися заходи, спрямовані на профілактику та лікування серцевих захворювань. У Ченстохові було впроваджено ППЗ лікування безпліддя методом екстракорпорального запліднення IN VITRO.

Однак не видається можливим включення до ППЗ таких заходів, на які поширюються детальні положення, що покладають на громади обов'язок вживати певних заходів з охорони здоров'я. Перш за все, йдеться про заходи громади, визначені в Законі від 26.10.1982 р. про виховання в тверезості та протидію алкоголізму. Стаття 1 пункту 1 покладає на органи місцевого самоврядування обов'язок, серед іншого, протидіяти виникненню та усунути наслідки зловживання алкоголем, що відповідно до статті 4<sup>1</sup> закону реалізується у вигляді муніципальної програми профілактики та вирішення алкогольних проблем. Також Закон від 29.07.2005 р. про протидію наркоманії в ст. 10 п. 2 покладає обов'язок створення муніципальних програм протидії наркоманії. Проте слід зазначити, що Міністр охорони здоров'я в постанові від 28.10.2015 р. про передачу інформації про програми охорони здоров'я та зразок документа, що містить цю інформацію, у додатку до постанови, що є зразком документа, що містить інформацію про програму охорони здоров'я, що передається на підставі ст. 7 п. 1 п. 2 Закону про послуги, від громади до районів, у п. 5 додатка – категорія програми – у літері б алкоголізм та у літері ze залежність від психоактивних речовин та наркоманія. Отже, з вищезазначеного розпорядження випливає, що РРЗ можуть також стосуватися питань, пов'язаних з проблемами алкоголізму та наркоманії. Проте на практиці це може призвести до непорозумінь щодо правової основи реалізації даної програми. Крім того, слід зазначити, що відповідно до розпорядження Міністра фінансів від 02.03.2010 р. про детальну класифікацію доходів, витрат, надходжень і витрат, а також коштів, що надходять із

закордонних джерел у розділі 851 «Охорона здоров'я» окремо виділено витрати на програми охорони здоров'я (розділ 85149), витрати на боротьбу з наркоманією (розділ 85153) та окремо на протидію алкоголізму (розділ 85154). Тому можуть виникнути труднощі при кваліфікації витрат, якщо прийняти, що ППЗ можуть також стосуватися заходів у сфері боротьби з наркоманією та протидії алкоголізму.

Чергове обмеження щодо предмета політики охорони здоров'я міститься в ст. 48 п. 4 Закону про послуги, згідно з яким ПОЗ, що розробляються, впроваджуються, реалізуються та фінансуються органами місцевого самоврядування, у разі якщо вони стосуються гарантованих послуг, що охоплюються програмами, про які йдеться в п. 1 (програмами охорони здоров'я), що реалізуються міністрами та Фондом, повинні бути з ними узгодженими за змістом та організаційно. В обґрунтуванні до проекту закону про внесення змін до закону про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, та деяких інших законів, що додає пункт 4 до статті 48 закону про медичні послуги, зазначено, що: «... пропонується також внести до Закону від 27 серпня 2004 року про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, положення, які зобов'язують органи місцевого самоврядування реалізовувати програми охорони здоров'я, що є узгодженими за змістом та організаційно з програмами, що реалізуються міністрами та Національним фондом охорони здоров'я. Наприклад, прийняття на основі європейських рекомендацій відповідних вікових груп для проведення певного виду обстежень на етапі базової діагностики не дає підстав для проведення інших обстежень у цій віковій групі. Аналогічно, прийняття для жінок у віці 50-69 років проведення мамографічних обстежень з інтервалом у 2 роки не є підставою для реалізації органами місцевого самоврядування програми охорони здоров'я, в рамках якої основним обстеженням для цієї вікової групи було б, наприклад, ультразвукове дослідження. Це не означає, що органи місцевого самоврядування не можуть реалізовувати програму охорони здоров'я, в рамках якої проводилися б, наприклад, ультразвукові дослідження у молодших жінок. Тому питання збереження узгодженості між усіма програмами,

зазначеними у змінній статті 48 пункту 1 Закону від 27 серпня 2004 року про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, є дуже *важливим*»<sup>1</sup>. Наведена вище обґрунтування регулювання, що вимагає змістовної узгодженості програм охорони здоров'я, що реалізуються органами місцевого самоврядування, з програмами охорони здоров'я, що реалізуються Національним фондом охорони здоров'я та міністром, не здається повністю відповідною до положень закону, зокрема до положення про організаційну узгодженість. Не зовсім зрозуміло, що це означає. Проте така перевірка, відповідно до ст. 48а абз. 3 п. 2 Закону про послуги, повинна бути проведена Агенцією з оцінки медичних технологій та тарифікації в рамках процедури надання висновку щодо ППЗ, про яку йдеться в ст. 48а абз. 1 Закону про послуги. Незалежно від вищезазначеного обов'язку Агенції, з чисто практичної точки зору доцільно на етапі підготовки ППЗ порівняти їх узгодженість із програмами охорони здоров'я, впровадженими міністром та Національним фондом охорони здоров'я. Варто зазначити, що передача проекту РРЗ до Агенції для надання висновку повинна відбутися до прийняття радою громади рішення про його прийняття, тому у вищезазначеному положенні йдеться про проект РРЗ. Сама думка Агенції не є обов'язковою для органу місцевого самоврядування, громада може проігнорувати таку думку або не погодитися з нею, що може мати негативні наслідки для органу місцевого самоврядування у разі виявлення, хоча б під час перевірки Вищою контрольною палатою, невідповідності ПЗП вимогам законодавства.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

#### 2.1. Оцінка існуючої структури та ресурсного забезпечення мережі закладів охорони здоров'я

Всі дії громади, пов'язані з реалізацією програми охорони здоров'я, слід розділити на три етапи: підготовка програми охорони здоров'я, реалізація та аналіз досягнутих результатів разом з оцінкою програми.

Відповідно до законодавчого визначення поняття ПОЗ, це комплекс запланованих і цілеспрямованих заходів у сфері охорони здоров'я, які оцінюються як ефективні, безпечні та обґрунтовані. Тому на етапі підготовки програми, розглядаючи можливість впровадження ПОЗ, слід перевірити, чи заплановані заходи відповідатимуть критеріям ефективності, безпеки та чи будуть вони обґрунтованими з точки зору передбачуваної мети, якою має бути поліпшення здоров'я певної групи населення, та у світлі сучасних медичних знань. Наступна передумова правильно побудованої програми ПОЗ міститься у ст. 7 п. 1 п. 1 Закону про послуги, згідно з яким до власних завдань громади в сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг належать, зокрема, розробка, реалізація та оцінка результатів програм охорони здоров'я, що впливають з визначених потреб у сфері охорони здоров'я та стану здоров'я мешканців громади. Отже, ця норма зобов'язує громаду перед початком створення ПОЗ визначити медичні потреби мешканців громади, зокрема цільової групи, на яку буде спрямована програма. Законодавець не уточнює, яким чином орган місцевого самоврядування має визначити медичні потреби та стан здоров'я мешканців громади. Тому в цьому напрямку необхідна співпраця спеціалізованих організаційних підрозділів громади з суб'єктами, що надають медичні послуги, Національним фондом охорони здоров'я та громадськими організаціями, які виконують завдання в галузі охорони здоров'я, тобто суб'єктами, що володіють

фаховими знаннями про стан здоров'я та медичні потреби мешканців громади. Важливим джерелом інформації про потреби мешканців громади в галузі охорони здоров'я є також всі види опитувань та інтерв'ю в громаді, проте під час збору такого роду інформації завжди слід враховувати вимоги щодо захисту персональних даних, визначені в Законі від 29.08.1997 р. про захист персональних даних. Відповідно до ст. 6 п. 1 Закону, під персональними даними розуміються будь-які відомості, що стосуються ідентифікованої або ідентифікуваної фізичної особи. Ст. 27 п. 1 забороняє обробку персональних даних, що стосуються, зокрема, даних про стан здоров'я. Тому будь-яка інформація, чи то у формі анкет, чи то дані, що надаються медичними закладами, повинна бути анонімною. Слід зазначити, що у разі реалізації РРЗ муніципалітетами не застосовуватиметься виняток із вищезазначеного правила, викладений у ст. 27, п. 2, п. 7 Закону про захист персональних даних, оскільки він стосується лише випадків надання медичних послуг або лікування пацієнтів особами, які професійно займаються лікуванням або наданням інших медичних послуг та управлінням наданням медичних послуг. У випадку підготовки ППЗ надання таких послуг не відбудуватиметься, тому вищезазначене обмеження щодо захисту персональних даних також застосовуватиметься у випадку передачі громаді інформації про реалізацію ППЗ, оскільки громада не має законодавчих повноважень для обробки даних про стан здоров'я осіб, які беруть участь у ППЗ. Інакше буде у випадку фінансування гарантованих послуг органом місцевого самоврядування. У цьому випадку громада має право на підставі ст. 188 д Закону про послуги обробляти персональні дані осіб, яким надано послуги, та постачальників послуг у межах, зазначених у вищезазначеному положенні.

Одним із обов'язків громади, яка реалізує ППЗ, є вимога, передбачена статтею 7, пунктом 1, підпунктом 2, про передачу інформації про програми до району. Зазначена норма сформульована лаконічно, залишаючи уточнення цієї норми компетентному міністру в виконавчому акті. Таке уточнення відбулося в постанові Міністра охорони здоров'я від 28.10.2015 р. про передачу інформації про програми охорони здоров'я та зразок документа, що містить цю інформацію.

Відповідно до § 3 п. 1 постанови, громада передає інформацію про реалізовані в попередньому році програми охорони здоров'я та заплановані на поточний рік до 31 січня кожного року. Інформацію про ППЗ громада передає в електронній формі за формою, яка є додатком до розпорядження, відповідно до § 2 п. 1 у зв'язку з § 1 п. 2. Важливо, що розпорядження вимагає, щоб громада надсилала до району ППЗ, які були оцінені Агенцією або знаходяться в процесі оцінки. Обов'язок надання висновків щодо програм Агенцією був введений з 12.08.2009 р. Тому виникає сумнів щодо значення положення ст. 48а п. 2 Закону про виплати, згідно з яким не надсилаються для надання висновків ППЗ, які є продовженням програм, реалізованих у попередньому періоді. Цей запис слід розуміти так, що у випадку програм, які вже реалізовувалися і мають висновки Агенції, немає необхідності їх повторного надання на розгляд, а не так, що програми, які реалізовувалися до набрання чинності обов'язку їх надання на розгляд, можуть реалізовуватися без необхідності їх надання на розгляд. На користь такого тлумачення цього положення свідчить зміст вищезазначеного розпорядження Міністра охорони здоров'я від 28.10.2015 р., в якому йдеться про необхідність надсилання до району інформації про програми, які вже були надані на розгляд, та ті, які перебувають на розгляді. При іншому тлумаченні положення ст. 48а п. 2 Закону про послуги могла б виникнути ситуація, в якій реалізуються ППЗ, які не мають висновку Агенції, і про реалізацію яких не інформується район, що не було наміром законодавця, який прагнув забезпечити узгодженість політики в галузі охорони здоров'я.

Сам вибір виконавця ППЗ здійснюється шляхом конкурсу, що регулюється статтею 48b Закону про послуги. Положення вищезазначеного статті визначають мінімальні вимоги щодо визначення способу та терміну оголошення конкурсу (п. 2) та змісту оголошення (п. 3). В іншому вищезазначена стаття посилається на Цивільний кодекс (п. 4) щодо тендерів, а саме на ст. 70<sup>1</sup>-70<sup>5</sup> ЦК.

Вибір виконавця ППЗ не звільняє громаду від обов'язку дбати про належне виконання програми. Окрім обов'язку належного фінансового обліку завдання, на громаді також лежить обов'язок оцінки результатів програми, про що йдеться

в ст. 7 п. 1 п. 1 Закону про виплати. Слід також вказати на необхідність проведення в громаді управлінського контролю відповідно до ст. 68 Закону від 27.08.2009 р. про державні фінанси. В рамках управлінського контролю при реалізації ППЗ громада має, серед іншого, обов'язок визначити мету, яку вона хоче досягти шляхом реалізації ППЗ, визначити показники, що служать для оцінки ступеня реалізації поставленої мети (це можуть бути, наприклад, числові показники, такі як кількість проведених щеплень або обстежень, або більш загальні показники, такі як підвищення обізнаності цільової групи щодо шкідливості певних видів поведінки для здоров'я), моніторинг стану реалізації поставлених цілей відповідно до заздалегідь визначених показників. Це дуже важливо з точки зору ефективності діяльності органу місцевого самоврядування. Часто буває так, що особи, відповідальні за реалізацію даного ППЗ, обмежуються проведенням конкурсу пропозицій, складанням і підписанням договору, а після «реалізації програми» – прийняттям звіту і розрахунком за договором. У такій ситуації може статися, що, наприклад, у випадку освітньої програми, що включає ряд лекцій, рівень зацікавленості або відвідуваність осіб, на яких спрямована ППЗ, буде незначним. У такій ситуації, незважаючи на те, що програма була реалізована, а кошти витрачені, важко говорити про ефективність діяльності. Тому в рамках управлінського контролю необхідно постійно моніторити досягнуті цілі, а отже, дати собі можливість скоригувати положення програми, щоб можна було досягти найкращого ефекту у співвідношенні до витрачених коштів. У цьому сенсі застосування управлінського контролю в найпростішому розумінні полягатиме у вжитті всіх ефективних заходів для досягнення поставленої мети ППЗ.

Як уже згадувалося вище, оцінка результатів ППЗ є одним із обов'язків громади, яка реалізує ППЗ, що також впливає з обов'язку здійснення управлінського контролю. Згідно зі ст. 48, п. 5 Закону про виплати, ППЗ можуть реалізовуватися протягом одного або декількох років. Отже, у випадку програм, передбачених для реалізації протягом одного року, оцінка результатів, в принципі, має слугувати для перевірки ступеня досягнення поставлених цілей та

ефективності програми. У випадку багаторічних програм оцінка результатів завжди буде необхідною для проведення оцінки програми. Слід зазначити, що необхідність проведення оцінки програми має бути передбачена вже на етапі планування даної діяльності. Тоді слід подумати, які інструменти нам будуть потрібні для проведення ефективно оцінки: чи буде це, наприклад, анкета, інтерв'ю, чи, наприклад, аналіз документів або спостереження. У випадку багаторічних програм оцінка буде спрямована на вдосконалення даної програми, щоб у наступному періоді її реалізації було можливо більш ефективно діяти з метою поліпшення стану здоров'я населення, охопленого програмою охорони здоров'я.

Варто також звернути увагу на статтю 9а, додану до закону про послуги, разом з поправкою, яка набрала чинності 15 липня 2016 року. Відповідно до доданої статті 9а, з метою задоволення потреб місцевої громади в галузі охорони здоров'я, територіальний орган місцевого самоврядування, враховуючи, зокрема, регіональну карту потреб у сфері охорони здоров'я, пріоритети регіональної політики охорони здоров'я та стан доступності медичних послуг на території області, може фінансувати гарантовані послуги для мешканців цієї громади. Таким чином, поправка до закону надала місцевому самоврядуванню, в тому числі громадам, можливість фінансувати гарантовані послуги, що до поправки було неможливо. Як впливає з обґрунтування до зміни закону до статті 9а: «Місцеві органи влади можуть зараз, на підставі положень закону, надавати підпорядкованим їм суб'єктам субсидії на чітко визначену мету, включаючи інвестиції в нерухомість, закупівлю медичного обладнання, навчання медичного персоналу та проведення профілактичних програм. Чинні положення не допускають можливості фінансування ними медичних послуг, що надаються медичними установами, для яких вони є засновниками або які знаходяться на території цих органів місцевого самоврядування.

Даний проект чітко визначає правову основу для цих заходів і передбачає надання органам місцевого самоврядування повноважень щодо фінансування гарантованих послуг для членів своєї громади.

Слід підкреслити, що проєкт закону не покладає на органи місцевого самоврядування обов'язку фінансувати гарантовані послуги для членів своєї громади, а лише надає їм таку можливість. Таким чином, проєкт закону не покладає на органи місцевого самоврядування нових завдань і не потребує виділення їм нових додаткових фінансових коштів.

Водночас ця можливість не порушує обов'язків органів влади, що впливають із ст. 68, ч. 2 Конституції Республіки Україна, згідно з якою громадянам, незалежно від їхнього матеріального становища, органи влади забезпечують рівний доступ до медичних послуг, що фінансуються з державних коштів.

З наведеного вище обґрунтування проєкту зміни до Закону про медичні послуги чітко випливає, що, окрім можливості створення та реалізації ПМС, з набранням чинності новими нормами громади отримали можливість фінансувати гарантовані послуги на добровільній основі. Закон також не покладає на громаду нових обов'язків і не звільняє інші суб'єкти від обов'язку забезпечення рівного доступу до медичних послуг, а отже, немає необхідності передавати громадам додаткові кошти на реалізацію вищезазначеного завдання.

Проте слід зазначити, що введення можливості фінансування гарантованих послуг муніципалітетами було обтяжене певними обов'язками, спрямованими на збереження конкуренції при укладанні договорів на надання послуг та запобігання марнуванню державних коштів через подвійне фінансування тих самих гарантованих послуг. Вищезазначений механізм був включений до статті 9б тієї ж самої поправки, що і стаття 9а. У випадку громади стаття 9б пункту 1 вимагає, щоб договори на гарантовані послуги уклалися після проведення конкурсу пропозицій. Отже, у випадку договорів на гарантовані послуги, як і у випадку РРЗ, не застосовуються положення Закону від 29.01.2004 р. «Про державні закупівлі», а стаття 48б пункти 2-4 та 6 Закону про послуги, про що йдеться в пункті 2 статті 9б. Однак слід звернути увагу, що звільнення від обов'язку застосовувати Закон «Про державні закупівлі» на користь конкурсу пропозицій стосується виключно самих договорів на медичні послуги, як це має

місце у випадку РРЗ, де таке звільнення стосується виключно реалізації таких програм, а в інших випадках, пов'язаних із впровадженням РРЗ, що вимагають витрачання державних коштів, таких як, наприклад, будь-які аналізи, розробки або консультації, необхідно беззастережно застосовувати Закон про державні закупівлі.

Ще однією вимогою, що міститься в ст. 9б п. 6 Закону про послуги, яка висувається до органу місцевого самоврядування, є те, що у випадку, якщо постачальник послуг (суб'єкт, з яким має бути укладено договір про надання медичних послуг) є стороною договору про надання медичних послуг, укладеного з Фондом, угода, про яку йдеться в пункті 1, може охоплювати виключно гарантовані послуги, що надаються понад суму зобов'язання Фонду перед постачальником послуг у даній сфері.

Відповідно до обґрунтування до проекту зміни закону про медичні послуги: «Щоб уникнути подвійного фінансування тих самих гарантованих послуг як Національним фондом охорони здоров'я, так і органом місцевого самоврядування, проєктований закон допускає фінансування органами місцевого самоврядування тих послуг, які є предметом договору про надання медичних послуг, лише в обсязі, що перевищує суму зобов'язання, визначену в договорі (так звані надліміти). Крім того, він покладає обов'язок інформування суб'єктом, який здійснює медичну діяльність і одночасно є постачальником послуг, який уклав договір про надання медичних послуг з відділенням Національного фонду охорони здоров'я, про укладення такого договору з органом місцевого самоврядування, а також обов'язок передачі копій розрахункової документації, що ведеться з цим органом».

Отже, здається, що законодавець подбав про те, щоб не перекладати фінансування медичних послуг з Національного фонду охорони здоров'я на органи місцевого самоврядування, проте на практиці це може виявитися складним. По-перше, слід зазначити, що в разі постійного дефіциту гарантованих медичних послуг органи місцевого самоврядування будуть піддаватися постійному тиску, насамперед з боку мешканців, по-друге, може виникнути

ситуація, коли Національний фонд охорони здоров'я обмежить кількість контрактних медичних послуг з метою перенесення їх фінансування на органи місцевого самоврядування. Не здається, що можна запобігти цьому явищу. Наступним питанням є необхідність забезпечення органами місцевого самоврядування відповідних коштів для фінансування медичних послуг. Адже на етапі розробки та до прийняття бюджету органу місцевого самоврядування може виявитися складно визначити обсяг потреб у додаткових медичних послугах.

На закінчення слід додати, що у випадку РРЗ стаття 48а пункту 1 Закону про послуги вимагає, щоб проекти програм розроблялися на основі карт медичних потреб, про які йдеться у статті 95а пункту 1 та 6 Закону про послуги. Отже, ППЗ має мати свою змістовну основу в регіональній карті потреб у сфері охорони здоров'я, яку складає відповідний голова ОДА (ст. 95а, п. 1 і 2 Закону про послуги), та в Загальнонаціональній карті потреб у сфері охорони здоров'я, яку складає Національний інститут громадського здоров'я – Державний інститут гігієни. Обидві карти відповідно до ст. 95а п. 9 Закону про медичні послуги публікуються в інформаційних бюлетенях відомства, що обслуговує міністра охорони здоров'я. Що стосується медичних послуг, стаття 9а Закону про послуги вимагає також, щоб при прийнятті рішення про їх фінансування враховувалися, зокрема, пріоритети регіональної політики охорони здоров'я, які на підставі статті 95с встановлює та оновлює відповідний голова ОДА.

## **2.2. Виявлення проблем та викликів у функціонуванні мережі закладів охорони здоров'я**

Місцеве самоврядування означає право і здатність місцевих громад, в межах, визначених законом, керувати і управляти основною частиною публічних справ на власну відповідальність і в інтересах своїх мешканців» [1]. Згідно з Конституцією Республіки Україна, територіальна самоуправаління виконує публічні завдання, які не зарезервовані Конституцією або законами для органів інших державних влад. Основною одиницею територіальної самоуправаління

(JST) є громада [2]. Територіальний самоуправління є невід'ємною частиною інституційної структури держави, бере участь у здійсненні демократичної державної влади з урахуванням спільного блага. Воно відіграє ключову роль у задоволенні потреб громадян і в Україні виконує близько половини публічних завдань [3].

На підставі законів про самоврядування, власні завдання громади, серед інших численних завдань, включають охорону здоров'я, а завдання областей – просування та охорону здоров'я [4-6]. Обов'язки органів місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я або просування та охорони здоров'я включають численні завдання, які відрізняються на різних рівнях самоврядування [7].

Самоврядування, поряд з іншими суб'єктами, бере участь у забезпеченні рівного доступу до медичних послуг, що є обов'язком державних органів (ст. 68, п. 2 Конституції Республіки Україна). Інструментом для реалізації цього завдання є програми охорони здоров'я (нинішня правильна назва – програми політики охорони здоров'я). Реалізація програм охорони здоров'я місцевих органів влади користується значним інтересом дослідників і практиків, політиків і журналістів. Досить сказати, що двом наступним Конгресам викликів у сфері охорони здоров'я (*Health Challenges Congress* - НСС) у 2018 та 2019 роках супроводжували окрема сесія, присвячена діяльності місцевих органів влади в цій сфері, та конкурс «Здоровий місцевий орган влади». А преса з задоволенням повідомляла про значний прогрес у реалізації таких програм [8]. Чи справедливо?

Метою цього дослідження є створення комплексного образу реалізації програм охорони здоров'я місцевих органів влади з зовнішньої перспективи, тобто з точки зору спостерігача, а не творця програм. Були проаналізовані такі аспекти ситуації: 1. правові рамки для їх реалізації, 2. кількість, тематика та якість програм, а також

1. витрати на ці цілі. У роботі використано дані та інформацію з різних досліджень, звітів та доповідей, які часто є вторинним джерелом інформації. Для представлення повної картини потрібна більш широка розробка.

Зібрана інформація становить основу для розгляду реалізації програм охорони здоров'я з позиції чиновників районних адміністрацій, що буде представлено в наступній роботі.

Правові рамки програм охорони здоров'я місцевих органів влади

Відповідно до уніфікованого тексту Закону про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів (u.š.o.z.) до власних завдань органів місцевого самоврядування всіх рівнів у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг, зокрема, належать, серед іншого, розробка, реалізація та оцінка результатів програм охорони здоров'я, що впливають із визначених потреб у сфері охорони здоров'я та стану здоров'я мешканців [9]. В уніфікованому тексті u.š.o.z. програма охорони здоров'я визначається як: «комплекс запланованих і цілеспрямованих заходів у сфері охорони здоров'я, що оцінюються як ефективні, безпечні та обґрунтовані, що дозволяють досягти у визначений термін поставлених цілей, які полягають у виявленні та задоволенні конкретних потреб у сфері охорони здоров'я та поліпшенні стану здоров'я певної групи отримувачів послуг, розроблений, впроваджений, реалізований та профінансований міністром або органом місцевого самоврядування». Реалізація програм охорони здоров'я не є обов'язковим завданням органів місцевого самоврядування.

В результаті численних поправок до Закону про охорону здоров'я відбулися зміни в правових рамках для програм. Так, з 2009 року проекти програм оцінюються Агентством з оцінки медичних технологій (АОТМ). З 2015 року програми охорони здоров'я, що реалізуються органами місцевого самоврядування, мають назву програм охорони здоров'я (далі в цьому документі буде використовуватися назва «програми охорони здоров'я органів місцевого самоврядування», «програми охорони здоров'я» або «програми») [10]. З 2017 року початок впровадження, реалізації та фінансування програми охорони здоров'я може відбутися виключно після отримання позитивного або умовно

позитивного висновку голови Агенції з оцінки медичних технологій та тарифікації (АОТМіТ; до кінця 2014 року під назвою АОТМ). Винятком із цього правила є програми, що продовжуються, оновлюються або базуються на рекомендаціях АОТМіТ. Програми мають створюватися на основі карт медичних потреб, а NFZ може дофінансувати програми, в рамках яких надаються гарантовані послуги [11].

Паралельно змінилися правила передачі інформації про програми, реалізовані в попередньому році та заплановані на поточний рік. Спочатку, відповідно до Закону про охорону здоров'я, інформація, що надходила від громад, надходила до районів, а райони, враховуючи інформацію від громад, надсилали інформацію до ОДА, звідки разом з інформацією вона надходила до міністра, відповідального за охорону здоров'я. Звіти мали частково якісний (описовий), але переважно кількісний характер. Кількісні дані стосувалися виключно продуктів програми (наприклад, кількості осіб, охоплених програмою, та кількості завдань), але не результату програми. Форма для передачі інформації підлягала змінам [12, 13]. В даний час (згідно з u.š.o.z.) JST, що реалізує програму охорони здоров'я, складає кінцевий звіт [14], який повинен містити, серед іншого, інформацію про результати його моніторингу та оцінки. Звіт надсилається до АОТМіТ та оприлюднюється в Бюлетені публічної інформації [11].

Зміни в діяльності JST в галузі охорони здоров'я, які значно розширюють цей спектр, зумовлені насамперед введенням Закону про охорону здоров'я (u.z.p.) [15], Національної програми охорони здоров'я на 2016-2020 роки [16] та нового способу звітності [17]. Відповідно до у.з.п., JST виконують завдання у сфері охорони здоров'я, зазначені в законі. Крім того, вони передають інформацію про виконані або розпочаті в минулому році завдання в галузі охорони здоров'я відповідному голові ОДА, а той, після перевірки цієї інформації, готує зведену інформацію та разом з висновком про відповідність завдань пріоритетам регіональної політики охорони здоров'я передає її міністру, відповідальному за питання охорони здоров'я. Міністр передає цю інформацію КМУ. Процес передачі інформації триває приблизно півтора року або довше. Передана

інформація має переважно кількісний характер і стосується продукту, а не результату діяльності.

Форми звіту та щорічної інформації відрізняються за змістом наданої інформації, що ускладнює безперервність спостереження за станом справ та порівняння. Підсумовуючи, слід зазначити, що зміни в законодавстві щодо планування програм, у тому числі схеми програми, та звітності тривали безперервно 13 років [18]. Це свідчить про нестабільність і низьку прозорість законодавства в цьому питанні.

Не існує зведених даних про реалізовані або заплановані програми охорони здоров'я, подані місцевими органами влади, які в кінцевому підсумку надходили до Міністерства охорони здоров'я (згідно з у.ś.o.z.). Також немає підсумків з чинних на даний момент кінцевих звітів про реалізацію програм, які повинні бути передані до Агенції. Основним матеріалом для аналізу кількості, тематики та якості програм є, отже, висновки голови АОТМіТ щодо проектів програм, поданих до Агенції для надання висновку. Ці висновки розміщуються на веб-сайті Агенції. Дещо нового світла вносить кількісний аналіз чинних звітів, поданих згідно з u.z.p. [19]. Кілька висновків з цієї аналізу буде представлено в кінці розділу.

Кількість проектів програм. У 2012-2015 роках кількість проектів програм, поданих до АОТМіТ, коливалася в межах приблизно 200-300 програм на рік і демонструвала численні коливання, при цьому оцінки різних авторів мінімально відрізняються [20,21].

У 2016 році до Агенції було подано 236, а в 2017 році – 352 проекти програм, тобто більше, ніж у попередні роки. Важко оцінити, чи це є результатом більшого інтересу до реалізації програм, чи впорядкування ситуації, в якій реалізовувалися програми, що не отримали позитивної оцінки або отримали негативну оцінку [21, 22]. Одним із можливих пояснень є підготовка до дофінансування програми охорони здоров'я Національною фондом охорони здоров'я. У 2018 році Агенція видала майже 240 висновків.

Тільки в 2014-2016 роках місцеві органи влади подали на розгляд Агенції загалом 721 проект програми, з яких 61% становили заявки від громад (переважно міських), 19% – від міст, що мають статус району, 12% – від районів і 8% – від областей [21,23]. З огляду на загальну кількість місцевих органів влади певного рівня, проекти програм подали лише близько 5-7% громад в Україні. Безумовними лідерами серед тих, хто реалізує програми охорони здоров'я, є великі міста [23]. У розглянутих роках за впровадження програм, які не були схвалені АОТМіТ або отримали негативну оцінку, не загрожували наслідки, пов'язані з порушенням дисципліни державних фінансів. Отже, можна припустити, що насправді в країні могло бути реалізовано більше програм. Крім того, відповідно до тлумачення Міністерства охорони здоров'я, Агенція не надає висновків щодо проектів програм, що стосуються протидії алкоголізму, наркоманії, тютюнопаління, а також програм охорони психічного здоров'я [24], які є обов'язковими для місцевих органів влади на підставі окремих законів. Отже, до зазначеної кількості програм охорони здоров'я слід додати інші проекти, які могли мати характер програми.

Тематика проектів програм. У 2012-2015 роках приблизно 40-50% проектів програм місцевого самоврядування стосувалися профілактичних щеплень. Другою за частотою темою були захворювання опорно-рухового апарату та проблеми онкологічних захворювань. У кожній з цих областей планувалося розглянути різні

питання, а саме: вакцинація проти різних захворювань (наприклад, проти пневмококів, менінгококів, ВПЛ), різні аспекти проблем з опорно-руховим апаратом (наприклад, вади постави, остеопороз) та різні онкологічні захворювання (наприклад, рак молочної залози, простати, товстої кишки) [20]. Варто зазначити, що більшість програм (близько 65%) були монотематичними, тобто стосувалися лише одного захворювання або одного фактора ризику захворювання. У 2016 та 2017 роках більшість проектів програм також стосувалася профілактичних щеплень [21, 22], але на наступних місцях відбулися зміни.

Це не змінює того факту, що проекти базуються на біомедичному моделі здоров'я і використовують типовий для неї підхід «зверху вниз» (top-down).

Якість проектів програм. У 2012-2015 роках аж 1/3 проектів програм отримали негативну оцінку Агентства. Відсоток позитивних оцінок становив близько 45%, а умовно позитивних – 22%. З року в рік спостерігалось зниження відсотка позитивних оцінок [20]. У 2016 році відсоток позитивних висновків знизився до 5% [21].

Оскільки існуюча система звітності взагалі не охоплювала питання оцінки програм, тому неможливо нічого сказати про результати цих програм, а навіть про те, чи взагалі були зроблені якісь спроби щодо оцінки результатів та впливу. На полях варто зазначити, що в даний час автори реалізують проект під назвою PROFIBAZA - Цифрове надання публічної інформації про стан здоров'я населення та реалізацію програм охорони здоров'я для профілактики захворювань і просування здоров'я в Україні, співфінансований з коштів Європейського фонду регіонального розвитку на 2014-2020 роки в рамках Операційної програми «Цифрова Україна» (POPC). Результатом проекту буде об'єднання звітної інформації з різних джерел та поліпшення якості та рівня інтеграції даних про місцеві заходи в галузі профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя на тлі стану здоров'я населення.

З аналізу щорічної інформації про виконані в 2016 році завдання в галузі охорони здоров'я, поданої відповідно до Закону про державну службу, випливає, що місцеві органи влади виконали аж 23 284 завдання такого роду. Найчастіше вони виконували завдання, пов'язані з 2-м оперативним ціллю NPZ (10 708 завдань; 46%), а саме «Профілактика та вирішення проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, поведінковими залежностями та іншими ризикованими формами поведінки». Це, ймовірно, пов'язано з визначеним джерелом фінансування таких завдань (так званих «коркових») відповідно до Закону про виховання в тверезості та протидію алкоголізму [19, 25]. Привертає увагу також акційність та монотематичність заходів.

На основі представлених даних можна сказати, що реалізація місцевих програм охорони здоров'я характеризується такими проблемами (у порядку обговорення питань): 1. складнощі законодавства, зокрема пов'язані зі способом звітності, 2. відносно невеликий інтерес місцевих органів влади до таких програм, що виявляється в невеликій кількості проектів програм, надісланих до Агенції для надання висновку, 3. невелика участь громад у реалізації (та фінансуванні) програм,

1. значні територіальні відмінності в доступі до програм, що є наслідком нерівномірного просторового розподілу програм, 5. невеликий інтерес

1. проблем зі здоров'ям, що призводить до орієнтації програм на хвороби, а не на здоров'я, та до планування зверху, 7. монотематичність, тобто концентрація на одній хворобі або одному факторі ризику, 8. незадовільна якість програм, 9. відсутність оцінки результатів та 10. низький рівень фінансування програм у розрахунку на одного мешканця. Це тривожні явища, які можуть сигналізувати про наближення кризи місцевих програм охорони здоров'я [30]. Однак слід пам'ятати, що це не єдині проблеми, і інформацію на цю тему надають як вже цитовані джерела, так і інші літературні джерела [31-37].

Представлена картина ситуації, пов'язаної з реалізацією місцевих програм охорони здоров'я, є тривожною. Тому не дивно, що з багатьох сторін, ззовні, висловлюються гострі оцінки та надходять рішучі рекомендації щодо поліпшення ситуації. Однак, на нашу думку, потрібно запитати думку місцевих чиновників - як вони, зсередини, бачать цей стан речей.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Розробка моделі оптимізації мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади**

Проблематика функціонування системи охорони здоров'я є предметом постійних академічних дискусій, політичних суперечок та громадських консультацій. Форма системи охорони здоров'я та її практична реалізація викликають величезні емоції у всьому світі. Основною метою охорони здоров'я є забезпечення жителів доступом до медичних послуг на належному рівні та в найкоротші терміни, проте реалізація цієї мети набуває різних форм. Модель організації політики охорони здоров'я, що діє в даний час в Європейському Союзі (далі: ЄС), базується на державному моделі, незалежному від органів та інституцій ЄС. У окремих державах-членах Європейського Союзу існують значні нерівності в секторі охорони здоров'я, різняться демографічна структура окремих країн і існують істотні диспропорції в обсязі витрат на систему охорони здоров'я.

Місцеве самоврядування функціонує у всіх державах Європейського Союзу. Воно є виразом децентралізації державної влади. Однак слід підкреслити, що його структури в окремих державах-членах організовані та функціонують за різними принципами. Експерти з питань місцевого самоврядування використовують різні критерії для побудови типологій, що описують цю різноманітність. Одним із способів побудови моделей місцевого самоврядування є їх поділ за походженням або генезою адміністративних і політичних систем, що існують у сучасних державах. Таким чином, виділяють територіальні органи місцевого самоврядування, що виникли в результаті децентралізації раніше централізованих держав (переважна більшість європейських держав), та

територіальні органи місцевого самоврядування, що існують в результаті «нецентралізації», тобто традиційно існують у країнах і державах, в яких влада історично не була централізована (Англія, Швеція). Іншим способом поділу територіальних органів місцевого самоврядування, що функціонують в ЄС, є їх розрізнення за характером і обсягом децентралізації державної влади. Країни-члени ЄС мають унітарний, регіональний або федеральний характер. В унітарних державах децентралізація здійснюється шляхом передачі адміністративних повноважень переважно на рівень громади та району (департаменту), але також і регіону, при збереженні унітарності та однорідності державного устрою. У регіональних державах децентралізація є ширшою і охоплює не тільки делегування повноважень від центрального рівня до рівня місцевого самоврядування, але також передбачає розподіл законодавчої влади між державою та автономним регіоном. У федеральних державах державна влада є розділеною – частина належить федеральній державі, а частина – федеральній землі.

Метою цих роздумів є аналіз ролі та місця територіальних органів місцевого самоврядування в національних системах охорони здоров'я країн-членів ЄС. Ці роздуми не містять детального опису правил, що діють у окремих країнах, а зосереджуються, виходячи з ролі територіальних органів місцевого самоврядування в системах охорони здоров'я, на виділенні груп систем/типів, що мають подібності за організаційним та фінансовим критерієм. Дослідження було підготовлено на основі звіту «Управління системами охорони здоров'я в державах-членах ЄС. Роль місцевих та регіональних органів влади», підготовленого Росселлою Солді та Сесілією Одоне на замовлення Комітету регіонів ЄС.

Системи охорони здоров'я можна класифікувати за різними критеріями. У літературі переважає поділ на чотири основні системи: Бісмарка, Сімашки, Бевердіжа та ринкову:

- система Бісмарка (соціальне медичне страхування) – за цією системою працівники та роботодавці сплачують внески на соціальне медичне страхування

до встановлених законом страхових установ – кас хворих, керівництво яких, незалежне від державної адміністрації, укладає договори з отримувачами послуг. У свою чергу, застраховані мають право вільно обирати касу медичного страхування;

- система Сємашка (система централізовано планованої охорони здоров'я) - її створив перший народний комісар охорони здоров'я Микола Олександрович Сємашко. Вона передбачає централізацію організації структур та принципів фінансування. Згідно з цією моделлю, держава була власником усіх закладів охорони здоров'я, що надавали медичні послуги, а працівники вважалися державними службовцями;

- Система Бевердіжа (національна модель охорони здоров'я) - її головною особливістю є чітке відокремлення сфери охорони здоров'я від усього сектора охорони здоров'я, який фінансується за рахунок загальних податків, що стягуються з громадян. Фінансові кошти, що надходять від податків, входять до складу центрального бюджету, де розподіляються між окремими секторами або безпосередньо надходять до місцевих бюджетів, які виділяють певну їх частину на охорону здоров'я в даному регіоні;

- ринкова (резидуальна) система - передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків, що сплачуються в рамках приватного страхування або в рамках індивідуальної оплати за надану послугу. Наявність страхування є обов'язковою. З огляду на вищезазначене, в описаному моделі сектор охорони здоров'я розглядається як ринок збуту, на якому домінуючу роль відіграють попит і пропозиція, а пацієнт є клієнтом.

Р. Солді та К. Одоне додатково вказують на поділ систем охорони здоров'я за критерієм типу платників та постачальників послуг, виділяючи три моделі:

- публічно інтегрована модель (*the public integrated model*) - характеризується публічними платниками та публічними закладами охорони здоров'я. У цій моделі працівники служби охорони здоров'я є працівниками публічного сектора;

- модель державних замовлень (*the public contract model*) - в рамках цієї моделі функціонують державні платники та приватні постачальники медичних послуг;

- приватна модель (*the private insurance/provider model*) - передбачає функціонування приватних платників та приватних постачальників медичних послуг.

Європейська федерація лікарень HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) та Dexia, класифікуючи системи охорони здоров'я в окремих країнах-членах ЄС, базувалися на критерії домінуючої моделі управління лікарнями, виділяючи:

- децентралізований модель - відповідно до цієї моделі відповідальність за управління лікарнями була передана від держави до регіональних або місцевих органів влади;

- деконцентрований модель – відповідно до цієї моделі відповідальність за управління лікарнями несе держава (центральна влада), але повноваження щодо цього держава передала територіальним органам влади або регіональним/місцевим відділенням центральної адміністрації;

- централізований модель – за управління та функціонування лікарняної системи відповідає виключно центральна влада.

У свою чергу, в аналізах і дослідженнях ОЕСР щодо інституційних особливостей систем охорони здоров'я країн-членів ОЕСР І. Жумард, К. Андре і К. Нік запропонували поділ систем охорони здоров'я країн-членів ОЕСР за критеріями функціонування ринкового механізму, що регулює попит і пропозицію медичних послуг, виділивши:

- модель значної залежності від ринкових механізмів – провідна роль приватного сектора у наданні медичних послуг та страховому захисті;

- модель обмеженої залежності від приватної пропозиції, але широкий вибір постачальників медичних послуг;

модель домінуючої державної системи з обмеженим вибором постачальників.

Вищезазначене порівняння ілюструє організаційний розмаїття систем охорони здоров'я в окремих країнах ЄС, але також вказує на існування груп країн, де функціонують подібні організаційні та фінансові механізми.

З метою оцінки поточної ролі органів місцевого самоврядування в управлінні системою охорони здоров'я, в першу чергу було проаналізовано принципи фінансування охорони здоров'я, а також повноваження та відповідальність органів місцевого самоврядування за охорону здоров'я, включаючи принципи власності та управління закладами охорони здоров'я.

### 1.1. Джерела фінансування охорони здоров'я

Джерела фінансування охорони здоров'я в різних країнах є різними, а їх характер залежить від політичного вибору, зробленого представниками суспільства. У більшості країн основна частина витрат на охорону здоров'я походить з державних джерел, проте важливу роль відіграють приватні кошти, які найчастіше надходять від прямих платежів пацієнтів або внесків на добровільне медичне страхування.

Найвищі загальні витрати на охорону здоров'я у 2015 році у відношенні до ВВП серед країн-членів ЄС понесли Швеція, Франція, Німеччина та Нідерланди. Рівень витрат на охорону здоров'я в Німеччині склав 321 млрд євро, що є найвищим показником серед країн-членів ЄС. Франція посіла друге місце (237 млрд євро), а потім Велика Британія (223 млрд євро). Витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одного мешканця в 2014 році були найвищими у Швеції (5,0 тис. євро на мешканця) та Люксембурзі (5,6 тис. євро на мешканця).

До джерел державного фінансування системи охорони здоров'я належать, перш за все, кошти державного бюджету, органів місцевого самоврядування та цільових фондів. Усі вони походять, в основному, з обов'язкових податкових надходжень.

Участь місцевих органів влади окремих країн-членів ЄС у фінансуванні охорони здоров'я є дуже різною. Дані Євростату (таблиця № 2) показують, що фінансування з боку місцевих та регіональних органів влади має місце в 23 країнах-членах, його немає на Кіпрі, в Греції, Ірландії, Люксембурзі та на Мальті.

У свою чергу, в Данії, Італії, Іспанії, Фінляндії та Швеції місцеві органи влади фінансують більшу частину загальних витрат на охорону здоров'я. У Бельгії, Німеччині, Франції, Нідерландах, Португалії, Словаччині, Великій Британії та Угорщині їх фінансова участь не перевищує 5%.

### **3.2. Практичні рекомендації щодо впровадження змін в мережі закладів охорони здоров'я**

Основною функцією місцевого самоврядування є децентралізація влади, наближення її до громадян. Воно є важливим елементом структури державної влади і є результатом реалізації принципу субсидіарності. Його структура, устрій та організація сильно різняться в окремих країнах-членах ЄС, різняться також його компетенція, повноваження на певні дії. Ця різниця стосується також питань політики охорони здоров'я, зокрема планування, фінансування та надання медичних послуг.

Р. Солді та К. Одоне, аналізуючи компетенцію місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я в окремих країнах-членах ЄС, вказали, що лише в п'яти країнах місцеві та регіональні органи влади мають самостійні повноваження щодо прийняття нормативних актів у сфері охорони здоров'я. У шести країнах місцеві та регіональні органи влади відповідають за політику охорони здоров'я, у 15 країнах місцеві та регіональні органи влади зобов'язані здійснювати планові заходи у сфері охорони здоров'я, а у 23 країнах-членах місцеві та регіональні органи влади відповідають за організацію або надання медичної допомоги. Крім того, місцеві органи влади є власниками об'єктів охорони здоров'я в 20 державах-членах, несуть за ці об'єкти юридичну та фінансову відповідальність, зобов'язані управляти ними, фінансувати інвестиції та нести постійні та операційні витрати.

Види класифікації, представлені в пункті 2, мають загальний, ілюстративний характер, не вказують на рівень децентралізації та не описують інституційні умови окремих систем управління охороною здоров'я. Насправді механізми фінансування систем охорони здоров'я, засновані на публічному

оподаткуванні, можуть бути децентралізованими (наприклад, Данія) або централізованими (наприклад, Кіпр), публічні платники/постачальники можуть функціонувати в рамках централізованої моделі (наприклад, Мальта) або децентралізованої моделі (наприклад, Італія), а домінуюча державна система охорони здоров'я не обов'язково означає централізовану систему управління лікарнями. Ця система може також базуватися на принципі децентралізації (наприклад, Україна, Іспанія) або деконцентрації (наприклад, Португалія). З огляду на вищезазначене, Р. Солді та К. Одоне запропонували такий поділ моделей систем управління охороною здоров'я:

- децентралізована модель,
- частково децентралізована модель,
- оперативно децентралізована модель,
- переважно централізована модель,
- централізована модель

#### 4.1. Децентралізована система

Децентралізована система охоплює п'ять країн: Австрію, Іспанію, Німеччину, Велику Британію та Італію. У цих країнах регіональні органи влади мають законодавчі повноваження в галузі охорони здоров'я або деяких її сегментів, наприклад, стаціонарного лікування (Австрія). Органи місцевого самоврядування (в тому числі регіональні) несуть комплексну відповідальність за управління системою охорони здоров'я, включаючи її планування, організацію та функціонування. За винятком Великої Британії, фінансування з місцевих бюджетів (у % від ВВП) значно перевищує частку національного фінансування. Крім того, регіональні органи влади (а часто також місцеві органи влади) мають повноваження встановлювати та стягувати державні збори, що фінансують систему охорони здоров'я. У всіх вищезазначених країнах регіональні органи влади також несуть юридичну відповідальність за систему охорони здоров'я, впровадження якої часто передається місцевим органам влади (наприклад, у Німеччині). У децентралізованій системі можна виділити дві тенденції. Перша з них – це посилення механізмів співпраці та координації між різними суб'єктами

системи охорони здоров'я. Так є у випадку Італії та Конференції штатів-регіонів, а також Австрії, де було створено нові організаційні та управлінські комітети з метою спільного управління. Друга тенденція – це посилення конкуренції в системі охорони здоров'я шляхом приватизації медичних послуг. Так відбувається в Німеччині та Великій Британії. У системі охорони здоров'я, заснованій на децентралізації, можуть виникати істотні відмінності в правилах, що визначають надання медичних послуг у різних регіонах. Така ситуація має місце в Іспанії та Італії, де в окремих регіонах існують відмінності в рівні обов'язків та функцій місцевих і регіональних органів влади. Проблемою децентралізованої системи є також невідповідність між фінансовою автономією та покладеними на неї державними завданнями. В Австрії бюджетна автономія регіональних органів влади у сфері формування доходів є обмеженою, що ускладнює самостійну реалізацію політики охорони здоров'я. У свою чергу, в Іспанії фінансова автономія регіонів сприяла їх значному заборгуванню, що з огляду на принцип бюджетної стабільності означає обмеження можливостей центрального уряду в сфері політики розвитку<sup>19</sup>.

Ця система існує в шести країнах: Бельгії, Хорватії, Данії, Фінляндії, України та Швеції. Її характерною рисою є передача частини відповідальності за сектор охорони здоров'я з центрального рівня на місцевий або регіональний. Наприклад, у Швеції, Фінляндії та Данії місцеві органи влади відповідають за організацію базових та середніх медичних послуг. У зазначених країнах (за винятком Бельгії) кошти на охорону здоров'я, що надходять з бюджетів місцевих органів влади (як % ВВП), значно перевищують фінансове залучення державного бюджету. У частково децентралізованих системах місцеві органи влади є власниками закладів охорони здоров'я і відповідають за їх управління. Вони також мають повноваження встановлювати (прямо або опосередковано) їхні фінансові плани та беруть фінансову та організаційну участь у просуванні здоров'я та профілактичних заходах. Вищезазначені країни характеризуються різним рівнем децентралізації, який постійно змінюється. У Бельгії реформа 2014 року передала регіональним органам влади за рахунок центрального рівня

більше завдань і ширшу відповідальність. У Хорватії готуються реформи, що стосуються зміни повноважень і фіскальних правил між місцевим самоврядуванням і центральною владою. У Фінляндії реформа в галузі охорони здоров'я, соціальних послуг та регіонального управління має набути чинності в 2020 році і передбачає передачу відповідальності за охорону здоров'я з місцевого рівня новоствореним регіональним органам влади. У Україні системна реформа охорони здоров'я 2016 року зупинила процес комерціалізації та приватизації державних лікарень, також триває робота над зміною принципів фінансування охорони здоров'я. Як і в децентралізованих системах, в частково децентралізованих системах можуть виникати відмінності в доступі та якості медичних послуг (наприклад, у Швеції та Фінляндії) внаслідок відмінностей у рівнях автономії та фінансових можливостях місцевих і регіональних органів влади.

Оперативно децентралізована система охоплює дев'ять країн: Болгарію, Чехію, Естонію, Литву, Латвію, Румунію, Словаччину, Словенію та Угорщину. У цих країнах провідну роль у системі охорони здоров'я відіграють центральні органи влади, а роль місцевих органів влади обмежується управлінням частиною закладів охорони здоров'я (оперативна функція). Фінансування завдань, пов'язаних з охороною здоров'я, з місцевих бюджетів є відносно невеликим і нижчим за національну частку. Сфера застосування оперативно децентралізованої системи в окремих країнах сильно різниться – ширші повноваження мають, наприклад, місцеві органи влади Чехії та Литви, менші – Угорщини.

Переважно централізована система діє у трьох країнах: Франції, Нідерландах та Португалії. У цих країнах відповідальність за функціонування системи охорони здоров'я покладена на центральний уряд, проте місцеві та регіональні органи влади виконують певні завдання, пов'язані з охороною здоров'я, а також беруть участь у фінансуванні охорони здоров'я, хоча і в значно меншому обсязі, ніж центральні органи влади. У Франції та Португалії на

місцевому рівні завдання, пов'язані з охороною здоров'я, виконують місцеві підрозділи центральної адміністрації.

Централізована система охоплює п'ять країн: Кіпр, Грецію, Ірландію, Люксембург і Мальту. У цих країнах відповідальність за охорону здоров'я покладена на центральну владу, до завдань якої належить її фінансування, управління закладами охорони здоров'я, забезпечення належної якості послуг, що надаються. Заклади охорони здоров'я є власністю держави. В Ірландії та Греції на місцевому рівні завдання, пов'язані з охороною здоров'я, виконують місцеві підрозділи центральної адміністрації.

Системи охорони здоров'я окремих держав-членів ЄС у контексті ролі та значення місцевого самоврядування значно відрізняються між собою. Ці відмінності стосуються насамперед повноважень місцевого самоврядування, принципів фінансування, принципів відповідальності та прав власності на об'єкти охорони здоров'я. Причини цих відмінностей слід шукати в історії окремих країн-членів, в їхніх традиціях, системі цінностей, чинних політичних рішеннях або ступені довіри до вільного ринку. Аналіз окремих систем охорони здоров'я у всіх 28 державах-членах ЄС вказує на важливу роль місцевих та регіональних органів влади в цій сфері. Місцеві органи влади 23 країн беруть участь у фінансуванні системи охорони здоров'я, проте рівень цього фінансування є різним – у п'яти країнах він перевищує 50 % загальних витрат на охорону здоров'я, а в семи країнах становить менше 5 %. У дев'яти державах-членах участь місцевих органів влади у фінансуванні охорони здоров'я є вищою, ніж рівень фінансування з державного бюджету. У переважній більшості випадків роль місцевих органів влади не є переважною над національною політикою. Лише в п'яти державах-членах місцеві та регіональні органи влади мають самостійні повноваження щодо прийняття положень, що стосуються політики охорони здоров'я, в інших країнах це є виключно прерогативою центральної влади. Ця різноманітність моделей управління системами охорони здоров'я та різна роль місцевих органів влади дозволяє виділити такі моделі: децентралізований, частково децентралізований, оперативно децентралізований,

переважно централізований та централізований, до яких на основі, перш за все, принципів фінансування та повноважень можна віднести певні країни-члени, що мають спільні риси. Різна роль місцевих органів влади у проведенні політики охорони здоров'я є наслідком розбіжностей між країнами Європейського Союзу за ступенем і характером децентралізації. У тих країнах, де ступінь децентралізації є значним (Франція, Німеччина), місцеве самоврядування має найширші повноваження у сфері формування політики охорони здоров'я, тоді як у країнах, що характеризуються низьким ступенем децентралізації, завдання у сфері охорони здоров'я були віднесені до компетенції центральної адміністрації.

## ВИСНОВКИ

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України особливої актуальності набуває питання формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на рівні територіальних громад. У процесі дослідження нами зроблено наступні висновки та узагальнення:

1. Досліджено сучасні підходи до організації мережі закладів охорони здоров'я, що дозволяє визначити ключові принципи її побудови та функціонування. Це забезпечує наукову базу для подальших практичних рішень.

2. Проаналізовано чинну нормативно-правову базу, яка регулює діяльність закладів охорони здоров'я. Виявлено, що ефективне функціонування мережі можливе лише за умови дотримання законодавчих вимог та адаптації до змін у правовому полі.

3. Проведено комплексну оцінку існуючої структури та ресурсного забезпечення мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади. Встановлено, що наявна мережа потребує оптимізації для підвищення ефективності використання ресурсів.

4. Ідентифіковано основні проблеми, серед яких: недостатнє фінансування, нерівномірний розподіл ресурсів, кадрові труднощі та низька якість окремих медичних послуг. Це обумовлює необхідність пошуку нових підходів до управління мережею.

5. Проаналізовано досвід інших країн та рекомендації міжнародних організацій (ВООЗ, Світовий банк), що дозволяє адаптувати найкращі практики до українських реалій та підвищити рівень медичної допомоги.

6. Запропоновано модель оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, яка враховує специфіку територіальної громади, наявні ресурси та потреби населення. Модель базується на системному підході та сучасних управлінських технологіях.

7. Розроблено конкретні рекомендації для органів місцевого самоврядування та керівників закладів охорони здоров'я щодо впровадження змін, спрямованих на підвищення ефективності та якості медичних послуг.

8. Застосування аналізу, синтезу, порівняльного аналізу, статистичних методів, експертного опитування та моделювання забезпечило комплексність і об'єктивність отриманих результатів.

9. Результати дослідження можуть бути використані органами місцевого самоврядування, керівниками закладів охорони здоров'я та фахівцями галузі для оптимізації мережі, підвищення ефективності управління та покращення якості медичних послуг.

10. Визначено напрями для майбутніх досліджень, зокрема щодо впровадження цифрових технологій, розвитку телемедицини та удосконалення механізмів фінансування мережі закладів охорони здоров'я.

Робота підтвердила важливість комплексного підходу до формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я територіальної громади. Узагальнені результати дослідження свідчать, що впровадження сучасних управлінських рішень, адаптація міжнародного досвіду та врахування особливостей кожної громади дозволяють підвищити ефективність функціонування медичних закладів, оптимізувати використання ресурсів і забезпечити якісну медичну допомогу населенню. Запропоновані рекомендації та модель оптимізації можуть стати практичним інструментом для органів місцевого самоврядування та керівників закладів охорони здоров'я, а окреслені перспективи подальших досліджень сприятимуть подальшому розвитку системи охорони здоров'я України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПЕРШОДЖЕРЕЛ

1. Аналітичні панелі (дашборди) Національної служби здоров'я України. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення: 20.11.2024).
2. Анохіна С., Монастирський Г. Цифрові інновації у сфері системи охорони здоров'я. Сучасні цифрові технології та інноваційні методики навчання: досвід, тенденції, перспективи : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, м. Тернопіль, 7 листопада, 2024 р. Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2024. С. 216-219.
3. Анохіна С. Впровадження цифрових інновацій та інформаційних технологій у медичну сферу міста. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів : матеріали доп. V Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю [Тернопіль, 16 трав. 2024 р.]. – Тернопіль : ЗУНУ, 2024. – Ч. 1. – С. 125-129.
4. Бобер В. Аналіз даних у галузі громадського здоров'я: Застосування Power BI для боротьби зі спільними викликами. URL: <https://blog.silvery.ua/data-analytics-in-public-health-using-power-bi-to-address-common-challenges> (дата звернення: 20.11.2025).
5. Вимоги ПМГ 2024. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024> (дата звернення: 20.11.2025).
6. Дацків, Л. Теоретичні засади дослідження інновацій в сфері охорони здоров'я // Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 2 [м. Тернопіль, 15 травня 2020 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.] ;відпов. за вип. М. М. Шкільняк. Тернопіль : ТНЕУ, 2020. - С. 125-127.
7. Демчишин, Я., & Монастирський, Г. (2024). Процеси диджиталізації в управлінні медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та

- перспективи розвитку. Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ», (March 29, 2024; Cambridge, UK), 85-88.
8. Електронна система охорони здоров'я в Україні URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 15.11.2025).
  9. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Редакція від 19.04.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.11.2025).
  10. Звіт про оплати та витрати на забезпечення медичних послуг за програмою медичних гарантій. URL: [https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1pimg-reports?\\_\\_cf\\_chl\\_tk=N1ii43.Ehz4vyTj2VxwA4atj0YRwE15fVRHfBodCMQw-1732214623-1.0.1.1-jkYAfwg99vVh\\_0xJrVk\\_xpwpvVpL8xek4eHgvN0XVSY](https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1pimg-reports?__cf_chl_tk=N1ii43.Ehz4vyTj2VxwA4atj0YRwE15fVRHfBodCMQw-1732214623-1.0.1.1-jkYAfwg99vVh_0xJrVk_xpwpvVpL8xek4eHgvN0XVSY) (дата звернення: 20.11.2024).
  11. Князевич В. Первинна медико-санітарно допомога/сімейна медицина. Київ, 2010. 404 с.
  12. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.11.2024).
  13. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. Укр. мед. часопис, 2013. 4(96). С.20–26. URL: [www.umj.com.ua/uk/publikatsia-63259-transformaciya-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-ukraini-stan-ta-perspektivi](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-63259-transformaciya-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-ukraini-stan-ta-perspektivi) (дата звернення: 20.11.2024).
  14. Медичні установи. Місто.UA. URL: <https://micto.ua/m-ivano-frankivsk-r10580/> (дата звернення: 20.11.2025).
  15. Організація діяльності закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс] : навч. посіб. / Р. Р. Августин, Ю. А. Богач, А. Ю. Васіна [та ін.] ; за ред. М. М. Шкільняка, Т. Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2021. 517 с. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/48106> (дата звернення: 20.11.2025).

16. Платформа для самостійної аналітики Microsoft Power BI. URL: <https://www.rbcgrp.com/ua/it-platfomy/microsoft-power-bi/> (дата звернення: 20.11.2024).
17. Посібник медичних гарантій 2025: відновлення і розвиток. URL: <https://medplatforma.com.ua/images/76606/Posibnuk.pdf> (дата звернення: 20.11.2025).
18. Постанова КМУ від 28 лютого 2023 №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.11.2024).
19. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf> (дата звернення: 15.11.2024).
20. Про реорганізацію комунальних некомерційних підприємств. Рішення Івано-Франківської міської ради від 5 вересня 2023 р.
21. Програма медичних гарантій — 2024: перелік послуг, тарифи, особливості. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/15737-programa-medichnikh-garantiy-2023-perelik-poslug-osoblivosti#ancex1> (дата звернення: 20.11.2025).
22. Радиш Я. Ф., Слабкий Г.О., Залеська В.В., Яструбінський В.І., Моїсеєнко Р.О., Шевченко М.В., Долот В.Д., Жельман В.О., Чермак І.І., Яцюк М.І. Єдина уніфікована методика розрахунку вартості медичних послуг, амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного лікування URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-34202-yedina-unifikovana-metodika-rozrachunku-vartosti-medichnix-poslug-ambulatorno-poliklinichnogo-ta-stacionarnogo-likuvannya> (дата звернення: 15.11.2024).
23. Система виявлення вторгнень. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0\\_%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5)

[%D0%BD%D0%BD%D1%8F\\_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D1%8C](#) (дата звернення: 15.11.2025).

24. Система запобігання вторгнень. URL:

[https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0\\_%D0%B7%D0%B0%D0%BF%D0%BE%D0%B1%D1%96%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F\\_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D1%8C](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D0%B7%D0%B0%D0%BF%D0%BE%D0%B1%D1%96%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D1%8C) (дата звернення: 15.11.2025).

25. Створення звіту Power BI для аналізу проєктів. URL:

<https://learn.microsoft.com/uk-ua/power-apps/maker/canvas-apps/sharepoint-scenario-build-report> (дата звернення: 20.11.2025).

26. Трач О. В Івано-Франківську триває процес об'єднання трьох медичних установ. URL: <https://zz.te.ua/try-ternopil-s-ki-medychni-zaklady-ob-iednaly-v-odyn-shcho-zminyt-sia/> (дата звернення: 20.11.2024).

27. Цифрові рішення в медицині – майбутнє чи вже реальність? URL: <https://health-ua.com/article/46282-tcifrov-rshennya-vmeditsin--majbutn-chivzhe-realnst> (дата звернення: 15.11.2024).

28. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.

29. Шкільняк М.М. Вектори модернізації менеджменту закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Мат. доп. Всеукраїнської наук.-практ. конференції з міжнародною участю. Тернопіль - Кам'янець-Подільський: ТНЕУ, 2018. С. 332-336

30. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Ж.Л.Крисько, І.О.Демків. Менеджмент: навчальний посібник, Тернопіль.: Крок, 2017. 351с.

31. Штучний інтелект в медицині. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/news/inteli.htm> (дата звернення: 01.05.2025).

32. Breitner Gomes Chaves<sup>1</sup>, Catherine Briand<sup>2</sup> and Khayreddine Bouabida. Innovation in Healthcare Organizations: Concepts and Challenges to Consider. International Journal of Health Research and Innovation, Vol. 9, No. 1, 2021, 1-14. ISSN: 2051-5057 (print version), 2051-5065 (online) <https://doi.org/10.47260/ijhri/911>
33. General Data Protection Regulation. URL: <https://gdpr-info.eu/> (дата звернення: 15.11.2024).
34. Health Information Privacy. URL: <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html> (дата звернення: 15.11.2024).
35. Leavitt M. Medscape's response to the Institute of Medicine Report: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Med. Gen. Med., 2001. 3(2):2.
36. Vasina, A., Monastyrskyi, G., Ivanova, V., Maistrenko, K., & Tsalko, Y. (2023). Concepts of sustainable public administration: perspectives and challenges. Amazonia Investiga, 12(71), 252-262.