

**Міністерство освіти і науки України  
Дніпровський державний аграрно-економічний університет  
Факультет менеджменту і маркетингу  
Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування**

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ  
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ:**

**Завідувачка кафедри,  
д.держ.упр., проф.  
\_\_\_\_\_ Наталія БОНДАРЧУК  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 р.**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему: РЕАЛІЗАЦІЯ ПОВНОВАЖЕНЬ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО  
САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»  
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»  
Ступінь вищої освіти: Магістр

**Здобувачка**

**Тетяна ОСКАЛЕНКО**

**Науковий керівник,  
д.н. держ. упр., професор**

**Віктор СИЧЕНКО**

**Дніпро – 2024**

**ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ****Факультет:** Менеджменту і маркетингу**Кафедра:** Менеджменту, публічного управління та адміністрування**Освітньо-професійна програма:** «Публічне управління та адміністрування»**Спеціальність:** 281 «Публічне управління та адміністрування»**Ступінь вищої освіти:** Магістр**ЗАТВЕРДЖУЮ**Зав. кафедри \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.**ЗАВДАННЯ**  
**на дипломну роботу студентці**  
**Оскаленко Тетяні Анатоліївні**

- 1. Тема роботи** «Реалізація повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні»,  
**керівник роботи** Сиченко Віктор Володимирович, д.н. держ. упр., професор, затверджені наказом ректора ДДАЕУ від « \_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ р. № \_\_\_\_\_.
- 2. Строк подання студентом роботи** – 29.01.2024 року.
- 3. Вихідні дані до роботи** річні звіти, виробничо-фінансові плани, бухгалтерська документація, літературні джерела.
- 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розкрити).** 1. Теоретичні підходи до дослідження діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я 2. Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах функціональної децентралізації 3. Завдання місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Висновки.
- 5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень).** 1. Тема, мета, задачі. 2. Теоретичні підходи до дослідження діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я 3. Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах функціональної децентралізації 4. Завдання місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Висновки.

### 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_ р.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Вибір теми і об'єкта дослідження, розробка завдання і графіка робіт	Жовтень 2022	
2	Вибір і опрацювання літературних джерел. Теоретичний розділ роботи	Листопад 2022 - Квітень 2023	
3	Аналіз діяльності підприємства та написання аналітичного розділу роботи	Травень-Серпень 2023	
4	Розрахунок та написання проектного розділу	Вересень-Жовтень 2023	
5	Написання висновків та пропозицій	Листопад 2023	
6	Підготовка доповіді та ілюстративного матеріалу до захисту роботи	Грудень 2023	

Здобувачка

\_\_\_\_\_ (підпис)

Тетяна ОСКАЛЕНКО

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

Керівник роботи

\_\_\_\_\_ (підпис)

Віктор СИЧЕНКО

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

## РЕФЕРАТ

Тема: «**Реалізація повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні**»

**Кваліфікаційна робота:** 77 с., 82 літературних джерела.

**Об'єкт дослідження** - суспільні відносини, які виникають в процесі організації та функціонування місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** - повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні.

**Метою роботи** є розкриття особливостей реалізації повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах змін адміністративно-територіального устрою та реформи у галузі охорони здоров'я в Україні.

**Методи дослідження.** Теоретико-методологічною основою дослідження є система загальнонаукових і спеціальних методів: контент-аналізу, системного підходу, структурно-функціонального, порівняльного та інших. Системний підхід застосовувався протягом всього дослідження і є основним методом даної магістерської роботи. Застосовано загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання. Дослідження проводилось на основі таких методів: аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, систематизація та формалізація інформації.

У роботі здійснено аналіз наукових підходів до повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я; розглянуто зарубіжний досвід управління публічними справами у цій сфері на місцевому рівні; розкрито зміст реформи місцевого самоврядування та системи охорони здоров'я. Особливу увагу приділено вивченню можливостей підвищення спроможності базового рівня місцевого самоврядування надавати якісні медичні послуги.

Результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

## КЛЮЧОВІ СЛОВА

публічне управління, місцеві ради, охорона здоров'я, виконавчі органи, децентралізація, реформа охорони здоров'я, доступність медичних послуг.

## KEY WORDS

public administration, local councils, health care, executive bodies, decentralization, health care reform, availability of medical services.

## ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я як об'єкт наукових досліджень	8
1.2. Зарубіжний досвід управління публічними справами у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні	14
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ	23
2.1. Реформа місцевого самоврядування та її вплив на сферу охорони здоров'я	23
2.2. Розподіл повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я у контексті забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг	31
Висновки до розділу 2	36
РОЗДІЛ 3. ЗАВДАННЯ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	37
3.1. Особливості реалізації повноважень у сфері охорони здоров'я на рівні територіальної громади в умовах змін адміністративно-територіального устрою	37
3.2. Зміни в управлінні закладами охорони здоров'я та перспективи підвищення якості медичних послуг на базовому рівні місцевого самоврядування	45
Висновки до розділу 3	55
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сфера охорони здоров'я належить до переліку основних публічних справ у вирішенні яких беруть участь органи місцевого самоврядування. Ключовими поняттями, що визначають сутність цієї діяльності є спроможність здійснювати управління та регулювання у цій сфері, виходячи з інтересів місцевого населення під власну відповідальність цих органів. Органи місцевого самоврядування як органи публічної влади, які знаходяться найближче до населення, відіграють особливу роль в забезпеченні реалізації прав громадян, пов'язаних із охороною здоров'я. Однак, незважаючи на значну увагу дослідників до проблем державного управління у сфері охорони здоров'я, проблематика місцевого самоврядування потребує більш ґрунтовного висвітлення в наукових розробках.

Здоров'я як капітальний актив є головною умовою належної якості життя та показник соціальної згуртованості. Головною метою політики у сфері охорони здоров'я є досягнення «потенціалу здоров'я» всіма людьми [73]. Зростання суспільного запиту на цю проблематику відбулося під впливом реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, що мало наслідком підвищення вимог до ефективності управління мережею комунальних закладів охорони здоров'я та надання якісних, доступних медичних послуг населенню. Крім того, поряд із системними проблемами в управлінні охороною здоров'я, реформа спричинила появу нових викликів та труднощів, які потребують відповіді.

Проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я є предметом значної уваги дослідників. Різні аспекти цієї проблематики в системі місцевого самоврядування досліджували Н. Васюк (розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я); В. Грабовський, П. Клименко (системний підхід до управління закладами охорони здоров'я); О. Скрипник (вплив органів місцевого самоврядування на

фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я); Г. Муляр (особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я); О. Мельниченко, Н. Удовиченко (методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я); І. Солоненко (розвиток діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я на рівні району); О. Степанова (сучасні процеси фінансової децентралізації в охороні здоров'я); Л. Стефанишин (теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я); Ю. Яценко, М. Шевченко (здійснення об'єднаними територіальними громадами делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я); М. Аніщенко (розвиток правової освіти у сфері охорони здоров'я всіх суб'єктів правовідносин у цій сфері, включаючи органи місцевого самоврядування); Н. Ткачова (механізм державно-приватного партнерства як один із способів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я); А. Янчук, С. Кузніченко, М. Околович (управління охороною здоров'я в об'єднаних територіальних громадах); В. Довженко, Л. Симоненко, О. Іванюк (медичне обслуговування сільського населення в умовах децентралізації влади); І. Хожило (особливості реформи у сфері охорони здоров'я в Україні) та ін. [1; 3; 7; 12; 24; 28; 63; 66 – 67; 71; 79 – 81].

**Об'єкт дослідження** – суспільні відносини, які виникають в процесі організації та функціонування місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні.

**Мета дослідження** полягає в розкритті особливостей реалізації повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах змін адміністративно-територіального устрою та реформи у галузі охорони здоров'я в Україні.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі **завдання**:

- проаналізувати наукові підходи до розгляду повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити зарубіжний досвід управління публічними справами у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні;
- розкрити вплив реформи місцевого самоврядування на сферу охорони здоров'я;
- визначити права та обов'язки органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я у контексті забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг;
- розкрити досвід діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я та визначити основні напрями удосконалення управління закладами охорони здоров'я на рівні об'єднаної територіальної громади.

**Методи дослідження.** У роботі застосовано загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання. Дослідження проводилось на основі таких методів: аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, систематизація та формалізація інформації.

**Інформаційною базою** дослідження є закони України, підзаконні нормативно-правові акти, аналітичні, статистичні матеріали.

**Наукова новизна дослідження** полягає в можливості врахування висновків дослідження в роботі місцевих рад та закладах охорони здоров'я на базовому рівні місцевого самоврядування.

**Апробація.** Матеріали роботи оприлюднені на міжнародній науково-практичній конференції. (The 5<sup>th</sup> International scientific and practical conference «Modern research in science and education» (January 11-13, 2024) BoScience Publisher, Chicago, USA. 2024).

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я як об'єкт наукових досліджень

Посилення уваги науковців до місцевого самоврядування, яке спостерігається останнім часом, значною мірою є результатом змін цієї системи в Україні. Наголошуючи на особливій ролі держави у забезпеченні охорони здоров'я, дослідники наголошують на визначеності тези про те, що система охорони здоров'я має бути максимально наближеною до людини, до місця її проживання [3]. Це також підтверджують рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), які стверджують, що основою кожної національної системи охорони здоров'я має бути первинна медична допомога населенню [33; 37].

До особливостей законодавчого регулювання повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні дослідники відносять відсутність визначення виключного переліку питань місцевого значення, що викликає певні труднощі у розмежуванні повноважень виконавчої влади, органи влади та органи місцевого самоврядування [3]. Серед основних пропозицій, які зустрічаються в наукових публікаціях, можна назвати раціоналізацію правової бази повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я на основі їх чіткого розмежування між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування, а також виключення можливості дублювання функцій і повноважень [3].

З цього приводу О. Скрипник зазначає, що незавершеність правової бази переданих повноважень місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування призвела до того, що місцеві державні адміністрації

здійснюють не належні їм самоврядні повноваження, а виконавчі органи місцевого самоврядування здійснюють більше делегованих повноважень, аніж власних самоврядних [60].

О. Мельніченко та Н. Удовіченко наголошують, що у цій сфері необхідно забезпечити адекватне державне управління – «відкритий вплив уповноважених урядом інституцій на відносини між державою та місцевим самоврядуванням», влада, бізнес і населення для узгодження своїх інтересів і максимізації прибутків» [25] для покращення здоров'я населення та майбутніх поколінь [24].

У навчально-науковій редакції М. Білинської, Я. Редька, І. Рожкова та ін. «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні» висвітлюється проблема неузгодженості законодавчих актів, які застосовуються регіональними та місцевими органами влади у сфері здійснення повноважень щодо охорони здоров'я територіальних громад.

Дослідження Г. Муляр [28]. Дослідник зазначає, що об'єктивна необхідність розподілу органів з відповідною компетенцією на різні гілки влади та незбалансованість нормативно-правової, фінансово-економічної та організаційної складових державного управління зумовлюють певну нестабільність відповідної системи управління в цій сфері. Г. Муляр критично оцінює наявність в Україні цілеспрямованого реформування системи охорони здоров'я, незважаючи на широке використання програмного підходу управління в цій сфері. За висновком дослідника, система управління та організаційні механізми в системі охорони здоров'я повинні працювати злагоджено між суб'єктами, цілісно та збалансовано на всіх рівнях управління для досягнення якісного результату охорони здоров'я населення. Пріоритетним напрямом цієї реалізації має стати конкретизація нормативно-правових актів, які, з одного боку, чітко визначають повноваження суб'єкта у сфері охорони здоров'я, а з іншого – регулюють взаємодію з іншими державними органами, забезпечують їх узгодженість та подвійність, усунути прогалини в законодавстві [28].

За висновком І. Солоненко, Н. Солоненко та О. Торбас, невідповідність дій місцевої влади у сфері охорони здоров'я потребам територіальних громад призводить до кризи громадського здоров'я на місцевому та регіональному рівнях, соціальних нерівностей щодо доступу до медичної допомоги, нераціональна інфраструктура галузі за видами медичної допомоги, низька якість медичних послуг [63]. Встановлено, що недоліками моделі функціонування місцевої влади є недостатня прозорість їх діяльності, обмежене та нераціональне фінансування потреб громад, недотримання принципу субсидіарності, слабкість громадянського суспільства та недостатня політична відповідальність територіальних громад [ 63].

Особливу увагу науковці приділяють вивченню особливостей функціонування державних органів у сфері охорони здоров'я на різних рівнях адміністративно-територіального устрою. Такий підхід дає змогу точніше розкрити специфіку територіальної організації влади у цій сфері з урахуванням підходів до розподілу повноважень між органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування.

У більш сучасному підході це питання набуває дещо іншого забарвлення. Йдеться про те, що у зв'язку зі створенням об'єднаних територіальних громад (ОТГ) постає завдання щодо перегляду територіальних меж районів, які, як і громади, мають бути укрупнені та утворені в результаті 130 районів [49; 75]. Однією з причин таких змін є великі диспропорції існуючих районів, які не відповідають сучасним вимогам організації ефективного місцевого самоврядування. У процесі реформування місцевого самоврядування та територіального устрою влади об'єднаними громадами повністю охоплено 26 районів, на рівень яких у рамках децентралізації влади передано майже всі повноваження райдержадміністрацій та райрад. Території 164 районів охоплюють ОТГ від 50% до 99%. Це означає, що райдержадміністрації цих районів здійснюють свої повноваження менш ніж на половині їх території. Інститут райдержадміністрації повноцінно працює лише на території 75

районів. Послуги, які громадяни раніше отримували в райцентрах, будуть надаватися на найближчому до людей рівні – на рівні громади [26]. Відповідно, сьогодні проблема районної організації влади у сфері охорони здоров'я набуває особливого характеру.

В. Рудий та В. Лехан пов'язують реформування сфери охорони здоров'я з розвитком державних органів та місцевого самоврядування, від утримання галузі охорони здоров'я до створення стратегічного клієнта послуг в інтересах територіальної громади, автономізації закладів охорони здоров'я та запровадження довірливих відносин між розпорядниками коштів державного та місцевого бюджетів та надавачами послуг [19].

Водночас практичні аспекти діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я потребують більшої уваги до питань обґрунтування методів розвитку та організації діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, їх відносини з надавачами послуг, соціальні, управлінські, фінансово-бюджетні та контрольні функції діяльності органів місцевого самоврядування в частині надання послуг у цій сфері [63].

Неефективне фінансування та утримання закладів охорони здоров'я також входить до переліку основних проблем управління в цій сфері. В умовах нерационального бюджетного фінансування лікарні змушені вдаватися до створення в лікарнях так званих благодійних фондів, за допомогою яких лікарі отримують кошти за надані послуги безпосередньо від пацієнтів або їхніх родичів. Така ситуація є наслідком того, що майже 80% коштів, які виділяються на охорону здоров'я, йде на заробітну плату медичного персоналу та утримання мережі закладів. Перепис закладів охорони здоров'я показав, що багато базових закладів охорони здоров'я, які знаходяться переважно в сільській місцевості, потребують часткового або капітального ремонту. Загальну ситуацію ускладнює ще й заборона керівництву медичних закладів вільно отримувати та розпоряджатися отриманими коштами відповідно до потреб свого закладу [77].

Відповідно до викладеного І. Солоненко, Н. Солоненко та О. Торбас пропонують інноваційну функціональну модель клієнта медичних послуг на рівні місцевої влади. Відповідно до цієї моделі діяльність місцевих органів влади щодо підвищення рівня забезпеченості територіальної громади медичними послугами передбачає такі функції: залучення, акумулювання фінансових ресурсів та розробка бізнес-плану; вивчення та оцінка медичних потреб територіальної громади; реструктуризація постачальників медичних послуг на рівні адміністративного району; надання коштів надавачам медичних послуг та їх розподіл між цими надавачами; підготовка та укладення договорів з постачальниками; впровадження інноваційних способів оплати медичних послуг; інформування та спілкування з громадськістю; моніторинг, оцінка та управління ефективністю діяльності органу місцевого самоврядування в цій сфері [63].

З метою запровадження інноваційної функціональної моделі замовника послуг медичні заклади як надавачі послуг необхідно трансформувати у самостійні некомерційні комунальні підприємства, які займають проміжне місце між бюджетними установами державної або комунальної форми власності та приватними установами. Це можуть бути як окремі юридичні особи на певній адміністративній території, так і їх корпоративні організаційно-правові форми. Наголошується, що договірні відносини між розпорядником та медичними закладами відкривають нові можливості для реалізації традиційних повноважень органів планування та управління охороною здоров'я, а саме надання ефективних медичних послуг належної якості з урахуванням потреб територіальна громада [63].

Саме тому І. Солоненко та О. Ушакова обґрунтовують договірний підхід у системі охорони здоров'я, яка фінансується із загальних податків. Перевагами цього підходу є: сприяння децентралізації управління, покращення роботи постачальників медичних послуг, покращення планування медичних послуг та надання медичної допомоги.

У цьому випадку місцеві органи влади виступатимуть у ролі замовників медичних послуг, що докорінно змінить характер їхньої діяльності. Муніципалітети діють в рамках національної політики у сфері охорони здоров'я, яка розробляється та впроваджується адміністративними органами на центральному та місцевому рівнях. Центральним елементом цієї політики є забезпечення макрозбалансованості системи, тобто збалансування зобов'язань держави щодо надання медичних послуг своїм громадянам з наявними фінансовими ресурсами. Основне завдання покупця медичних послуг по суті однакове, будь то органи державної влади, місцевого самоврядування чи фонди соціального медичного страхування. Незалежно від того, яка система реімбурсації використовується, для обох типів замовників доцільно і необхідно використовувати договірні відносини з постачальником медичних послуг для задоволення своїх потреб у медичному обслуговуванні. У випадку муніципальних клієнтів – це мешканці відповідної території; у випадку клієнтів фондів – це страхувальники. Як тільки буде прийнято політичне рішення про запровадження обов'язкового медичного страхування, місцеві органи влади можуть бути включені до складу Фонду обов'язкового медичного страхування. Таким чином, досвід запровадження договірного механізму фінансування охорони здоров'я відіграватиме важливу роль для майбутньої медичної реформи в Україні. Важливим кроком для органів місцевого самоврядування є планування послуг сестринського догляду та організація надавачів послуг як юридичних осіб. Запровадження контрактних відносин у сфері охорони здоров'я вимагає розмежування цих функцій [64].

Організаційно-правовий статус стратегічного замовника послуг у цій сфері визначає необхідність визначення тактичних і стратегічних потреб територіальних громад щодо покращення стану здоров'я, а також є основою для планування видів та обсягів послуг, структура постачальників. При цьому економічна ефективність постачальників медичних послуг досягається

насамперед за рахунок зменшення обсягів дороговартісної лікарняної медичної допомоги та пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги [63].

Особливу увагу науковці звертають на необхідність розвитку контрольної функції в діяльності органів місцевого самоврядування за діяльністю закладів охорони здоров'я та захисту інтересів територіальних громад та управління ефективністю діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я [63].

Аналіз наукових публікацій за темою роботи дозволяє визначити наступне. До основних проблем державного управління у сфері охорони здоров'я дослідники відносять нераціональність розподілу повноважень, що проявляється в їх непропорційності, дублюванні, колізії повноважень між органами місцевого самоврядування та органами виконавчої влади на районних і обласних рівнях. Особливу увагу науковці приділяють питанню удосконалення контрольних функцій, соціальних функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. На сучасному етапі управління в цій сфері розглядається як нерозривний зв'язок із реформуванням місцевого самоврядування та зміною територіального устрою в Україні. Зміни передбачають акцент на наданні якісних медичних послуг на різних рівнях місцевого самоврядування. Увага особливо приділяється рівню територіальної громади.

## **1.2. Зарубіжний досвід управління публічними справами у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні**

Історія розвитку охорони здоров'я розвинених в економічному відношенні країн пройшла три етапи: період першого епідеміологічного переходу, період екстенсивного розвитку охорони здоров'я, період другої епідеміологічної революції. На початку ХХ ст. стратегія охорони здоров'я була орієнтована на боротьбу з найбільш масовими інфекційними захворюваннями, і цей період увійшов в історію як період першого епідеміологічного переходу.

Потім практично у всіх країнах настав період екстенсивного розвитку охорони здоров'я, поступового і постійного нарощування його потужностей, так як вважалося, що чим більше лікарів, лікарняних ліжок і медичних установ, тим краще для населення. Уже наприкінці 60-х рр. стало очевидним, що екстенсивний період фактично завершився і потрібні нові ідеї і стратегії розвитку охорони здоров'я [31].

У 1990-х роках розпочався поступовий процес переходу від стратегічного планування до стратегічного управління. Стратегічне управління означає, серед іншого, перетворення процесу управління на проактивний, а не реактивний. Еволюція менеджменту супроводжувалася формуванням систем управління. Зі зростанням рівня нестабільності управлінські практики розробляли способи координації організаційної діяльності в умовах зростаючої непередбачуваності, новизни та складності навколишнього середовища. Чим більш багатоканальним і непередбачуваним ставало майбутнє, тим складнішими ставали системи. Розвиток таких систем відбувався в три етапи:

- класичний менеджмент;
- управління за цілями;
- управління на основі стратегічного планування [31].

Системи управління були орієнтовані на зростаючий рівень нестабільності і все меншу передбачуваність майбутнього. Якщо застосувати цю класифікацію систем управління до етапів розвитку охорони здоров'я, то можна сказати наступне. Період першого епідеміологічного переходу, коли охорону здоров'я було орієнтовано на боротьбу з найбільш масовими інфекційними захворюваннями відповідає системі управління на основі контролю за виконанням. Періоду екстенсивного розвитку охорони здоров'я відповідає система управління на основі екстраполяції, тобто довгострокове планування. Періоду другої епідеміологічної революції відповідає система управління на основі передбачення змін, тобто стратегічне управління. З



вищесказаного можна виявити системну взаємозв'язок етапів розвитку охорони здоров'я з етапами розвитку систем управління охороною здоров'я [31].

Досвід зарубіжних країн підтверджує, що децентралізація управління (зокрема і фінансування) стала домінуючою тенденцією в організації управління системами охорони здоров'я. Найбільш важливою структурою в управлінні у цій сфері стали владні структури регіону, які мають фінансові ресурси і повноваження заключати контракти. Більшість рішень, що стосуються роботи надавачів медичних послуг багатьох країнах, приймаються на регіонарному рівні [8].

Активна децентралізація у сфері охорони здоров'я розпочалася в Європі близько 30 років тому [11, 16, 17, 18]. У багатьох країнах децентралізація управління системою охорони здоров'я та передача фінансових повноважень органам управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях створили підґрунтя для підвищення ефективності охорони здоров'я та наближення якості медичних послуг до потреб населення. Фінансова децентралізація сектору охорони здоров'я широко варіюється, навіть у країнах зі схожими домінуючими механізмами фінансування. Це пов'язано з тим, що фінансування сектору-це не лише процес залучення коштів, а й об'єднання фінансових ресурсів та закупівля медичних послуг [66].

О. Степанова зазначає, що в країнах, де домінує страхова модель, роль регіональної та місцевої влади у фінансуванні системи охорони здоров'я не є важливою. Соціальне медичне страхування є основним механізмом фінансування сектору охорони здоров'я та покриття фінансових ризиків у Франції, Нідерландах, Німеччині, Чехії та Словаччині. У Німеччині та Нідерландах більшість адміністративних та організаційних функцій, а також деякі фінансові функції були передані приватним неприбутковим організаціям (лікарняним касам) з метою сприяння саморегулюванню сектору охорони здоров'я. Повноваження зі збору надходжень передані лікарняним касам, які, як правило, також закуповують медичні послуги. Наприклад, в Австрії діє 24

лікарняні каси, у Бельгії – понад 100, у Франції - 19, у Німеччині-420, у Нідерландах - 30. Таким чином, пули для фінансування охорони здоров'я можуть консолідуватися і на інших підставах, необов'язково на регіональній основі [66].

Лише п'ять з досліджуваних країн ЄС мають трирівневу систему фінансування охорони здоров'я (Бельгія, Німеччина, Іспанія, Австрія та Швейцарія). У Данії, Італії, Фінляндії та Швеції найактивнішу роль у фінансуванні охорони здоров'я відіграють місцеві органи влади. У цих країнах фінансування охорони здоров'я здійснюється переважно за бюджетною моделлю. Країни з бюджетними механізмами фінансування охорони здоров'я, такі як Великобританія, мають централізовані системи фінансування охорони здоров'я [66].

У Фінляндії політика охорони здоров'я централізована на національному та місцевому рівнях. За політику охорони здоров'я відповідає відповідне міністерство. Муніципальна політика охорони здоров'я реалізується муніципальними комітетами охорони здоров'я, радами та виконавчими комітетами, які несуть безпосередню відповідальність перед населенням. Основними напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення рівного доступу досоціальних та медичних послуг для всіх груп населення, підвищення ефективності між секторальної діяльності у сфері охорони здоров'я, діяльності соціальних та медичних служб, якості послуг, послуг первинної та спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальних послуг, розвитку співпраці між іншими секторами [73].

Муніципальна політика у сфері охорони здоров'я реалізується за участі регіональних багатопрофільних центрів та центральних лікарень. Менші муніципалітети формують між муніципальні спільні організації для цих цілей: кожен з 448 муніципалітетів належить до одного з 20 госпітальних округів. Основним завданням госпітальних округів є забезпечення загальної доступності, якості та економічної ефективності охорони здоров'я [73].

Особливістю фінської політики у сфері охорони здоров'я є те, що роботодавці юридично зобов'язані забезпечувати профілактику професійних захворювань і виробничого травматизму та надавати медичну допомогу у власних медичних центрах або за рахунок приватних чи муніципальних служб охорони здоров'я [73]. Муніципальна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на зниження передчасної смертності, продовження активного та здорового способу життя людей, забезпечення кращої якості життя, профілактику, лікування та реабілітацію. Водночас, в останні роки охорона здоров'я Фінляндії переживає кризу. Це пов'язано як із загальноекономічними проблемами у фінансах державного сектору, так і з тим, що структура охорони здоров'я, яка базується на міжмуніципальних медичних центрах, недостатньо пов'язана з реальними потребами населення, а транспортний доступ до цих центрів є надто низьким для значної частини населення у віддалених районах [73].

У Норвегії система охорони здоров'я базується на розподілі відповідальності між місцевими та центральними органами влади, при цьому розробка та реалізація політики у сфері охорони здоров'я відбувається переважно на регіональному рівні. Ключовими напрямками політики є забезпечення рівного доступу до сучасної медичної допомоги для всіх громадян незалежно від місця проживання, підвищення ефективності міжсекторальної діяльності та розширення використання нових світових і національних технологій в охороні здоров'я. Пріоритетом норвезької політики у цій сфері є розвиток телемедицини, що дозволяє підвищити рівень обслуговування пацієнтів та ефективніше використовувати бюджетні кошти. Наприклад, Університетська лікарня Північної Норвегії надає висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу в трьох північних регіонах: Тромс, Норрланд і Фіннмарк (в середньому один лікар на 1500 жителів) [73].

Телекомунікаційні технології та найсучасніше обладнання мають важливе значення для надання якісної медичної допомоги за доступними

цінами мешканцям віддалених муніципалітетів. Такий підхід спрямований на вирішення завдань управління охороною здоров'я та демографічною ситуацією, покращення взаємодії між лікарнями та медичними центрами, підвищення стандартів надання медичної допомоги, ефективне використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення розвитку пріоритетних напрямів у цій галузі [73].

Особливістю норвезької муніципальної політики у цій сфері є те, що безпосередній контроль за її реалізацією здійснює Норвезька санітарна інспекція. Інспекція здійснює нагляд за послугами національних і муніципальних закладів охорони здоров'я, приватних лікарів і приватних компаній [73].

Досвід Швеції. Кілька країн (Швеція, Великобританія, Німеччина та Австралія) показав, що в умовах дефіциту бюджетних коштів державно-приватне партнерство, засноване на поєднанні можливостей держави і фінансових та інвестиційних ресурсів приватного сектору, може стати потужним інструментом позитивних змін у секторі охорони здоров'я [71].

У Франції майже всі лікарні належать муніципалітетам і підпорядковуються адміністративній раді на чолі з мером. Протитуберкульозні та психіатричні заклади належать префектурі або приватним особам. Амбулаторії здебільшого фінансуються за рахунок приватних пожертвувань, а у дуже великих містах – за рахунок муніципальних коштів. Кожна лікарня має амбулаторію. Офіційно визнані бідні лікуються в безкоштовних спеціальних клініках.

У зв'язку зі структурою французької правової системи, закони, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, згруповані в Кодексі громадського здоров'я (Code de la sante publique). Цей Кодекс містить підзаконні акти та закони, крім того, кожна стаття закону супроводжується підзаконним актом, що визначає правовий механізм її реалізації. Кодекс складається з таких частин: загальні питання охорони здоров'я населення;

заходи медико-соціальної допомоги сім'ям, дітям та підліткам; боротьба з негативними соціальними явищами та хворобами; медичні спеціальності та медичні працівники; використання продуктів людського походження в медичних цілях; медичні заклади, курорти, санаторії, інститути, заклади та персонал. Він також складається з наступних частин. Цей приклад побудови правової системи є дуже чітким і гідним наслідування. Відповідно до закону, основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я зосереджена на регіональному рівні, що є компетенцією регіональних органів державного управління, а також органів управління охороною здоров'я [6].

Дослідники фінансування охорони здоров'я в умовах децентралізації звертають увагу на те, що фактичні показники розподілу видатків і доходів за регіональним принципом не є прямим свідченням суттєвої децентралізації функцій і повноважень, оскільки вони показують кінцеву частку видатків. Йдеться про наявні фінансові ресурси центрального, регіональних та місцевих бюджетів у видатках національної бюджетної системи [66]. Тому, оцінюючи рівень децентралізації видатків, необхідно враховувати той факт, що право витратити кошти необов'язково означає праворозпоряджатися ними. Якщо видатки на низовому рівні регулюються законом, місцеві органи влади не матимуть реальної автономії, навіть якщо рівень децентралізації видатків є високим. Крім того, обсяг видатків місцевого бюджету залежить від обсягу цільових трансфертів. Хоча цільові трансферти представляють собою децентралізацію видатків, вони можуть бути несанкціоновані, якщо витрачання цих коштів підлягає суворому контролю. Значна частина нецільових коштів, отриманих місцевими бюджетами у вигляді відрахувань від регулюючих податків або дотацій вирівнювання, також не може бути повністю вільною для використання місцевими органами влади [55].

Ключовим питанням для аналізу є розподіл повноважень і відповідальності за прийняття управлінських рішень у цьому секторі. Розглядаючи різні аспекти децентралізації у сфері охорони здоров'я, дослідники

підкреслюють, що механізми закупівель послуг первинної медичної допомоги в європейських країнах, як правило, залишаються в компетенції місцевих та регіональних органів влади [66]. Виняток становлять такі країни, як Нідерланди, Естонія, Чехія, Словенія, Португалія, Ірландія, Греція та Люксембург, де держава закуповує послуги у постачальників через механізми соціального замовлення [66]. Що стосується розподілу фінансування охорони здоров'я, то, аналізуючи практику децентралізації європейських країн, можна виокремити дві групи країн: у бюджетних системах фінансування охорони здоров'я за це відповідає то й рівень влади, який формує бюджет охорони здоров'я (Данія та Фінляндія). Таким чином, у більшості країн ОЕСР уряд як законодавчий орган залучений до прийняття управлінських рішень щодо обсягів фінансування охорони здоров'я. Нормативно-правова база первинної, спеціалізованої та громадської медичної допомоги знаходиться на державному рівні. Винятком є Великобританія, де Англія, Шотландія, Північна Ірландія та Уельс мають окрему нормативно-правову базу охорони здоров'я [66]. У деяких країнах парламенти не залучені до цих процесів: в Японії, Чехії, Нідерландах, Іспанії та Швейцарії. У деяких країнах парламенти беруть участь у прийнятті рішень при визначенні розміру податків і внесків на фінансування охорони здоров'я. У Нідерландах, Канаді, Іспанії, Італії, Швейцарії та інших країнах парламенти беруть участь в ухваленні рішень про розмір податків і внесків. У Канаді, Італії, Швеції та Великобританії до прийняття таких рішень залучені регіональні органи влади, а у Швеції та Фінляндії - місцеві органи влади [66].

Таким чином, останні дослідження досвід у інших країн показують, що децентралізовані моделі фінансування та управління охороною здоров'я мають такі ризики, а також переваги.

- збільшення витрат на охорону здоров'я;
- проблеми координації та взаємодії у прийнятті управлінських рішень між різними адміністративними рівнями та різними суб'єктами управління та фінансування охорони здоров'я;

- децентралізація моделі охорони здоров'я на менші, регіональні та низові рівні, що може призвести до втрати ефекту масштабу в наданні медичних послуг;
- недостатнє об'єднання ризиків через демографічні причини може призвести до скорочення фінансування місцевого сектору охорони здоров'я;
- прогалини у місцевій та фінансовій доступності та якості послуг спеціалізованої та первинної медичної допомоги;
- відсутність належного управлінського потенціалу та досвіду, що залишає низовий персонал не підготовленим до управління системою охорони здоров'я та прийняття управлінських рішень;
- відкритість, підзвітність управлінських рішень та фінансування закладів охорони здоров'я [66].

## **Висновки до розділу 1**

**1.** Побудова дієвої моделі децентралізації системи охорони здоров'я в Україні потребує ґрунтовного оновлення фінансових та управлінських механізмів. Важливим завданням є врахування як кращого зарубіжного досвіду, так і кращих традицій і здобутків вітчизняної практики у цій сфері.

**2.** Ключовим питанням постає зважений підхід до розподілу зобов'язань між державою та органами місцевого самоврядування.

## РОЗДІЛ 2

### ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

#### **2.1. Реформа місцевого самоврядування та її вплив на сферу охорони здоров'я**

Зміни в українській системі місцевого самоврядування, започатковані реформою 2014 року, суттєво вплинули на вирішення питань місцевого значення в різних сферах суспільного життя, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. Ключовими питаннями стали чітке визначення повноважень органів місцевого самоврядування базового, районного та обласного рівнів, а також засобів їх реалізації.

Закон наділяє органи місцевого самоврядування власними та делегованими повноваженнями у сфері охорони здоров'я. Відповідно, виконавчі органи сільських, селищних, міських рад мають такі повноваження:

- організація охорони здоров'я та харчування у закладах освіти, культури, фізичної культури і спорту та у закладах охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності або передані у користування;
- управління закладами охорони здоров'я та медичними установами, що перебувають у комунальній власності або передані з комунальної власності;
- сприяння діяльності творчих спілок, національно-культурних товариств, товариств та інших громадських і неприбуткових організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я [44].

До делегованих повноважень належать:

- забезпечення доступності та безоплатності медичної допомоги на всіх територіях;
- забезпечення ліками та медичним обладнанням пільгових категорій населення;



- реєстрація статутів закладів охорони здоров'я на відповідній території, незалежно від форми власності, відповідно до закону [45];

- розвиток усіх видів охорони здоров'я; розвиток і вдосконалення мережі медичних закладів усіх форм власності; укладання договорів на підготовку медичних фахівців; організація заходів з підвищення кваліфікації кадрів; визначення потреб цих закладів та підготовка кадрових замовлень;

- внесення пропозицій до компетентних органів щодо видачі дозволів на здійснення незалежної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [44].

Обов'язки органів місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я виявляються в різних сферах діяльності цих органів. Зокрема, при здійсненні своїх повноважень у сфері соціального захисту населення виконавчі органи сільських, селищних, міських рад вирішують питання про призначення пільг і допомог по догляду за материнством і дитинством. Виконавчі органи цих рад вирішують також питання про надання пільг медичним працівникам, які працюють у сільській місцевості, передбачених законодавством, особливо щодо забезпечення житлом. Органи місцевого самоврядування при здійсненні повноважень з управління комунальним майном приймають рішення про створення, ліквідацію, реорганізацію та перетворення закладів охорони здоров'я комунальної форми власності відповідної територіальної громади; заслуховувати звіти про роботу керівників медичних закладів комунальної форми власності окремих територіальних громад [44].

Отже, особливістю здійснення цих повноважень на різних рівнях адміністративно-територіального поділу є те, що на базовому рівні місцевого самоврядування – рівні місцевих рад, вони реалізуються власними виконавчими органами цих рад, а на рівні району та області – на основі делегування цих повноважень відповідним районним та обласним державним адміністраціям. Необхідно відзначити, що реформа місцевого самоврядування націлена на вирішення ключової проблеми – спроможності місцевого самоврядування

ефективно управляти та регулювати публічними справами в інтересах місцевого населення. До пріоритетних публічних сфер належить охорона здоров'я. Відповідно важливим питанням є побудова дієвої моделі розподілу повноважень, управління об'єктами комунальної власності сфери охорони здоров'я. Головним завданням є забезпечення жителів територіальної громади доступними, якісними медичними послугами.

Розширення повноважень органів місцевого самоврядування в результаті децентралізації має на меті оптимізувати та впорядкувати управління суспільно важливими питаннями, забезпечити своєчасне та якісне надання послуг громадянам, повною мірою реалізувати місцеві інтереси та створити більш широку систему місцевого самоврядування, в якій місцеві проблеми вирішуються представниками територіальних громад [18].

Основними наслідками децентралізації є: розширення участі громадян в управлінні державними справами, досягнення більшої відповідальності, більш швидке реагування на потреби громадян, створення умов для формування нових еліт, можливість спробувати запровадити нові структури та нову політику, надання найбільш ефективних послуг на місцевому рівні, формування у громадян почуття місця та громади, розвиток громадянського суспільства та зв'язку між громадянським суспільством та адміністративними центрами [18].

Майже одночасно з початком реформи місцевого самоврядування в Україні стартувала реформа охорони здоров'я (2015 рік). Її мета-покращити стан здоров'я населення та захистити державні фінанси від надмірних співоплат шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілих систем надання послуг та покращення доступу до якісної медичної допомоги. Стратегія реформи передбачає першочергові зміни у підході до фінансування охорони здоров'я. Основні напрямки та зміст змін знайшли своє відображення в новому Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [42]. Для його реалізації було створено Державну службу здоров'я України та розпочато стратегічні закупівлі медичних послуг, визначених у

гарантованому пакеті [74]. Процес децентралізації влади значною мірою проявився в процесі реформування системи охорони здоров'я. Так, постановою Кабінету Міністрів України від 2019 року було визначено новий порядок організації та функціонування госпітальних округів (попередній порядок був затверджений у 2016 році). Метою створення госпітальних округів є забезпечення доступу до якісної медичної допомоги в регіоні шляхом організації мережі медичних закладів та ліцензованих лікарів, які надають медичну допомогу. Госпітальні округи забезпечують:

- ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій у розвиток мережі госпітальних округів;
- доступ до медичного транспорту;
- реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;
- взаємодію між госпітальними округами;
- розвиток компетентної мережі госпітальних округів для забезпечення своєчасного доступу мешканців до належної якісної медичної допомоги;
- модернізація системи охорони здоров'я [10].

Ефективна мережа госпітального округу визначається як сукупність медичних закладів, які здійснюють господарську діяльність у медичній сфері відповідно до законодавчо визначеного порядку та функціонально здатні надавати якісну, комплексну, безперервну та орієнтовану на пацієнта медичну допомогу відповідно до із соціально-демографічною характеристикою населення, особливостями його розселення на відповідній території [10].

В області діє госпітальний округ. Не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, самостійною юридичною особою чи суб'єктом господарювання. Суб'єктами госпітального округу є медичні заклади та фізичні особи – підприємці, які отримали дозвіл на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я з надання медичних послуг населенню на території госпітального округу [10].

З метою виявлення проблем, координації діяльності, підготовки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на рівні госпітального округу, організації охорони здоров'я в госпітальному окрузі обласна державна адміністрація утворює госпітальну раду. як консультативно-дорадчий орган при компетентній державній адміністрації. До складу ради входять представники державних органів, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, медичних закладів які надають спеціалізовану або високоспеціалізовану медичну діяльність, заклади охорони здоров'я, професійні спілки медичних працівників, заклади охорони здоров'я екстреної медичної допомоги, громадськість [10].

Ефективна мережа госпітального округу, за винятком допоміжних лікувальних закладів, визначається обласною державною адміністрацією з урахуванням пропозицій госпітальної ради, а заклади, віднесені до основних, діють відповідно до положення про функціонування основних медичних закладів, затверджених МОЗ.

Важливе місце посідають опорні медичні заклади – багатoproфільні заклади державної та комунальної форми власності, які відповідають або можуть бути модернізовані до рівня багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування першого або другого рівня [10].

Основними критеріями, визначеними для медичних закладів госпітального округу, є:

- багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна надавати медичну допомогу не менше 120 тис. осіб;

- загальна розрахункова мінімальна чисельність населення, яке обслуговується багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування в госпітальному окрузі, не повинна перевищувати значення загальної кількості населення, що проживає в госпітальному окрузі;

- багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівня визначені таким чином, щоб жителі, які проживають на їх території та

знаходяться на відстані 60 хвилин їзди на автомобілі, мали доступ до спеціалізованої медичної допомоги - багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна надавати медичну допомогу не менше 200 тис. осіб;

- загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивної терапії госпітального округу визначається виходячи із загальної кількості мешканців, які проживають на території госпітального округу [10].

Інструментом вирішення системних проблем у сфері охорони здоров'я є стратегічно орієнтована державна політика, основним завданням якої є пріоритет здоров'я людей та забезпечення функціонування новітньої національної системи охорони здоров'я. Розробка та впровадження стратегії покращення доступності та якості медичної допомоги в сільській місцевості має здійснюватися відповідно до важливих компонентів, визначених ВООЗ: медичні послуги, робоча сила, електронна система охорони здоров'я (e-health), фінансування, ліки, медичні вироби, управління, охорони здоров'я. Медичні послуги в сільській місцевості мають відповідати основним принципам: комплексності, доступності, охоплення, безперервності, якості, пацієнтоорієнтованості, координації, підзвітності. Це стане можливим лише за умови комплексного забезпечення та фінансування медичних послуг [9]. Водночас з 2018 році стали очевидними критичні помилки та проблеми у реалізації завдань реформування на селі. Такими помилками та проблемами є: централізація фінансування медицини в сільській місцевості через РЗС та централізація медичних закладів, де всі амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи) та рятувальні пункти (ФП) повністю підпорядковані медичним закладам. районні центри первинної медико-санітарної (медико-санітарної) допомоги і не є самостійними; фінансовий тягар з утримання медичного закладу будь-якої категорії покладено на органи місцевого самоврядування, в тому числі фінансово неспроможних ОТГ; проблеми, пов'язані з будівництвом та введенням в експлуатацію оздоровчих закладів (проблемні, пізні або ще не

розпочаті тендери, будівництво в холодну пору року тощо); нестача медичного персоналу, відсутність мотивації до наявних та залучення нових, молодих кадрів; відсутність продуктивної співпраці між Міністерством розвитку громад та територій України та МОЗ України у реформуванні сільської медицини; занедбані потреби та розрахунки щодо надання медичної допомоги на селі в самій реформі сільської медицини. Актуальним питанням охорони здоров'я на селі є виділення та розподіл субвенції на здійснення заходів щодо розвитку системи охорони здоров'я на селі [9].

Експерти вважають, що найбільш проблемним є використання субвенцій, а кошти на підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості очікуються із значним запізненням. Як приклад, найменше коштів витратили Волинська та Черкаська області (0,21% та 3,7% від загального обсягу виділених коштів за субвенцією 2017-2018 років). Лідерами залучення коштів субвенції на реформування сільської медицини за цей період були Кіровоградська, Дніпропетровська та Харківська області, які витратили понад 50%. Суттєвим недоліком у розподілі субвенції та загалом в організації медичного обслуговування у сільській місцевості є тендер на будівництво об'єктів охорони здоров'я – амбулаторій, ФАПів та ФОПів тощо. Основними проблемами тут є: висока корупційність тендерів (кількість учасників тендерів інколи надто мала – у тендері беруть участь 1-2 учасники або від 3 до 6 учасників, але майже всі виключаються з формальних причин або ціни пропозицій відрізняються на 1-100 грн [ 9]).

Експерти звертають увагу на важливість наявності органу горизонтальної та вертикальної координації політик різних центральних органів, які діють на місцевому рівні та у тісному контакті з територіальними громадами. На увагу заслуговує рекомендація експертів ОЕСР щодо створення «Центру врядування» у сфері децентралізації – координаційного органу для узгодження використання ресурсів, політик, пріоритетів, інтеграції планованих програм, а також міжвідомчої Ради (чи Комітету) з питань децентралізації. Вони наголошують на

першочерговій важливості комунікацій та діалогу у секторах, що виходять за рамки компетенції Мінрегіону (розвиток економіки, транспорт, охорона здоров'я, освіта) [36, с. 63].

Крім того, акцентується увага на продовженні реформи децентралізації на рівні управління секторами, функціонування яких має загальнонаціональний вимір, водночас відбувається значною мірою саме на рівні громад. Яскравим прикладом цього є реалізація делегованих громадам повноважень у сфері охорони здоров'я [9, с. 92].

Оцінюючи зміни, які відбулися останнім часом у місцевому самоврядуванні та системі охорони здоров'я науковці зауважують на тому, що ефективність реформи системи охорони здоров'я може бути забезпечена тільки у поєднанні із муніципальною реформою, адже на спроможні органам місцевого самоврядування можуть покладатися додаткові обов'язки розробки пропозицій, рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, розробки та втілення місцевих програм у цій сфері, здійснення політики ефективного управління, збереження комунальних закладів цієї сфери [79]. Мова йде про підсилення ролі базового рівня місцевого самоврядування у забезпеченні послуг у сфері охорони здоров'я.

Тим самим, реформа місцевого самоврядування спричинила значний вплив на управління публічними справами у сфері охорони здоров'я на різних рівнях адміністративно-територіального поділу. Найбільше цей вплив відчувається на рівні територіальної громади. Зміни організації та функціонування влади місцевого самоврядування супроводжуються цілою низкою секторальних реформ, серед основних з них – медична реформа в Україні. Єдність, цілісність та комплексність підходу до реформи місцевого самоврядування та реформи у сфері охорони здоров'я є важливою умовою їх успішності. Крім того, успішність втілення принципів належного врядування на місцевому рівні залежить від взаємодії та діалогу між органами публічної влади

та громадою, що має забезпечити узгодження позицій, сприйняття та підтримку місцевим населенням змін, що відбуваються.

## **2.2. Розподіл повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я у контексті забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг**

Під впливом реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні зріс суспільний попит на якісне та доступне медичне обслуговування громадян за місцем їх постійного проживання. Загалом можна спостерігати актуалізацію питання підвищення вимог до ефективності управління мережею комунальних закладів охорони здоров'я та спроможності цих закладів надавати якісні та доступні медичні послуги населенню. Поряд із системними проблемами управління охороною здоров'я постали нові виклики та складності, які потребують вирішення. Зокрема, йдеться про те, що зі створенням об'єднаних територіальних громад в рамках децентралізації влади та фінансової децентралізації суттєво змінилися умови діяльності органів місцевого самоврядування на базовому рівні. Так, станом на 12 червня 2020 року в Україні утворено 1469 територіальних громад [70]. На рівні територіальної громади, яка відповідно до українського законодавства є основним носієм функцій і повноважень місцевого самоврядування, відбуваються значні зміни в організації діяльності з надання медичних послуг населенню. Серед проблемних питань діяльності об'єднаних територіальних громад дослідники відзначають:

- труднощі у провадженні господарської діяльності з оздоровчої діяльності сіл та сільських рад об'єднаних територіальних громад;
- ризик більшого дроблення коштів через перехід об'єднаних громад на прямі міжбюджетні відносини з державним бюджетом;



- необхідність організаційно-структурного розмежування з передачею закладів охорони здоров'я цим громадам у результаті розподілу видатків на охорону здоров'я між квартальним/міським бюджетом та бюджетом об'єднаної територіальної громади;

- необхідність чіткого визначення функцій місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування всіх рівнів у сфері охорони здоров'я [80].

Управління комунальними закладами охорони здоров'я є ключовим питанням базового рівня місцевого самоврядування. Йдеться про ефективність виконання функцій та повноважень з управління об'єктами комунальної власності. За даними Державного комітету статистики України, мережа медичних закладів України становить 9 тис. лікарень та 10,4 тис. амбулаторій (без урахування тимчасово окупованої території та тимчасово окупованих територій) [15]. Ключовим моментом тут є фінансова спроможність утримувати ці установи.

Об'єднані територіальні громади отримують медичну субвенцію на надання основної медичної допомоги безпосередньо з державного бюджету. Короткість такого досвіду поки що не дозволяє дати чітку відповідь, чи є це оптимальним для вітчизняної практики підхід до фінансової децентралізації. Аналіз ситуації в різних країнах щодо впровадження державних видатків у систему охорони здоров'я дає підстави експертам рекомендувати таку підтримку на субнаціональному рівні [69, с. 19].

Загалом досвід різних країн показує, що практика розподілу обов'язків у сфері охорони здоров'я відрізняється за різними підходами:

- передача повноважень щодо саморегулювання організаціям приватного сектора;

- створення незалежних від уряду національних органів - передача повноважень і відповідальності від держави до регіональних і муніципальних органів влади [21].

Щодо цього питання серед українських дослідників існує думка про необхідність створення в об'єднаних громадах спеціального органу виконавчої влади з повноваженнями розпоряджатися коштами, що це повинні бути органи, ради об'єднаних територіальних громад, розпорядники медичної субвенції [79]. Відповідно, йдеться про можливість адміністративної децентралізації, що певною мірою суперечить змісту реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади.

Водночас експерти висловлюють занепокоєння суперечливістю децентралізації такого кроку, як централізація фінансування роботи медичного персоналу та медичних закладів із залученими лікарями, яку здійснює агентство Національної служби здоров'я України. Висвітлено проблему забезпечення утримання закладів охорони здоров'я за кошти місцевих бюджетів, оскільки багато об'єднаних громад є економічно не спроможними. Експерти також відзначають централізацію закладів охорони здоров'я, коли всі амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти та здоровпункти повністю підпорядковані районним центрам первинної медичної допомоги, а тому не є автономними [9]. Висловлюється побоювання, що в умовах зміни статусу ЦПМСД з бюджетної установи на комунальне підприємство та централізації їх фінансування через органи місцевого самоврядування втратять вплив над ними, натомість ці центри потраплять під повний вплив центральної влади [9].

Важливим механізмом, який дозволить громадам посилити свою спроможність щодо утримання комунальних закладів охорони здоров'я може стати співробітництво територіальних громад. Однак, він поки не отримав значного застосування у вимірі охорони здоров'я. Так, з 626 договорів про співробітництво територіальних громад станом на 21 жовтня 2020 р. лише 4 договори присвячено питанню співробітництва громад у формі делегування виконання окремих завдань у сфері охорони здоров'я, 3 договори – у формі реалізації спільних проектів, спрямованих на оздоровлення та відпочинок дітей і молоді та 1 проект -- «Сучасна медицина II рівня [54]. Залишаються

незатребуваними такі форми договорів як спільне фінансування інфраструктурних об'єктів комунальної форми власності, утворення спільних інфраструктурних об'єктів комунальної форми власності, утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень, які передбачені Законом України «Про співробітництво територіальних громад» [47].

Важливо зазначити, що поряд із нововведеннями організації та функціонування місцевого самоврядування в об'єднаних громадах, в громадах, які ще не пройшли шлях об'єднання залишається стара система діяльності та фінансування органів місцевого самоврядування на базовому рівні. У цьому вбачається неузгодженість децентралізації та медичної реформи, коли об'єднані територіальні громади отримали прямі бюджетні субвенції із державного бюджету, що призвело до диспропорційності в розподілі коштів між об'єднаними громадами та тими громадами, які ще не об'єдналися [79, с. 720]. Спільним механізмом забезпечення взаємодії як для територіальних громад, так і для ОТГ є формування міських агломерацій. Умови та порядок утворення яких передбачає відповідний законопроект [45].

Складності розподілу повноважень між органами державної виконавчої влади та органами місцевого самоврядування загалом, знаходять повне відображення в повноваженнях у сфері охорони здоров'я. Слабкість системи місцевого самоврядування районного та обласного рівня, зумовлена відсутністю власних виконавчих органів районних та обласних рад, що яскраво ілюструється низьким рівнем спроможності місцевого самоврядування забезпечувати розвиток охорони здоров'я на відповідній території. Розв'язання цієї складної системної проблеми є одним із завдань реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади на основі створення виконавчих органів районних і обласних рад [17]. Водночас, результати цієї реформи виявили нові проблемні питання, одним із них є покриття ОТГ території районів, що призвело до накладання рівнів управління та ослаблення

районного рівня місцевого самоврядування в силу невизначеності та непослідовності реалізації змін щодо здійснення децентралізації влади. Крім того, сьогодні звертається увага на те, що інтенсифікація процесу створення госпітальних округів в умовах невизначеності адміністративно-територіального устрою несе загрозу того, що вони не відповідатимуть кінцевому варіанту адміністративного устрою, спричиняючи тим самим ускладнення визначення центральної районної лікарні [79, с. 720]. Так, одним з основних кроків медичної реформи, який було запроваджено паралельно із процесом створення об'єднаних громад стало створення госпітальних округів (2017 р.).

Госпітальний округ створюється державою в межах регіону як функціональне об'єднання розташованих на його території закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу населенню цього регіону [43]. До складу госпітальних округів входять що найменше одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого та другого рівня та інші медичні заклади. Формування таких округів має на меті, зокрема, створення умов для функціонування медичних закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, в умовах операційної та фінансової самостійності та надання медичної допомоги за договором про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

Відповідно до змісту реформи місцевого самоврядування, на різних рівнях місцевого самоврядування передбачається встановити наступний розподіл повноважень у сфері охорони здоров'я. На базовому рівні основними повноваженнями органів місцевого самоврядування є надання екстреної медичної допомоги, первинної медико-санітарної допомоги та профілактики захворювань. На районному рівні органи місцевого самоврядування відповідають за надання послуг вторинної медичної допомоги. На державному рівні основною компетенцією є забезпечення надання високоспеціалізованої медичної допомоги [17].

У звіті ВООЗ і Світового банку, присвяченому огляду досвіду України стосовно фінансової реформи у сфері охорони здоров'я за 2016 – 2019 рр. відзначається зокрема наступне: загальний зміст цієї реформи в цілому відповідає передовому міжнародному досвіду щодо покращення доступу, якості та ефективності послуг у цій сфері; зміни на рівні закладів охорони здоров'я, їх реструктуризація є критичним завданням для здійснення цієї реформи; органи місцевої влади мають відігравати важливу роль як власники закладів охорони здоров'я та агенти фінансування, однак для подальшої політики необхідним є діалог щодо врівноваження (вирівнювання) децентралізованих ролей та пріоритетів національної політики у сфері охорони здоров'я; для забезпечення продовження реформи важливим є розподіл участі, ролей в ній між зацікавленими сторонами включаючи органи місцевої влади, постачальники послуг та населення [82].

## **Висновки до розділу 2**

**1.** Дослідження підтверджує наявність протиріччя між реформою місцевого самоврядування та медичною реформою, що пов'язано з децентралізацією фінансування базового рівня місцевого самоврядування, неузгодженістю процесу створення госпітальних округів та змін адміністративно-територіального устрою на районному рівні. Поряд із тим, створення госпітальних округів можна розглядати як спосіб побудови нової моделі управління закладами надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на засадах фінансової децентралізації.

**2.** Заходи реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади тісно пов'язані з медичною реформою, що має забезпечити системний підхід до побудови ефективної системи охорони здоров'я на базовому, районному, обласному рівнях адміністративно-територіального поділу.

## **РОЗДІЛ 3**

### **ЗАВДАННЯ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **3.1. Особливості реалізації повноважень у сфері охорони здоров'я на рівні територіальної громади в умовах змін адміністративно-територіального устрою**

У результаті змін адміністративно-територіального устрою станом на 6 листопада 2020 р. Дніпропетровська область включає 7 районів та 86 територіальних громад [2]. Покровська селищна територіальна громада за новим розподілом районів належить до Синельниківського району (раніше Покровський район Дніпропетровської області). До складу Покровської об'єднаної територіальної громади входить 31 населений пункт [32]. Населення громади –17,130 тис. осіб [65].

До слабких місць громади можна віднести:

- брак кадрів у сфері управління, медицини, освіти;
- перевага смертності над народжуваністю; міграція та переміщення найбільш активних громадян; небажання молоді повертатися після закінчення навчання;
- низька якість медичних послуг у селах, віддалених від центрів громади, поганий стан медичних закладів, відсутність опалення [51].

Відповідно до Стратегії розвитку Покровської громади на період до 2025 року, основними напрямками діяльності в громаді планується максимальна мобілізація ресурсів, регіональний розвиток, забезпечення доступності та якості адміністративних послуг, підвищення якості освіти та охорони здоров'я, соціального захисту, підвищення рівня надання соціальних та інших послуг [51].

Однією зі стратегічних цілей сталого розвитку громади є: духовна, здорова, освічена, культурна, об'єднана та активна громада почуватися безпечно та може впливати на ситуацію в громаді. Ця мета має бути досягнута зокрема шляхом досягнення операційної мети «Організація ефективної системи надання медичних послуг та профілактичних заходів» [68]. Це включає наступні кроки:

- створення оптимальної для жителів муніципалітету мережі загальномедичних закладів сімейної медицини (функціонує ЦПМСД, який охоплює всі загальномедичні заклади сімейної медицини на території муніципалітету);

- профілактика шкідливих звичок, соціальних захворювань, популяризація здорового способу життя та увага до стану здоров'я, діє система стимулювання щорічних профілактичних оглядів мешканців, виїзди мобільних медичних бригад у віддалені населені пункти громади, проводяться інформаційні кампанії, двічі на рік для дітей та молоді у зв'язку з профілактикою шкідливих звичок та пропагандою здорового способу життя;

- впровадження нових інформаційних технологій у діяльність медичних закладів, працює сучасна система електронного адміністрування: електронний лист очікування, електронний реєстр пацієнтів, електронна карта пацієнта [68].

- розвиток матеріальної бази закладів ЦМБ (проведено капітальний ремонт двох амбулаторій: с. Коломийці та с. Покровське, вони оснащені діагностичним та лікувальним обладнанням);

- запровадження нових форм підтримки діяльності загальномедичних закладів сімейної медицини у громаді (у громаді створено «Лікарняну касу» як можливість добровільного медичного страхування мешканців);

- на 2025 рік основними пріоритетами Покровської громади є: подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на позиціях практики загальної сімейної медицини, надання медичних послуг, що більш якісні [51].

У напрямку «Здорова громада» Стратегія передбачає подолання кризових явищ в соціально-економічному становищі громади, які виникли через спад відсутність постійного інтересу і навичок підтримки здорового способу життя. З цією метою реалізується Державна програма «Будівництво футбольних полів зі штучним покриттям в регіонах України», в рамках якої у 2020 р. збудовано мультифункціональний майданчик для занять ігровими видами спорту КЗ «ДЮСШ» Покровської селищної ради. Це дає можливість проводити заняття з фізичної культури, організовувати спортивні конкурси і змагання, консультації та тренування з мешканцями громади, підготовчі заняття для дітей дошкільного віку. Урізноманітнити проведення дозвілля членів громади, незалежно від віку. Майданчик працює у вільному доступі та безоплатній основі. По Програмі підтримки та розвитку фізкультури і спорту Покровської ОТГ до 2021 р. проведено будівництво універсального тренувального майданчика зі штучним покриттям КЗ «ДЮСШ» Покровської селищної ради в с. Романки Покровського району Дніпропетровської області за кошти субвенції на розвиток інфраструктури територіальних громад [51].

З формуванням нових районів відбувається зміна системи управління на цих територіях, 90 % повноважень, які раніше були на районному рівні, перейшли на рівень громад. Відповідно ключовим питанням є чітке розмежування повноважень між усіма рівнями органів місцевого самоврядування та органами виконавчої влади. Особливе місце в цих дискусіях належить питанню охорони здоров'я. Актуальним є запитання: який рівень органів місцевого самоврядування чи виконавчої влади має опікуватися питаннями утримання районних лікарень? Старі райони ліквідовані, а заклади охорони здоров'я, що розташовані в колишніх райцентрах, продовжують працювати [34].

Позиція Міністерства розвитку громад і територій, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, асоціацій органів місцевого самоврядування щодо цього є наступна: громади можуть і зацікавлені утримувати та розвивати



заклади вторинного рівня медицини. Оскільки повноваження і ресурси переходять з районів у громади, районні лікарні з наступного 2021 р. мають бути у комунальній власності громад. Зазначається, що медичні послуги в лікарнях вторинного рівня і надалі оплачує держава, а умови, в яких ці послуги надаються, забезпечує громада [53].

13 жовтня 2020 р. на черговій сесії Покровська селищна рада прийняла у комунальну власність дві установи охорони здоров'я, які раніше були на балансі району - Покровську центральну районну лікарню та Покровський ЦПМСД. Як показує практика, така тенденція стає загальним явищем в умовах змін меж території районів, коли колишні ЦРЛ стають комунальними закладами територіальних громад [57]. До основних переваг такої практики, на думку окремих голів громад, можна віднести: більш ощадливе ставлення до лікарні, економії енергоносіїв, самостійність визначення вектору розвитку медичного закладу, поліпшення якості медичних послуг через те, що працівники лікарні тепер підзвітні громаді [56 – 58].

У напрямі підтримки та розвитку лікарень, які взяті на баланс територіальних громад, здійснюються такі кроки:

- прийняття програми підтримки молодих лікарів, за якою кожен з них може отримати безоплатну квартиру та розраховувати на доплату щомісяця до заробітної плати з бюджету громади, можливість виділення коштів для будівництва власного житла;
- проведення агітації серед медичних ВНЗ [57].

Голова Покровської громади звернулася до голів Великомихайлівської та Маломихайлівської громад із пропозицією укласти договір міжмуніципального співробітництва. Прийняття такого договору дає можливість у наступному 2021 р. отримати додаткові кошти на фінансування лікарень із Державного фонду регіонального розвитку. З цією метою 29 жовтня 2020 р. проведено спільну нараду, та якій прийнято рішення про створення робочої групи із числа фінансистів виконавчого комітету селищної ради та закладів охорони здоров'я

громади задля вирішення нагальних питань фінансування. На нараді відбулося обговорення проблем Покровської громади в умовах реформування медицини та пандемії, прийнято рішення про направлення листа до Національної служби охорони здоров'я щодо надання офіційного дозволу та фінансування (пакету послуг) Покровській лікарні на лікування пацієнтів із симптомами Covid-19, адже зараз лікарі та медпрацівники інфекційного та реанімаційного відділень щодня наражаються на небезпеку, рятуючи життя людей [30].

За останній час Покровська центральна районна лікарня придбала додатково 5 апаратів штучної вентиляції легень за рахунок спонсорських коштів, наданих сільськогосподарськими товариствами. Тепер лікарня має 8 апаратів штучної вентиляції легень. Одним з інструментів забезпечення надання якісних медичних послуг в громаді є місцеві програми надання медичних гарантій, які планується підготувати та затвердити до кінця цього року [30].

1 квітня 2020 року в Україні запрацювала перша програма медичних гарантій. Це перелік медичних послуг, гарантованих пацієнтам державою (на основі договорів про надання медичних послуг між медичними закладами та НСЗУ). Згідно з програмою, майже всі комунальні медичні заклади країни (районні, міські та обласні лікарні) охоплені реформою та отримують фінансування за договором з НСЗУ. Програма медичних гарантій збільшує фінансування низки медичних послуг (гемодіаліз, лікування інсульту та інфаркту міокарда, акушерська допомога та лікування онкологічних захворювань) порівняно з медичною субвенцією. Вперше окремо виділено кошти на паліативну допомогу (транспортування та госпіталізацію) та медичну реабілітацію. Як зазначено в документі: «Програма медичних гарантій- це перелік медичних послуг, які держава гарантує пацієнтам безоплатно. Для отримання безоплатних медичних послуг пацієнт має бути направлений лікарем первинної ланки (для цього він має підписати декларацію з сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром) або лікуючим лікарем. Невідкладна

допомога надається безоплатно всім, незалежно від того, укладено декларацію чи ні» [35]. Вже у квітні 2020 року найбільшу кількість таких угод мають Харківська (132), Дніпропетровська (110) та Львівська (102) області[35].

Обов'язковими умовами для укладення договору з НСЗУ є: автономізація медичних закладів (перехід комунальних закладів у некомерційні підприємства), комп'ютеризація медичних закладів (впровадження технічних засобів, таких як комп'ютери, смартфони та планшети), підключення медичних закладів до бази даних НСЗУ та здійснення господарської діяльності з медичної практики в НСЗУ, наявність чинної ліцензії НСЗУ та укладення договору з НСЗУ [5].

Політика громади щодо забезпечення умов для надання якісних медичних послуг реалізується відповідно до завдань обласної програми «Здоров'я населення Дніпропетровської області на 2020-2025 роки». Метою програми є поліпшення демографічної ситуації, збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом пріоритетного забезпечення профілактики та лікування хронічних не інфекційних та інфекційних захворювань, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги [46].

Насамперед, регіональна програма акцентує увагу на таких питаннях, як забезпечення стратегічного лідерства у сфері громадського здоров'я, набуття сучасних управлінських навичок керівним складом закладів охорони здоров'я, навчальних закладів та органів управління охороною здоров'я, а також розвиток підприємств охорони здоров'я [46].

Так, у сфері забезпечення стратегічного управління галуззю громадського здоров'я планується створення єдиної інформаційно-комунікаційної системи стратегічного управління галуззю громадського здоров'я Дніпровської області та забезпечення її функціонування. Система буде збирати статистичну інформацію для формування напрямів діяльності у сфері громадського здоров'я, проводити інформаційні кампанії, виготовляти та поширювати фото-, відео-,

аудіо- та друковані матеріали з питань профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя.

З метою озброєння керівників закладів охорони здоров'я, навчальних закладів та органів управління охороною здоров'я сучасними управлінськими навичками буде запроваджено сучасні підходи у післядипломній освіті та підвищенні кваліфікації управлінців для ефективної роботи в умовах сучасних суспільних та галузевих змін, у тому числі володіння інноваційними методами управління. Передбачається фінансова підтримка розвитку закладів охорони здоров'я [46].

Якщо узагальнити дані щодо основних проблем місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, то можна побачити, що основними проблемами є:

- відсутність затверджених національних соціальних стандартів і нормативів відповідно до ст. 94 Бюджетного кодексу України в описово-вартісній формі за кожним із повноважень, переданих державою органам місцевого самоврядування;

- недостатня забезпеченість закладів охорони здоров'я кадрами;

- відсутність стратегічного національного бачення реформування системи охорони здоров'я, відсутність типових кадрів закладів охорони здоров'я гальмує реалізацію заходів щодо оптимізації видатків та мережі закладів охорони здоров'я на місцевому рівні;

- недостатній рівень доступності медичних послуг, незадовільний стан фінансування галузі, високі особисті витрати пацієнтів на лікування;

- відсутність методики розрахунку вартості медичних послуг;

- недостатній обсяг медичної субвенції для виплати заробітної плати медичним працівникам;

- відсутність диференційованого підходу до преміювання працівників медичних закладів;

- при розподілі медичної субвенції не враховано потреби в обслуговуванні пацієнтів, додатково направлених до закладів охорони здоров'я із сусідніх адміністративно-територіальних одиниць;

- відсутність механізму розрахунків за надані медичні послуги в діагностично-консультаційних поліклініках, лікарнях (вторинний рівень надання медичної допомоги) між містами, районами та об'єднаними територіальними громадами;

- систематичне невиконання державних програм охорони здоров'я;

- недостатнє фінансування надання послуг громадянам, переміщеним з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції;

- використання власних коштів міських бюджетів для закупівлі вкрай необхідних вакцин у зв'язку з невиконанням плану їх закупівлі за рахунок коштів державного бюджету;

- нерівномірний розподіл розміру медичної субвенції між первинною та вторинною галузями медицини у відсотках;

- нечіткість питання щодо кількості мешканців ОТГ, яка враховується при визначенні розміру субвенції;

- відсутня чітка схема подання медичної звітності для ОТГ [50].

Таким чином, дослідження підтверджує зростання кількості проблем надання медичних послуг на рівні територіальної громади та району, що зумовлюється труднощами реформи адміністративно-територіального устрою та реформи охорони здоров'я та загостренням міжсекторальних неузгодженостей в їх реалізації. Як наслідок укрупнення районів спостерігається тенденція передачі районних лікарень на утримування ОТГ, що активізує роботу цих громад стосовно запровадження різних інструментів для забезпечення надання медичних послуг жителям громад. Головним завданням органів місцевого самоврядування базового рівня є забезпечення умов для надання медичних послуг, фінансування цих послуг покладається на державу.

Основним інструментом реалізації політики у сфері охорони здоров'я на рівні громади є державні, регіональні, місцеві програми; співробітництво територіальних громад; міжнародні програми та проєкти.

### 3.2. Зміни в управлінні закладами охорони здоров'я та перспективи підвищення якості медичних послуг на базовому рівні місцевого самоврядування

Медичне обслуговування населення Покровської ОТГ надають Покровське комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медичної допомоги» та комунальний заклад охорони здоров'я «Покровська ЦРЛ» ДОР. Очікувана тривалість життя при народженні становить 71,7 року, з них у жінок – 75,2 року, у чоловіків – 67,5 року (табл. 3.1) [51].

Таблиця 3.1

#### Кількість та перелік амбулаторій, ФАПів на території Покровської ОТГ

№	Назва лікарняного закладу	Місце розташування	Штат	Охоплено населення
1.	КНП «Центр ПМСД»	смт. Покровське	3,5	17839
1.1.	Покровська амбулаторія ЗПСМ	смт. Покровське	10,0	14609
1.2.	Романківська амбулаторія ЗПСМ	с. Романки	1	838
1.3.	Коломійцівська амбулаторія ЗПСМ	с. Коломийці	1	1007
1.4.	Андріївська амбулаторія ЗПСМ	С. Андріївка	1	1265
Всього			16,5	17719
1.	Леваднівський ФП	с. Левадне	0,25	822
2.	Водянський ФП	с. Водяне	0,25	183
3.	Братський ФП	с. Братське	0,25	336
4.	Чорненківський ФП	С. Чорненкове	–	302
Разом			0,75	1643

Комунальне підприємство «Центральна районна лікарня м. Покров» Покровської районної ради змінило назву та статус. Відтепер це комунальне

некомерційне підприємство «Покровська лікарня» є Покровською селищною радою Дніпропетровської області.

У корпусі функціонують ущільнені відділення: офтальмологічне, неврологічне, кардіологічне, терапевтичне, хірургічне, приймальне, анестезіологічне відділення з ліжками інтенсивної терапії та відділення щелепно-лицевої хірургії, а також допоміжні служби: клініко-діагностична лабораторія, фізіотерапевтичне відділення, радіологічне відділення, ультразвукова діагностика, комп'ютерна діагностика, кабінет лікувальної фізкультури, адміністрація та бухгалтерія. Покровська лікарня включає головний корпус, дитяче відділення, акушерсько-гінекологічний корпус, жіночу консультацію, господарський корпус і патологоанатомічне відділення.

У 2020 році Покровська центральна лікарня підписала договір з Держлікслужбою (номер договору 0801-E420-П000) про медичне обслуговування населення в рамках програми гарантії здоров'я. Договір передбачає:

- «хірургічні операції дорослим та дітям в стаціонарних умовах – 321 послуга з плановою сумою оплати 417701,64 грн.;
- стаціонарне обслуговування дорослих та дітей без оперативних втручань – 2845 послуг з плановою сумою оплати 2 067 350,11 грн.;
- медична допомога при пологах – 129 послуг з плановою сумою виплат 1 049 547,87 грн.;
- амбулаторна спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога дорослому та дитячому населенню, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу - планова вартість послуг 3 741 273,71 грн.;
- мамографія – 489 послуг з плановою сумою оплати 99814,68 грн.;
- езофагогастродуоденоскопія – 1883 послуги з плановою сумою оплати 1 411 346,16 грн.;
- колоноскопія – 31 послуга з плановою сумою оплати 29261,52 грн.;
- психіатрична допомога – плановий розмір виплати 872 770,18 грн.;

- діагностика, лікування та супровід людей з ВІЛ - запланована сума виплати 100 503,35 грн» [13].

Як бачимо, спектр запланованих послуг досить великий. Надання якісних медичних послуг потребує великої роботи з удосконалення адміністративного менеджменту закладу, організації роботи колективу на основі сучасних підходів до управління медичним закладом в умовах автономізації.

Сучасний підхід до управління медичним закладом базується на визначенні ролі лікувального закладу як активної лікувально-господарської одиниці. Досвід європейських країн показує, що політика багатьох урядів уже в 1990-х роках була спрямована на забезпечення фінансової незалежності лікарень і заохочення їх підприємницької діяльності для зниження собівартості продукції. Спосіб автономізації був різним – від реформування в рамках самої бюджетної системи до передачі частини ресурсів державних лікарень приватним структурам або включення їх в управління [16].

Реформа власності охоплює перетворення кожної бюджетної установи на підприємство, яке відповідно до 2 ст. 62 п. 1 Господарського кодексу України, є самостійним суб'єктом господарювання, створеним для задоволення суспільних і особистих потреб [3]. Це статус юридичної особи, господарська самостійність (розвиток за рахунок власного та позикового капіталу). Метою неприбуткової компанії є реалізація місії та соціальне підприємництво. Планувати прибуток можна, але це розширення діяльності (впровадження нових методів стаціонарного та амбулаторного лікування), а не привласнення та споживання. Вперше соціальне підприємництво стало повноцінною частиною програми Всесвітнього економічного форуму в Давосі в січні 2011 р. [16].

З 2020 року продовжено термін дії спрощеного порядку перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я у державні та комунальні негосподарські підприємства. Автономізація інститутів є однією з обов'язкових вимог для підписання договору з НСЗУ. За спрощеної процедури установи звільняються від виконання кредиторських зобов'язань під час реорганізації та



від необхідності отримання згоди боржника на реорганізацію зобов'язань, необхідність оцінки майна стає необов'язковою, спрощується процес передачі нерухомого майна та можливість використання власний дохід для створення затвердженого капіталу з'являється для заснованих компаній. Вже 100% закладів первинної медико-санітарної допомоги є автономними та мають договори з НСЗУ. Серед закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, 79% пройшли процедуру автономізації (лідери Вінницької, Полтавської, Харківської, Одеської та Черкаської областей) [4].

Автономізація – єдиний спосіб отримати державне фінансування, інакше місцева влада буде змушена фінансувати заклад власними силами. Процес автономізації включає 11 пунктів:

- міська рада приймає рішення про: припинення закладу охорони здоров'я бюджетної установи шляхом перетворення його на комунальне негосподарське підприємство; призначення комісії з реорганізації закладу;

- комісія з реорганізації розглядає вимоги кредиторів, проводить інвентаризацію;

- комісія складає акт прийому-передачі, який повинен містити положення про правонаступництво зобов'язань установи, перехід прав та обов'язків у формі бухгалтерського обліку;

- фінансове управління власника готує зміни до бюджетних програм з урахуванням процесу реорганізації;

- подання документів державному реєстратору для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації;

- рішенням міської ради: затверджується акт прийому-передачі; приймається рішення про створення закладу охорони здоров'я шляхом реорганізації; затверджено статут;

- державному реєстратору подається пакет документів про створення комунального некомерційного підприємства та припинення бюджетної установи;

- за потреби власник координує систему фінансування закладу;
- переоформлення працівників (запис у трудовій книжці про зміну найменування роботодавця у зв'язку з реорганізацією);
- заклад охорони здоров'я - комунальне підприємство видає та реєструє право користування нерухомим майном та землею, відкриває рахунки в установах банків та переоформлює рахунки в органах казначейства;
- подається заява до МОЗ про реєстрацію дозволу на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я та наркотичних речовин, прекурсорів [39].

Чинниками, які створюють нові виклики для всіх учасників відносин у сфері охорони здоров'я, є: реформування системи охорони здоров'я України, обмежене фінансування медичних закладів, поширення прогресивних методів лікування та діагностики, зростання захворюваності на населення, підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг [67].

Науковці зазначають, що консерватизм в управлінні охороною здоров'я призвів до домінування суто адміністративних методів управління, що на тлі фінансування за ресурсними показниками стало основою екстенсивного розвитку системи охорони здоров'я [61]. Сучасні дослідження наголошують на необхідності більш інтенсивного розвитку системи охорони здоров'я на всіх рівнях, особливо на мікрорівні, з використанням системи економічних методів управління, адаптованих до специфіки охорони здоров'я як об'єкта економічного регулювання [61].

У науковій літературі розрізняють дві моделі господарських механізмів-системи управління, що базуються на економічних методах господарювання, та системи управління; перехід до другої моделі переважно передбачає перехід від адміністративних до економічних методів управління, управління персоналом за економічними інтересами та розвиток демократичних принципів в управлінні. Наприклад, у звіті Світового банку про управління охороною

здоров'я в Україні за 2015 рік основними проблемами у сфері охорони здоров'я були визначені наступні:

- нездатність залучати, утримувати та мотивувати медичний персонал брати на себе відповідальність за результати своєї роботи;

- відсутність належним чином функціонуючої інформаційної системи, єдиного реєстру лікарень, лікарів та приватних медичних закладів, а також якісних статистичних даних;

- існування жорсткої бюджетної системи, що призводить до високого рівня неформальних платежів та корупції [61].

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я ґрунтується на використанні сукупності підходів, методів, засобів та економічних інструментів дослідження і перетворення взаємопов'язаних процесів, що забезпечують ефективну діяльність закладів охорони здоров'я, з урахуванням впливу багатьох факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, суб'єктів та об'єктів управління, реалізації функцій управління та управління, що визначається як система взаємодії об'єктів управління між собою [61].

Основними принципами економічного управління закладами охорони здоров'я є цілеспрямованість, єдиноначальність, баланс між централізацією та децентралізацією управління, делегуванням повноважень, ефективність, оптимальність, безпека надання медичної допомоги, дотримання прав споживачів та гуманізм [61]. Зокрема, необхідно забезпечити баланс між централізацією і децентралізацією та створити умови, необхідні для ефективного виконання завдань, покладених на нижчі рівні системи управління охороною здоров'я (державні, муніципальні та галузеві організації охорони здоров'я). Принцип ефективності передбачає управління на основі критерію максимізації медико-соціальної ефективності на сам перед у закладах охорони здоров'я [61].

Комунальні, державні та відомчі заклади охорони здоров'я повинні погоджувати локальні протоколи з управліннями охорони здоров'я державних адміністрацій для координації діяльності відповідних місцевих закладів охорони здоров'я. Разом з локальними протоколами заклади охорони здоров'я мають розробити клінічні маршрути-алгоритми руху пацієнтів через структурні підрозділи закладу та точки контакту з медичним персоналом з урахуванням взаємодії між закладами охорони здоров'я. Це чітко описує, як пацієнти можуть отримати якісну медичну допомогу за єдиними клінічними протоколами та медичними стандартами з урахуванням можливостей закладів охорони здоров'я [76].

Планування, прогнозування та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я здійснюються відповідно до нормативних документів. Стосовно останнього необхідно виділити систему внутрішнього аудиту, в якій виділяють три частини: процедурну, структурну, результуючу [62].

Дослідники включають науковий, соціально-економічний, процедурний, програмний та системний підходи до управління закладом охорони здоров'я. Науковий підхід базується на вивченні структури, функцій, професійної діяльності та процесу управління, теорії, методів, мистецтва практичної діяльності. Соціально-економічний підхід передбачає соціальну відповідальність господарювання, включаючи захист і підвищення добробуту суспільства. Водночас стан громадського здоров'я як фактор зовнішнього середовища має істотний вплив на специфіку, характеристики та спрямованість розвитку системи охорони здоров'я. Процесуальний підхід полягає у визначенні управління процесом, у якому діяльність медичного закладу розглядається як сума взаємопов'язаних функцій управління, кожна з яких є набором однорідних дій, операцій, процедур. Сутність програмно-цільового підходу полягає у використанні схеми: «проблема – мета – рішення – програма – бюджет – контроль». Існуючі управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, досягнення яких потребує конкретного плану заходів, складання й

оптимізації бюджету, контролю за його виконанням. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я розглядає їх як сукупність взаємопов'язаних елементів, має вхід, вихід, зв'язок із зовнішнім середовищем (з урахуванням політичних, економічних соціально-демографічних, культурних умов та інфраструктури конкретного закладу) та зворотного зв'язку у разі зміни вимог користувача до медичних послуг, параметрів ринку, появи нових технологій система повинна реагувати на ці зміни та вносити відповідні зміни в робочі параметри. На думку дослідників, системний підхід є найбільш перспективним і дає змогу реально реалізувати елементи економічного управління закладами охорони здоров'я на мікрорівні з урахуванням реформування вітчизняної системи охорони здоров'я [61].

В Україні гостро відчувається дефіцит спеціалістів-організаторів у сфері охорони здоров'я, що пояснюється відсутністю ефективної системи підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я та створенням якісної навчальної бази, приймаючи враховувати кращі досягнення провідних країн світу та особливості вітчизняної системи охорони здоров'я. Слід враховувати той факт, що в розвинутих країнах світу керівниками є спеціалісти з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери, тоді як в Україні значна частка керівників у сфері охорони здоров'я – це спеціалісти без досвіду управління та навичок, які мають медичну освіту, і більшість з них не мають юридичної чи економічної освіти [23].

Після медичної реформи точиться активна дискусія щодо статусу керівного персоналу закладу охорони здоров'я та наявності у нього спеціальної освіти для виконання таких функцій. Нині всі адміністративно-господарські та лікувальні функції в медичних закладах України виконує головний лікар. Це величезний обсяг роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконують два спеціалісти: медичний директор, генеральний директор [23]. В Україні розмежовано функції директора та медичного директора: директор закладу має займатися питаннями господарської діяльності, а медичний директор –

виключно медичними. Звільняти нікого не будуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники продовжуватимуть виконувати свої функції до закінчення контракту [11]. Після закінчення контракту головні лікарі зможуть поборотися як за посаду генерального директора, так і за посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. Посаду директора на конкурсній основі може обійняти кандидат з гуманітарною освітою, юрист, економіст, лікар чи менеджер. Станом на 2022 рік кандидати, які не мають управлінської або управлінської освіти за галуззю знань «Управління та менеджмент» або «Публічне управління та адміністрування», повинні додатково її здобути [40].

Важливим напрямком розвитку в управлінні закладами охорони здоров'я є впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних систем якості, завдяки яким якість медичної допомоги стає в пряму залежність від системи управління. До таких моделей належать системами міжнародного стандарту якості ISO 9001, модель ьдосконалості (EFQM), система якості Міжнародного товариства якості в охороні здоров'я (ISQua), модель Об'єднаної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), модель безперервного вдосконалення (Associates in Process Improvement), серед інших [27]. Особливої актуальності набуває запровадження компоненту самооцінки для закладів охорони здоров'я в контексті підвищення якості медичної допомоги [7]. Процеси системи управління якістю за міжнародними стандартами при адаптації закладів охорони здоров'я можна поділити на чотири групи: процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; процеси через управління ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичних процесів; процеси надання медичної допомоги; процеси моніторингу кожного виду діяльності та процеси вимірювання, оцінювання, аналізу та покращення. Ці групи процесів певною мірою проявляються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступника, керівника структурного підрозділу та безпосереднього виконавця [20].

Досягнення та утримання високої конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є одним з найважливіших завдань в управлінні закладом охорони здоров'я. Основними факторами, що впливають на конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я, є:

- медична ефективність;
- адміністративна ефективність;
- ефективність;
- своєчасність;
- зниження ризику травмування пацієнта;
- забезпечення рівності
- економічна ефективність;
- надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних цінностей, уподобань та очікувань пацієнтів та культури їх спільноти [14].

Модернізація системи управління у сфері охорони здоров'я включає впровадження ефективних комунікаційних технологій та налагодження взаємовідносин між постачальниками медичними послуг і пацієнтами, їх документування (аналіз обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення коректив у процес забезпечення безпеки пацієнтів) [29].

Важливого значення набуває запровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка відстежує зміни у формі управління закладами охорони здоров'я, у фінансуванні медичних послуг та системі лікування пацієнтів. Завданням інформатизації (eHealth) є: покращити потік інформації для підтримки надання послуг охорони здоров'я та управління системами охорони здоров'я на рівні лікаря та пацієнта – тобто забезпечити лікарю швидкий доступ до всієї доступної інформації стосовно пацієнта з будь-якої установи [52; 38].

Зміни, які булися в системі охорони здоров'я України протягом останніх років помітно позначились на автономізації закладів охорони здоров'я, що зумовлює зростання рівня відповідальності їх працівників за якість медичних

послуг та вимог до їх знань, вмінь та навичок. До ускладнюючих чинників діяльності медичних працівників експерти відносять: велику кількість нормативно-правових актів, які регулюють медичну діяльність; кількісне та якісне зростання хвороб і методів діагностики й лікування; напруженість психоемоційних стосунків із колегами та пацієнтами [22].

Відповідно керівник закладу охорони здоров'я має більше уваги приділити правовій та деонтологічній обізнаності працівників, оволодінню ними комунікативними та іншими практичними навичками. Крім того, медичні працівники недостатньо використовують інформаційні ресурси з таких сфер як практична психологія, менеджмент, маркетинг тощо. Це, у свою чергу, призводить до іміджевих помилок та матеріальних втрат, що негативно позначається на конкурентоздатності, матеріальному становищі закладу [22]. У вирішенні зазначених проблем важливе місце належить державній політиці у сфері вищої та післядипломної медичної освіти, публічного управління та адміністрування. До важливих напрямів навчання керівників закладів охорони здоров'я, медичних працівників можна віднести: конституційне регулювання прав людини, загальне та спеціальне законодавство у сфері охорони здоров'я; формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я; реформа у сфері охорони здоров'я; відповідальність за професійні правопорушення; механізми контролю якості медичних послуг [22].

### **Висновки до розділу 3**

**1.** Сучасні тенденції розвитку публічного управління актуалізують проблематику соціальної ефективності управління у сфері охорони здоров'я. Стан здоров'я населення, тенденції змін захворюваності, тривалість життя, якість медичних послуг є важливими показниками ефективності публічного управління.



**2.** Автономізація закладів охорони здоров'я сприяє застосуванню нових економічних механізмів управління закладами охорони здоров'я. Лікарня у громаді стає активною медичною, економічно, соціальною одиницею, завданням якої є надання якісних медичних послуг жителям громади. Самостійність закладів охорони здоров'я може розглядатися як спосіб підсилення спроможності територіальної громади забезпечувати належні умови життя її жителям.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі вдалося досягти поставленої мети, яка полягає в розкритті особливостей реалізації повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах змін адміністративно-територіального устрою та реформи у галузі охорони здоров'я в Україні. Результати дослідження дають змогу зробити наступні висновки.

1. Аналіз наукових робіт підтверджує зростаючу увагу дослідників до питань функціонування органів місцевого самоврядування та їх ролі у системі охорони здоров'я. Як об'єкт наукових пошуків органи місцевого самоврядування розглядаються передусім у контексті проблем нестабільності управлінської системи в цій сфері, розмежування повноважень органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, фінансування системи охорони здоров'я на різних рівнях публічного управління, удосконалення менеджменту в медичних закладах різної форми власності у тому числі, що стосується комунальних закладів та ін. Особлива увага приділяється аналізу особливостей діяльності органів публічної влади у сфері охорони здоров'я на різних рівнях адміністративно-територіального устрою. Загалом можна виокремити «територіальний чинник» як один із основних критеріїв побудови моделей управління системою охорони здоров'я.

Серед основних пропозицій дослідників щодо вдосконалення підходу до розподілу повноважень у цій сфері є обґрунтування інноваційної функціональної моделі щодо споживачі в медичних послуг на рівні місцевого самоврядування. Відповідно до цієї моделі, діяльність органів місцевого самоврядування щодо підвищення рівня надання медичних послуг населенню включає такі функції: акумулювання фінансових ресурсів; дослідження та оцінка потреб громади в медичних послугах; реорганізація надавачів медичних послуг на районному рівні; надання ресурсів надавачам медичних послуг та їх розподіл між цими надавачами; укладення з ними договорів про надання

медичних послуг, а також підготовка та укладання договорів з ними, запровадження інноваційних методів оплати медичних послуг.

Відповідно обґрунтовується модель внутрішнього ринку на основі контрактного підходу, що фінансується із загальних податків. До переваг цієї моделі науковці відносять сприяння децентралізації управління, покращення діяльності постачальників медичних послуг, покращення планування служб охорони здоров'я і надання медичної допомоги. Крім того, розкриваються підходи до трансформації закладів охорони здоров'я в автономні неприбуткові комунальні підприємства.

Стосовно управлінських функцій органів публічної влади йдеться про важливість розвитку соціальної функції, функції контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я та захистом інтересів територіальних громад. Так, наприклад, що стосується функції контролю, то передусім мова йде про належне інформування органами місцевого самоврядування громадськості за стан справ у цій сфері та зв'язок із громадою, моніторинг та оцінювання ефективності діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Особливо підкреслюється необхідність визначення на рівні місцевого самоврядування стратегічних потреб територіальних громад щодо покращення стану здоров'я як основи планування видів та обсягів послуг.

2. Вивчення зарубіжного досвіду дозволяє узагальнити три основних підходи світової практики до розвитку системи охорони здоров'я: епідеміологічний, екстенсивного розвитку та період другої епідеміологічної революції. Кожному із цих підходів відповідає своя специфіка управління. Відповідно системи управління пройшли наступні періоди: класичний менеджмент (особливе значення функції контролю та управління за інструкціями); управління за цілями (темпи змін призводять до того, що все складніше передбачати майбутнє шляхом екстраполяції минулих тенденцій); управління по стратегічним планам та перехід від стратегічного планування до

стратегічного управління (все більше уваги приділяється упередженню ризиків).

Спільним для більшості країн ЄС став процес децентралізації в системі управління охороною здоров'я. На наш погляд, важливим у вивченні досвіду децентралізації, є врахування можливих труднощів, які можуть бути спричинені цим процесом. До таких труднощів можна віднести: проблеми координації та взаємодії при прийнятті управлінських рішень між різними адміністративними рівнями та різними суб'єктами управління та фінансування охорони здоров'я; можливість від'ємного ефекту масштабу в наданні медичної допомоги внаслідок децентралізації моделі охорони здоров'я для малих, за територіальною ознакою, низових рівнів; відмінність територіальної та фінансової доступності та якості як спеціалізованої медичної допомоги, так і медичних послуг первинного рівня; проблеми відкритості, підзвітності управлінських рішень, витрачання коштів у цій сфері. Одним із найбільш проблемних питань децентралізації є наявність одночасно «права витратити кошти з частими випадками відсутності права розпоряджатися ними»: коли за умов значної децентралізації витрат реальна самостійність у місцевих органах влади може бути обмеженою.

3. Питання охорони здоров'я населення та надання якісних і доступних медичних послуг належить до пріоритетів управління публічними справами на місцевому рівні. Особливістю умов здійснення реформи місцевого самоврядування в Україні є те, що вона супроводжується низкою інших реформ у різних сферах життєдіяльності, передусім, це стосується реформи у сфері охорони здоров'я. Загалом можна зазначити, що охорона здоров'я є одним з прикладів секторальної децентралізації. Більшість повноважень органів місцевого самоврядування на базовому рівні реалізується виконавчими органами місцевих рад. Дослідження підтверджує висновок про помітні зміни в розподілі повноважень із надання публічних послуг з урахуванням критерію масштабності (обсяг території та кількість жителів). Для сфери охорони

здоров'я характерним є зростання такого масштабу, що вимагає значних інвестицій та відповідно і створення укрупнених осередків (госпітальних округів) як засобу забезпечення більш раціонального розподілу коштів.

До основних проблем реалізації реформи у сфері охорони здоров'я можна віднести: централізацію фінансування медицини на рівні громади, передусім це стосується сільських громад (централізація медичних закладів, коли амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти та фельдшерські пункти повністю підпорядковуються районним центрам первинної медичної (медико-санітарної допомоги); на місцеву владу покладено фінансове навантаження щодо утримання медичного закладу; нестача медичного персоналу, відсутність мотивації для працюючих та залучення молодих спеціалістів; неналежний рівень узгодженості державної політики з питань підтримки та розвитку місцевого самоврядування та політики у сфері охорони здоров'я. Підтверджується важливість створення на місцевому рівні органу координації політик, які здійснюються різними центральними органами виконавчої влади, а також налагодження взаємодії з територіальними громадами.

4. У дослідженні підтверджено висновок про загострення проблеми розподілу повноважень між органами місцевого самоврядування різних рівнів та між органами місцевого самоврядування і органами державної виконавчої влади в умовах змін адміністративно-територіального устрою. Передусім це пов'язується із відсутністю узгодження позицій щодо бачення остаточної моделі цього устрою, що негативно впливає на функціонування системи охорони здоров'я.

Відсутність власних виконавчих органів місцевого самоврядування на районному та обласному рівні призводить до ускладнення спроможності місцевого самоврядування на цих рівнях вирішувати завдання розвитку системи охорони здоров'я. Перспективним, на наш погляд, є продовження заходів децентралізації влади та підсилення ролі регіону у цій сфері. Важливим складником цього процесу є запровадження принципу субсидіарності,

передусім це стосується формування мережі закладів охорони здоров'я як комунальних некомерційних підприємств із переходом на нові методи управління цими закладами на основі іншої філософії функціонування. Це сприятиме конкретизації та зміцненню статусу цих закладів, підвищенню їх відповідальності за свою діяльність. Важливим завданням постає формування системи внутрішнього та зовнішнього нагляду за якістю медичних послуг, які надаються населенню. Це передбачає необхідність чіткого визначення повноважень та процедур їх реалізації як для самих закладів охорони здоров'я, так і для органів публічної влади.

Спільними проблемами місцевої автономії у сфері надання медичних послуг були визначені: відсутність доступу до медичних послуг, недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, висока вартість лікування для пацієнтів, систематичні збої у виконанні державних програм у сфері охорони здоров'я, недостатнє фінансування надання послуг громадянам, переміщеним з тимчасово окупованих територій України, неузгоджений відсотковий розподіл медичної допомоги між первинною та вторинною ланками медичної допомоги.

До основних проблем Покровської селищної ОТГ належить: дефіцит кадрів у сфері медицини, якість медичних послуг у селах віддалених від центру громади, незадовільний стан приміщень медичних закладів. Для їх вирішення передбачається:

- створити оптимальну для жителів громади мережу закладів загальної практики сімейної медицини (на основі діяльності ЦПМСД, який охоплює всі медичні установи загальної практики сімейної медицини на території громади);
- розвиток матеріальної бази закладів ЦПМСД (ремонт, обладнання закладів);
- запровадження нових форм підтримки діяльності закладів загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ) в громаді («Лікарняна каса», як можливість добровільного медичного страхування членів громади);

- профілактика шкідливих для здоров'я звичок, соціальних захворювань, популяризація здорового способу життя (заохочення до щорічних медико-профілактичних оглядів, виїзди мобільних медичних бригад до віддалених населених пунктів громади, інформаційні кампанії для дітей та молоді стосовно популяризації здорового способу життя);

- запровадження нових інформаційних технологій в діяльність медичних закладів (система електронного адміністрування: електронна картка пацієнта, електронна черга, електронний реєстр пацієнтів).

До здобутків співпраці Покровської лікарні можна віднести налагодження співпраці з сільськогосподарськими товариствами, що дозволило отримати спонсорську допомогу – 5 апаратів штучної вентиляції легень. Самостійність закладу охорони здоров'я можна розглядати як спосіб підсилення спроможності територіальної громади забезпечити належні умови життя членам громади.

5. Обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, зростання рівня захворюваності та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг є викликами, які вимагають перегляду підходів до управління закладами охорони здоров'я. У роботі підтримується висновок про те, що поширення адміністративних методів управління є однією з основних причин екстенсивного розвитку української системи охорони здоров'я. Дослідження свідчить проте, що зростає потреба в удосконаленні системи економічних методів управління на рівні закладів охорони здоров'я з урахуванням особливостей цієї галузі. Перехід до економічних методів управління передбачає, зокрема, розвиток демократичних принципів в управлінні та контролі персоналу за економічними інтересами, що вимагає змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванні. Розвиток економічних методів управління має позитивно вплинути на доступність та мотивацію праці медичного персоналу, створення інформаційних систем управління, єдиного реєстру лікарень та лікарів, якісної статистичної інформації, ліквідацію практики неформальних

платежів та максимізацію медико-соціальної ефективності роботи закладів охорони здоров'я.

Ключовими напрямками управління закладами охорони здоров'я є впровадження сучасних систем якості, оскільки якість медичної допомоги безпосередньо залежить від системи управління. До таких систем якості належать система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement).

Управління якістю має охоплювати такі процеси: забезпечення відповідальності керівництва у сфері якості; управління ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичних процесів; надання медичної допомоги (профілактика, лікування, діагностика, реабілітація та догляд); моніторинг, оцінка, аналіз та вдосконалення кожного виду діяльності.

На нашу думку, перспективним є розвиток практики самооцінки в організаціях охорони здоров'я як основи для підвищення якості медичних послуг. Практика підтверджує, що ефективна система внутрішнього аудиту включає наступні елементи: структурний аудит (фінансово-економічний, кадровий, матеріально-технічного забезпечення, медичної документації), аудит процесів (клінічний, технічний, організаційний, методологічний та ефективності впровадження медичних технологій) та аудит результатів (задоволеність пацієнтів та медичних працівників, здоров'я пацієнтів, здоров'я населення).

Нагальним викликом є впровадження комунікаційних технологій та покращення взаємовідносин між медичними працівниками та пацієнтами на основі електронних систем охорони здоров'я (eHealth) (покращення потоку інформації на рівні пацієнтів та лікарів).



Важливим напрямом діяльності є вирішення проблеми якісного кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я управлінцями у галузі охорони здоров'я, що потребує відповідної державної політики та створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків у цій сфері. Зміни підходів до управління закладами охорони здоров'я позначились на розмежуванні функції директора (господарська діяльність) та медичного директора (питання медицини). Зважаючи зростаючі вимоги до рівня знань претендентів на посаду директора медичного закладу зростає запит на забезпечення підготовки цих кадрів в регіонах у галузі знань «Публічне управління та адміністрування». Це вимагає подальшого розвитку системи професійного навчання цих кадрів з належним врахуванням кращих практик формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, медичної реформи, децентралізації повноважень, зростаючого значення регіонального рівня самоврядування, ефективності управління закладами охорони здоров'я на засадах автономізації.

До основних чинників конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я належить: медична ефективність (здатність якнайповніше задовольняти потреби у високоякісних медичних послугах); адміністративна ефективність (адміністративний, фінансовий, кадровий, інформаційний, комунікаційний менеджмент в управлінні установою); економічна ефективність (максимізація використання ресурсів); людиноцентричність (надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних очікувань пацієнтів громади). Особливе значення має врахування соціального навантаження функціонування закладів охорони здоров'я.

Покровська селищна рада прийняла у комунальну власність дві установи охорони здоров'я: Покровську ЦРЛ та Покровський ЦПМСД, які раніше були на балансі району. Такий крок має наблизити медичні послуги до жителів громади та посилити діалог між громадою та селищною радою у напрямі спільного вирішення питань розвитку охорони здоров'я на рівні громади. З

метою підтримки кадрів, які працюють у цих установах передбачається приділити більше уваги підтримці молодих лікарів (надання житла, коштів на завершення будівництва власного житла).

Відповідно результатом автономізації є утворення комунального некомерційного підприємства «Покровська лікарня» Покровської селищної ради Дніпропетровської області. Лікарня є активною медичною, економічною та соціальною одиницею громади, метою якої є надання якісних, доступних послуг жителям громади (прибуток спрямовується на зміцнення матеріально-технічного оснащення, впровадження нових методів стаціонарного та амбулаторного лікування). Покровська лікарня (ще у статусі центральної районної лікарні) уклала договір з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Дослідження підтверджує важливість регіонального рівня місцевого самоврядування у реалізації політики розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням особливостей та потреб регіонів, їх можливостей та ресурсів у цій сфері. Показники стану здоров'я населення у відповідному регіоні, територіальній громаді є відображенням соціальної ефективності та результативності публічного управління.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко М. А. Перспективний розвиток правової освіти у сфері охорони здоров'я як гарантія реалізації медичної реформи в Україні / М. А. Аніщенко // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2019. – Т. 12. № 1 (29). – С. 67 – 73. – Режим доступу: file:///C:/Users/%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B9/Downloads/apfimntp\_2019\_12\_1\_15.pdf
2. Атлас адміністративно-територіального устрою України: 2020. Децентралізація. – Режим доступу: <https://atu.decentralization.gov.ua/#atlas>
3. Васюк Н. О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я / Н. О. Васюк // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2010. – № 2. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=92>
4. Верховна Рада України запровадила спрощений режим автономізації медичних закладів до кінця 2020 року / Міністерство охорони здоров'я України, 26 грудня 2019 р. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/verhovna-rada-ukraini-zaprovadila-sproschenij-rezhim-avtonomizacii-medichnih-zakladiv-do-kincja-2020-roku>
5. Вимоги ПМГ 2020. Національна служба здоров'я України. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>
6. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Форум права. – 2011. – № 2. – С. 139 – 146. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf>
7. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2014. – № 3. – С. 136 – 142.

8. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. М. М. Білинської. – Київ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.
9. Децентралізація влади: порядок денний на середньострокову перспективу. Аналітична доповідь : Я. А. Жаліло, О. В. Шевченко, В. В. Романова ін. Національний інститут стратегічних досліджень. – Київ : 2019. – 115 с. – Режим доступу : <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2019-05/2019.pdf>
10. Деякі питання створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>
11. Дмитрук О. В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www.http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf)
12. Довженко В. А. Проблеми медичного обслуговування сільського населення в умовах політики децентралізації влади / В. А. Довженко, Л. І. Симоненко, О. В. Іванюк // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 9. – С. 83 – 89. – Режим доступу: [http://www.investplan.com.ua/pdf/9\\_2019/16.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/9_2019/16.pdf)
13. Договори з спеціалізованими медичними закладами: Національна служба здоров'я України. Дніпропетровська область. Комунальне підприємство «Покровська центральна районна лікарня» Покровської районної ради. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori/dogovori-z-specializovanimi-medichnimi-zakladami>
14. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>
15. Заклади охорони здоров'я (1990 – 2017). Державний комітет статистики України. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

16. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи // Актуальні проблеми державного управління. – 2012. – № 2. – С. 431 – 437. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdy\\_2012\\_2\\_61](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdy_2012_2_61)

17. Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-p>

18. Кресіна І. Вплив децентралізації на ефективність публічної влади. Віче. – 2015. – № 12. – С. 11 – 13.

19. Малагардіс А. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / А. Малагардіс, В. Рудий. – Київ : Проект ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2006. – 48 с.

20. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. – 2016. – Вип. 6. – С. 75 – 79.

21. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія / кол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської, Н. О. Васюк, О. Д. Фірсової. – Київ : НАДУ, 2018. – 416 с.

22. Медична допомога: надавати не можна відмовити. Управління закладом охорони здоров'я. 15 берез. 2018 р. – Режим доступу: <https://egolovlikar.mcfra.ua/627615>

23. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здоров'яохоронної галузі / Л. А. Мельник // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2018. – № 11 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336>

24. Мельниченко О. А., Удовиченко Н. М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я / О. А. Мельниченко,

Н. М. Удовиченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/6948/1/23%20.pdf>

25. Мельниченко О. А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни / О. А. Мельниченко // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр». – 2017. – № 1. – С. 8 – 14.

26. Мінрегіон оприлюднив проекти майбутніх районів в Україні. Ще можливі зміни. Децентралізація. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/news/12513>

27. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль. Кам'янець-Подільський, 12 – 13 груд. 2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

28. Муляр Г. В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я / Г. В. Муляр // Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. – 2020. – № 2. – С. 97 – 100. – Режим доступу: [http://apnl.dnu.in.ua/2\\_2020/23.pdf](http://apnl.dnu.in.ua/2_2020/23.pdf)

29. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я / С. О. Назарко // Ефективна економіка. 2020. – № 1. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=7574>

30. Обговорили проблемні питання медичної галузі громади. Покровська селищна територіальна громада. Синельниківський район. 29 жовт. 2020 р. – Режим доступу: <https://pokr.otg.dp.gov.ua/ua/novini-ta-podiyi/novini/obgovorili-problemni-pitannya-medichnoyi-galuzi-gromadi>

31. Опыт зарубежных стран по переходу к стратегическому управлению в здравоохранении / Ю. А. Тихонов, О. Е. Пудовкина, О. К. Кокорина // Вестник Университета. – 2015. – № 13. – С. 52. – 52. – Режим

доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-zarubezhnyh-stran-po-perehodu-k-strategicheskomu-upravleniyu-v-zdravooohranenii>

32. Паспорт Покровської об'єднаної територіальної громади. Опубліковано 24 лип. 2018 р. – Режим доступу: <https://pokr.otg.dp.gov.ua/ua/nasha-gromad%D0%B0/pasport-otg>

33. Первичная медико-санитарная помощь / Совместный доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения и Директора-исполнителя Датского Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк, 1978.

34. Передача районних медзакладів громадам є неминучою. Умова – міжмуніципальне співробітництво, - Н. Іванів, голова Брошнів-Осадської ОТГ. Децентралізація. 21 серп. 2020 р. – Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/12744?page=2>

35. Перша в Україні Програма медичних гарантій стартувала у повному обсязі – НСЗУ. Національна служба здоров'я України, опубліковано 1 квіт. 2020 р – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/persha-v-ukrayini-programa-medichnih-garantij-startovala-u-povnomu-obsyazi-nszu>

36. Підтримання темпу процесу децентралізації в Україні, OECD Publishing, Paris, 2018. – 27 с.

37. Положение о доступности медицинской помощи: принято 40-й медицинской ассамблеей, Вена, Австрия, сент. 1988 г. // Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицині: Збірка міжнародних документів / упор. В. В. Глуховський. – Київ : Сфера, 2004. – С.117 – 118.

38. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квіт. 2018 р. № 411. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

39. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я :

Закон України 6 квіт. 2017 р. № 2002-VIII. – Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

40. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78 «Охорона здоров'я»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовт. 2018 р. № 1977. – Режим доступу:  
<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-pro-vnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>

41. Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році : постанова Кабінету Міністрів України від 7 верес. 2020 р. № 789. – Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/789-2020-%D0%BF#Text>

42. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. – Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

43. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : постановою Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 932. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>

44. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 трав. 1997 р. № 280. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

45. Про міські агломерації : проект закону України від 17 лип. 2017 р. № 6743. – Режим доступу:  
[http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=62318](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62318)

46. Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020 – 2024 роки». Дніпропетровська обласна рада. – Режим доступу:  
<https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xx-sesiya/%E2%84%96-535-20vi%D1%96-13-12-2019-%D1%80/>



47. Про співробітництво територіальних громад : Закон України від 17 черв. 2014 р. № 1508-VII. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1508-18>

48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 1013-р. – Режим доступу: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

49. Про утворення та ліквідацію районів: постанова Верховної Ради України від 17 лип. 2020 р. № 807-IX. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>

50. Проблемні питання органів місцевого самоврядування та пропозиції щодо їх вирішення у важливих сферах життєдіяльності територіальних громад [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.auc.org.ua/sites/default/files/problemni\\_pytannya\\_ohorona\\_zdorovya.pdf](https://www.auc.org.ua/sites/default/files/problemni_pytannya_ohorona_zdorovya.pdf)

51. Програма соціально-економічного та культурного розвитку Покровської селищної територіальної громади на 2020 рік. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pokr.otg.dp.gov.ua/ua/nasha-gromad%D0%B0/programa-rozvitku>

52. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>

53. Районні лікарні – у комунальну власність громад? У Мінрегіоні говорили про фінансування лікарень вторинного рівня медицини у 2021 році. Децентралізація. 19 серп. 2020 р. – Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/12736?page=2>

54. Реєстр договорів про співробітництво територіальних громад (станом на 21.10.2020). Міністерство розвитку громад та територій України. – Режим доступу: <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytok-mistsevoho-samovryaduvannya/reyestr/>

55. Романюк В. Оценка степени децентрализации государственного управления в РК / В. Романюк [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.romanyuk.com/2007/03/post\\_7.html](http://www.romanyuk.com/2007/03/post_7.html)

56. Синяк Д. Раджу забирати районні лікарні у комунальну власність: Веселівський селищний голова з власного досвіду. Децентралізація. 27 серп. 2020 р. Синяк Д. Районна лікарня на утриманні громади. Досвід Сновської ОТГ. Децентралізація. 9 верес. 2020 р. – Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/12785>

58. Синяк Д. Як власна «вторинка» береже життя громади. Досвід Тернопільщини. Децентралізація. 3 верес. 2020 р. Синяк Д. Як дві громади Вінничини врятували власні лікарні. Децентралізація. 2 верес. 2020 р. Скрипник О. А. Вплив органів місцевого самоврядування на фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я (на прикладі Кіровоградської області) / О. А. Скрипник // Публічне адміністрування. – 2009. – № 1. Електронне видання. <http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2009-01/SkrypnykStat.pdf>

61. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. – 2016. – № 3 (185). – С. 78 – 82.

62. Сміянов В. А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. Україна / В. А. Сміянов // Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 113 – 117.

63. Солоненко І. Розвиток діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я на рівні адміністративного району / І. Солоненко, Н. Солоненко О. Торбас // Вісник НАДУ. – 2012. – № 1. – С. 250 – 258. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu\\_2012\\_1\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2012_1_31)

64. Солоненко І. Удосконалення діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я / І. Солоненко та О. Ушакова // Сучасні медичне технології. – 2013. – № 2. – С. 117 – 120. [file:///D:/User1/Downloads/Smt\\_2013\\_2\\_34.pdf](file:///D:/User1/Downloads/Smt_2013_2_34.pdf)

65. Статистика. Покровська об'єднана територіальна громада [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pokr.otg.dp.gov.ua/ua/nasha-gromad%D0%B0/statistika>

66. Степанова О. В. Сучасні процеси фінансової децентралізації в охороні здоров'я / О.В. Степанова // Інвестиції: практика та досвід. – 2015. – № 23. – С. 84 – 91. [http://www.investplan.com.ua/pdf/23\\_2015/18.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/23_2015/18.pdf)

67. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я / Л. С. Стефанишин // Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. – 2019. – № 3. – С. 160 – 166.

68. Стратегія сталого розвитку об'єднаної громади Покровське (Дніпропетровська область) на 2017 – 2025 роки : Рішення Покровської селищної ради від 26 верес. 2017 р. № 288-13/VII. – Режим доступу: <https://pokr.otg.dp.gov.ua/storage/app/sites/6/golovna/%20%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83%20%D0%B7%D1%96%20%D0%B7%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%B8.pdf>

69. Територіальна громада як базова ланка адміністративно-територіального устрою України: проблеми та перспективи реформування. – Київ : НІСД, 2016. – 61 с. – Режим доступу: [http://old2.niss.gov.ua/content/articles/files/AD-Teritor\\_alna-gromada-103fe.pdf](http://old2.niss.gov.ua/content/articles/files/AD-Teritor_alna-gromada-103fe.pdf)

70. Територіальні громади (2020) : перелік та основні дані. Децентралізація. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/newgromada>

71. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я / Н. М. Ткачова // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – № 8. – С. 83 – 86. – Режим доступу: [http://www.investplan.com.ua/pdf/8\\_2018/19.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf)

72. Торбас О. М. Розвиток організаційно-правових засад місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я / О. М. Торбас // Економіка та держава. – 2010. – № 2. – С. 35 – 42.

73. Торопушина Е. Е. Муниципальная социальная политика в сфере охраны здоровья: зарубежный опыт северных территорий / Е. Е. Торопушина // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – № 2. – С. 193 – 204. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/munitsipalnaya-sotsialnaya-politika-v-sfere-ohrany-zdorovyya-zarubezhnyu-opyt-severnyh-territoriy>

74. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. – Режим доступу: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR0eDvwjxXIbgAXft2Feoudw1oNTaidzV6vRXn4y-X9AAUrjhOpYBtX1nUs](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR0eDvwjxXIbgAXft2Feoudw1oNTaidzV6vRXn4y-X9AAUrjhOpYBtX1nUs)

75. Укрупнення районів: які зміни чекатимуть на українців після місцевих виборів. Джерело: Agravery.com, 3 лип. 2020 р. – Режим доступу: <https://agravery.com/uk/posts/show/ukrupnenna-rajoniv-aki-zmini-cekatimut-na-ukrainciv-pisla-miscevih-viboriv>

76. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я / О. Худошина // Управління закладом охорони здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 9 – 14.

77. Як підвищити ефективність роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я? (Policy Paper) / Автори: З. Черненко О. Надтока К. Сердюк / Європейський інформаційно-дослідницький центр. Київ, 2015. – 31 с. – Режим доступу: <https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/08/12.pdf>

78. Янчук А. Децентралізація і реформування системи охорони здоров'я: до постановки питання / А. Янчук // Вісник АПСВТ. – 2018. – № 1. – С. 72 – 74. – Режим доступу: [https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk\\_1\\_2018-72-74.pdf](https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1_2018-72-74.pdf)

79. Янчук А. О. До проблем управління охороною здоров'я в контексті децентралізації влади та просторового планування в об'єднаних територіальних громадах / А. О. Янчук, С. О. Кузніченко, М. Є. Околович // Запорожский

медичинський журнал. – 2018. – Т. 20, № 5 (110). – С. 717 – 722. – Режим доступу: <http://zmj.zsmu.edu.ua/article/viewFile/142463/141122>

80. Ященко Ю. Фінансова децентралізація в системі охорони здоров'я / Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 39 – 43. – Режим доступу: [file:///C:/Users/%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B9/Downloads/eprozd\\_2016\\_2\\_7.pdf](file:///C:/Users/%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B9/Downloads/eprozd_2016_2_7.pdf)

81. Khozhylo I. Local self-government in the focus of the medical reform in Ukraine: analysis of powers / I. Khozhylo, Z. Nadyuk, O. Antonova, T. Tarasenko, T. Serohina // Theoretical and empirical researches in urban management Vol. 15, issue 2, may 2020. URL: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-627070527/local-self-government-in-the-focus-of-the-medical>

82. Ukraine: Review of Health financing reforms 2016 – 2019. WHO–World Bank Joint Report. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/414551/WHO-WB-Joint-Report\\_Summary-14-pages\\_WEB-FIN.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/414551/WHO-WB-Joint-Report_Summary-14-pages_WEB-FIN.pdf)