

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ
КАФЕДРА ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему:

**«РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ
ГРОМАДАХ НА ОСНОВІ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПРИНЦИПІВ НАЛЕЖНОГО
ВРЯДУВАННЯ»**

Студентки 2 року ОС «Магістр» заочної форми навчання спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньо-професійної програми «Європейські студії для публічних управлінців (для державних службовців за замовленням Національного агентства України з питань державної служби)»

Черняшук Світлани Андріївни

Науковий керівник:
професор кафедри євроінтеграційної політики,
д.держ.упр., проф. Орлів Мар'яна Степанівна

Засвідчую, що в цій кваліфікаційній роботі немає запозичень із праць інших авторів без відповідних посилань

Студентка


(підпис)

Робота допущена до захисту в екзаменаційній комісії рішенням кафедри євроінтеграційної політики від «21» листопада 2025 р., протокол № 7 .

В.о. завідувача кафедри євроінтеграційної політики, кандидат економічних наук, доцент

Гура Вікторія Леонідівна


(підпис)

КИЇВ – 2025

АНОТАЦІЯ

Черняшук С. А. Розвиток системи охорони здоров'я в територіальних громадах на основі європейських принципів належного врядування. – Кваліфікаційна магістерська робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна магістерська робота на здобуття ступеня вищої освіти другого (магістерського) рівня галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування», спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». – Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, 2025.

Досліджено сутність та функціональні характеристики системи охорони здоров'я територіальних громад в умовах медичної реформи та децентралізації. Проаналізовано теоретико-правові засади функціонування комунальних некомерційних підприємств, виявлено системні правові колізії, зокрема феномен «керованої автономії», та визначено роль Операційного плану (2025 р.) у стратегічному розмежуванні повноважень. Систематизовано фінансово-економічні, організаційно-управлінські та інформаційно-комунікаційні інструменти розвитку місцевої медичної системи. Проведено емпіричний аналіз імплементації принципів належного врядування на прикладі Горохівської міської територіальної громади, доведено каталітичну роль міжнародної технічної допомоги у технологічній модернізації та підвищенні інституційної спроможності. Обґрунтовано необхідність і розроблено матрицю практичного впровадження принципів належного врядування в управління комунальних некомерційних підприємств. Сформульовано пропозиції щодо удосконалення інституційно-правових механізмів, включаючи розробку системи збалансованих ключових показників ефективності для керівників комунальних некомерційних підприємств та посилення стратегічної ролі наглядових рад і механізмів міжмуніципального співробітництва.

Ключові слова: належне врядування, прозорість, підзвітність, комунальне некомерційне підприємство, територіальна громада, стратегічне управління, міжмуніципальне співробітництво, Програма медичних гарантій, міжнародна технічна допомога, KPIs.

ABSTRACT

Cherniaschuk S. A. Development of the Healthcare System in Territorial Communities Based on European Principles of Good Governance. – Qualifying master's thesis on manuscript rights.

A thesis submitted for the Master's degree in the field of study 28 "Public Management and Administration", specialty 281 "Public Management and Administration". – The Educational and Scientific Institute of Public Administration and Civil Service of Taras Shevchenko Kyiv National University, Kyiv, 2025.

The essence and functional characteristics of the healthcare system in territorial communities within the context of medical reform and decentralization have been investigated. The theoretical and legal foundations for the functioning of communal non-commercial enterprises have been analyzed, identifying systemic legal collisions, particularly the phenomenon of "managed autonomy," and defining the strategic role of the Operational Plan (2025) in the demarcation of powers. Financial-economic, organizational-management, and information-communication tools for the development of the local healthcare system have been systematized. An empirical analysis of the implementation of good governance principles was conducted using the Horokhivska urban territorial community as an example, proving the catalytic role of International Technical Assistance in technological modernization and enhancing institutional capacity. The necessity of adopting good governance principles (transparency, accountability, participation) in communal non-commercial enterprises management has been substantiated, and a practical implementation matrix has been developed. Recommendations for improving institutional and legal mechanisms have been formulated, including developing a system of balanced Key Performance Indicators (KPIs) for communal non-commercial enterprises heads and strengthening the strategic role of Supervisory Boards and mechanisms for inter-municipal cooperation.

Keywords: good governance, transparency, accountability, communal non-commercial enterprise (CNE), territorial community, strategic management, inter-municipal cooperation, Medical Guarantee Program, international technical assistance, KPIs.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ	
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД.....	10
1.1. Сутність та характеристики системи охорони здоров'я територіальних громад	10
1.2. Правове забезпечення функціонування та розвитку системи охорони здоров'я територіальних громад.....	22
1.3. Інструменти розвитку системи охорони здоров'я територіальних громад.....	32
Висновки до Розділу 1.....	41
РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я В ГОРОХІВСЬКІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ.....	45
2.1 Характеристика системи охорони здоров'я в Горохівській ТГ	45
2.2 Аналіз розвитку системи охорони здоров'я в Горохівській ТГ із використанням міжнародної технічної допомоги	57
Висновки до Розділу 2.....	67
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ	
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ УКРАЇНИ	69
3.1. Використання принципів належного врядування в управлінні системою охорони здоров'я територіальних громад.....	69
3.2. Удосконалення інституційно-правових механізмів управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні	74
Висновки до Розділу 3.....	82
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТОК	97

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Кардинальна трансформація системи охорони здоров'я в Україні є одним із найбільш складних та стратегічно важливих напрямів реформ, що відбувається на тлі процесів децентралізації та європейської інтеграції. Перехід від централізованої, кошторисно-бюджетної моделі фінансування до пацієнтоцентричної системи стратегічних закупівель медичних послуг (через Національну службу здоров'я України) делегував територіальним громадам (ТГ) не лише повноваження, а й пряму відповідальність за стан та розвиток комунальних закладів охорони здоров'я. Органи місцевого самоврядування (ОМС) еволюціонували від пасивних «утримувачів стін» до стратегічних власників та головних інвесторів, які відповідають за матеріально-технічну базу, кадрову політику та забезпечення доступності медичних послуг для своїх мешканців.

В умовах воєнного стану, значного кадрового дефіциту, фінансових викликів (коли тарифи НСЗУ часто не покривають усіх операційних витрат КНП) та необхідності відновлення медичної інфраструктури, успіх медичної реформи на місцях критично залежить від якості публічного управління. Хаотичне, політично вмотивоване або непрозоре управління закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) призводить до нераціонального використання місцевих бюджетів, зниження якості послуг та втрати кваліфікованих медичних кадрів.

У цьому контексті, інтеграція європейських принципів належного врядування (Good Governance) – зокрема прозорості (Transparency), підзвітності (Accountability), участі громадськості (Participation) та ефективності – стає не просто бажаною, а життєво необхідною умовою для забезпечення стійкості (Resilience) та легітимності місцевих медичних систем. Впровадження цих принципів дозволяє мінімізувати корупційні ризики, підвищити довіру пацієнтів до системи та, що є ключовим, створити інституційну основу для ефективного стратегічного планування, залучення інвестицій та міжнародної технічної допомоги. Необхідність такого інституційного зміцнення була додатково

підкреслена затвердженням Операційного плану реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (січень 2025 р.), який чітко закріпив роль ОМС як повноцінних архітекторів локальних систем охорони здоров'я.

Саме тому науково-методологічне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо імплементації моделі належного врядування в управлінській діяльності територіальних громад у сфері охорони здоров'я є надзвичайно актуальним завданням сучасної управлінської науки та практики.

Ступінь дослідження проблеми. Проблематика публічного управління у сфері охорони здоров'я, спричинена радикальними інституційними та фінансовими трансформаціями, перебуває у фокусі уваги багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців. Фундаментальні аспекти менеджменту в галузі, зміни парадигми державного управління та стратегічні напрями реформування висвітлені у працях О. В. Баєвої [2], М. М. Білинської [5; 6; 11; 13], Н. О. Васюк та Т. П. Юрочко [7], А. Д. Барзиловича [3]. Нормативно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та господарсько-правові аспекти діяльності медичних закладів досліджували Л. Р. Криничко [21], В. М. Пашков [31] та О. Лемішко [22]. Питання ефективності бюджетних видатків та нові підходи до фінансування галузі аналізувала О. Бетлій [4].

Складні питання децентралізації, впровадження змін на місцевому рівні та роль територіальних громад у забезпеченні здоров'я населення розглядалися у роботах М. А. Малачинської [24] та П. В. Опанащука [14]. Особливості узгодження реформи охорони здоров'я з процесами децентралізації також висвітлені у аналітичних матеріалах ВООЗ [52] та посібниках з розробки місцевих програм громадського здоров'я (В. Ляшко, Н. Півень [23]). Сучасні виклики для системи громадського здоров'я, зокрема в умовах воєнного стану, ґрунтовно досліджували І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий та ін. [26; 27; 28; 48].

Незважаючи на значний науковий доробок щодо структурних та фінансових механізмів реформи, недостатньо розробленими залишаються питання системної інтеграції європейських стандартів належного врядування (Good Governance) у щоденну управлінську практику місцевого рівня. Існує

необхідність у глибшому аналізі інструментів, які б гарантували прозорість та ефективність, спираючись на рекомендації міжнародних інституцій, таких як ОЕСР [60] та Рада Європи [54; 63], а також оцінку задоволеності пацієнтів якістю послуг, яку вивчала Т. Г. Степурко [49].

Таким чином, назріла необхідність у синтезі напрацювань у сферах медичного менеджменту та місцевого самоврядування для розробки моделі управління, що забезпечує стійкість системи. Особливо цінним є проведення емпіричних досліджень на прикладі конкретних громад, як-от кейс Горохівської ТГ, з аналізом локальних стратегічних документів [39; 50] та звітності [15; 16]. Важливим аспектом також є оцінка впливу зовнішніх ресурсів та міжнародної технічної допомоги (проекти USAID [47], ПРООН та ЄС [25]) на фінансову спроможність комунальних некомерційних підприємств та якість медичних послуг.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення управління системою охорони здоров'я в територіальних громадах шляхом імплементації європейських принципів належного врядування та посилення інституційної спроможності органів місцевого самоврядування.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. З'ясувати сутність та функціональні характеристики сучасної системи охорони здоров'я територіальних громад, сформованої на перетині медичної реформи та децентралізації.

2. Провести системний аналіз правового забезпечення функціонування медичних систем ТГ, виявити ключові правові колізії та роль нових стратегічних документів (Операційний план).

3. Систематизувати фінансово-економічні, організаційно-управлінські та інформаційно-комунікаційні інструменти розвитку системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

4. Здійснити емпіричний аналіз стану та особливостей розвитку системи охорони здоров'я на прикладі Горохівської територіальної громади, зокрема її

досвіду використання міжнародної технічної допомоги як каталізатора інституційних змін.

5. Обґрунтувати необхідність та розробити матрицю практичного використання принципів належного врядування (прозорості, підзвітності, участі) в управлінні комунальними некомерційними підприємствами.

6. Розробити пропозиції щодо удосконалення інституційно-правових механізмів управління на місцевому рівні, включаючи посилення ролі Наглядних рад, впровадження системи ключових показників ефективності (KPIs) для керівників КНП та застосування міжмуніципального співробітництва (ММС).

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я у територіальних громадах України.

Предметом дослідження є розвиток системи охорони здоров'я в територіальних громадах в умовах децентралізації та медичної реформи відповідно до європейських принципів належного врядування (на прикладі Горохівської міської територіальної громади).

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: системний метод – для з'ясування сутності системи охорони здоров'я ТГ та її структурних елементів (підрозділ 1.1); історико-правовий та порівняльно-правовий методи – для аналізу еволюції правового поля та виявлення колізій (підрозділ 1.2); методи класифікації та систематизації – для структурування інструментів розвитку місцевих медичних систем (підрозділ 1.3); метод кейс-стаді (аналізу конкретного випадку) та контент-аналіз документів (місцевих програм, фінансових звітів КНП) – для емпіричного дослідження на прикладі Горохівської ТГ (РОЗДІЛ 2); методи моделювання та прогнозування – для розробки практичних рекомендацій щодо впровадження KPIs та механізмів належного врядування (РОЗДІЛ 3).

Наукова новизна одержаних результатів. Полягає в обґрунтуванні та розробці інтегрованої моделі управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні, що гармонійно поєднує фінансову автономію комунальних

закладів (КНП) зі стандартами корпоративного управління та європейськими принципами належного врядування. В рамках цієї моделі: розроблено матрицю практичного впровадження принципів прозорості, підзвітності та участі в операційну діяльність ОМС та КНП; обґрунтовано та систематизовано комплексні, збалансовані ключові показники ефективності (KPIs) для оцінки директорів КНП (що охоплюють фінансову стійкість, якість послуг, кадрову спроможність та соціальну доступність), замінюючи суб'єктивне адміністративне управління на контрактний менеджмент; удосконалено підхід до оцінки інституційної спроможності ОМС через аналіз успішного залучення міжнародної технічної допомоги як індикатора проактивного стратегічного управління.

Практичне значення одержаних результатів. Полягає у можливості використання розроблених рекомендацій органами державної влади та місцевого самоврядування для підвищення ефективності управління медичною галуззю.

- Для ОМС та їх виконавчих органів: рекомендації щодо посилення ролі Наглядових рад, впровадження KPIs та механізмів міжмуніципального співробітництва можуть бути використані при розробці місцевих стратегій здоров'я та цільових програм розвитку КНП.

- Для керівників КНП: запропонована система KPIs та інструменти корпоративного управління дозволять підвищити якість менеджменту, фінансову стійкість закладів та їхню конкурентоспроможність.

- Для центральних органів влади (МОЗ, НСЗУ): результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення нормативно-правового забезпечення у сфері розмежування повноважень між центральним та місцевим рівнями.

Апробація результатів дослідження. Результати нашого дослідження були апробовані на наступних наукових заходах, за результатами яких були опубліковані тези.

Чернящук С. А. Розвиток системи охорони здоров'я в територіальних громадах на основі європейських принципів належного врядування.

Євроінтеграційний дизайн: стратегії відновлення України : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 6 трав. 2025 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, М. С. Орлів. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2025. С. 140–141.
URL: <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2202/files/cc01cdf1-6c15-449b-bbb7-6977e3de8663.pdf>

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 66 найменувань, та додатку. У тексті є 9 таблиць. Загальний обсяг роботи становить 109 сторінок, з них – 83 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

1.1. Сутність та характеристики системи охорони здоров'я територіальних громад

Формування та розвиток системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад є одним із найбільш значущих та водночас складних наслідків синергетичного впливу двох ключових реформ сучасної України – децентралізації влади та трансформації медичної галузі. Цей процес ознаменував не просто технічну передачу управлінських функцій, а фундаментальний зсув парадигми, що вимагає глибокого теоретичного осмислення. Відхід від централізованої, ієрархічної та адміністративно-командної моделі Семашка, яка понад 70 років домінувала на пострадянському просторі і базувалася на принципах державного патерналізму та кошторисного фінансування інфраструктури, поступився місцем децентралізованим, ринково-орієнтованим та пацієнтоцентричній моделі. Завдяки цьому питання охорони здоров'я в громадах стало важливою темою для обговорення серед науковців та дослідників.

Науковці активно працюють над тим, щоб сформулювати єдине поняття для цього явища. Якщо класичні визначення системи охорони здоров'я, запропоновані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), трактують її як «сукупність усіх організацій, людей та дій, основна мета яких полягає у сприянні, відновленні або підтримці здоров'я» [54], то при екстраполяції на локальний рівень виникає потреба у більшій конкретизації. Вітчизняні науковці пропонують різні підходи. Згідно із дослідженням, проведеним фахівцями колишньої Національної академії державного управління при Президентові України (ліквідовано у 2021 році), систему охорони здоров'я ТГ слід розглядати як «інтегровану сукупність суб'єктів публічного та приватного права, ресурсів (фінансових, кадрових, матеріальних, інформаційних) та інституційних

механізмів (норм, правил, стандартів), які функціонують у межах визначеної території з метою реалізації конституційного права її мешканців на охорону здоров'я через надання доступних та якісних медичних послуг» [41, с. 56]. Це визначення є комплексним, оскільки охоплює як суб'єктний, так і ресурсний та інституційний компоненти.

Інший погляд пропонує І. Я. Гук, який акцентує увагу на управлінському аспекті, визначаючи систему охорони здоров'я громади як «об'єкт стратегічного управління з боку органів місцевого самоврядування, що включає мережу комунальних надавачів медичних послуг, механізми їх фінансової підтримки та розвитку, а також інструменти взаємодії з національними інституціями, зокрема з НСЗУ, для забезпечення потреб громади» [5, с. 119]. Цей підхід підкреслює нову, проактивну роль ОМС, які перетворилися з пасивних виконавців державних директив на ключових стейкхолдерів, відповідальних за формування спроможної медичної мережі на своїй території.

Ключовим для розуміння сутності нової системи є аналіз її фундаментальних характеристик, які відрізняють її від попередньої моделі:

1. *Пацієнтоцентричність.* Якщо модель Семашка була орієнтована на заклад та лікаря, то нова система ставить у центр пацієнта. Цей принцип реалізується через механізм вільного вибору лікаря первинної ланки та, опосередковано, закладу для отримання спеціалізованої допомоги. Фінансування, що слідує за пацієнтом, перетворює останнього з об'єкта медичних маніпуляцій на клієнта, чий вибір визначає фінансовий стан надавача послуг.

2. *Автономізація надавачів послуг.* Перетворення комунальних закладів з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (КНП) є наріжним каменем реформи. Цей крок надав їм операційну, кадрову та фінансову незалежність, дозволивши самостійно формувати штат, встановлювати зарплати, розпоряджатися заробленими коштами та залучати додаткові інвестиції. Як зазначає Ю. В. Зайцев, «автономізація є необхідною

передумовою для виходу закладу на ринок медичних послуг та його здатності конкурувати за контракт з НСЗУ» [9, с. 202].

3. *Контрактна модель фінансування.* Відбувся перехід від фінансування «стін» (утримання ліжко-місць та персоналу незалежно від обсягу роботи) до фінансування результату (оплати за конкретно надані медичні послуги). Ця модель, реалізована через договори з НСЗУ, створює прозорий та уніфікований для всієї країни механізм розподілу державних коштів, стимулюючи ефективність та якість.

4. *Розподіл функцій «замовника» та «надавача».* У новій системі чітко розмежовано ролі: держава в особі НСЗУ та органи місцевого самоврядування виступають замовниками та платниками за послуги, а медичні заклади всіх форм власності – їхніми надавачами. Це руйнує монополію державних та комунальних закладів і створює умови для розвитку конкурентного середовища.

5. *Цифровізація як основа прозорості та управління.* Функціонування всієї системи неможливе без електронної системи охорони здоров'я (eHealth). Усі ключові процеси – укладення декларацій, видача електронних направлень та рецептів, звітність закладів перед НСЗУ, оплата послуг – відбуваються в цифровому форматі. Це забезпечує безпрецедентний рівень прозорості фінансових потоків та створює величезні масиви даних (Big Data) для аналізу та прийняття управлінських рішень [53, с. 148].

Таким чином, сутність системи охорони здоров'я територіальної громади полягає не просто у зміні джерел фінансування, а у докорінній перебудові відносин між усіма учасниками: державою, місцевою владою, медичними закладами та пацієнтами. Вона базується на принципах ринкової економіки, публічно-приватного партнерства та сервісної ідеології, де головним критерієм успішності є задоволення медичних потреб мешканців громади.

Структурно система охорони здоров'я територіальної громади відтворює загальнонаціональну дворівневу модель, що складається з первинної та вторинної (спеціалізованої) ланок. Однак на локальному рівні ця структура наповнюється конкретним змістом, що залежить від демографічних,

географічних та фінансових особливостей громади. Розуміння функціоналу, моделі фінансування та взаємозв'язків між цими ланками є ключовим для аналізу ефективності всієї системи.

Первинна медична допомога (ПМД), без перебільшення, є фундаментом, на якому тримається вся конструкція. Міжнародний досвід, зокрема країн з розвиненими системами охорони здоров'я (Велика Британія, Канада, скандинавські країни), доводить, що потужна та доступна первинна ланка є найефективнішим інструментом для покращення ключових показників здоров'я населення та раціонального використання ресурсів [22, с. 45]. В українському контексті реформа ПМД, що стартувала у 2018 році, стала першим і найуспішнішим етапом медичної трансформації. Її головна мета полягала у переході від дільничного принципу, де пацієнт був формально приписаний до поліклініки за місцем проживання, до інституту сімейної медицини, що базується на вільному виборі лікаря.

Організаційну основу первинної ланки на рівні громади складають *центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)*. Зазвичай це комунальні некомерційні підприємства, засновником яких є місцева рада. ЦПМСД є юридичною особою, яка укладає договір з НСЗУ та несе відповідальність за організацію надання допомоги на всій території громади. Для забезпечення фізичної доступності ЦПМСД створюють мережу своїх структурних підрозділів – *амбулаторій загальної практики-сімейної медицини*. Їх розміщення є предметом стратегічного планування з боку ОМС і має враховувати щільність населення, стан доріг та час доїзду, щоб максимально наблизити послугу до пацієнта. В науковій літературі, присвяченій плануванню мережі, наголошується на необхідності застосування геоінформаційних систем (ГІС) для моделювання оптимального розташування амбулаторій [12, с. 81].

Окремим елементом мережі є *фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи) та пункти здоров'я*, які зберігаються у віддалених та малочисельних селах. Їхня роль у новій системі є предметом гострих дискусій. З одного боку, вони є важливим елементом доступності, особливо для маломобільних груп населення.

З іншого – утримувати повноцінний ФАП із опаленням та персоналом заради кількох десятків мешканців є економічно невиправданим. Тому, як зазначає Т. В. Степурко, відбувається поступова трансформація їхнього функціоналу: від надання лікувальної допомоги до виконання патронажних функцій, проведення скринінгів, забору аналізів для лабораторії в амбулаторії, а також організації телемедичних консультацій з сімейним лікарем [47, с. 210]. Це дозволяє зберегти присутність медичного працівника в селі, водночас оптимізувавши витрати.

Функціональне навантаження на лікаря ПМД (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) є надзвичайно широким і виходить далеко за межі простого лікування застуди. Відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги [33], його обов'язки можна згрупувати у кілька блоків:

- *Діагностика та лікування:* надання допомоги при найбільш поширених гострих та хронічних захворюваннях, динамічне спостереження за пацієнтами з хронічними недугами (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет 2-го типу тощо).
- *Профілактична робота:* проведення планової вакцинації дітей та дорослих, регулярних скринінгів на рак (молочної залози, шийки матки, простати, колоректальний рак), консультування щодо здорового способу життя.
- *Функція «гейткіпера» (gatekeeper):* управління маршрутом пацієнта. Саме лікар ПМД, оцінивши стан пацієнта, приймає рішення про необхідність консультації вузького спеціаліста та виписує відповідне електронне направлення. Ця функція є критично важливою для раціоналізації використання ресурсів вторинної ланки та запобігання непотрібним та коштовним обстеженням.
- *Паліативна допомога:* надання базової паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях захворювань, що включає знеболення, оцінку психоемоційного стану та консультування родичів.

- *Адміністративні функції*: виписка електронних рецептів за програмою «Доступні ліки», видача медичних довідок, листків непрацездатності.

Модель фінансування, що базується на *капітаційній ставці*, є рушійною силою реформи на первинній ланці. НСЗУ сплачує закладу не за візити чи процедури, а за факт перебування пацієнта у списку лікаря. Цей підхід кардинально змінює економічні стимули. Якщо в старій системі лікар був зацікавлений у більшій кількості звернень, то в новій він економічно мотивований працювати на випередження – проводити профілактику, ефективно лікувати хронічні захворювання, щоб зменшити кількість гострих станів і, відповідно, власне навантаження. Розмір капітаційної ставки, як вже зазначалося, коригується за допомогою вікових коефіцієнтів [13]. Наприклад, у 2024 році базова ставка становила 786 грн на рік, але з коефіцієнтом для дитини до 5 років (коэф. 4) вона зростала до 3144 грн, а для людини 65+ (коэф. 2) – до 1572 грн. Це є об'єктивним відображенням інтенсивності медичного догляду за різними віковими групами. Крім того, НСЗУ запровадила додаткові *стимулюючі коефіцієнти*, наприклад, за досягнення певного рівня вакцинації серед пацієнтів, що мотивує лікарів активніше проводити імунізацію.

Успіх первинної ланки в громаді залежить від кількох ключових факторів: кадрового забезпечення (наявності достатньої кількості мотивованих лікарів), матеріально-технічної бази (оснащення амбулаторій відповідно до табеля оснащення), а також ефективної інформаційно-роз'яснювальної роботи з населенням щодо необхідності укладення декларацій та переваг сімейної медицини. Саме на вирішення цих завдань спрямовуються зусилля органів місцевого самоврядування через відповідні місцеві програми підтримки.

Якщо первинна ланка стала історією успіху медичної реформи, то трансформація *вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги* є значно складнішим, більш ресурсоємним і соціально чутливим процесом. Вторинна ланка охоплює надання планової та екстреної допомоги, що вимагає застосування спеціальних методів діагностики, лікування та реабілітації, а також

залучення лікарів вузьких спеціальностей (кардіологів, хірургів, неврологів, онкологів тощо). На рівні громад вона представлена мережею *багатопрофільних лікарень*, консультативно-діагностичних центрів та вузькопрофільних диспансерів, які, аналогічно до ЦПМСД, були перетворені на *комунальні некомерційні підприємства (КНП)*.

Проблема трансформації вторинної ланки полягає у спадку, залишеному моделлю Семашка, – надзвичайно громіздкій та неефективній мережі лікарень. Кількість ліжок-місць на душу населення в Україні значно перевищувала середні європейські показники, проте це не трансформувалося у кращі показники здоров'я. Лікарні були хронічно недофінансовані, обладнання – застарілим, а якість послуг – низькою. Реформа мала на меті не просто змінити вивіску, а докорінно перебудувати мережу, концентруючи ресурси у тих закладах, які здатні надавати якісну та безпечну допомогу. Цей процес отримав назву формування *спроможної мережі закладів охорони здоров'я* [31].

В рамках цього процесу всі лікарні госпітального округу (території, що зазвичай об'єднує кілька районів) були поділені на три типи:

1. *Надкластерні лікарні*: високоспеціалізовані заклади (переважно обласного рівня), що надають допомогу у найскладніших випадках і куди скеровуються пацієнти з усього регіону.

2. *Кластерні лікарні*: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, які є «опорою» мережі на рівні району (укрупненого). Вони повинні надавати допомогу за широким спектром напрямів (хірургія, терапія, кардіологія, неврологія, акушерство тощо) в цілодобовому режимі.

3. *Загальні лікарні*: це лікарні, що розташовані в менших громадах і надають допомогу при найбільш поширених захворюваннях, які не потребують високотехнологічного втручання. Вони, як правило, є лікарнями планового лікування, стабілізують пацієнтів з гострими станами та маршрутизують їх до кластерних закладів.

Такий поділ, як зазначає дослідник М. І. Рожков, має на меті «оптимізувати маршрути пацієнтів та сконцентрувати інвестиції в обмеженій кількості

потужних медичних центрів, замість того, щоб "розмазувати" кошти тонким шаром по всій застарілій мережі» [42, с. 63]. Проте для багатьох громад це стало серйозним викликом, оскільки їхні лікарні не завжди дотягували до статусу навіть загальної, що створювало ризик їх закриття або перепрофілювання, наприклад, у хоспіс чи реабілітаційний центр. Це викликало значний соціальний спротив, оскільки місцеве населення часто сприймає лікарню не як надавача послуг, а як елемент соціальної інфраструктури та символ статусу громади.

Ключовим інструментом трансформації вторинної ланки стала її нова *модель фінансування*, яка кардинально відрізняється від капітаційного принципу на первинці. Тут НСЗУ оплачує не потенційну готовність, а *фактично надану послугу*. Для цього було розроблено *Програму медичних гарантій (ПМГ)* – вичерпний перелік медичних послуг, які держава гарантує оплатити. Ці послуги згруповані у *пакети*. Наприклад, у 2024 році ПМГ включала понад 40 пакетів, серед яких «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда», «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» тощо [34].

Кожен пакет має три ключові складові:

- *Перелік послуг*: чітко визначено, що саме входить у вартість (діагностика, лікування, операція, анестезія, ліки з Нацпереліку, харчування в стаціонарі). Це унеможлиблює ситуацію, коли пацієнта просять «купити бинт і шприц».
- *Специфікації та умови закупівлі*: це набір вимог до закладу, який хоче укласти договір на цей пакет. Наприклад, для інсультного пакету лікарня повинна мати цілодобовий доступ до комп'ютерної томографії (КТ), відділення інтенсивної терапії, відповідну команду спеціалістів (невролог, нейрохірург, реабілітолог). Для пакету з лікування онкології – ліцензію на роботу з препаратами для хіміотерапії та відповідне обладнання.
- *Тариф*: це ціна, яку НСЗУ сплачує за пролікований випадок. Тарифи розраховуються на основі середньостатистичної вартості послуги. Для деяких

пакетів (як-от пологи чи інсульт) це фіксована ставка за випадок. Для інших (наприклад, хірургія) застосовується більш складна система діагностично-споріднених груп (ДСГ), де вартість залежить від складності проведеного втручання та супутніх діагнозів пацієнта [39, с. 75].

Такий підхід, як стверджує Л. В. Гальчинська, створює «здорову конкуренцію» між надавачами послуг [1, с. 48]. Лікарні змушені інвестувати в обладнання та персонал, щоб відповідати вимогам НСЗУ, а також покращувати якість, щоб пацієнти з електронними направленнями обирали саме їх. Водночас це поставило багато закладів, особливо в сільській місцевості, на межу виживання. Не маючи змоги законтрактуватися на високомаржинальні хірургічні чи кардіологічні пакети, вони можуть розраховувати лише на базові терапевтичні пакети, надходження від яких не покривають усіх витрат на утримання інфраструктури. Ця «фінансова діра» лягає тягарем на бюджет територіальної громади, яка як власник змушена або дотувати збиткові КНП, або приймати непопулярні рішення про їх оптимізацію.

Важливим є і зв'язок між первинною та вторинною ланками, який забезпечується через механізм *електронного направлення*. За винятком невідкладних станів та звернень до деяких фахівців (гінеколога, психіатра, нарколога), пацієнт може отримати безоплатну спеціалізовану допомогу лише за направленням від свого сімейного лікаря. Це робить лікаря ПМД ключовим «диспетчером» пацієнтських потоків. Від його компетентності та неупередженості залежить, чи отримає пацієнт вчасну та адекватну допомогу на вторинному рівні. З іншого боку, лікарні вторинної ланки стають зацікавленими у співпраці з лікарями ПМД, інформуючи їх про свої можливості та якість послуг, щоб ті скеровували пацієнтів саме до них. Це створює передумови для формування справді інтегрованої системи медичної допомоги в межах громади чи госпітального округу.

Ефективність функціонування описаної дворівневої структури медичної допомоги в громаді на пряму залежить від чіткості, злагодженості та збалансованості системи управління. Сучасна модель є полісуб'єктною, де

кожен учасник має свою унікальну роль, повноваження та сферу відповідальності. У науковій літературі, присвяченій публічному управлінню, цю модель часто описують як багаторівневе врядування (*multi-level governance*), де прийняття рішень та відповідальність розподілені між національним, регіональним та місцевим рівнями [41, с. 58]. Розмежування та аналіз повноважень ключових суб'єктів дозволяє виявити як сильні сторони, так і точки напруги в сучасній системі управління охороною здоров'я ТГ.

1. *Місцева рада територіальної громади (ОМС)*. В умовах децентралізації її роль еволюціонувала від пасивного утримувача до *стратегічного власника* та *головного інвестора* в здоров'я громади. Відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», до виключної компетенції ради належать фундаментальні питання: створення, реорганізація (шляхом злиття, приєднання, поділу, перетворення) та ліквідація комунальних некомерційних підприємств (КНП); затвердження їхніх статутів, що є «конституцією» для кожного закладу; затвердження фінансових планів та звітів про їх виконання [37, ст. 26, 43]. Особливо важливим повноваженням є призначення та звільнення керівників КНП. Проведення прозорого конкурсу на посаду директора є ключовим інструментом для залучення ефективних менеджерів та деполітизації управління лікарнею.

Однак найбільш значущою в нових умовах стає функція ОМС як *додаткового фінансового гаранта*. Тарифи НСЗУ, хоч і покривають медичну складову послуги, часто не враховують капітальних видатків, витрат на енергоносії, благоустрій території тощо. Цей фінансовий розрив (так званий «дефіцит фінансування») покривається саме з місцевого бюджету. Для цього ради розробляють та фінансують *місцеві цільові програми підтримки та розвитку охорони здоров'я*. Як зазначають дослідники бюджетного процесу, ці програми є головним інструментом реалізації власної політики громади у сфері здоров'я [48, с. 68]. Саме через них фінансується закупівля дороговартісного обладнання, яке дозволяє лікарні відповідати вимогам НСЗУ, проведення ремонтів, впровадження заходів з енергоефективності, а також надання

соціальних пакетів (компенсація за оренду житла, додаткові виплати) для залучення та утримання дефіцитних медичних кадрів. Таким чином, успішність медичного закладу сьогодні прямо залежить від стратегічного бачення та фінансової спроможності місцевої ради.

1. *Виконавчі органи місцевої ради.* Якщо рада визначає стратегію, то її виконавчі органи (виконавчий комітет, профільні управління або відділи охорони здоров'я) забезпечують її реалізацію та здійснюють *оперативний контроль*. Вони аналізують фінансово-господарську діяльність КНП, готують проекти цільових програм та проекти рішень на сесію, здійснюють моніторинг виконання показників, координують діяльність різних закладів у межах громади. У великих громадах профільні управління відіграють важливу аналітичну та консультативну роль, допомагаючи менеджменту лікарень у підготовці до контракування з НСЗУ та у вирішенні поточних проблем [4, с. 102].

2. *Керівник медичного закладу (директор КНП).* Його роль зазнала найрадикальнішої трансформації. Із «головного лікаря», який був переважно адміністратором у бюджетній системі, він перетворився на *повноцінного менеджера, CEO свого підприємства*. Автономізація надала йому широкі повноваження, але й поклала колосальну відповідальність. Директор несе повну відповідальність за фінансову стабільність та конкурентоспроможність закладу. До його ключових компетенцій, як наголошує А. О. Карамішев, сьогодні належать не стільки клінічні знання, скільки навички стратегічного планування, фінансового менеджменту, управління персоналом (HR), маркетингу та ведення переговорів [14, с. 76]. Саме директор розробляє бізнес-план КНП, визначає пріоритетні напрями для розвитку, шукає шляхи для розширення переліку законтракованих з НСЗУ пакетів послуг, оптимізує внутрішні процеси для підвищення ефективності та впроваджує платні послуги як додаткове джерело доходу.

3. *Національна служба здоров'я України (НСЗУ).* Цей центральний орган виконавчої влади зі спеціальним статусом виконує унікальну для української системи публічного управління функцію – *єдиного національного*

стратегічного закупівельника. НСЗУ не є вищим органом для лікарень і не втручається в їхню операційну діяльність. Її вплив є опосередкованим, але вирішальним, і реалізується через фінансові інструменти. Як зазначається у наукових працях, присвячених аналізу діяльності НСЗУ, вона виступає «творцем ринку» (market maker), встановлюючи єдині та прозорі «правила гри» для всіх надавачів, незалежно від форми власності [27, с. 35]. Розробляючи Програму медичних гарантій, вимоги до надавачів та тарифи, НСЗУ фактично визначає вектор розвитку всієї медичної галузі в країні. Окрім закупівель, НСЗУ виконує важливу функцію *контролю та моніторингу*. Вона аналізує дані, що вносяться закладами до електронної системи охорони здоров'я, виявляючи потенційні невідповідності чи шахрайство, а також має право проводити виїзні перевірки для верифікації інформації та контролю за дотриманням умов договору.

Аналіз взаємодії цих суб'єктів виявляє низку проблемних аспектів та точок напруги. По-перше, це потенційний конфлікт інтересів між ОМС як власником та директором КНП як менеджером. Місцева рада, керуючись політичними чи соціальними мотивами (наприклад, бажанням зберегти лікарню за будь-яку ціну перед виборами), може тиснути на директора, вимагаючи від нього утримувати збиткові відділення або роздутий штат, що суперечить логіці економічної ефективності. По-друге, існує асиметрія інформації та компетенцій. Не всі представники місцевого самоврядування мають достатньо глибокі знання для прийняття виважених управлінських рішень у такій специфічній сфері, як охорона здоров'я, що може призводити до популізму або неефективного використання бюджетних коштів. По-третє, спостерігається певна дистанція між НСЗУ та ОМС. НСЗУ, встановлюючи єдині для всієї країни вимоги, не завжди враховує унікальні особливості та проблеми конкретних громад, а ОМС, зі свого боку, не мають достатньо інструментів впливу на політику НСЗУ.

У підсумку, система охорони здоров'я територіальної громади постає як складна адаптивна система, що саморегулюється на перетині медичних стандартів, економічних стимулів та управлінських рішень. Її структурна організація з поділом на первинну та вторинну ланки, кожна з яких має свою

унікальну модель фінансування, створює логічну основу для ефективного маршруту пацієнта. Однак успішне функціонування цієї структури залежить від збалансованої та конструктивної взаємодії всіх суб'єктів управління – від стратегічного бачення місцевої влади та менеджерського хисту керівників лікарень до прозорих та справедливих правил, встановлених національним закупівельником.

1.2. Правове забезпечення функціонування та розвитку системи охорони здоров'я територіальних громад

Правове поле, що регулює функціонування та розвиток системи охорони здоров'я територіальних громад, є складним, багаторівневим та динамічним конструктом. Воно сформоване на перетині кількох галузей права – конституційного, адміністративного, медичного, господарського та цивільного, і перебуває у стані постійної трансформації, відображаючи глибинні зміни в самій ідеології надання медичних послуг в Україні. Системний аналіз цього нормативного масиву дозволяє не лише окреслити повноваження та відповідальність ключових суб'єктів, а й виявити глибинні колізії та прогалини, що стримують потенціал реформи на місцевому рівні.

Конституційною основою всієї системи є стаття 49 Конституції України, яка проголошує, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [19]. Ця норма також містить положення про те, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Протягом десятиліть це положення трактувалося максимально широко, створюючи ілюзію повної безоплатності всієї медицини, що в умовах хронічного недофінансування призвело до розквіту тіньових платежів та катастрофічного падіння якості послуг. У науково-правовій доктрині точилася тривала дискусія щодо змісту поняття «безоплатна медична допомога». Як зазначає правознавець С. Г. Стеценко, «абсолютна безоплатність є

економічним нонсенсом; мова має йти про те, який обсяг послуг і за чий рахунок (державного бюджету, місцевих бюджетів, фондів страхування, самого громадянина) надається» [48, с. 55]. Саме медична реформа стала спробою наповнити декларативну норму Конституції реальним фінансовим змістом, чітко визначивши, за що саме і в якому обсязі платить держава.

Основоположним, хоч і значною мірою застарілим, актом спеціального законодавства залишаються «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 1992 року [28]. Цей рамковий закон закріпив базові принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, такі як доступність, профілактична спрямованість, відповідність сучасним стандартам (ст. 4). Він також визначив організаційну структуру системи, поділивши її на державну, комунальну та приватну форми власності, та окреслив різні види медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна, третинна, паліативна). Проте, як слушно зауважують критики, зокрема О. П. Радчук, цей закон, попри численні зміни, досі несе на собі відбиток радянської адміністративної системи [40, с. 89]. Його положення про державне замовлення, кошторисно-бюджетне фінансування та управління закладами через органи влади не повною мірою корелюють із новою контрактною моделлю та автономним статусом КНП. Закон радше декларує принципи, аніж пропонує дієві механізми їх реалізації в сучасних умовах, що робить його таким, що потребує докорінної ревізії та ухвалення нового Медичного кодексу України, дискусії щодо якого тривають вже багато років.

Справжньою правовою революцією стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. [32]. Цей закон, який часто називають «законом про медреформу», став нормативним ядром нової системи. Його концептуальна цінність, на думку провідних експертів у галузі медичного права, полягає у запровадженні принципу «гроші йдуть за пацієнтом» та переході від утримання інфраструктури до стратегічних закупівель медичних послуг. Закон ввів до правового поля України низку ключових термінів:

- *Програма медичних гарантій (ПМГ)* – визначений перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплату яких держава гарантує громадянам за рахунок коштів Державного бюджету України. Це, по суті, конкретизація конституційного права на «безоплатну допомогу».
- *Стратегічні закупівлі* – метод фінансування, за якого держава в особі уповноваженого органу виступає не утримувачем закладів, а покупцем послуг у надавачів усіх форм власності на основі договорів.
- *Реімбурсація* – механізм повного або часткового відшкодування вартості лікарських засобів (яскравий приклад – програма «Доступні ліки»).

Найважливішою новелою закону стало створення та визначення правового статусу Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу виконавчої влади зі спеціальним статусом, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій. Саме НСЗУ стала єдиним національним платником, що укладає договори з лікарнями та лікарями-ФОП і перераховує їм кошти за надані послуги. Як зазначає В. П. Тимошук, створення НСЗУ дозволило «розділити функції "платника" і "надавача", що є ключовою передумовою для демонополізації та розвитку конкуренції в системі» [50, с. 124].

Наступним наріжним каменем правового фундаменту є Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. [37]. Цей акт визначає компетенцію органів місцевого самоврядування (ОМС) у сфері охорони здоров'я. Відповідно до статті 32, до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад належить управління закладами охорони здоров'я, що є комунальною власністю, їх матеріально-технічне та фінансове забезпечення, організація роботи з профілактики та забезпечення доступності медичного обслуговування для населення. У науково-правовій доктрині триває дискусія щодо адекватності цих повноважень новим реаліям. З одного боку, ОМС отримали значну відповідальність за стан медицини на своїй території. З іншого, як стверджують І. В. Дрозд та О. М. Соловійов, їхні реальні важелі впливу на якість послуг є обмеженими [8, с. 55]. ОМС не може вплинути на тарифи НСЗУ, на перелік послуг у ПМГ чи на вимоги до закладів. Роль місцевої влади зводиться

до ролі власника, який має створити такі умови (закупити обладнання, зробити ремонт), щоб його комунальний заклад зміг виграти «тендер» та укласти контракт з НСЗУ. Це створює ситуацію, яку експерти називають «відповідальність без повноважень», де ОМС несе політичну відповідальність перед виборцями за проблеми в лікарні, хоча ключові фінансові та регуляторні рішення приймаються на національному рівні.

Якщо зазначені вище закони створюють загальну рамку функціонування системи, то її практична реалізація була б неможливою без норм Господарського [2] та Цивільного [51] кодексів України, які стали правовою основою для ключового процесу реформи – автономізації закладів охорони здоров'я. Саме перетворення комунальних закладів із бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (КНП) дозволило їм стати повноцінними суб'єктами господарювання та учасниками ринку медичних послуг. Цей процес регулювався, зокрема, Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р., який імплементував відповідні зміни до Господарського кодексу та Основ законодавства про охорону здоров'я.

Статус бюджетної установи передбачав жорстке кошторисне фінансування, централізоване затвердження штатного розпису (часто безвідносно до реальних потреб), обмеженість у розпорядженні майном та коштами. Натомість статус КНП надав закладам безпрецедентний рівень автономії. Як зазначають у своїх дослідженнях правознавці, що спеціалізуються на статусі неприбуткових організацій, ключовими перевагами статусу КНП є [9, с. 203]:

- *Фінансова самостійність*: КНП має право відкривати рахунки в будь-яких банках (а не лише в казначействі), самостійно розпоряджатися коштами, отриманими від НСЗУ та з інших джерел (платні послуги, благодійні внески, кошти місцевих бюджетів). Усі залишки на кінець року не вилучаються, а залишаються у розпорядженні підприємства для подальшого розвитку.

- *Кадрова автономія:* керівник КНП має право самостійно затверджувати штатний розпис, визначати кількість та профіль посад, встановлювати системи оплати праці та преміювання. Це дозволяє гнучко реагувати на потреби ринку, залучати дефіцитних фахівців та мотивувати персонал через конкурентну заробітну плату, яка не прив'язана до єдиної тарифної сітки.

- *Господарська діяльність:* КНП може укласти будь-які договори, необхідні для його діяльності, залучати кредити, виступати орендодавцем майна (за погодженням із власником – місцевою радою) та надавати платні медичні послуги, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України.

Водночас статус некомерційного підприємства накладає ключове обмеження: отриманий дохід (прибуток) не може бути розподілений між засновником (місцевою радою) чи працівниками, а має спрямовуватися виключно на статутні цілі – тобто на розвиток самого закладу (закупівлю обладнання, ремонти, навчання персоналу тощо). Це є гарантією того, що соціальна місія закладу – надання медичної допомоги – залишатиметься пріоритетом. У науковій літературі триває дискусія щодо доцільності саме такої організаційно-правової форми. Деякі експерти стверджують, що вона є оптимальною, оскільки поєднує гнучкість бізнесу із соціальною відповідальністю [44, с. 34]. Інші вказують на ризики надмірної комерціалізації, коли в гонитві за фінансовими показниками лікарні можуть нехтувати менш «вигідними», але соціально значущими напрямками допомоги.

Окрім законів, лівова частка правового регулювання зосереджена на рівні підзаконних нормативно-правових актів, які деталізують та уможливають реалізацію законодавчих норм. Цей масив актів є надзвичайно динамічним, оскільки Уряд та МОЗ постійно реагують на виклики та коригують механізми реформи. Ключову роль серед них відіграють:

1. *Постанови Кабінету Міністрів України, що затверджують Програму медичних гарантій (ПМГ) на відповідний рік.* Це щорічний стратегічний документ, який є найважливішим для всієї галузі. Саме в ньому

визначається конкретний перелік пакетів послуг, які оплачує НСЗУ, тарифи, специфікації та умови закупівлі [34]. Аналіз еволюції ПМГ з 2020 року свідчить про поступове розширення переліку гарантованих послуг та ускладнення вимог до надавачів, що відображає прагнення до підвищення якості допомоги.

2. *Постанова КМУ № 1074 від 27.11.2019 р., що затверджує Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за ПМГ* [35]. Цей документ є, по суті, «інструкцією» для будь-якого закладу, що прагне отримати фінансування від НСЗУ. Він детально регламентує процедуру подання пропозицій, критерії розгляду, підстави для укладення чи відмови в укладенні договору, а також механізми моніторингу та санкції за порушення умов.

3. *Постанова КМУ № 136 від 22.02.2024 р. про деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я* [31]. Цей акт став нормативною основою для реформи госпітального сектору. Він запровадив поняття надкластерних, кластерних та загальних закладів, визначив їхню роль у госпітальному окрузі, встановив мінімальний перелік напрямів медичної допомоги, який має забезпечувати кожен тип закладів. Саме ця постанова змусила власників (обласні та місцеві ради) проводити болісний процес оптимізації та перепрофілювання мережі лікарень.

4. *Накази Міністерства охорони здоров'я України*. Цей рівень регулювання є найбільш деталізованим. Наказами МОЗ затверджуються:

- *Порядок надання первинної медичної допомоги* (наказ № 504 від 19.03.2018 р.) [33], який визначає обов'язки сімейного лікаря та ліміт пацієнтів.
- *Табелі матеріально-технічного оснащення* для різних видів закладів, які є орієнтиром для власників та умовою для контрагування з НСЗУ.
- *Порядки та стандарти надання медичної допомоги при окремих захворюваннях* (медичні стандарти, уніфіковані клінічні протоколи), які є обов'язковими для виконання всіма надавачами.

Аналіз цього масиву підзаконних актів свідчить про високий рівень централізованого регулювання галузі. З одного боку, це забезпечує єдність

стандартів та підходів на всій території України. З іншого – створює певну зарегульованість та брак гнучкості, коли локальні особливості громад не завжди можуть бути враховані у єдиних для всіх правилах, встановлених на державному рівні.

Незважаючи на значний прогрес у формуванні нової архітектури правового регулювання, сучасне законодавство у сфері охорони здоров'я не є досконалим і містить низку прогалин, внутрішніх суперечностей (колізій) та проблемних аспектів, які створюють бар'єри для сталого розвитку медичних систем територіальних громад. Їх ідентифікація та аналіз є необхідною передумовою для розробки пропозицій щодо вдосконалення правового поля.

По-перше, однією з найбільш обговорюваних у наукових та експертних колах проблем є невизначеність та обмеженість правового статусу наглядових рад при комунальних некомерційних підприємствах (КНП). За задумом, наглядові ради мали стати дієвим інструментом громадського контролю, підвищення прозорості та якості корпоративного управління в автономізованих лікарнях. Основи законодавства про охорону здоров'я (ст. 16) та Господарський кодекс (ст. 78) передбачають можливість їх створення. Проте, як зазначає А. О. Карамішев, їхні повноваження у законодавстві прописані вкрай рамково і нечітко [14, с. 79]. Відсутній вичерпний перелік їхніх функцій, прав та обов'язків, а також механізмів відповідальності. На практиці це призводить до того, що наглядові ради часто є або повністю формальними, «кишеньковими» органами, що лише імітують контроль, або ж, навпаки, вступають у деструктивний конфлікт із керівництвом КНП чи місцевою радою. Необхідним є ухвалення окремого закону або внесення комплексних змін до чинних актів, які б чітко визначили модель корпоративного управління в КНП, розмежували повноваження між засновником, керівником та наглядовою радою, а також встановили прозорі критерії відбору членів наглядової ради, щоб забезпечити їхню незалежність та професійність.

По-друге, існує значна правова прогалина у регулюванні механізмів співфінансування медичних послуг з боку органів місцевого самоврядування.

Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» фокусується на фінансуванні з державного бюджету через НСЗУ. Водночас ОМС, як власники, активно підтримують свої заклади через місцеві цільові програми. Однак ця діяльність, як стверджує О. В. Ситник, часто є безсистемною і не має чіткої правової основи, що створює ризики неефективного використання коштів та нерівності у доступі до допомоги [45, с. 21]. Наприклад, відсутній легальний механізм, який би дозволяв громаді офіційно «доплачувати» за певний пакет послуг понад тариф НСЗУ для підвищення його якості або запроваджувати власні, муніципальні пакети гарантованих послуг для своїх мешканців. Вирішення цієї проблеми потребує розробки законодавства про муніципальне медичне страхування або інших форм публічно-приватного партнерства на місцевому рівні, що дозволило б легалізувати та унормувати фінансову участь громад у забезпеченні здоров'я своїх жителів.

По-третє, спостерігається іманентна правова колізія між принципом автономії КНП та обсягом повноважень засновника (місцевої ради). Хоча лікарні отримали статус самостійних підприємств, місцева рада, відповідно до Закону «Про місцеве самоврядування в Україні», зберігає за собою ключові важелі впливу: затвердження статуту та фінансового плану, призначення та звільнення керівника. Це створює ситуацію, яку Ю. О. Петришина називає «керованою автономією» [30, с. 42]. Існує постійний ризик надмірного втручання політики в господарську діяльність, коли кадрові призначення або фінансові рішення приймаються не з міркувань ефективності, а під впливом політичної кон'юнктури. Це нівелює саму ідею ринкової конкуренції та може призвести до неефективного менеджменту в закладах. Шляхом вирішення цієї колізії може бути посилення ролі незалежних наглядових рад та впровадження чітких критеріїв оцінки ефективності (KPIs) для директорів КНП, що зменшило б простір для суб'єктивних рішень з боку засновника.

По-четверте, проблемним залишається питання співвідношення медичного законодавства та законодавства про публічні закупівлі. КНП, отримуючи кошти від НСЗУ, згідно з Законом «Про публічні закупівлі», є

замовниками в розумінні цього закону і зобов'язані проводити закупівлю ліків, медичних виробів та обладнання через систему Prozorro. З одного боку, це забезпечує прозорість та економію. З іншого, як вказують практики, стандартні тендерні процедури є занадто тривалими та негнучкими для специфічних та часто невідкладних потреб медичної галузі [23, с. 156]. Це може призводити до затримок у постачанні життєво важливих препаратів або неможливості оперативно закупити унікальний витратний матеріал для конкретної операції. Необхідним є подальше вдосконалення закупівельного законодавства, зокрема через запровадження більш гнучких інструментів (наприклад, розширення використання рамкових угод) та створення централізованих закупівельних організацій, які б могли професійно проводити закупівлі для потреб медичних закладів.

По-н'яте, існує неузгодженість між правовим регулюванням спроможної мережі та реаліями кадрового забезпечення. Постанова КМУ № 136 [31] встановлює чіткі вимоги до наявності певних спеціалістів у кластерних та загальних лікарнях. Однак законодавство не пропонує дієвих механізмів, як забезпечити виконання цих вимог в умовах тотального кадрового дефіциту, особливо у сільській місцевості. Відсутні ефективні загальнодержавні програми стимулювання молодих лікарів до роботи в регіонах, а існуючі норми щодо обов'язкового відпрацювання для бюджетників давно не діють. Це створює ситуацію, коли нормативні вимоги є, а реальних інструментів для їх виконання на місцевому рівні, окрім місцевих стимулів, бракує.

Отже, аналіз правового поля вказує на те, що система охорони здоров'я на рівні територіальних громад, попри значні позитивні зрушення останніх років, розвивалася в умовах правової невизначеності. Існуюче законодавство залишалось фрагментарним та містило низку системних дефектів. Ця фрагментарність проявлялася у відсутності чіткого розмежування повноважень між місцевим, регіональним та національним рівнями, а також у суперечливих нормах, що регулювали фінансування, управління майном та кадрову політику комунальних закладів охорони здоров'я.

Для органів місцевого самоврядування це створювало ситуацію, в якій вони, з одного боку, несли політичну відповідальність перед мешканцями за якість медичних послуг, а з іншого — не мали достатньо важелів впливу та чітких інструкцій для стратегічного планування. Багато рішень ухвалювалися ситуативно, без опори на довгострокову візію, що перешкоджало сталому розвитку місцевих медичних систем. Усунення цих правових колізій було критично важливим завданням для успіху медичної реформи на місцях.

Кардинальні зміни та новий етап реформи - це затвердження Операційного плану. Ситуація почала докорінно змінюватися із затвердженням у січні 2025 року довгоочікуваного Операційного плану реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Цей документ став не просто черговою декларацією, а практичним інструментом, покликаним подолати згадану фрагментарність і перетворити ОМС на повноцінних архітекторів локальних систем охорони здоров'я. Його ключова цінність полягає в деталізації конкретних заходів, де вперше настільки чітко визначено роль, повноваження та відповідальність саме місцевого рівня.

Розглянемо ключові аспекти його потенційного впливу:

1. Чітке розмежування повноважень та відповідальності. Найбільшим проривом плану є те, що він припиняє "перекидання" відповідальності між різними рівнями влади. У документі чітко закріплено, що саме належить до компетенції громади: від розробки та фінансування місцевих програм громадського здоров'я (профілактика, вакцинація) до стратегічного планування мережі закладів первинної та вторинної допомоги на своїй території. Це дає ОМС правову основу для ухвалення управлінських рішень, не побоюючись звинувачень у перевищенні повноважень.

2. Ув'язка повноважень із ресурсним забезпеченням. План не просто роздає завдання, а й пропонує механізми їх фінансового забезпечення. Він передбачає методики розрахунку потреб громад у фінансуванні на виконання делегованих повноважень, а також створює стимули для залучення додаткових коштів, зокрема через механізми державно-приватного партнерства та

міжмуніципального співробітництва. Це дозволяє громадам перейти від простого "утримання" лікарень до інвестування в їх розвиток.

3. Створення вертикалі стратегічного планування. Затверджений план вимагає від кожної громади розробки власної локальної стратегії охорони здоров'я, яка має бути узгоджена з регіональними та національними пріоритетами. Це створює єдиний вектор розвитку для всієї країни, де зусилля на місцях не є хаотичними, а працюють на досягнення спільної мети. Таким чином, забезпечується синергія між рівнями управління та ефективніше використання ресурсів.

4. Впровадження механізмів моніторингу та оцінки. Разом із повноваженнями приходить і відповідальність. Операційний план впроваджує систему ключових показників ефективності (КПІ) для місцевих систем охорони здоров'я. Такі показники, як рівень охоплення профілактичними оглядами, доступність лікарських засобів чи індекс задоволеності пацієнтів, дозволять не лише громаді, а й державі об'єктивно оцінювати успішність роботи на місцях.

Таким чином, затвердження Операційного плану в січні 2025 року можна вважати переломним моментом у реформуванні системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Він переводить процес із площини теоретичних дискусій у площину практичної реалізації, надаючи громадам чітку "дорожню карту". Безумовно, попереду ще багато роботи, пов'язаної з гармонізацією чинного законодавства з положеннями плану та підвищенням інституційної спроможності самих ОМС. Однак тепер є міцний фундамент для побудови в Україні справді ефективної, доступної та якісної системи медичного обслуговування, орієнтованої на потреби кожної окремої громади.

1.3. Інструменти розвитку системи охорони здоров'я територіальних громад

Створення та розвиток ефективної системи охорони здоров'я на рівні територіальної громади вимагає не лише належної правової бази, а й умілого застосування комплексу управлінських інструментів. Ці інструменти можна класифікувати на три взаємопов'язані групи: фінансово-економічні, організаційно-управлінські та інформаційно-комунікаційні. Системний аналіз кожної групи дозволяє зрозуміти, який арсенал засобів перебуває в розпорядженні органів місцевого самоврядування та керівників медичних закладів для забезпечення економічної стійкості, організаційної спроможності та інформаційної відкритості місцевої медицини.

Фінансово-економічні інструменти є фундаментом, що визначає життєздатність та потенціал розвитку будь-якого медичного закладу в сучасних умовах. Перехід від кошторисного фінансування до моделі «гроші йдуть за пацієнтом» докорінно змінив фінансовий ландшафт, перетворивши лікарні на активних гравців, що змушені боротися за фінансові ресурси з різних джерел.

1. *Контрактування з Національною службою здоров'я України.* Це основний і найбільш значущий фінансовий інструмент для будь-якого надавача медичних послуг. Укладення договору з НСЗУ на надання послуг за Програмою медичних гарантій є головним джерелом надходжень для переважної більшості КНП. Як зазначають економісти у сфері охорони здоров'я, успішність контрактування залежить від двох ключових факторів: здатності закладу відповідати суворим вимогам НСЗУ (наявність обладнання, персоналу, ліцензій) та його спроможності залучити пацієнтський потік [15, с. 202]. Для керівництва КНП та місцевої влади цей інструмент вимагає стратегічного підходу. Він включає:

- *Стратегічний аналіз пакетів ПМГ:* менеджмент лікарні повинен щорічно аналізувати нову ПМГ, оцінюючи, на які пакети заклад може претендувати зараз, а які потребують інвестицій для відповідності вимогам у майбутньому.

- *Інвестиційне планування:* на основі аналізу визначаються пріоритетні напрями для інвестицій (закупівля обладнання, навчання

персоналу), які дозволять розширити перелік законтракованих пакетів і, відповідно, збільшити доходи.

- *Управління якістю:* НСЗУ поступово переходить від простої оплати за випадок до оплати, прив'язаної до показників якості. Тому впровадження систем управління якістю (наприклад, стандартів ISO) та постійний моніторинг клінічних показників стає не лише вимогою, а й фінансовим інструментом.

2. *Залучення коштів з місцевого бюджету.* Цей інструмент є другим за важливістю і виконує компенсаторну та розвиткову функції. Як уже зазначалося, тарифи НСЗУ не покривають усіх витрат, особливо капітальних. Тому фінансова підтримка з боку власника – територіальної громади – є критично важливою. Вона реалізується через розробку та фінансування місцевих цільових програм, які можуть бути спрямовані на:

- *Оплату комунальних послуг та енергоносіїв:* це базовий рівень підтримки, який дозволяє лікарні функціонувати, не витрачаючи на це кошти, зароблені від НСЗУ.

- *Капітальні видатки:* закупівля дороговартісного медичного обладнання (КТ, МРТ, ангиографи), проведення реконструкції та капітальних ремонтів. Ці інвестиції є прямим внеском у підвищення конкурентоспроможності закладу та його здатності контракуватися з НСЗУ на більш «дорогі» пакети.

- *Підтримка та залучення кадрів:* виплата муніципальних надбавок до зарплати, надання службового житла, компенсація вартості оренди, оплата навчання та підвищення кваліфікації. В умовах кадрового голоду цей інструмент стає вирішальним у боротьбі за фахівців [48, с. 69].

- *Фінансування послуг поза ПМГ:* громада може за рахунок власного бюджету фінансувати певні види послуг, які не входять до гарантованого державою пакету, але є важливими для її мешканців (наприклад, програми профілактики стоматологічних захворювань у школах).

3. *Запровадження платних послуг.* Автономізація надала КНП право надавати платні послуги. Перелік таких послуг чітко регламентований

Постановою КМУ № 1138 від 17.09.1996 р. і включає, зокрема, косметологічну допомогу, анонімне обстеження, медичні огляди для отримання візи чи дозволу на зброю, послуги підвищеного сервісного комфорту (окремі палати) тощо. Для багатьох закладів це стає важливим додатковим джерелом надходжень. Успішне застосування цього інструменту вимагає від керівництва лікарні ринкового підходу: вивчення попиту, розробки конкурентоспроможної цінової політики, маркетингу та просування цих послуг. Водночас, як наголошують експерти, важливо дотримуватися балансу, щоб надання платних послуг не відбувалося на шкоду якості та доступності послуг, гарантованих державою в рамках ПМГ [5, с. 121].

4. *Залучення інвестицій, кредитів та міжнародної допомоги.* Статус підприємства дозволяє КНП залучати зовнішні фінансові ресурси. Це можуть бути:

- *Банківські кредити:* лікарня, маючи стабільний дохід від НСЗУ, може розглядатися банками як надійний позичальник для реалізації інвестиційних проєктів (наприклад, закупівлі обладнання в лізинг).

- *Грантові кошти:* активна участь у грантових програмах, що оголошуються міжнародними донорами (USAID, GIZ, Світовий банк, ПРООН) та різними фондами, може стати джерелом фінансування для проєктів з енергоефективності, розвитку реабілітації, впровадження телемедицини тощо.

- *Публічно-приватне партнерство (ППП):* хоча цей інструмент в українській медицині поки що розвинений слабо, він має значний потенціал. Наприклад, державно-приватне партнерство у формі концесії може бути використане для будівництва та оснащення нового діагностичного центру на території лікарні.

Ефективне управління фінансами в громаді вимагає комбінованого використання всіх цих інструментів. Стратегія має полягати в тому, щоб максимально наростити доходи від НСЗУ за рахунок підвищення якості та розширення спектру послуг, водночас використовуючи кошти місцевого

бюджету для стратегічних інвестицій, а платні послуги та гранти – як додаткове джерело для покриття поточних потреб та реалізації інноваційних проєктів.

Якщо фінансово-економічні інструменти створюють ресурсну базу для функціонування системи, то *організаційно-управлінські інструменти* спрямовані на те, щоб ці ресурси використовувалися максимально ефективно. Вони стосуються питань стратегічного планування, оптимізації мережі, побудови партнерств та впровадження сучасних методів менеджменту. Саме від умілого застосування цих інструментів залежить, чи перетвориться набір медичних закладів на території громади на єдину, інтегровану та ефективно працюючу систему.

1. *Формування та розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я.* Це один із найскладніших та найважливіших організаційних інструментів, що перебуває в руках органів місцевого самоврядування (як засновників) та регіональної влади. Спроможна мережа – це не просто набір лікарень, а оптимально спланована їх конфігурація в межах госпітального округу, де кожен заклад має чітко визначену роль (кластерний, загальний) та функціонал, що дозволяє уникнути дублювання та нераціонального використання ресурсів [31]. Робота з цим інструментом включає:

- *Аудит та аналіз мережі:* ОМС повинні проводити регулярний аудит існуючої мережі, аналізуючи демографічні тенденції, потоки пацієнтів, фінансові показники закладів та їх відповідність вимогам НСЗУ.

- *Оптимізація та перепрофілювання:* на основі аналізу приймаються складні управлінські рішення щодо оптимізації. Це може бути об'єднання малопотужних лікарень, перетворення неефективної лікарні на заклад реабілітації чи хоспіс, закриття збиткових відділень та посилення тих, що мають потенціал. Як зазначають експерти з публічного управління, ці рішення вимагають не лише економічного розрахунку, а й значної політичної волі та якісної комунікації з громадою [42, с. 65].

- *Кластеризація та визначення «лікарень-магнітів»:* громади мають чітко розуміти роль своєї лікарні в загальній мережі госпітального округу і

концентрувати інвестиції саме на тих напрямках, які відповідають її статусу, створюючи «лікарні-магніти», що притягуватимуть пацієнтів з усієї округи.

2. *Стратегічне планування на місцевому рівні.* Перехід від «гасіння пожеж» до проактивного управління неможливий без стратегічного планування. Основним інструментом тут є розробка *місцевих (муніципальних) стратегій здоров'я* або відповідних розділів у загальній стратегії розвитку громади. На відміну від цільових програм, які є тактичними інструментами, стратегія визначає довгострокове бачення, місію, стратегічні та операційні цілі розвитку системи охорони здоров'я в громаді на 5-7 років. Дослідники у сфері стратегічного планування наголошують, що ефективна стратегія здоров'я має базуватися на глибокому аналізі (SWOT-аналіз), включати чіткі, вимірювані індикатори успіху (KPIs) та залучати до розробки всіх ключових стейкхолдерів: керівників лікарень, лікарів, представників громадськості та бізнесу [4, с. 105].

3. *Міжмуніципальне співробітництво (ММС).* Цей інструмент, передбачений Законом України «Про співробітництво територіальних громад», є надзвичайно актуальним для сфери охорони здоров'я, особливо для невеликих громад. Утримувати повноцінну багатoproфільну лікарню для громади з населенням 10-15 тисяч є економічно неможливим. ММС дозволяє кільком сусіднім громадам об'єднати свої фінансові, матеріальні та людські ресурси для вирішення спільних проблем. У сфері охорони здоров'я це може реалізуватися у таких формах:

- *Спільне утримання та фінансування одного медичного закладу:* кілька громад можуть стати співзасновниками однієї кластерної лікарні, розташованої на території однієї з них, і спільно фінансувати її розвиток через програми підтримки. Це дозволяє уникнути конкуренції та розпорошення коштів.

- *Спільна закупівля послуг або обладнання:* громади можуть об'єднатися для спільної закупівлі дороговартісного обладнання (наприклад, мобільного мамографа), яке буде використовуватися за графіком усіма учасниками співробітництва.

- *Створення спільного комунального підприємства*: наприклад, для організації централізованої клініко-діагностичної лабораторії, яка б обслуговувала первинну ланку кількох громад. Впровадження ММС, як зазначають експерти з децентралізації, дозволяє досягти ефекту масштабу та надавати якісніші послуги з меншими витратами [1, с. 49].

4. *Автономізація закладів та впровадження принципів корпоративного управління*. Хоча формально автономізація вже відбулася, її поглиблення є важливим організаційним інструментом. Це означає мінімізацію політичного втручання в операційну діяльність КНП з боку засновника. Ефективними механізмами тут є:

- *Прозорі конкурси на посади директорів*: залучення до конкурсних комісій незалежних експертів та представників громадськості.

- *Укладення контрактів з керівниками з чіткими KPIs*: ефективність роботи директора має оцінюватися за конкретними, вимірюваними показниками (фінансовими, клінічними, показниками задоволеності пацієнтів).

- *Створення та забезпечення реальної дієвості наглядових рад*: надання їм реальних повноважень з контролю за фінансовою діяльністю та дотриманням стратегії, як це передбачено найкращими практиками корпоративного врядування.

Таким чином, організаційно-управлінські інструменти спрямовані на побудову раціональної, логічної та ефективної архітектури системи охорони здоров'я в громаді. Їх успішне застосування вимагає від місцевої влади переходу від ролі «завгоспа» до ролі стратега, інтегратора та архітектора місцевої політики здоров'я.

В епоху цифрового суспільства *інформаційно-комунікаційні інструменти* перестали бути допоміжними і перетворилися на один із ключових елементів системи охорони здоров'я. Вони забезпечують прозорість фінансових потоків, ефективність управлінських процесів, покращення взаємодії між лікарем та пацієнтом, а також формування довіри до реформи та до місцевої системи медицини загалом.

1. *Впровадження та розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth).* Це загальнонаціональна інформаційно-телекомунікаційна система, яка є «цифровим хребтом» усієї реформи. Вона складається з центрального компонента (що адмініструється ДП «Електронне здоров'я») та медичних інформаційних систем (МІС) – комерційних програмних продуктів, які встановлюються в закладах охорони здоров'я і через які лікарі взаємодіють з центральною базою даних. Для громади та її медичних закладів ефективно використання eHealth є не просто вимогою, а потужним інструментом:

- *Забезпечення фінансування:* без роботи в МІС та передачі даних до центрального компоненту eHealth заклад фізично не зможе укласти договір з НСЗУ та отримувати оплату за послуги. Весь облік (декларації, направлення, медичні записи, звіти) ведеться виключно в електронній формі.

- *Аналітика для управлінських рішень:* система eHealth генерує величезні масиви деперсоніфікованих даних. Керівники закладів можуть аналізувати статистику наданих послуг, завантаженість лікарів, фінансові показники. Органи місцевого самоврядування, маючи доступ до узагальнених даних по громаді, можуть бачити реальну картину захворюваності, міграції пацієнтів до інших громад, ефективності роботи комунальних закладів. Аналітичні панелі (дашборди) НСЗУ, що базуються на даних eHealth, є відкритим джерелом інформації для прийняття обґрунтованих рішень [53, с. 149].

- *Покращення якості та наступності допомоги:* електронна медична картка пацієнта дозволяє будь-якому лікарю, за згодою пацієнта, бачити його повну історію хвороби, результати аналізів, призначення, що зменшує ризик лікарських помилок та забезпечує наступність лікування при переході між різними ланками та закладами.

2. *Використання медичних інформаційних систем (МІС) для управління закладом.* Окрім базової функції підключення до eHealth, сучасні МІС пропонують широкий спектр модулів для внутрішнього управління закладом. Їх

впровадження є інструментом підвищення операційної ефективності. Це, зокрема:

- *«Електронна реєстратура»*: онлайн-запис на прийом до лікаря, що зменшує черги та оптимізує графік роботи лікарів.
- *Лабораторний модуль (ЛІС)*: автоматизація процесів у лабораторії, від реєстрації зразка до видачі результату в електронну картку пацієнта.
- *Складський та аптечний облік*: управління залишками ліків та медичних виробів, автоматизація списання, що унеможлиблює зловживання та дозволяє ефективно планувати закупівлі.
- *Бухгалтерський та кадровий облік*: інтегровані модулі для нарахування зарплати, ведення фінансової звітності. Як зазначають експерти з цифрової трансформації, повноцінне впровадження МІС дозволяє керівнику КНП бачити повну картину діяльності підприємства в режимі реального часу та приймати рішення на основі даних, а не інтуїції [20, с. 29].

3. *Розвиток телемедицини*. Цей інструмент набув особливої актуальності в умовах пандемії COVID-19 та повномасштабного вторгнення, але його потенціал значно ширший. Телемедицина дозволяє надавати медичну допомогу на відстані за допомогою цифрових технологій. Для громад це особливо важливо для забезпечення доступу до допомоги у віддалених населених пунктах. Практичне застосування включає:

- *Консультації «лікар-пацієнт»*: сімейний лікар може проводити планові консультації та моніторинг стану хронічних пацієнтів за допомогою відеозв'язку.
- *Консультації «лікар-лікар»*: фельдшер у ФАПі може за допомогою спеціального телемедичного обладнання (цифрового стетоскопа, ЕКГ-апарату) передати дані сімейному лікарю або вузькому спеціалісту в районну лікарню для отримання кваліфікованого висновку.
- *Телереабілітація, телепсихологія*: надання реабілітаційної та психологічної допомоги пацієнтам вдома під дистанційним наглядом фахівця.

Розвиток телемедицини вимагає інвестицій в обладнання та навчання персоналу, але в довгостроковій перспективі дозволяє оптимізувати витрати та значно підвищити доступність допомоги [47, с. 212].

4. *Інформаційно-комунікаційна робота з громадою.* Формування довіри до місцевої системи охорони здоров'я та до реформи загалом неможливе без системної комунікації. ОМС та керівництво медичних закладів повинні використовувати сучасні інструменти для інформування населення:

- *Сучасні веб-сайти закладів:* сайт лікарні має бути не просто «візитівкою», а інформаційним хабом з переліком послуг (включно з гарантованими державою та платними), графіком роботи лікарів, можливістю онлайн-запису, інформацією про права пацієнтів.

- *Активність у соціальних мережах:* ведення сторінок у Facebook, Instagram для інформування про нові послуги, закупівлю обладнання, проведення профілактичних кампаній (наприклад, тижнів скринінгу), спростування фейків та міфів про медицину.

- *Робота з місцевими ЗМІ та лідерами думок:* регулярні брифінги, інтерв'ю з керівниками лікарень, залучення місцевих блогерів для популяризації здорового способу життя та відповідального ставлення до здоров'я.

- *Публічна звітність:* регулярне оприлюднення звітів про фінансову діяльність КНП, про використання коштів місцевого бюджету, про досягнуті результати. Це підвищує прозорість та підзвітність, що є основою довіри.

Отже, застосування інформаційно-комунікаційних інструментів є обов'язковою умовою побудови сучасної, прозорої та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я. Вони дозволяють не лише оптимізувати внутрішні процеси, а й налагодити ефективний діалог із громадою, перетворюючи пасивне населення на свідомих та відповідальних партнерів у турботі про власне здоров'я.

Висновки до розділу 1

1. Встановлено, що сутність нової системи охорони здоров'я територіальних громад полягає у докорінній перебудові відносин між усіма учасниками медичного процесу: державою, місцевою владою, медичними закладами та пацієнтами. Ключовими характеристиками цієї системи є:

- пацієнтоцентричність, яка змінює фокус з лікаря та закладу на потреби пацієнта, що реалізується через вільний вибір лікаря первинної ланки та фінансування, що слідує за пацієнто;
- автономізація надавачів послуг через їх перетворення на комунальні некомерційні підприємства (КНП), що надало їм операційну, кадрову та фінансову незалежність;
- контрактна модель фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», де оплата здійснюється за конкретно надані медичні послуги, стимулюючи ефективність та якість;
- чіткий розподіл функцій «замовника» (Національна служба здоров'я України, органи місцевого самоврядування) та «надавача» (медичні заклади всіх форм власності), що руйнує монополію державних закладів і створює конкурентне середовище;
- тотальна цифровізація процесів через електронну систему охорони здоров'я (eHealth), яка забезпечує прозорість фінансових потоків, надає дані для управлінських рішень та підвищує наступність допомоги. Структурно система складається з двох ланок: первинної медичної допомоги (ПМД), що є фундаментом, функціонує як «гейткіпер» і фінансується за капітаційною ставкою, та вторинної (спеціалізованої), яка працює в умовах конкуренції за контракти з НСЗУ в рамках Програми медичних гарантій та процесу формування спроможної мережі закладів.

2. Аналіз правового забезпечення показав, що нормативне підґрунтя системи є комплексним та багаторівневим, проте не позбавленим внутрішніх суперечностей і прогалин. Ядром нової моделі став Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який запровадив інститут стратегічних закупівель та створив НСЗУ як єдиного

національного платника. Водночас Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» закріпив за органами місцевого самоврядування (ОМС) нову роль – стратегічного власника та інвестора, відповідального за розвиток комунальних закладів та фінансову підтримку медичної галузі через місцеві програми. Разом з тим, аналіз виявив низку системних дефектів та правових колізій, зокрема: невизначеність правового статусу та повноважень наглядових рад при КНП; прогалини у регулюванні механізмів співфінансування послуг з місцевих бюджетів; а також іманентний конфлікт між проголошеною автономією КНП та широкими повноваженнями засновника (ОМС), що створює ризики політичного втручання та неефективного менеджменту. Визначено, що затвердження Операційного плану реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року у січні 2025 року має стати переломним моментом, що дозволить чітко розмежувати повноваження, ув'язати їх із ресурсним забезпеченням та впровадити ефективні механізми моніторингу та оцінки на всіх рівнях.

3. Досліджено, що для свого розвитку система охорони здоров'я територіальних громад має в розпорядженні широкий арсенал інструментів, які можна класифікувати на три взаємопов'язані групи:

- До фінансово-економічних інструментів належать: контрахтування з НСЗУ (як основним джерелом доходу), залучення коштів місцевого бюджету через цільові програми (для покриття капітальних витрат та підтримки кадрів), надання платних послуг (як додаткове джерело доходів) та фандрейзинг (залучення інвестицій, кредитів, міжнародної допомоги).

- Організаційно-управлінські інструменти включають: формування та розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я (через аудит, оптимізацію та кластеризацію), стратегічне планування на місцевому рівні (розробка муніципальних стратегій здоров'я), міжмуніципальне співробітництво (для об'єднання ресурсів та досягнення ефекту масштабу) та впровадження принципів корпоративного управління в КНП.

- Ключовими інформаційно-комунікаційними інструментами є: електронна система охорони здоров'я (eHealth) як цифровий хребет реформи,

медичні інформаційні системи (МІС) для внутрішнього управління та аналітики, розвиток телемедицини (для підвищення доступності допомоги) та системна інформаційно-комунікаційна робота з громадою (для формування довіри та залучення населення до відповідальності за власне здоров'я).

РОЗДІЛ 2

СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ГОРОХІВСЬКІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

2.1 Характеристика системи охорони здоров'я в Горохівській ТГ

Перехід від теоретико-правового аналізу, здійсненого в першому розділі, до емпіричного дослідження вимагає фокусування на конкретному об'єкті, що дозволить верифікувати викладені тези та виявити специфічні особливості функціонування медичної системи на місцевому рівні. Для такого поглибленого аналізу було обрано систему охорони здоров'я Горохівської міської територіальної громади Волинської області. На такому прикладі ми можемо простежити глибоку системну трансформацію, що втілює на практиці перехід від пасивної пострадянської моделі утримання медичних закладів до проактивного, стратегічного управління галуззю. Цей процес, запущений в громаді протягом 2023-2024 років, є яскравою ілюстрацією зміни парадигми публічного управління, де завдяки реформі децентралізації та залученню міжнародної експертизи органи місцевого самоврядування (ОМС) отримують реальні повноваження, ресурси та компетенції для формування власної, результат-орієнтованої політики.

Донедавна система охорони здоров'я громади функціонувала за класичною схемою, де роль ОМС зводилася переважно до функції кризового менеджера та компенсатора: покриття дефіциту коштів комунальних закладів, зокрема на оплату енергоносіїв та термінові ремонти. Однак, усвідомлення системних викликів, таких як несприятлива демографічна ситуація (від'ємний природний приріст населення -8,03 на 1000 мешканців у 2024 р.), високий тягар неінфекційних захворювань (поширеність серцево-судинних захворювань серед населення сягає 67,2%, онкологічних – майже 10%), а також критичний кадровий дефіцит у медичних закладах, спонукало керівництво громади до кардинальної зміни підходів.

Ключовим поштовхом до змін стало оновлення *Стратегії соціально-економічного розвитку громади на 2024-2027 роки*. За експертної підтримки, наданої в рамках співпраці з проєктом «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» (PATH/USAID), здоров'я мешканців та розбудова ефективної системи його охорони були визнані головним стратегічним пріоритетом. Цей свідомий вибір запусив процес формування нової інституційної моделі управління, що базується на принципах міжсекторальної взаємодії, громадської участі та підзвітності. Центральним елементом цієї моделі стало створення принципово нових управлінських структур.

По-перше, у листопаді 2024 року рішенням сесії міської ради було створено *відділ з питань охорони здоров'я* — профільний виконавчий орган, відповідальний за реалізацію та координацію політики в галузі. По-друге, у березні 2024 року було засновано *Координаційну раду з питань охорони та зміцнення здоров'я*. Як зазначають експерти, досвід створення такого дієвого органу в неурбанізованій громаді є унікальним для України. Його ключова мета — не просто обговорення проблем, а, як зазначено в його положенні, «розробка та сприяння ефективній реалізації» стратегічних рішень шляхом об'єднання зусиль медиків, освітян, соціальних служб, представників ОМС, старост та громадськості. Саме Координаційна рада стала тим інтелектуальним та організаційним центром, де була розроблена ціла матриця взаємопов'язаних місцевих цільових програм, які і стали головним інструментом нової політики (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Матриця місцевих цільових програм у сфері охорони здоров'я

Горохівської міської територіальної громади

№ з/п	Назва програми та номер рішення про затвердження	Термін реалізації	Ключова мета програми (узагальнено)	Загальний обсяг фінансування з місцевого бюджету, тис. грн	Основні напрями фінансування
1	Програма фінансової	2025-2028	Покриття операційного	88 727,3	Оплата енергоносіїв,

	підтримки КП «Горохівська багатопрофільна лікарня» (№42-12/2024 від 05.12.2024)		дефіциту та стратегічна модернізація інфраструктури і обладнання вторинної ланки.		капітальні ремонти (укриття, мережі, фасад), закупівля стратегічного обладнання (цифровий рентген-апарат).
2	Програма розвитку КНП «Горохівський ЦПМД» (№40-8/2024 від 09.10.2024)	2025-2028	Забезпечення сталого функціонування та розвитку інфраструктури первинної медичної допомоги.	23 140,0	Оплата енергоносіїв для мережі амбулаторій, ремонти приміщень (в т.ч. для Пунктів здоров'я), закупівля транспорту, обладнання.
3	Програма фінансової підтримки КНП «Горохівська стоматполіклініка» (№42-2/2024 від 05.12.2024)	2025-2028	Забезпечення соціальних функцій та інноваційний розвиток стоматологічної допомоги в громаді.	10 206,5	Оплата праці дитячого стоматолога, надання пільгових послуг, закупівля мобільного стоматкабінету, дентального КТ.
4	Програма місцевих стимулів для медичних працівників (№42-12/2024 від 05.12.2024)	2025-2027	Подолання кадрового дефіциту шляхом створення привабливих соціальних та фінансових умов для лікарів.	8 768,0	Закупівля службового житла, виплата "підйомних", оплата інтернатури та курсів спеціалізації.
5	Програма «Здоров'я громади» (№41-2/2024 від 25.11.2024)	2024-2028	Формування культури здоров'я, профілактика, інформаційна робота та міжсекторальна взаємодія.	1 670,0	Навчання для педагогів, інформаційні кампанії, заходи з інклюзії, розробка "Паспорту здоров'я".
6	Програма «Протидія захворюванню на туберкульоз»	2024-2028	Системна протидія туберкульозу через скринінг, профілактику,	1 200,0	Закупівля туберкуліну, засобів інфекційного контролю,

	(№41-3/2024 від 25.11.2024)		лікування та інформаційну роботу.		просвітницькі заходи в закладах освіти.
7	Програма «Профілактика захворювань» (№41-4/2024 від 25.11.2024)	2024-2028	Організація системного скринінгу та профілактики неінфекційних захворювань (серцево-судинні, онкологія, діабет).	1 035,0	Підвищення кваліфікації персоналу, закупівля витратних матеріалів для скринінгу, інформаційні матеріали для пацієнтів.
	РАЗОМ			134 746,8	

Джерело: складено автором на основі рішень Горохівської міської ради (№42-12/2024, №40-8/2024, №41-2/2024 та ін.) [5; 36]

Таким чином, Горохівська міська рада свідомо перейшла від ролі пасивного «утримувача» комунального майна до ролі *стратегічного архітектора* місцевої системи охорони здоров'я. Аналіз цієї нової моделі вимагає послідовного розгляду кожного з її ключових елементів: первинної, вторинної та стоматологічної ланок медичної допомоги, які тепер функціонують в єдиній, керованій та результат-орієнтованій системі.

На сьогодні система охорони здоров'я громади представлена трьома комунальними некомерційними підприємствами (КНП):

- КНП «Горохівський центр первинної медичної допомоги»;
- КП «Горохівська багатопрофільна лікарня»;
- КНП «Горохівська стоматологічна поліклініка».

Фундаментом, на якому тримається вся профілактична та лікувальна робота, є *первинна медична допомога*, яку надає КНП «Горохівський центр первинної медичної допомоги». Його мережа складається з 6 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ), що обслуговують не лише Горохівську, а й сусідні Мар'янівську та Городищенську громади. Аналіз показників за 2024 рік демонструє надзвичайно високий рівень довіри до інституту сімейного лікаря: з 25 330 мешканців громади декларації уклали 24 728 осіб, що становить 97,6%. Такий високий показник забезпечує стабільне

надходження коштів від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за капітаційним принципом і є свідченням успішної імплементації першого етапу медичної реформи на місцевому рівні.

Водночас, теза про повну фінансову самодостатність первинної ланки виявляється хибною при більш глибокому аналізі. Досвід Горохівської ТГ доводить, що в реальності функціонує *двоканальна модель фінансування*: кошти НСЗУ покривають переважно заробітну плату персоналу та базові медичні витрати, тоді як утримання та розвиток інфраструктури (оплата енергоносіїв для розгалуженої мережі амбулаторій, проведення ремонтів, закупівля обладнання та транспорту) повністю лягає на плечі місцевого бюджету. Це підтверджується прийняттям *«Програми розвитку КНП «Горохівський ЦПМД» на 2025-2028 роки»*, обсяг фінансування якої з місцевого бюджету становить *23,14 млн грн*. Лише у 2024 році фінансова підтримка ЦПМД з боку громади склала 3,64 млн грн, з яких 1,22 млн грн було спрямовано на оплату комунальних послуг.

Найяскравішим прикладом синергії стратегічного планування, двоканального фінансування та залучення грантових коштів є вирішення проблеми застарілої мережі фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів). Це контрастує з попередньою практикою, де ФАПи поступово занепадали, створюючи ризики втрати доступу до медичної допомоги для мешканців віддалених сіл. Замість хаотичного закриття, громада, в рамках *Програми «Забезпечення доступності надання медичної допомоги»*, впровадила інноваційну модель створення *45 Пунктів здоров'я*. Це не просто перейменовані ФАПи, а сучасні осередки, що виконують функцію первинного контакту з медичною системою, є базою для виїзної роботи мобільних бригад, а головне – для проведення телемедичних консультацій. Фінансування цього амбітного проєкту здійснюється з трьох джерел: за грантові кошти проєкту РАТН (8,65 млн грн) закуповується комп'ютерне та телекомунікаційне обладнання для всіх 45 пунктів та координаційно-аналітичного центру; з місцевого бюджету (в рамках програми підтримки ЦПМД) фінансуються ремонти приміщень та їх поточне утримання; а в трьох амбулаторіях встановлюються сонячні станції в рамках

проєкту МОЗ для забезпечення енергетичної стійкості. Такий комплексний підхід дозволяє зберегти медичну присутність на селі, водночас кардинально модернізувавши її та раціоналізувавши витрати.

Якщо первинна ланка завдяки новій моделі управління та диверсифікованому фінансуванню отримала чіткий вектор розвитку, то вторинна (спеціалізована) медична допомога, представлена *КП «Горохівська багатoproфільна лікарня»*, функціонує в значно складніших, більш конкурентних та ресурсозатратних умовах. Згідно з розпорядженням голови Волинської ОДА (№364 від 04.08.2023 р.) про затвердження спроможної мережі закладів охорони здоров'я, лікарня отримала статус *загального закладу охорони здоров'я* в межах Луцького госпітального округу. Цей статус чітко визначає її роль: надання допомоги при найбільш поширених захворюваннях та станах, стабілізація пацієнтів та, за потреби, їх маршрутизація до кластерних (Луцька міська клінічна лікарня) чи надкластерних (Волинська обласна клінічна лікарня) закладів. Лікарня обслуговує значну територію з населенням *48 787 осіб*, що включає мешканців чотирьох сусідніх громад, і у 2024 році надала стаціонарну допомогу *7 161* пацієнту, з яких *230* – військовослужбовці Збройних Сил України, що підкреслює її важливу роль в умовах воєнного стану.

Фінансове благополуччя лікарні повністю залежить від її успішності в контрахуванні з НСЗУ, що, у свою чергу, базується на здатності відповідати суворим вимогам до обладнання, персоналу та якості надання послуг. У 2024 році заклад уклав договори на *11 пакетів послуг*. Аналіз їх структури та фінансових надходжень дозволяє зробити кілька важливих висновків. Ключовими джерелами доходу є базові стаціонарні пакети: «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» (29,7 млн грн) та «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» (13,8 млн грн). Разом вони генерують понад *50%* усього доходу від НСЗУ. Важливим соціальним та фінансовим досягненням є збереження пакету «Медична допомога при пологах» (3,1 млн грн), який багато невеликих лікарень в Україні втратили через невідповідність вимогам НСЗУ щодо кількості пологів на рік. Загалом у

2024 році дохід від НСЗУ склав 80,9 млн грн, що становить 87% усіх надходжень закладу.

Таблиця 2.2

**Аналіз джерел фінансування та ключових показників діяльності КП
«Горохівська багатопрофільна лікарня» у 2024 році**

<i>Показник</i>	<i>Значення за 2024 рік</i>	<i>Аналітичний коментар</i>
Структура доходів		
Кошти від НСЗУ	80 884 695 грн (87,0%)	Основне джерело фінансування, що покриває переважно медичну складову та заробітну плату.
Кошти місцевого бюджету	7 070 359 грн (7,6%)	Стратегічна підтримка від власника, спрямована на покриття дефіциту та інвестиції.
Платні послуги	3 499 106 грн (4,0%)	Додаткове джерело доходу, що свідчить про наявність попиту на послуги поза ПМГ.
Благодійні внески та інші надходження	1 288 250 грн (1,4%)	Важливий, але нестабільний ресурс, що доповнює основні джерела фінансування.
Разом доходів	92 742 410 грн (100%)	-
Ключові показники діяльності		
Кількість пролікованих пацієнтів (стаціонар)	7 161 особа	Зростання на 9,5% порівняно з 2023 роком (6 538 осіб), що свідчить про збільшення навантаження.
Проліковано військовослужбовців	230 осіб	Заклад виконує важливу функцію в умовах воєнного стану.
Показник зайнятості ліжка	268,8 днів/рік	Показник ефективності використання ліжкового фонду, що відповідає середньому рівню.
Середній термін перебування на ліжку	7,4 дні	Стабільний показник, що свідчить про дотримання стандартів лікування.
Загальна летальність у стаціонарі	1,4%	Зниження порівняно з 2023 роком (1,5%), що може вказувати на покращення якості допомоги.
Структура смертності (основні причини)		
1. Серцево-судинні захворювання	46 випадків (31,7%)	Підтверджує високий тягар ССЗ як основну причину смертності в громаді.
2. Онкопатологія	20 випадків (19,2%)	Друга за значущістю причина, що обґрунтовує необхідність програм скринінгу.
3. Хвороби органів дихання	17 випадків (16,3%)	-
Виявлена проблема якості даних		

% ЕМЗ, не зарахованих до оплати НСЗУ (листопад 2024 р.)	18%	Пряма втрата доходу через помилки в веденні електронної документації, що є викликом для менеджменту.
---	------------	--

Джерело: розраховано та систематизовано автором за даними фінансової звітності КП «Горохівська багатопрофільна лікарня» за 2024 рік та аналітичних панелей (дашбордів) НСЗУ [9; 14]

Проте, детальний аналіз фінансової та операційної діяльності виявляє низку системних викликів, які унеможливають не лише розвиток, а й саме виживання лікарні без потужної, стратегічної підтримки з боку громади-власника.

Таблиця 2.3

Порівняльна характеристика ключових викликів та стратегічних рішень для медичних КНП Горохівської ТГ

Критерій аналізу	КНП «Горохівський ЦПМД» (Первинна ланка)	КП «Горохівська багатопрофільна лікарня» (Вторинна ланка)	КНП «Горохівська стоматполіклініка» (Вузькоспеціалізована допомога)
Ключовий фінансовий виклик	Недостатність коштів НСЗУ для покриття інфраструктурних видатків (енергоносії, ремонти, транспорт).	Системний дефіцит коштів на операційну діяльність (енергоносії) та капітальні інвестиції (обладнання, ремонти).	Необхідність фінансування соціально важливих, але економічно непривабливих послуг (дитяча, пільгова стоматологія).
Стратегічне рішення (Програма підтримки)	Програма розвитку на 23,1 млн грн: фінансування утримання та розвитку мережі амбулаторій та Пунктів здоров'я.	Програма підтримки на 88,7 млн грн: покриття дефіциту та інвестиції в модернізацію.	Програма підтримки на 10,2 млн грн: цільове фінансування соціальних функцій та інноваційного розвитку.
Ключовий кадровий виклик	Потреба у постійному підвищенні кваліфікації сімейних лікарів та середнього персоналу для роботи в нових умовах (телемедицина, скринінги).	Гострий дефіцит лікарів (укомплектованість 73,8%) та критичне старіння кадрів (42% лікарів – пенсіонери).	Високий рівень недоукомплектованості штату (менше 60% фактично зайнятих посад).

Стратегічне рішення (Програма стимулів)	Опосередковано вирішується через програми "Профілактика" та "Протидія ТБ", які передбачають фінансування навчання.	Програма стимулів на 8,8 млн грн: закупівля житла, "підйомні", оплата інтернатури для залучення нових фахівців.	Частково вирішується через Програму підтримки (фінансування зарплати дитячого стоматолога).
Ключовий інфраструктурний виклик / виклик доступності	Застаріла мережа ФАПів, що не відповідає сучасним вимогам; обмежений доступ до послуг у віддалених селах.	Зношеність інженерних мереж та будівель; потреба у сучасному діагностичному та лікувальному обладнанні.	Фізична та фінансова недоступність стоматологічної допомоги для мешканців сіл та пільгових категорій.
Стратегічне рішення (Інновація/Інвестиція)	Трансформація ФАПів у 45 Пунктів здоров'я з телемедициним обладнанням; організація виїзних бригад.	Капітальні ремонти на ~30 млн грн (укриття, мережі, фасад); закупівля цифрового рентген-апарату (5 млн грн).	Закупівля мобільного стоматологічного кабінету (1,5 млн грн) та дентального КТ (2,8 млн грн).

Джерело: розроблено автором на основі аналізу стратегічних документів Горохівської ТГ та звітності КНП [13; 59]

Перший і найгостріший виклик – системний фінансовий дефіцит та операційна залежність. Як підтверджує аналіз структури видатків лікарні, тарифів НСЗУ, розрахованих на покриття медичної складової послуги, ледь вистачає на оплату праці та закупівлю медикаментів. У 2024 році 81,9% усіх коштів було витрачено саме на ці дві статті. Це створює перманентну "фінансову діру" в частині оплати енергоносіїв, поточних ремонтів, амортизації обладнання та капітальних інвестицій, без яких неможливо відповідати оновлюваним вимогам НСЗУ. Відповіддю громади на цей виклик стало прийняття «Програми фінансової підтримки та розвитку КП «Горохівська багатoproфільна лікарня» на 2025-2028 роки», яка є наймасштабнішою з усіх місцевих програм у сфері охорони здоров'я. Її бюджет становить 88,7 млн грн з місцевої скарбниці. Ця програма виконує дві життєво важливі функції, які раніше мали ситуативний характер, а тепер стали системною, плановою політикою:

- *Компенсаторна функція:* покриття операційних видатків, які не покриває НСЗУ. На оплату комунальних послуг та енергоносіїв на чотири роки заплановано близько 43 млн грн. Лише у 2024 році на ці потреби з бюджету громади було спрямовано 3,5 млн грн, що дозволило лікарні уникнути заборгованості та спрямувати кошти НСЗУ на зарплати та лікування.

- *Інвестиційна (розвиваюча) функція:* фінансування капітальних видатків, що дозволяють закладу відповідати вимогам НСЗУ та розширювати перелік послуг. Яскравим прикладом є запланована на 2025 рік закупівля сучасного цифрового рентген-апарату вартістю 5 млн грн, що є прямою вимогою для контрастування за низкою пакетів Програми медичних гарантій. Це ілюструє модель синергетичного фінансування: ОМС інвестує власні кошти, щоб створити для комунального підприємства можливість залучити більше коштів з державного бюджету.

Другий виклик – гострий кадровий дефіцит та критичне старіння персоналу. Ця проблема, що є загальнонаціональною, в умовах невеликої громади набуває особливої гостроти. Якщо раніше вона описувалася загальною, то тепер має чіткі тривожні цифри. Станом на кінець 2024 року укомплектованість лікарськими посадами в лікарні становить лише 73,8%, при цьому 42% (21 лікар з 49) – особи пенсійного віку, з яких четверо старші 70 років. Це створює критичну загрозу втрати кадрового потенціалу в найближчій перспективі та, як наслідок, неможливості виконувати вимоги НСЗУ за певними напрямками (наприклад, щодо цілодобового чергування анестезіологів чи хірургів). Стратегічною відповіддю громади стало прийняття «Програми місцевих стимулів для медичних працівників на 2025-2027 роки» з безпрецедентним для громади бюджетом 8,8 млн грн. Вона передбачає не точкові заходи, а комплексний підхід до "полювання за головами":

- *Забезпечення житлом:* основний важіль, на який виділено 7,5 млн грн.
- *Фінансові стимули:* виплата "підйомних" у розмірі 5 посадових окладів та компенсація оренди житла для молодих спеціалістів.

- *Інвестиції в майбутнє*: фінансування навчання в інтернатурі для випускників-контрактників з умовою подальшого відпрацювання в громаді протягом 10 років. Це єдиний надійний спосіб "виростити" власні кадри.
- *Безперервний професійний розвиток*: оплата курсів вторинної спеціалізації та участі в конференціях, що дозволить розширити спектр послуг (наприклад, отримати спеціаліста з дитячої офтальмології, як заплановано на 2025 рік) і, відповідно, претендувати на нові пакети НСЗУ.

Таким чином, громада інвестує в людський капітал як у ключовий актив, розуміючи, що без кваліфікованих фахівців будь-яке нове обладнання залишиться металобрухтом, а фінансове виживання лікарні буде неможливим.

Третій виклик – якість менеджменту даних та цифрова трансформація. Повноцінний перехід на електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ) виявив неочевидну, але суттєву проблему, яка напряму впливає на фінанси закладу. Аналіз даних з дашбордів НСЗУ показав, що Горохівська лікарня, генеруючи значну кількість електронних медичних записів (ЕМЗ) – понад 952 тисячі за 2024 рік, стикається з високим відсотком їх відхилення при оплаті. Так, у листопаді 2024 року *18% всіх ЕМЗ, створених у лікарні, не були зараховані до оплати* через помилки персоналу: 42% з них через незакриті епізоди, 47% – через невідповідність епізоду умовам пакету. Це призводить до прямої втрати десятків, а то й сотень тисяч гривень щомісяця. Цей факт доводить, що викликом є не лише технічне оснащення робочих місць, а й необхідність постійного навчання персоналу, вдосконалення внутрішніх процесів та посилення контролю за якістю ведення медичної документації. Відповіддю на цей виклик є комплекс заходів, запланованих на 2025 рік: створення в структурі лікарні *відділу комунікації і сервісу* для покращення взаємодії з пацієнтами, повне впровадження нової, більш гнучкої *медичної інформаційної системи «МедЕйр»* (отриманої за грантові кошти) та організація системного навчання персоналу.

Третім, не менш важливим, елементом системи охорони здоров'я громади є *КНП «Горохівська стоматологічна поліклініка»*. Цей заклад, що також

страждає від гострого кадрового дефіциту (укомплектованість штату менше 60%), функціонує за гібридною моделлю:

- *Госпрозрахункова діяльність*: надання платних послуг населенню, що є основним джерелом доходу (у 2024 році надано 34 096 послуг).
- *Виконання соціальних функцій за підтримки місцевого бюджету*: реалізація «Програми фінансової підтримки» з бюджетом 10,2 млн грн на 2025-2028 роки.

Підтримка з боку громади має чітке соціальне та стратегічне спрямування. По-перше, це фінансування соціально важливих, але економічно непривабливих напрямів: утримання штату *дитячого стоматолога та медсестри* (0,22 млн грн у 2024 р.), надання *безоплатних послуг пільговим категоріям* – ветеранам, особам з інвалідністю (0,2 млн грн у 2024 р. на протезування 32 осіб). По-друге, це інвестиції в розвиток та доступність. Найбільш інноваційним рішенням тут є запланована в рамках програми закупівля *мобільного стоматологічного кабінету за 1,5 млн грн*. Це є прямим, практичним кроком до вирішення проблеми доступності вузькоспеціалізованої допомоги для мешканців віддалених сіл, які не мають змоги дістатися до центру громади. Крім того, програма передбачає інвестиції у високотехнологічну діагностику: придбання *панорамного рентген-апарату та дентального комп'ютерного томографа (КТ)* на суму 2,8 млн грн, що дозволить вивести якість стоматологічної допомоги в громаді на якісно новий рівень.

Таким чином, детальний аналіз дозволяє зробити висновок, що в Горохівській ТГ протягом 2023-2024 років, завдяки зміні стратегічних пріоритетів та розбудові нової інституційної рамки, сформовано комплексну, керовану та фінансово обґрунтовану систему охорони здоров'я. Вона базується на чіткому усвідомленні ролі ОМС як стратегічного інвестора, який не просто покриває дефіцит коштів від НСЗУ, а цілеспрямовано вкладає ресурси у вирішення ключових проблем: доступності, кадрового забезпечення, технологічної модернізації та інфраструктурного розвитку. Загальний обсяг фінансування, передбачений на наступні чотири роки з місцевого бюджету на

підтримку та розвиток трьох медичних КНП та реалізацію цільових програм («Здоров'я громади», «Протидія ТБ», «Профілактика захворювань», «Місцеві стимули»), перевищує *140 мільйонів гривень*. Ця цифра є беззаперечним доказом того, що охорона здоров'я стала реальним, а не декларативним пріоритетом для громади, а її система управління трансформувалася відповідно до найкращих практик децентралізованого, результат-орієнтованого врядування.

2.2 Аналіз розвитку системи охорони здоров'я в Горохівській ТГ із використанням міжнародної технічної допомоги

Як було встановлено в попередньому підрозділі, система охорони здоров'я Горохівської територіальної громади, незважаючи на значні зусилля та масштабні інвестиції з місцевого бюджету, функціонує в умовах подвійного тиску: хронічного недофінансування медичної галузі з боку держави, де тарифи НСЗУ не покривають повної вартості послуг, та гострої нестачі внутрішніх ресурсів для проведення швидкої та глибокої модернізації. В таких умовах одним із ключових інструментів стратегічного розвитку, що дозволяє здійснити якісний ривок, стає залучення зовнішніх ресурсів, а саме – міжнародної технічної допомоги (МТД). Аналіз досвіду Горохівської ТГ у цій сфері є показовим, оскільки демонструє еволюцію підходів: від отримання точкової гуманітарної допомоги до побудови повноцінного стратегічного партнерства, яке стало каталізатором для розробки та впровадження власної, амбітної та фінансово забезпеченої політики в сфері охорони здоров'я.

Поворотним моментом, що трансформував усю систему управління галуззю, стало налагодження системної співпраці з *Проектом «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні»*, що фінансується *Агентством США з міжнародного розвитку (USAID)* та реалізується міжнародною організацією *PATH*. Це партнерство, на відміну від багатьох інших гуманітарних ініціатив, мало виражений *інституційно-розбудовчий характер*. Його метою було не

просто надання обладнання, а посилення спроможності самої громади планувати, фінансувати та управляти власною системою охорони здоров'я. Саме за експертної підтримки проєкту було проведено глибокий аналіз проблем галузі, напрацьовано *Дорожню карту реалізації нової Стратегії розвитку громади* та, як наслідок, запущено процес створення Координаційної ради та розробки матриці місцевих цільових програм, які були детально проаналізовані в попередньому підрозділі.

Практичним втіленням цього партнерства, а також співпраці з іншими донорами, стали значні фінансові та матеріальні інвестиції. Загальний обсяг задокументованої допомоги, отриманої громадою у 2024 році від різних міжнародних партнерів, перевищив *13 мільйонів гривень*, що є співмірним із річним бюджетом розвитку громади в цій галузі.

Таблиця 2.4

Вплив міжнародної технічної допомоги (МТД) на розвиток системи охорони здоров'я Горохівської ТГ у 2024 році

<i>Назва донора / проєкту</i>	<i>Отримувач допомоги</i>	<i>Опис отриманої допомоги</i>	<i>Вартість, тис. грн</i>	<i>Стратегічний вплив на систему охорони здоров'я</i>
Проєкт «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» (PATH/USAID)	КП «Горохівська багатопрофільна лікарня»	Цифровий портативний рентген-апарат FDR Xair з функцією штучного інтелекту.	3 454,6	Технологічна модернізація: Забезпечення сучасною діагностикою для скринінгу туберкульозу та інших захворювань, можливість проведення виїзних обстежень.
Проєкт PATH/USAID	Горохівська міська рада / Медичні КНП	Комп'ютерне та телекомунікаційне обладнання для оснащення 45 Пунктів здоров'я та Координаційно-аналітичного центру.	~4 751,2 (частина від 8 658,4)	Підвищення доступності: Створення інфраструктури для телемедицини та наближення послуг до мешканців віддалених сіл.
Проєкт PATH/USAID	Медичні КНП	Інтегрована медична	~452,6 (частина	Цифровізація: Уніфікація

		інформаційна система «МедЕйр» (250 ліцензій на 1 рік).	від 8 658,4)	медичної документації, покращення якості даних, підвищення ефективності управління.
Проект МОЗ «Відновлення і розвиток стійкої моделі медичної галузі України»	КНП «Горохівський ЦПМД»	Сонячні станції для трьох амбулаторій (Журавниківська, Скобелківська, Печихвостівська).	3 533,0	Енергетична стійкість: Забезпечення безперебійної роботи первинної ланки в умовах відключень електроенергії, економія бюджетних коштів.
Партнерство з асоціацією Рупертівінкель (Німеччина)	КП «Горохівська багатoproфільна лікарня»	Операційний стіл Surgery 8600.	713,2	Посилення хірургічної служби: Розширення можливостей для проведення складних оперативних втручань.
Партнерство з асоціацією Рупертівінкель (Німеччина)	КП «Горохівська багатoproфільна лікарня»	Портативна ультразвукова система С10.	159,4	Покращення діагностики: Можливість проведення УЗД-обстежень біля ліжка пацієнта, в т.ч. у відділенні інтенсивної терапії.
Проект USAID «Стойкість системи охорони здоров'я» (до 2024 р.)	КНП «Горохівський ЦПМД»	Обладнання та витратні матеріали.	977,8	Підтримка первинної ланки: Посилення матеріально-технічної бази для надання якісних послуг.
РАЗОМ (задокументована вартість)			~13 042,8	

Джерело: узагальнено автором за даними відділу проектної діяльності та міжнародного співробітництва Горохівської міської ради та звітів проектів USAID/PATH [30; 47]

Детальний аналіз структури та цільового призначення отриманої допомоги дозволяє виокремити кілька ключових напрямів її системного впливу на розвиток місцевої системи охорони здоров'я.

По-перше, технологічна модернізація та посилення діагностичного потенціалу як основа для розширення послуг. Найбільш вагомою інвестицією, що має довгостроковий стратегічний ефект, стало отримання КП «Горохівська багатoproфільна лікарня» від проєкту РАТН *цифрового портативного рентген-апарату FDR Hair вартістю 3,45 млн грн.* Це не просто заміна застарілого аналогового обладнання. По-перше, його портативність створює абсолютно нові можливості для впровадження мобільних форм надання послуг, що є критично важливим для громади зі значною площею та 41 сільським населеним пунктом. Це є прямим інструментом для реалізації Програм «Протидія захворюванню на туберкульоз» (проведення скринінгових обстежень груп ризику безпосередньо в селах) та «Профілактика захворювань». По-друге, наявність функції штучного інтелекту для попереднього аналізу знімків підвищує точність та швидкість діагностики.

Цей напрям було підсилено й іншими донорами. В рамках партнерства з німецькою асоціацією Рупертвінкель лікарня отримала сучасний *операційний стіл (0,71 млн грн) та портативну ультразвукову систему (0,16 млн грн).* Оновлення операційного столу дозволяє розширити спектр та складність хірургічних втручань, що є однією з умов для контракування за більш рентабельними хірургічними пакетами НСЗУ та підвищення конкурентоспроможності лікарні порівняно із закладами обласного центру. Портативний УЗД-апарат, у свою чергу, вирішує проблему діагностики нетранспортабельних пацієнтів, зокрема у відділенні інтенсивної терапії, що напряду впливає на якість та своєчасність надання допомоги. Таким чином, МТД не просто оновлює технопарк, а й створює нові клінічні та економічні можливості для лікарні.

По-друге, підвищення фізичної доступності медичних послуг через розбудову нової інфраструктури. Одним із центральних елементів нової стратегії громади стало вирішення давньої проблеми фізичної недоступності медичної допомоги для мешканців віддалених сіл, яка загострилася після оптимізації мережі ФАПів. Реалізація амбітного проєкту зі створення *45 Пунктів*

здоров'я була б неможливою без цільової підтримки проєкту РАТН, який виділив близько 4,75 млн грн на закупівлю комп'ютерного та телекомунікаційного обладнання для оснащення цих пунктів та новоствореного Координаційно-аналітичного центру (КАЦ).

Ця інвестиція має мультиплікативний ефект. На базовому рівні, вона забезпечує кожен пункт необхідним мінімумом для роботи: комп'ютером для доступу до ЕСОЗ, принтером для друку направлень та рецептів. На стратегічному рівні – вона перетворює ідею "медичної присутності на селі" з декларації на реальну, функціонуючу інфраструктуру для впровадження сучасних сервісів:

- *Телемедицина:* обладнання дозволяє організувати дистанційні консультації "пацієнт у Пункті здоров'я – сімейний лікар в амбулаторії" або навіть "сімейний лікар в амбулаторії – вузький спеціаліст в лікарні". Це єдиний реалістичний спосіб забезпечити доступ до консультацій для маломобільних груп населення.

- *Електронна черга:* наявність комп'ютерів та інтернету в селах дозволить централізовано через КАЦ організувати запис мешканців до вузьких спеціалістів, що мінімізує хаотичні поїздки до районного центру та довгі черги.

- *Централізований моніторинг:* усі Пункти здоров'я будуть підключені до єдиної системи КАЦ, що дозволить в режимі реального часу відстежувати звернення, контролювати прихильність пацієнтів до лікування (наприклад, при туберкульозі) та оперативно реагувати на потреби.

Таким чином, інвестиція в ІТ-обладнання є, по суті, інвестицією в побудову абсолютно нової, децентралізованої моделі надання послуг, що є матеріальним фундаментом для реалізації Програми «Забезпечення доступності надання медичної допомоги».

По-третє, цифровізація та підвищення ефективності управління. Як було показано в попередньому підрозділі, однією з прихованих, але суттєвих проблем лікарні є якість ведення електронних медичних записів, що призводить до

прямих фінансових втрат (до 18% відхилених до оплати ЕМЗ). Усвідомлюючи це, громада за підтримки проєкту РАТН впровадила *інтегровану медичну інформаційну систему (МІС) «МедЕйр»* (вартість ліцензій на 1 рік для 250 користувачів – 0,45 млн грн). Цей крок є стратегічним, оскільки вирішує одразу кілька завдань:

- *Уніфікація:* створення єдиного медичного простору, де ЦПМД та лікарня працюють в одній системі, що забезпечує безперервність ведення пацієнта та усуває проблему втрати даних при переході між ланками.
- *Підвищення якості даних:* нова МІС має більш гнучкі налаштування та вбудовані механізми контролю, що має зменшити кількість помилок персоналу та, відповідно, збільшити частку записів, прийнятих до оплати НСЗУ.
- *Посилення управлінської спроможності:* система дозволяє менеджменту закладів та відділу охорони здоров'я міської ради отримувати якісну аналітику для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Це є прикладом того, як МТД вирішує не лише "залізні", а й "м'які" інфраструктурні проблеми, що є не менш важливими для фінансової стійкості та ефективності роботи комунальних підприємств.

По-четверте, забезпечення енергетичної стійкості та резильєнтності системи до зовнішніх шоків. Повномасштабне вторгнення російської федерації та масовані атаки на енергетичну інфраструктуру України в осінньо-зимовий період 2022-2023 років гостро поставили питання безперебійної роботи закладів критичної інфраструктури, до яких належать лікарні та амбулаторії. Тривалі знеструмлення становили пряму загрозу для життя пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії, зривали роботу операційних, діагностичного обладнання та унеможлилювали зберігання вакцин і ліків у належних умовах. Вагомою відповіддю на цей виклик стало включення трьох ключових амбулаторій ЦПМД (Журавниківської, Скобелківської і Печихвостівської) до *проєкту Міністерства охорони здоров'я «Відновлення і розвиток стійкої моделі медичної галузі України»*, в рамках якого вони отримали сонячні станції загальною вартістю 3,53 млн грн.

Ця допомога має подвійний стратегічний ефект. По-перше, вона гарантує енергетичну автономію та безперервність надання первинної допомоги навіть в умовах тривалих блекаутів. Це підвищує безпеку пацієнтів та дозволяє амбулаторіям стати своєрідними "пунктами незламності" для місцевих жителів. По-друге, в довгостроковій перспективі це дозволить значно скоротити видатки місцевого бюджету на оплату електроенергії, які є однією з найбільших статей витрат в рамках програм підтримки медичних КНП. Вивільнені кошти громада зможе переспрямувати на інші нагальні потреби, наприклад, на закупівлю додаткових медикаментів чи подальше стимулювання медичних працівників.

Таблиця 2.5

Синергія міжнародної технічної допомоги та місцевих цільових програм у вирішенні ключових завдань охорони здоров'я

<i>Стратегічне завдання, визначене громадою</i>	<i>Місцева цільова програма, що реалізує завдання</i>	<i>Ключовий інструмент, наданий в рамках МТД</i>	<i>Практичний результат синергії</i>
Підвищення доступності медичної допомоги у віддалених селах	Програма «Забезпечення доступності надання медичної допомоги в громаді»	Комп'ютерне та телекомунікаційне обладнання для 45 Пунктів здоров'я (проект PATH/USAID).	Створення матеріально-технічної бази для організації телемедичних консультацій та роботи електронної черги, що фінансується та підтримується громадою.
Раннє виявлення та скринінг туберкульозу та інших захворювань	Програма «Протидія захворюванню на туберкульоз» та Програма «Профілактика захворювань»	Цифровий портативний рентген-апарат FDR Xair (проект PATH/USAID).	Організація виїзних скринінгових обстежень мобільними бригадами у селах громади, що є одним із ключових заходів місцевих програм.
Покращення якості управління медичними даними та фінансового менеджменту	Програми фінансової підтримки всіх трьох медичних КНП.	Інтегрована медична інформаційна система «МедЕйр» (проект PATH/USAID).	Зменшення відсотка помилок при веденні ЕМЗ, що призводить до збільшення надходжень від НСЗУ та, відповідно,

			зменшення фінансового навантаження на місцевий бюджет.
Забезпечення безперебійної роботи первинної ланки	Програма розвитку КНП «Горохівський ЦПМД»	Сонячні станції для трьох амбулаторій (проект МОЗ).	Гарантована робота амбулаторій під час відключень електроенергії та економія коштів місцевого бюджету на оплату енергоносіїв.
Розширення спектру хірургічних послуг та підвищення їх якості	Програма фінансової підтримки КП «Горохівська багатопрофільна лікарня»	Сучасний операційний стіл та портативний УЗД-апарат (партнерство з Німеччиною).	Посилення матеріальної бази для виконання складніших операцій, що є передумовою для контракування за новими пакетами НСЗУ та підвищення доходів лікарні.

Джерело: авторська розробка на основі зіставлення завдань місцевих цільових програм та напрямів міжнародної технічної допомоги

Таким чином, комплексний аналіз використання міжнародної технічної допомоги в Горохівській територіальній громаді демонструє її системний, багатогранний та, що найголовніше, *каталітичний вплив*. МТД виступила не просто джерелом матеріальних ресурсів для вирішення поточних проблем, а *стратегічним важелем*, що запустив ланцюгову реакцію глибоких позитивних змін, трансформувавши самі підходи до управління галуззю.

По-перше, вона надала громаді *експертну та інституційну підтримку*, ставши поштовхом для переосмислення ролі ОМС та розробки власної, обґрунтованої та сучасної політики в сфері охорони здоров'я. Створення Координаційної ради та розробка матриці цільових програм за менторства проєкту РАТН є прямим доказом цього.

По-друге, МТД забезпечила *технологічний фундамент* (сучасне діагностичне обладнання, IT-інфраструктура, енергетична незалежність), необхідний для практичної реалізації цієї нової політики. Без портативного

рентген-апарату, комп'ютерів для Пунктів здоров'я та єдиної МІС амбітні плани громади щодо підвищення доступності та якості послуг залишилися б на папері.

По-третє, успішний досвід залучення та ефективного використання зовнішніх ресурсів свідчить про *високий рівень управлінської спроможності* керівництва громади та медичних закладів, їхню здатність до проактивного пошуку ресурсів, підготовки якісних проєктних заявок та реалізації складних проєктів. Це, у свою чергу, підвищує довіру донорів та відкриває двері для майбутніх партнерств.

Таблиця 2.6

**Трансформація підходів до управління системою охорони здоров'я в
Горохівській ТГ під впливом стратегічного партнерства з міжнародними
проєктами**

<i>Сфера управління</i>	<i>Підхід "ДО" (до 2023-2024 рр.)</i>	<i>Підхід "ПІСЛЯ" (в результаті партнерства з МТД)</i>
Стратегічне планування	Ситуативне реагування на нагальні проблеми (поломка обладнання, борги за енергоносії). Планування обмежувалося щорічним бюджетом.	Системне, довгострокове планування: розроблено Дорожню карту реалізації Стратегії, створено та ухвалено матрицю з 7 взаємопов'язаних місцевих програм на 4-5 років.
Інституційна структура управління	Відсутність профільного управлінського органу в структурі ОМС. Координація між різними секторами (медицина, освіта, соцзахист) була слабкою та неформальною.	Створено чітку інституційну рамку: засновано Відділ з питань охорони здоров'я (виконавчий орган) та Координаційну раду (міжсекторальний консультативно-дорадчий орган).
Технологічна модернізація	Закупівля обладнання відбувалася переважно за залишковим принципом або для "гасіння пожеж" (термінової заміни зламаного).	Стратегічні інвестиції в технології: закуплено високотехнологічне обладнання (портативний рентген з ШІ, УЗД, операційний стіл), що дозволяє впроваджувати нові послуги та методи роботи.
Модель надання послуг у сільській місцевості	Поступовий занепад та невизначене майбутнє мережі ФАПів. Доступ до послуг для мешканців віддалених сіл погіршувався.	Інноваційна децентралізована модель: створено мережу з 45 Пунктів здоров'я як технологічних хабів для виїзних бригад та телемедицини.
Цифровізація	Використання різних МІС у різних закладах. Комп'ютеризація розглядалася як засіб для	Впровадження єдиної інтегрованої МІС "МедЕйр" для створення безшовного медичного простору. Цифровізація розглядається як

	звітності перед НСЗУ, а не як інструмент управління.	інструмент підвищення якості та ефективності.
Роль ОМС	"Компенсатор": ОМС переважно покривав фінансові дефіцити медичних закладів.	"Стратегічний архітектор та інвестор": ОМС виступає ініціатором, координатором та головним інвестором системних змін, leveraging (використовуючи як важіль) донорські кошти для досягнення власних стратегічних цілей.

Джерело: сформовано автором за результатами дослідження системи управління охороною здоров'я Горохівської ТГ

Таким чином, детальний аналіз дозволяє зробити висновок, що в Горохівській ТГ протягом 2023-2024 років, завдяки зміні стратегічних пріоритетів та розбудові нової інституційної рамки, сформовано комплексну, керовану та фінансово обґрунтовану систему охорони здоров'я. Вона базується на чіткому усвідомленні ролі ОМС як стратегічного інвестора, який не просто покриває дефіцит коштів від НСЗУ, а цілеспрямовано вкладає ресурси у вирішення ключових проблем: доступності, кадрового забезпечення, технологічної модернізації та інфраструктурного розвитку. Загальний обсяг фінансування, передбачений на наступні чотири роки з місцевого бюджету на підтримку та розвиток трьох медичних КНП та реалізацію цільових програм («Здоров'я громади», «Протидія ТБ», «Профілактика захворювань», «Місцеві стимули»), перевищує 140 мільйонів гривень. Ця цифра є беззаперечним доказом того, що охорона здоров'я стала реальним, а не декларативним пріоритетом для громади, а її система управління трансформувалася відповідно до найкращих практик децентралізованого, результат-орієнтованого врядування. Зокрема, впровадження принципів належного врядування очевидне у системі охорони здоров'я Горохівської громади. Створення Координаційної ради з питань охорони та зміцнення здоров'я є яскравим прикладом реалізації принципів "залученості та врахування інтересів" та "орієнтації на консенсус", оскільки вона об'єднує зусилля медиків, освітян, соціальних служб, представників ОМС, старост та громадськості для розробки та реалізації стратегічних рішень. Принцип "прозорості" втілюється через публічне затвердження та детальний

аналіз семи місцевих цільових програм, що забезпечує відкритість інформації про фінансування та напрями розвитку галузі.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було проведено комплексний емпіричний аналіз системи охорони здоров'я Горохівської міської територіальної громади, що дозволило зробити низку узагальнюючих висновків щодо її сучасного стану, інституційної моделі, ключових викликів та стратегічних напрямів розвитку.

1. Дослідження показало, що протягом 2023-2024 років у громаді відбулася глибока трансформація моделі управління охороною здоров'я: перехід від пасивної, компенсаторної ролі органу місцевого самоврядування до проактивної моделі стратегічного архітектора. Цей процес був інституційно оформлений через створення нових управлінських структур – профільного відділу з питань охорони здоров'я та міжсекторальної Координаційної ради. Практичним інструментом реалізації нової політики стала розробка та затвердження матриці з семи взаємопов'язаних місцевих цільових програм із загальним обсягом фінансування з місцевого бюджету понад 134 млн грн, що свідчить про системний, довгостроковий та фінансово забезпечений підхід до розвитку галузі.

2. Встановлено, що всі три комунальні медичні підприємства громади (ЦПМД, багатoproфільна лікарня, стоматполіклініка) функціонують у моделі синергетичного, двоканального фінансування, де кошти від НСЗУ та місцевого бюджету взаємно доповнюють одне одного. Аналіз спростував початкову тезу про фінансову самодостатність первинної ланки; доведено, що навіть ЦПМД критично залежить від підтримки громади (програма на 23,1 млн грн) для утримання інфраструктури. Для вторинної ланки підтримка з місцевого бюджету (програма на 88,7 млн грн) є умовою виживання, покриваючи як операційний

дефіцит (енергоносії), так і забезпечуючи стратегічні інвестиції в обладнання та ремонт.

3. Ідентифіковано ключові системні виклики, характерні для медичної системи невеликої громади, та проаналізовано стратегічні відповіді на них. Головним викликом є гострий кадровий дефіцит, підтверджений конкретними цифрами (укомплектованість лікарні лікарями – 73,8%, з них 42% – пенсіонери). Відповіддю стала безпрецедентна за масштабом Програма місцевих стимулів (8,8 млн грн), спрямована на залучення кадрів через надання житла та оплати навчання. Іншими викликами є фізична доступність послуг у сільській місцевості, що вирішується через інноваційну модель 45 Пунктів здоров'я та закупівлю мобільного стоматкабінету, а також якість менеджменту даних, на що громада реагує впровадженням нової МІС та посиленням навчання персоналу.

4. Аналіз довів, що міжнародна технічна допомога, зокрема співпраця з проєктом PATH/USAID, відіграла роль не просто фінансового донора, а стратегічного каталізатора системних змін. Вплив МТД мав комплексний характер: інституційний (експертна допомога у розробці Стратегії та створенні Координаційної ради), технологічний (надання сучасного діагностичного обладнання та ІТ-інфраструктури на суму понад 13 млн грн) та каталітичний (запуск процесів, які громада тепер продовжує реалізовувати самостійно). Досвід Горохівської ТГ демонструє зрілу модель партнерства, де зовнішні ресурси використовуються як важіль для запуску сталих внутрішніх трансформацій.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ УКРАЇНИ

3.1. Використання принципів належного врядування в управлінні системою охорони здоров'я територіальних громад

Впровадження принципів належного врядування (Good Governance) є ключовою управлінською парадигмою, необхідною для забезпечення стійкості, ефективності та легітимності системи охорони здоров'я на рівні територіальної громади (ТГ). Ця необхідність виникає на тлі фундаментальних змін, спричинених медичною реформою, яка делегувала значні повноваження та фінансову автономію комунальним некомерційним підприємствам (КНП). Проте, незважаючи на зміну статусу медичних закладів, органи місцевого самоврядування (ОМС) не лише залишаються їхніми засновниками та стратегічними власниками, а й несуть повну відповідальність за гарантування доступності та належної якості медичних послуг для свого населення [37, 24]. Таким чином, використання принципів належного врядування трансформує роль ОМС: від простого утримання (фінансування залишків) до активного стратегічного управління та ефективного використання публічних ресурсів [5, 41].

Принципи Good Governance, які були систематизовані та адаптовані до соціального сектору провідними міжнародними інституціями, включаючи Світовий банк, Організацію економічного співробітництва та розвитку (OECD) та Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) [54, 65, 68], пропонують комплексну, етично та інституційно обґрунтовану рамку. Ця рамка критично необхідна для подолання системних недоліків, успадкованих від централізованої та неефективної моделі, зокрема: хронічного дефіциту довіри між владою, медиками та пацієнтами; нераціонального використання комунальних активів та

фінансових ресурсів; а також подолання кадрової кризи, що посилюється відсутністю прозорих стимулів [21].

Впровадження належного врядування на рівні ТГ забезпечує реалізацію трьох взаємопов'язаних стратегічних цілей. По-перше, інституційне зміцнення довіри та підзвітності. Прозорість у фінансових потоках, які тепер включають значні кошти від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та дофінансування з місцевого бюджету, є найефективнішим інструментом для мінімізації корупційних ризиків та ліквідації неформальних платежів, які є однією з найглибших системних проблем української охорони здоров'я [40, 45]. Доступ пацієнтів та громади до об'єктивної інформації про витрати, фінансові плани та якість надання послуг безпосередньо підвищує довіру до системи та її керівництва [7]. По-друге, максимізація зовнішнього ресурсного потенціалу. Територіальні громади, які демонструють високі стандарти прозорості, ефективного фінансового планування [55] та чітку підзвітність, автоматично стають привабливішими для міжнародних партнерів. Це стосується залучення іноземних інвестицій, грантової підтримки та міжнародної технічної допомоги [52, 64]. Наприклад, кейс Горохівської ТГ чітко ілюструє, як прозорість співпраці та управління дозволила ефективно залучити значні ресурси від ПРООН, USAID та ЄС для посилення інфраструктури медичних закладів [25, 38, 16, 30]. По-третє, формування справді пацієнтоорієнтованої та справедливої системи. Активне залучення громадськості та пацієнтів до процесів стратегічного планування та контролю, разом із реалізацією принципу справедливості (equity) – забезпеченням рівного доступу до послуг незалежно від географічного розташування чи соціального статусу – є основою для побудови системи, де пацієнт стає центральним елементом політики, а не лише об'єктом надання послуг [22, 65].

Для реалізації концепції належного врядування необхідна чітка проєкція його принципів на функціонування медичної екосистеми ТГ, що вимагає конкретних інституційних та управлінських кроків, особливо у вимірі прозорості та підзвітності.

А. Прозорість як основа фінансового управління

Прозорість (Transparency) у медичній сфері починається з детальної фінансової відкритості [9]. КНП, як юридичні особи публічного права, повинні забезпечити рівень прозорості своєї операційної та фінансової діяльності, який значно перевищує мінімальні вимоги, встановлені законодавством. Це передбачає:

1. *Оприлюднення деталізованої фінансової звітності КНП.* Керівництво медичних закладів має регулярно (щонайменше щоквартально) публікувати деталізовані фінансові плани та звіти. Ці документи повинні включати не лише загальні суми надходжень від НСЗУ та інших джерел, а й розгорнуту структуру видатків, інформацію про дебіторську/кредиторську заборгованість, а також чітке цільове використання коштів місцевого бюджету, виділених на комунальні програми (наприклад, Програму розвитку КНП Горохівської міської ради [36]) [44, 11]. Щоб забезпечити доступність та зрозумілість цієї інформації для неспеціалістів (громади), критично важливим є використання сучасних інструментів візуалізації даних, таких як інфографіка та публічні дашборди [53, 63].

2. *Відкритість публічних закупівель.* Суворе дотримання вимог Закону України «Про публічні закупівлі» [23] та використання системи Prozorro є обов'язковим для всіх закупівель, незалежно від вартості (ліків, медичного обладнання, послуг). Це забезпечує максимальне зниження корупційних ризиків та сприяє раціональному, економічно обґрунтованому використанню публічних коштів [17, 18].

В. Підзвітність керівництва та оцінка ефективності

Підзвітність (Accountability) є механізмом, що посилює відповідальність управлінців перед громадою та ОМС як власником. Ключові механізми підзвітності включають:

1. *Щорічні публічні звіти керівників КНП.* Директор медичного закладу повинен обов'язково щорічно звітувати перед громадою та місцевою радою. Звіт має охоплювати не лише фінансові аспекти, а й ключові показники ефективності

та якості (KPIs), такі як показники завантаженості, охоплення профілактичними програмами, рівень задоволеності пацієнтів та динаміка клінічних результатів [26].

2. *Впровадження системи KPI та контрактного менеджменту.* Результати публічних звітів та досягнення визначених KPIs повинні слугувати об'єктивною основою для оцінки компетентності керівника та прийняття ОМС рішення про продовження або дострокове розірвання контракту [10, 61]. Це трансформує роль керівника від адміністратора до ефективного менеджера (CEO) [32].

3. *Дієві механізми зворотного зв'язку.* Впровадження інструментів для збору та аналізу скарг, пропозицій та оцінок пацієнтів (гарячі лінії, онлайн-форми, скриньки звернень) є критичним для забезпечення того, що потреби та досвід пацієнта безпосередньо впливають на управлінські рішення.

С. Участь та справедливість

Принцип *Участі* (Participation) є життєво необхідним для формування пацієнтоорієнтованої системи та забезпечення легітимності рішень ОМС у сфері охорони здоров'я. Його реалізація включає:

1. *Активізація Наглядових рад.* Наглядові ради при КНП необхідно перетворити на реальні, а не формальні, органи громадського та незалежного контролю [14, 30]. Це потребує забезпечення прозорого, конкурентного відбору членів ради, з обов'язковим включенням представників пацієнтських організацій, незалежних експертів у сфері фінансів та медицини [17, 2]. Наглядовим радам мають бути надані дієві повноваження щодо контролю за виконанням фінансового плану, затвердженням стратегічного розвитку та оцінкою роботи керівника [30].

2. *Залучення громадськості до стратегічного планування.* Стратегії розвитку охорони здоров'я громади (як частина загальної Стратегії розвитку ТГ [59]) та програми розвитку КНП (наприклад, програма Горохівської міської ради на 2023-2025 роки [36]) мають розроблятися через широкі публічні обговорення, консультації та опитування [49]. Це гарантує, що планування враховує реальні

потреби населення, особливо інтереси мешканців віддалених населених пунктів [4].

Принцип *справедливості* (Equity) вимагає впровадження механізмів, що гарантують рівний доступ до якісних медичних послуг, незалежно від соціального статусу чи географічного розташування [22]. Реалізація цього принципу передбачає: зменшення географічних бар'єрів шляхом розвитку мережі Пунктів здоров'я, впровадження мобільних сервісів та ефективного використання телемедицини для надання консультацій у сільській місцевості [57, 47]; та впровадження муніципальних програм фінансової підтримки вразливих груп населення (соціальні пакети) та фінансування критичних послуг, які не покриваються НСЗУ (наприклад, пільгова стоматологічна допомога) [46, 45, 54].

Матриця дій та узагальнення

Для забезпечення системного впровадження принципів належного врядування та контролю за процесом доцільно використовувати комплексну матрицю дій, що інтегрує ці принципи в операційну діяльність ОМС та КНП у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Упровадження принципів належного врядування та контролю за процесом

Принцип належного врядування	Конкретні дії в системі охорони здоров'я ТГ	Очікувані результати
Прозорість	<ol style="list-style-type: none"> 1. Щоквартальне оприлюднення деталізованих фінансових звітів КНП та їх візуалізація. 2. Публікація планів закупівель та їх результатів через Prozorro. 3. Надання громадськості доступу до узагальнених даних МІС (через відкриті дашборди). 	Підвищення довіри громади, громадський контроль за цільовим використанням коштів.
Підзвітність	<ol style="list-style-type: none"> 1. Щорічні публічні звіти керівників КНП про ефективність роботи та якість послуг. 2. Розробка та впровадження чітких KPIs для директорів КНП. 3. Впровадження дієвих механізмів зворотного зв'язку (гарячі лінії, скриньки звернень). 	Посилення відповідальності керівництва, підвищення ефективності управління [61].

Участь	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прозорий конкурсний відбір незалежних членів Наглядових рад КНП. 2. Залучення громадськості та професійних асоціацій до розробки місцевих стратегій здоров'я. 3. Створення Координаційних рад з питань охорони здоров'я. 	Забезпечення пацієнтоорієнтованості, врахування реальних потреб населення.
Ефективність	<ol style="list-style-type: none"> 1. Впровадження та повноцінне використання сучасних медичних інформаційних систем (МІС) [58]. 2. Оптимізація внутрішніх процесів КНП (управління якістю, Lean-підхід) [25]. 3. Інвестиції у навчання керівного складу КНП менеджменту. 	Раціональне використання коштів НСЗУ, покращення клінічних та фінансових показників.
Справедливість	<ol style="list-style-type: none"> 1. Розвиток мережі Пунктів здоров'я та мобільних сервісів для забезпечення доступності у сільській місцевості. 2. Муніципальні програми фінансової підтримки вразливих груп населення (соціальні пакети). 	Рівний доступ до медичних послуг, зменшення соціальної нерівності у здоров'ї.

Джерело: запропоновано автором на основі адаптації принципів Good Governance (OECD, ВООЗ) до умов діяльності територіальних громад [65; 67]

Впровадження принципів належного врядування через запропоновану матрицю дій дозволяє територіальній громаді інтегрувати вимоги медичної реформи (прозорість контрактів НСЗУ та фінансова автономія КНП) із загальними стандартами публічного управління [7]. Цей комплексний підхід є основою для системної боротьби з корупційними ризиками, значно підвищує якість фінансового планування [55] та створює необхідні інституційні передумови для стабільності, стійкого розвитку та ефективного залучення зовнішніх інвестицій, що є критично важливим в умовах обмеженості місцевих бюджетів [52].

3.2. Удосконалення інституційно-правових механізмів управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні

Для забезпечення економічної стійкості та стратегічного розвитку системи охорони здоров'я територіальної громади (ТГ), особливо в умовах імплементації

концепції формування спроможної мережі лікарень [31, 50], критично необхідним є вдосконалення інституційно-правових механізмів, які визначають відносини між засновником (ОМС) та виконавцем послуг (КНП). Чинне законодавче поле, яке регламентує функціонування комунальних некомерційних підприємств, досі містить низку правових колізій, пов'язаних із концепцією «керованої автономії» [30, 8]. Ці колізії виникають на стику фінансової самостійності КНП та необхідності для ОМС, як власника, забезпечувати соціальні гарантії та стратегічний розвиток [37, 47]. Уникнення ручного управління та політизації цього процесу вимагає розробки чітких локальних регуляторних актів та інструментів корпоративного управління.

Посилення ролі та незалежності Наглядових рад

Наглядові ради (НР) є ключовим, проте часто недовикористаним, інструментом корпоративного врядування, що дозволяє ОМС здійснювати ефективний стратегічний контроль та моніторинг діяльності КНП, мінімізуючи при цьому пряме втручання в їхню оперативну роботу [14, 2]. Проте їхній функціонал на практиці нерідко обмежується лише рамковими або дорадчими положеннями [30, 17].

Для підвищення ефективності та реальної інституційної спроможності НР пропонується внести суттєві зміни до місцевих положень про їх функціонування, надавши Наглядовим радам вагоміші повноваження:

1. *Стратегічне управління.* НР повинна отримати право не просто розглядати та надавати рекомендації, а саме затверджувати стратегічний план розвитку КНП, включно з його річним фінансовим планом (бюджетом) до його подання власнику. Це забезпечить відповідність операційної та фінансової діяльності КНП довгостроковим цілям Стратегії здоров'я громади та загальним вимогам [49, 4].

2. *Фінансовий та якісний аудит.* Надання НР реального доступу до повної фінансової та статистичної документації, а також закріплення за ними права ініціювати незалежні аудити фінансової стійкості [60, 55], цільового використання місцевих субвенцій та якості клінічних послуг. Цей механізм має

стати основою для боротьби з неформальними платежами та підвищення інвестиційної привабливості [66].

3. *Контроль за керівником.* НР має відігравати визначальну роль у конкурсному відборі керівництва. Пропонується, щоб члени НР склали більшість у конкурсній комісії на посаду директора КНП і несли пряму відповідальність за регулярну оцінку його ефективності на основі чітко визначених KPIs [14, 26].

4. *Забезпечення незалежності.* Для уникнення політизації та забезпечення незалежності необхідно впровадити чіткі критерії відбору (професійні компетенції, відсутність конфлікту інтересів), а представництво місцевої влади в НР має бути суворо обмежене та становити меншість. Доцільно також розглянути можливість виплати компенсації незалежним членам НР, що підвищить їхню мотивацію та якість роботи, залучаючи висококваліфікованих експертів [2].

Ці пропозиції можуть бути систематизовані в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Удосконалення повноважень Наглядових рад КНП

Напрямок повноважень	Існуюча ситуація (переважно рамкові норми)	Пропоновані зміни (посилена роль)
Стратегічне планування	Можливість розгляду, надання рекомендацій ОМС.	Затвердження стратегічного плану розвитку КНП та річного фінансового плану (бюджету) до його подання власнику.
Фінансовий контроль	Загальний моніторинг, консультативні функції.	Право ініціювати незалежний аудит, затверджувати річні бюджети та звіти КНП перед власником [44, 55].
Управління персоналом	Участь у конкурсній комісії (як представник засновника).	Складання більшості у конкурсній комісії на посаду директора, регулярна оцінка ефективності (KPIs) керівника [26].
Контроль якості послуг	Загальний нагляд, розгляд скарг.	Розгляд системних скарг пацієнтів, ініціювання заходів щодо покращення якості медичної допомоги та боротьби з неформальними платежами.

Незалежність	Залежність від засновника, політизація.	Чіткі критерії відбору на конкурсній основі, обмеження представництва місцевої влади, компенсація незалежним членам.
--------------	---	--

Джерело: розроблено автором на основі аналізу чинного законодавства [34; 37] та рекомендацій щодо корпоративного управління [2; 17]

Посилення повноважень Наглядових рад є необхідним кроком для реалізації принципів належного врядування, оскільки дозволяє збалансувати фінансову автономію КНП із стратегічними інтересами громади [30]. Передача НР права затверджувати стратегічні та фінансові документи, а також контролювати керівника КНП через систему KPIs, трансформує роль місцевої ради з оперативного контролера на стратегічного власника. Це значно знижує політизацію управління лікарнями та підвищує їхню загальну інституційну спроможність [61].

Ефективне управління КНП на місцевому рівні неможливе без впровадження прозорості та об'єктивної системи оцінки діяльності керівництва. Контракт із керівником КНП є найважливішим інструментом ОМС для стимулювання економічної ефективності медичного закладу та досягнення соціально важливих цілей, визначених громадою [43, 32].

Пропонується суттєво вдосконалити систему контрактного менеджменту, включивши до контрактів чіткі, вимірювані показники ефективності (KPIs) [26]. Ці показники мають бути збалансованими та охоплювати чотири ключові напрямки, що відображають вимоги НСЗУ, фінансову стійкість, якість послуг та соціальну відповідальність:

1. Фінансові показники (економічна стійкість) [55]:

Ці показники спрямовані на оцінку здатності КНП ефективно керувати своїми фінансами та максимально використовувати можливості, надані медичною реформою:

- *Рівень самоокупності (без дотацій ОМС):* визначення співвідношення доходів від НСЗУ (основний бізнес) до операційних витрат. Досягнення високого

рівня самоокупності свідчить про успішність контракування та ефективність внутрішнього управління ресурсами.

- *Динаміка надходжень від НСЗУ:* оцінка збільшення обсягу законтракованих пакетів медичних гарантій та зростання доходів за пріоритетними напрямками.

- *Обсяг залучених грантових коштів та доходів від платних послуг:* оцінка здатності менеджменту диверсифікувати джерела фінансування, залучаючи кошти від міжнародних донорів або розвиваючи платні послуги [55, 52].

- *Ефективність використання субвенцій ОМС:* відсутність простроченої кредиторської заборгованості та цільове використання коштів місцевого бюджету, що підтверджується незалежним аудитом.

2. Якісні показники (клінічна ефективність) [67]:

Якість послуг є пріоритетом для громади, що вимагає включення клінічних індикаторів:

- *Якість медичної документації:* оцінка відсотка успішно зарахованих НСЗУ електронних медичних записів (ЕМЗ) та відсутність відхилень або повернень пакетів на оплату [17, 53]. Це також свідчить про рівень діджиталізації та використання МІС [58].

- *Клінічні результати:* моніторинг зменшення кількості ускладнень, частоти внутрішньолікарняних інфекцій та відхилень від уніфікованих клінічних протоколів [63].

- *Задоволеність пацієнтів:* регулярний, незалежний моніторинг рівня задоволеності пацієнтів через анонімні опитування та системи зворотного зв'язку.

3. Кадрові показники (ресурсна спроможність) [64]:

Оскільки кадрова криза є однією з найгостріших проблем [21], контракт повинен стимулювати керівника до інвестицій у персонал:

- *Укомплектованість штату*: відсоток заповнених штатних одиниць, з особливим фокусом на дефіцитних лікарських спеціальностях (наприклад, анестезіологи, реабілітологи).
- *Плинність кадрів*: зменшення показника звільнення кваліфікованого персоналу, що свідчить про ефективну внутрішню кадрову політику.
- *Професійний розвиток*: кількість лікарів та медичних сестер, які регулярно проходять безперервний професійний розвиток (БПР).

4. Показники доступності (соціальна відповідальність) [46]:

Ці показники відображають місію КНП як соціально відповідального некомерційного підприємства:

- *Охоплення первинною медичною допомогою (ПМД)*: відсоток населення громади, що уклав декларації з лікарями ПМД.
- *Розширення доступу*: впровадження та ефективного використання телемедицини та мобільних сервісів для обслуговування віддалених районів, що зменшує географічний бар'єр [47, 57].
- *Фізична доступність*: дотримання вимог безбар'єрності для маломобільних груп населення.

Включення цих деталізованих KPIs у контрактний менеджмент перетворює відносини між ОМС та КНП з адміністративних на партнерські, орієнтовані на результат, забезпечуючи реалізацію стратегічних пріоритетів громади.

У сучасному контексті децентралізації та формування спроможної мережі лікарень, затвердженої відповідно до оновленої Постанови Кабінету Міністрів України про спроможну мережу [40], міжмуніципальне співробітництво (ММС) стає незамінним стратегічним механізмом для малих та середніх територіальних громад [31]. ММС дозволяє громадам об'єднувати обмежені фінансові та кадрові ресурси, що є критичним для забезпечення високотехнологічної медичної допомоги та функціонування кластерних та загальних лікарень [1, 50].

ММС дозволяє ефективно вирішити дві критичні проблеми, з якими стикаються невеликі ТГ: фінансову спроможність утримувати складну медичну інфраструктуру та подолання дефіциту дорогого обладнання та висококваліфікованих фахівців.

Існує кілька ефективних моделей міжмуніципального співробітництва, які ОМС можуть імплементувати у сфері охорони здоров'я, що подано у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Моделі міжмуніципального співробітництва

Модель співробітництва	Опис та правова основа	Переваги для громад
Спільне співзасновництво КНП	Кілька ТГ стають співзасновниками одного медичного КНП (наприклад, кластерної лікарні чи спільного Центру ПМСД), спільно утримуючи його та здійснюючи стратегічне управління	Об'єднання бюджетних ресурсів для капітальних інвестицій, спільного фінансування соціальних пакетів та посилення управлінського впливу
Спільні цільові програми	ТГ укладають угоди про співробітництво для спільної реалізації конкретних медичних програм (наприклад, закупівля дорогого обладнання, підтримка кадрових програм, профілактичні заходи).	Економія на масштабі при закупівлі дороговартісного обладнання (МРТ, КТ); спільне фінансування підйомних та житла для залучення дефіцитних спеціалістів
Делегування повноважень	Одна громада делегує іншій (зазвичай більшій, з потужною лікарнею) повноваження з організації певних видів медичної допомоги на договірній основі. Правова основа регулюється Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні»	Оптимізація управлінських ресурсів у малих ТГ; гарантований доступ мешканців до якісніших послуг без необхідності утримувати власну нерентабельну лікарню
Спільне використання ресурсів	ТГ об'єднують ресурси для спільного використання мобільних медичних кабінетів, діагностичних лабораторій або спеціалізованого медичного транспорту	Підвищення доступності послуг у віддалених населених пунктах; ефективне використання дороговартісних активів та зниження експлуатаційних витрат

Джерело: систематизовано автором на основі Закону України «Про співробітництво територіальних громад» та кращих практик децентралізації [1; 3; 46]

Впровадження ММС є стратегічно необхідним, особливо для малих і середніх громад, які не можуть самостійно забезпечити повний спектр медичних послуг відповідно до вимог НСЗУ та оновленої Постанови КМУ про спроможну мережу [31, 40]. Ці моделі співробітництва дозволяють раціоналізувати наявну медичну інфраструктуру, уникнути дублювання дороговартісних закупівель і забезпечити економічну стійкість кластерних лікарень, що обслуговують кілька громад [50, 42]. Це є ключовим механізмом для протидії ризикам, пов'язаним із формуванням нових госпітальних округів та забезпеченням стійкості системи охорони здоров'я в умовах військової агресії та обмеженого фінансування [1].

Розробка місцевих стратегічних документів

Ефективне управління здоров'ям населення вимагає переходу від реактивного реагування на поточні проблеми (наприклад, латання фінансових дірок КНП) до проактивного та довгострокового стратегічного планування [41, 31]. Центральним документом, що інституціоналізує цей підхід, має стати «*Стратегія здоров'я громади*», яка повинна бути інтегрована в загальну Стратегію соціально-економічного розвитку ТГ [49, 4].

Такий документ виступає як інструмент доказової політики (Evidence-Based Policy Making) [24], дозволяючи ОМС обґрунтовувати свої рішення та інвестиції на основі реальних даних, а не лише політичних міркувань. Рекомендована структура «*Стратегії здоров'я громади*» повинна включати:

1. *Аналітична база (діагностика)*: це комплексний аналіз поточної демографічної ситуації, структури захворюваності та смертності (з обов'язковим фокусом на запобіжних причинах) [56]. Необхідна також детальна оцінка спроможності КНП (наявність кадрів, обладнання, законтрактовані пакети НСЗУ) та проведення SWOT-аналізу для виявлення сильних та слабких сторін медичної системи громади.

2. *Стратегічне бачення та цілі*: визначення чітких пріоритетів на довгостроковий період. Приклади стратегічних напрямків: а) підвищення тривалості здорового життя (через розвиток профілактики, скринінгу); б) забезпечення кадрової стійкості (залучення молодих спеціалістів, підтримка

ветеранів); в) розвиток високотехнологічної діагностики (через ММС та грантові кошти).

3. *План дій та фінансове забезпечення*: деталізація конкретних програм (наприклад, підтримка первинної медичної допомоги, розвиток реабілітації [59], запровадження муніципальних програм скринінгу), із зазначенням джерел фінансування (НСЗУ, місцевий бюджет, гранти [19]) та визначенням відповідальних виконавців.

4. *Моніторинг та оцінка*: впровадження системи індикаторів успіху (KPIs), що дозволяють регулярно (наприклад, раз на півроку) оцінювати хід виконання Стратегії. Це створює механізм зворотного зв'язку та дозволяє оперативно коригувати управлінські рішення.

Таким чином, удосконалення інституційно-правових механізмів управління на місцевому рівні є багатовекторним процесом, який виходить за межі простого фінансування медичних закладів. Воно включає посилення інструментів корпоративного врядування (Наглядові ради), об'єктивізацію контролю за керівництвом (KPIs) та стратегічну інтеграцію ресурсів через міжмуніципальне співробітництво [1, 31]. Ці механізми, у поєднанні з активним впровадженням принципів належного врядування (підрозділ 3.1), є єдиним шляхом для побудови ефективної, сталої та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я в умовах децентралізації, воєнних викликів та обмеженості місцевих фінансових ресурсів [8, 52].

Висновки до розділу 3

В цьому розділі досліджено та систематизовано ключові шляхи імплементації сучасної управлінської парадигми та вдосконалення інституційно-правових механізмів, необхідних для забезпечення економічної стійкості, ефективності та пацієнтоорієнтованості системи охорони здоров'я на рівні територіальної громади (ТГ). Доведено, що успіх медичної реформи залежить від

трансформації ролі органів місцевого самоврядування (ОМС): від пасивного утримувача інфраструктури до активного стратегічного власника та менеджера публічних ресурсів.

Основні висновки, отримані в результаті дослідження, полягають у наступному:

1. Впровадження принципів належного врядування (Good Governance) є інституційною основою. Системне використання принципів Прозорості, Підзвітності, Учасності, Ефективності та Справедливості є критично важливим для подолання хронічного дефіциту довіри, мінімізації корупційних ризиків та раціонального використання коштів НСЗУ та місцевого бюджету. Для цього запропоновано обов'язкове щоквартальне оприлюднення деталізованої фінансової звітності комунальних некомерційних підприємств (КНП) із використанням сучасних інструментів візуалізації (дашбордів), а також активне залучення громадськості та пацієнтських організацій до стратегічного планування.

2. Необхідне суттєве посилення інституційної спроможності Наглядових рад (НР). Визначено, що НР є ключовим інструментом корпоративного врядування, який дозволяє збалансувати фінансову автономію КНП із стратегічними інтересами громади. Запропоновано надати НР реальні, а не дорадчі повноваження: затвердження стратегічних та річних фінансових планів КНП, право ініціювати незалежні фінансові та якісні аудити, а також визначальну роль у конкурсному відборі та оцінці керівництва КНП на основі чітких показників ефективності (KPIs).

3. Критично важливим є вдосконалення контрактного менеджменту через впровадження системи збалансованих ключових показників ефективності (KPIs). Для об'єктивної оцінки діяльності керівників КНП запропоновано використовувати KPIs, які охоплюють чотири взаємопов'язані напрямки: фінансові показники (рівень самоокупності, динаміка надходжень від НСЗУ), якісні показники (задоволеність пацієнтів, клінічні результати), кадрові показники (укомплектованість штату, плинність кадрів) та показники

доступності (охоплення ПМД, розвиток мобільних сервісів). Це трансформує роль керівника КНП у функціонального та підзвітного СЕО.

4. Міжмуніципальне співробітництво (ММС) визначено стратегічним механізмом забезпечення спроможної мережі лікарень. Для малих та середніх громад, які стикаються з кадровим дефіцитом та обмеженістю ресурсів, ММС (у формах спільного співзасновництва, цільових програм або делегування повноважень) дозволяє об'єднати фінансові ресурси для капітальних інвестицій, спільної закупівлі дороговартісного обладнання та забезпечення економічної стійкості кластерних і загальних лікарень.

5. Управління системою охорони здоров'я має бути засноване на доказовій політиці та стратегічному плануванні. Необхідною умовою для проактивного розвитку є розробка та впровадження «Стратегії здоров'я громади», інтегрованої в загальну Стратегію розвитку ТГ. Цей документ, заснований на комплексній діагностиці демографічних та епідеміологічних показників, повинен чітко визначати довгострокові пріоритети (профілактика, реабілітація, кадрова стійкість) та забезпечувати моніторинг виконання через систему KPIs.

Таким чином, удосконалення системи охорони здоров'я в територіальних громадах вимагає комплексного підходу, що поєднує високі стандарти публічного управління (Good Governance) із чіткими інструментами корпоративного менеджменту та стратегічної співпраці. Впровадження запропонованих механізмів є критично важливим для підвищення стійкості місцевої медичної системи в умовах децентралізації та відновлення країни.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження, спрямоване на теоретичне обґрунтування та розробку практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів управління системою охорони здоров'я в територіальних громадах на основі європейських принципів належного врядування, дозволило сформулювати низку ґрунтовних висновків, кожен з яких відповідає поставленим завданням:

1. Щодо сутності та функціональних характеристик сучасної системи охорони здоров'я територіальних громад. У результаті дослідження було з'ясовано та детально обґрунтовано, що система охорони здоров'я ТГ є складною, динамічною та полісуб'єктною структурою, сформованою внаслідок синергетичного впливу децентралізації та трансформації медичної галузі, що замінила централізовану модель Семашка. Встановлено, що ключові характеристики нової системи — це пацієнтоцентричність, фінансова автономія комунальних некомерційних підприємств (КНП) та контрактна модель фінансування (гроші йдуть за пацієнтом) через НСЗУ. Доведено, що успішність функціонування дворівневої структури (первинна та вторинна ланки) напряду залежить від ОМС, який перетворився на стратегічного власника та інвестора. Його роль є критичною у виконанні двох функцій, не покритих НСЗУ: покриття капітального та інфраструктурного дефіциту (інвестиції у дороговартісне обладнання, КТ, енергоефективність) та забезпечення кадрової стійкості через муніципальні програми стимулювання. Таким чином, система охорони здоров'я ТГ вимагає від місцевої влади переходу від ролі пасивного «завгоспа» до стратега та архітектора політики здоров'я на своїй території.

2. Щодо правового забезпечення функціонування медичних систем ТГ та їхніх колізій. Проведено системний аналіз багатогранної нормативно-правової бази (Конституція, Основи законодавства, Закони про фінансові гарантії та місцеве самоврядування), що регулює сферу. Виявлено, що, попри значний прогрес у правовому оформленні фінансової автономії КНП, зберігається системна правова колізія — так звана «керована автономія». Вона полягає у

суперечності між господарською самостійністю КНП та збереженням за ОМС ключових адміністративних важелів впливу (затвердження фінансового плану, статуту, призначення керівника). Ця ситуація створює ризик надмірного політичного втручання, що нівелює принципи ринкового менеджменту. Також ідентифіковано правову прогалину у регулюванні механізмів співфінансування медичних послуг з місцевих бюджетів, що призводить до нерівності у доступі до допомоги між різними ТГ. Визначено, що затвердження Операційного плану реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (січень 2025 р.) стало ключовим кроком до усунення цієї фрагментарності. Цей документ забезпечив необхідну правову основу для ОМС, чітко розмежувавши повноваження, і перевів процес розвитку медичної галузі на місцях з площини ситуативних рішень у площину планової, доказової політики, надавши "дорожню карту" для формування спроможної мережі.

3. Щодо систематизації інструментів розвитку системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Здійснено систематизацію та обґрунтовано інтегроване застосування комплексу управлінських інструментів, необхідних для сталого розвитку місцевої медичної системи. Ці інструменти класифіковано за трьома групами. Фінансово-економічні інструменти орієнтовані на максимізацію доходів КНП через розширення контрактів з НСЗУ та використання місцевих цільових програм для компенсації капітальних видатків (на обладнання та інфраструктуру), а також на залучення грантових коштів як засобу швидкої модернізації. Організаційно-управлінські інструменти включають розробку місцевої Стратегії здоров'я, поглиблення корпоративного управління та критично важливе міжмуніципальне співробітництво (ММС), що дозволяє громадам об'єднувати ресурси для утримання спроможної мережі лікарень та уникнення дублювання закупівель. Нарешті, Інформаційно-комунікаційні інструменти (eHealth, МІС, телемедицина) є обов'язковою передумовою для прозорості фінансових потоків, забезпечення якості даних для НСЗУ та подолання географічних бар'єрів у доступі до медичних послуг у сільській місцевості.

4. Щодо емпіричного аналізу стану та особливостей розвитку системи охорони здоров'я в Горохівській ТГ із використанням міжнародної технічної допомоги. Проведено детальний кейс-аналіз на прикладі Горохівської ТГ, який підтвердив життєздатність моделі проактивного, стратегічно орієнтованого управління. Виявлено, що громада інституційно закріпила цей перехід, створивши профільний Відділ та Координаційну раду з питань охорони здоров'я (ілюстрація принципу "участі"). Цей орган розробив та затвердив матрицю із семи місцевих цільових програм із загальним бюджетом понад 140 млн грн на наступні чотири роки. Доведено, що міжнародна технічна допомога (МТД), зокрема від USAID/PATH, відіграла ключову каталітичну роль, забезпечивши технологічний стрибок: придбання цифрового портативного рентген-апарату, встановлення сонячних станцій у трьох ключових амбулаторіях, а також оснащення 45 сільських Пунктів здоров'я IT-інфраструктурою для телемедицини. Встановлено, що стратегічний підхід дозволив громаді спрямувати значні кошти (понад 8,8 млн грн) на Програму місцевих стимулів для подолання критичного кадрового дефіциту (73,8% укомплектованості, 42% лікарів пенсійного віку), що є безпосереднім доказом того, що охорона здоров'я стала реальним пріоритетом.

5. Щодо використання принципів належного врядування в управлінні системою охорони здоров'я ТГ. Обґрунтовано необхідність імплементації європейських принципів належного врядування (Good Governance — Прозорість, Підзвітність, Участь) як єдиної інституційної основи для підвищення легітимності системи, мінімізації корупційних ризиків (зокрема, неформальних платежів) та успішного залучення зовнішніх ресурсів (МТД, інвестиції). Розроблено матрицю практичної реалізації цих принципів: Прозорість (Transparency) вимагає не лише публікації фінансових звітів КНП, але й створення візуалізованих дашбордів, що деталізують структуру всіх надходжень (НСЗУ, місцевий бюджет) та цільове використання коштів через Prozorro. Підзвітність (Accountability) закріплюється обов'язковим щорічним публічним звітуванням керівників КНП, оцінка якого базується виключно на досягненні

об'єктивних, кількісних ключових показників ефективності (KPIs), що виключає адміністративну та політичну суб'єктивність. Участь (Participation) реалізується через посилення ролі Наглядових рад при КНП, перетворюючи їх на незалежні, професійні органи контролю та інтегруючи інтереси пацієнтських організацій у процеси стратегічного управління.

6. Щодо удосконалення інституційно-правових механізмів управління на місцевому рівні. Розроблено конкретні пропозиції, спрямовані на інституційне зміцнення та подолання колізій «керованої автономії». По-перше, запропоновано удосконалення контрактного менеджменту шляхом обов'язкового включення системи збалансованих KPIs у контракти керівників КНП. Ця система, що охоплює фінансову стійкість, якість клінічних послуг, кадрову спроможність та соціальну доступність (зокрема, через розвиток телемедицини), забезпечить перехід від політичного впливу до управління, орієнтованого на вимірюваний результат. По-друге, рекомендовано посилення інституційної ролі Наглядових рад (НР) через надання їм реальних повноважень стратегічного затвердження річних фінансових планів та оцінки виконання KPIs, що є ключовим для корпоративного контролю та мінімізації суб'єктивного втручання засновника. По-третє, обґрунтовано активне застосування міжмуніципального співробітництва (ММС), зокрема моделей спільного засновництва та фінансування кластерних лікарень, як критичного стратегічного механізму для раціоналізації медичної інфраструктури, уникнення дублювання капітальних витрат та забезпечення економічної стійкості спроможної мережі в межах госпітальних округів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акуленко Л. Бути здоровим по-європейськи. Що діється в системі громадського здоров'я? *Texty.org.ua*. 05.12.2012. URL: https://texty.org.ua/archive-blogs/72864/Buty_zdorovym_pojevropеjsky_Shho_dijetsa_v_systemi-72864/
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посібн. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с. URL: https://library.wunu.edu.ua/libsearch/DocDescription?doc_id=241402
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf
4. Бетлій О. Ефективність видатків Міністерства охорони здоров'я України: аналіз бюджетних запитів. URL: <http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments?pid=5417>
5. Білинська М. М., Кульгінський Є. А. Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2014. № 4. С. 104–107. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/4_2014/19.pdf
6. Білинська М. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2013. № 3. С. 92-97. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2013_3_16
7. Васюк Н., Юрочко Т. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2019. № 1. С. 78–84. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/2f92a0a5-8135-4491-a295-787504a17b4b/content>
8. Горохівська міська територіальна громада : офіційний веб-сайт. URL: <https://gorokhivska-gromada.gov.ua/pro-gromadu/>

9. Господарський кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 436-IV : станом на 28 серп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
10. Дашборди Національної служби здоров'я України. Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги / Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/> (дані узагальнені станом на 2023-2024 рр.)
11. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.
12. Державне підприємство «Медичні закупівлі України». URL: <https://medzakupivli.com/uk/pro-mzu/pro-nashttps://mpu.gov.ua/uk>
13. 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. проф. М. М. Білинської. Київ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
14. Децентралізація надання соціальних послуг у сфері зайнятості населення: зарубіжний досвід : колективна монографія / за наук. ред. канд. істор. наук П. В. Опанащука. Київ, 2022. 164 с. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/34567/1/-%20Колективна%20монографія%202022.pdf>
15. Звіт Горохівського міського голови про роботу за 2023 рік. *Горохівська міська рада*. URL: <https://gorokhivska-gromada.gov.ua/news/1703248310/>
16. Звіт про виконання бюджету Горохівської міської територіальної громади за 2023 рік. *Горохівська міська рада*. URL: <https://gorokhivska-gromada.gov.ua/byudzheth/zvitnist/>
17. Капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта на первинці у 2024 році. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/kapitaciina-stavka-za-obslugovuvannya-odnogo-paciienta-na-pervinci-u-2024-roci>

18. Комунальне некомерційне підприємство «Горохівська багатопрофільна лікарня»: офіційна сторінка Facebook. URL: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100063546738910>

19. Комунальне некомерційне підприємство «Горохівський центр первинної медико-санітарної допомоги»: офіційна сторінка Facebook. URL: <https://www.facebook.com/gorokhiv.cpmsd/>

20. Конституція України: Основний Закон України від 28.06.1996: станом на 01 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

21. Криничко Л. Р. Малігон Ю. М. Нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник ХНАУ. Серія «Економічні науки»*. 2020. № 3. С. 364–380. URL: <https://repo.btu.kharkiv.ua/items/44dfa7fb-967d-45c1-82d7-fb7ffc6fe681>

22. Лемішко О. Роль державного управління реформуванням системи охорони здоров'я. *Науковий вісник*. Вип. 3. 2009. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2022/jan/26540/lemishko>.

23. Ляшко В., Півень Н. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf

24. Малачинська М. Впровадження змін в системі охорони здоров'я на місцевому рівні: управлінські інструменти територіальних громад. Теоретичні та прикладні питання державотворення. 2022. № 28. С. 44–54. URL: <http://taais.oridu.odessa.ua/article/view/285244>

25. Медичні заклади Волині отримали допомогу від Програми розвитку ООН (ПРООН) та Європейського Союзу. *Волинська обласна військова адміністрація*: офіційний сайт. 15.11.2023. URL: <https://voladm.gov.ua/new/medichni-zakladi-volini-otrimali-dopomogu-vid-programi-rozvitku-oon-proon-ta-yevropeyskogo-soyuzu/>

26. Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й., Лопіт В. В., Савчук Л. М., Рожкова І. В. Місце громадського здоров'я України в стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року (частина 2). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 2 (100). С. 55–63. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/14788/13621>
27. Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й., Лопіт В. В., Савчук Л. М., Рожкова І. В. Місце громадського здоров'я України в стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року (частина 1). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 1 (99). С. 39–48. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/14624/13468>
28. Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Щербінська О. С., Білак-Лук'янчук В. Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 8. С. 26–31. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/273291/269014>
29. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ : станом на 27 верес. 2025 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
30. Офіційний портал відкритих даних НСЗУ. Результати моніторингу ефективності роботи надавачів медичних послуг. URL: <https://nszu.gov.ua/opendata>
31. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст). Київ : МОПІОН, 2019. 445 с.
32. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 31 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
33. Про деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. ВВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF/ed20230228#Text>

34. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.07.2023 № 854. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/854-2021-%D0%BF#Text>

35. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>

36. Про затвердження Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 № 1394. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>.

37. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>.

38. Про затвердження Програми розвитку та фінансової підтримки комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я Горохівської міської ради на 2023-2025 роки : Рішення Горохівської міської ради від 22.12.2022 № 28/10.

39. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 р. № 34-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1184-2023-%D1%80>.

40. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР : станом на 31 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

41. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» : Указ Президента України від 18.08.2021 № 369. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/369/2021#Text>

42. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX : станом на 01 січ. 2025 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

43. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

44. Про утворення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.09.2015 № 604. URL: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_2015.09.18_604.pdf

45. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. № 1101. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>

46. Проєкт USAID «Стійкість системи охорони здоров'я» передав обладнання для реабілітації волинським лікарням. *USAID Health Reform Support*. 20.07.2023. URL: <https://www.facebook.com/USAIDHealthReformSupport/posts/pfbid0q9Y>

47. Слабкий Г. О., Німчук С. С. Вплив війни з РФ на соціально-економічні детермінанти формування громадського здоров'я населення України. *Scientific research in the modern world : the 4th International scientific and practical conference (February 9–11, 2023)*. Perfect Publishing, Toronto, Canada, 2023. P. 94–98. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/47716>

48. Степурко Т. Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. *Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки*. 2016. Т. 187. С. 82–89. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMA_s_2016_187_13

49. Стратегія розвитку Горохівської міської територіальної громади на період до 2027 року. Затверджено рішенням Горохівської міської ради від 24.12.2021 № 15/1. Горохів, 2021. 120 с.

50. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 435-IV : станом на 18 лист. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

51. Aligning health and decentralization reform in Ukraine. Health policy paper series. World Health Organization. Geneva: WHO, 2021. 34 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5141c029-010d-48ca-b355-47dde62a8c84/content/>

52. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. *EUR-Lex: Access to European Union law*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

53. European Charter of Local Self-Government: European Treaty Series No. 122. 15.10.1985. *Council of Europe*. URL: <https://rm.coe.int/168007a088>

54. European Social Charter (Revised): European Treaty Series No. 163. 03.05.1996. *Council of Europe*. URL: <https://rm.coe.int/168007cf93>

55. Fundusze Unii Europejskiej 2007–2013. Cele – Działania – Środki. URL: <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/0ab61914-bdf4-4ff6-a7c1-00df336ddb9d/content>

56. Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U.. Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu = Health concept and its protections in the light of subject literature. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016. № 6(9). P. 575–585. URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3883>

57. Ministerstwo Zdrowia. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie>.

58. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1>

59. The Governance of Health Systems: Improving Performance through Better Regulation and Oversight. Paris : OECD Publishing, 2022. 150 p. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/health-system-performance.html>.

60. OVERVIEW. Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions. World Bank Group. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>

61. Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union’s action in the field of health (‘EU4Health Programme’) for the period 2021-2027, and repealing Regulation (EU) No 282/2014 (Text with EEA relevance). *EUR-Lex: Access to European Union law*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/522/oj>

62. Strategy on Innovation and Good Governance at Local Level : endorsed by Decision of the Committee of Ministers of the Council of Europe. *Council of Europe*. 2008. URL: <https://rm.coe.int/1680746d1d>.

63. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth : World Health Organization Regional Office for Europe. Tallinn, 27.06.2008. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2008-4229-43988-62011>

64. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000. 215 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>

65. Treaty on the Functioning of the European Union (Consolidated version). *EUR-Lex: Access to European Union law*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

66. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionu Europejskiego Kopenhaga. URL: https://katalogi.uj.edu.pl/discovery/fulldisplay/alma991003744649705067/48OMNIS_UJA:uja.

ДОДАТОК
ПОЛОЖЕННЯ
про Координаційну раду з питань охорони та зміцнення здоров'я
при Горохівській міській раді

I. СТАТУС ТА ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДІЯЛЬНОСТІ КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ

1. Координаційна рада з питань охорони та зміцнення здоров'я (далі – Координаційна рада) є консультативно-дорадчим міжсекторальним органом Горохівської міської ради (далі – міська рада), до компетенції якої входить реалізація Стратегії соціально-економічного розвитку Горохівської міської територіальної громади у частині розвитку сфери охорони та зміцнення здоров'я (далі – Стратегія).

2. Координаційна рада створюється розпорядженням міського голови.

3. Координаційна рада є робочим органом, що координує діяльність виконавчих органів міської ради, підприємств, установ та організацій (у т.ч. міжнародних), що працюють у Горохівській міській територіальній громаді (далі – Громада), та інших зацікавлених сторін з метою формування, ефективної реалізації, моніторингу та оцінки прогресу у реалізації Стратегії, програм, проєктів і заходів у рамках її виконання, інших місцевих програм, проєктів і заходів у сфері охорони та зміцнення здоров'я, а також прогнозування і планування необхідного для цього фінансування і координації узгодженого та обґрунтованого використання коштів та ресурсів.

4. Координаційна рада працює на засадах оперативного та випереджального реагування у сфері охорони та зміцнення здоров'я у громаді.

5. У своїй діяльності Координаційна рада керується:

- законодавством України;
- підзаконними нормативно-правовими актами України;

- розпорядженнями голови міської ради, розпорядчими актами виконавчого комітету міської ради та іншими локальними правовими актами;
- положенням про Координаційну раду у даній редакції;
- регламентом Координаційної ради, який приймає сама Координаційна рада для конкретизації норм положення про Координаційну раду.

6. Організаційне, матеріально-технічне, інформаційне та інше забезпечення діяльності Координаційної ради здійснює апарат міської ради.

II. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗАВДАННЯ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ

7. Основними функціональними завданнями Координаційної ради є:

розроблення, погодження та внесення на розгляд міської ради та міського голови пропозицій щодо пріоритетів, порядку формування та внесення змін, ефективної реалізації, моніторингу та оцінки прогресу у реалізації Стратегії, проєктів і заходів на її виконання, інших місцевих програм, проєктів і заходів з розвитку сфери охорони та зміцнення здоров'я у Громаді;

координація діяльності та сприяння співробітництву зацікавлених сторін у контексті предмета відання Координаційної ради на засадах міжсекторальної взаємодії;

сприяння дотриманню та забезпеченню всіма зацікавленими сторонами прав і свобод людини, принципів інклюзивності, недискримінації, гендерної рівності та гендерної чутливості під час формування і реалізації місцевих програм і проєктів з розвитку галузі охорони здоров'я у Громаді;

прогнозування та планування фінансового та ресурсного забезпечення, координація обґрунтованого, раціонального та ефективного використання коштів громади та домогосподарств, що спрямовуються на задоволення потреб у контексті предмета відання Координаційної ради;

регулярний аналіз дотримання місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, іншими юридичними особами публічного

права, а також юридичними особами приватного права вимог нормативно-правових і розпорядчих актів, які стосуються предмета відання Координаційної ради;

сприяння залученню вітчизняних та іноземних інвестицій, коштів проєктів міжнародної технічної допомоги, коштів благодійних організацій, зокрема міжнародних, тощо для посилення спроможності Громади у вирішенні пріоритетних завдань у сфері охорони та зміцнення здоров'я;

розгляд етичних конфліктів та аналіз ситуацій потенційного або наявного конфлікту інтересів із напрацюванням відповідних рекомендацій та наглядом за їх виконанням.

Для належного виконання своїх функціональних завдань Координаційна рада:

1. використовує за потреби бланк із найменуванням органу влади, розпорядженням якого Координаційну раду створено (а за потреби – також із власним найменуванням) і контактною інформацією самої Координаційної ради;
2. користується правом запитувати та одержувати в установленому законодавством порядку інформацію від органів влади та місцевого самоврядування, зацікавлених сторін та інших суб'єктів;
3. заслуховує доповіді, ознайомлюється зі звітами та іншою інформацією юридичних та фізичних осіб про їхню діяльність за предметом відання Координаційної ради, насамперед про здійснення програм, проєктів і заходів, які фінансуються за державні кошти, кошти місцевого бюджету та/або з інших джерел, не заборонених законодавством;
4. розробляє та вносить на розгляд відповідних органів місцевого самоврядування проєкти програм (компонентів програм), проєкти та концептуальне бачення окремих заходів у сфері охорони та зміцнення здоров'я;
5. у разі потреби запрошує на свої засідання або погоджує участь у засіданнях (у цілому чи під час розгляду окремих питань) осіб, які не є членами Координаційної ради та не виконують для Координаційної ради секретарські чи інші допоміжні функції;

6. розробляє та доводить до відома зацікавлених сторін та інших суб'єктів рекомендації за предметом свого відання;

7. утворює в разі потреби робочі групи, консультаційні та експертні органи на постійній чи тимчасовій основі для виконання окремих завдань, визначаючи при цьому рамкові засади діяльності таких органів та призначаючи особу, персонально відповідальну за організацію роботи таких органів;

8. користується правом ініціювати колективні заходи (наради, конференції, семінари, тренінги тощо) з розгляду та/або опрацювання питань за предметом відання Координаційної ради;

9. забезпечує навчання та інші форми підвищення професійної компетентності секретаря/секретарки та членів Координаційної ради;

10. публічно інформує про свою діяльність, зокрема про прийняті рішення та стан їх виконання, стан і результати реалізації програм, проєктів і заходів, шляхом:

- оприлюднення повідомлень на офіційному сайті міської ради;
- публікацій у соціальних мережах;
- адресного розсилання документів, матеріалів і повідомлень електронною поштою;
- поширення інформації та надання коментарів через засоби масової інформації та інтернет-ресурси.

III. СКЛАД КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ

9. Структура Координаційної ради затверджується розпорядженням міського голови за поданням робочої групи, створеної за його рішенням, і оформлюється, як додаток до цього Положення.

10. Координаційна рада формується за представницько-посадовим принципом. Представницький принцип означає, що членство в Координаційній раді здобувають уповноважені представники/представниці груп зацікавлених сторін. Посадовий принцип означає, що членами Координаційної ради є

визначені посадові особи органів місцевого самоврядування та виконавчої влади Громади, які опікуються наступними напрямками:

- первинна медична допомога;
- спеціалізована медична допомога;
- громадське здоров'я;
- освіта;
- соціальний захист;
- цифровізація;
- інформаційна робота;
- культурно-масова діяльність;

11. До складу Координаційної ради входять особи, що представляють групи зацікавлених сторін, мінімальний перелік яких визначається цим Положенням. Вподальшому, доповнення до мінімального переліку зацікавлених сторін у сфері охорони та зміцнення здоров'я, здійснюється відповідно до розвитку громадської ініціативи та затверджується рішенням голови Координаційної ради. До мінімального переліку зацікавлених сторін входять:

- Журавниківський старостинський округ
- Звиняченський старостинський округ
- Мирненський старостинський округ
- Новосілівський старостинський округ
- Підберезівський старостинський округ
- Скобелківський старостинський округ
- Терешківцівський старостинський округ
- Холонівський старостинський округ
- громадські організації (пацієнтів, осіб з підвищеними потребами, ветеранів ЗСУ, тощо)

12. Координаційну раду очолює голова Координаційної ради, яким/якою за посадою є заступник/заступниця міського голови відповідно до розподілу функціональних обов'язків. Голова Координаційної ради несе персональну

відповідальність за організацію і результати роботи Координаційної ради за період свого головування в Координаційній раді.

13. Голова Координаційної ради має заступника/заступницю, який/яка його заміщає. Заступником/заступницею голови Координаційної ради призначається начальник управління освіти, культури, молоді, спорту, соціального захисту та охорони здоров'я Горохівської міської ради за посадою.

14. Голова Координаційної ради та його заступник/заступниця входять до складу Координаційної ради;

15. Секретарем Координаційної ради визначається відповідальна особа, до компетенції якої належить координація участі Горохівської міської ради в проєктах в галузі охорони здоров'я.

16. Секретар/секретарка Координаційної ради:

- не входить до складу Координаційної ради;
- не бере участі в голосуваннях з питань порядку денного засідань Координаційної ради, але користується правом дорадчого голосу з обговорюваних Координаційною радою питань.

17. Персональний (поіменний) склад Координаційної ради затверджує її голова у вигляді додатку до цього Положення. Формування персонального складу Ради здійснюється з урахуванням принципу забезпечення рівних можливостей жінок і чоловіків.

18. Персональний склад Координаційної ради формується та регулярно оновлюється у відповідності до представницько-посадового складу секретарем/секретаркою Координаційної ради на підставі офіційних відомостей (документів) про:

- перебування певних осіб на посадах, зазначених у представницько-посадовому складі Координаційної ради;
- делегування певних осіб до складу Координаційної ради.

19. Секретар/секретарка Координаційної ради несе персональну відповідальність за коректність та своєчасність актуалізації інформації про персональний (поіменний) склад Координаційної ради.

20. Зміни у складі Координаційної ради затверджуються відповідним розпорядженням міського голови за поданням голови Координаційної ради (або його заступника в разі, коли посада голови Координаційної ради є вакантною).

IV. ПОВНОВАЖЕННЯ ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЧЛЕНІВ КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ ТА ЇЇ СЕКРЕТАРЯ

21. Голова Ради:

- забезпечує контроль за складанням і виконанням планів роботи Координаційної ради;
- підписує протоколи та рішення засідань, чим засвідчує їх відповідність змісту обговорення та прийнятих рішень;
- забезпечує, у разі необхідності, реалізацію рішень шляхом прийняття відповідних актів міської ради або її виконавчого комітету;
- інформує членів Координаційної ради про результати розгляду та прийняття актів міської ради або її виконавчого комітету, рекомендованих Координаційною радою;
- інформує членів Координаційної ради про надходження офіційних документів, листів, щодо діяльності Координаційної ради та питань, які належать до її компетенції, а також робить інші повідомлення.

22. Члени Координаційної ради:

- забезпечують представництво інтересів зацікавлених сторін (секторів), що обрали їх до складу Ради і є підзвітними групам, які їх делегували;
- відкрито та своєчасно обмінюються інформацією в межах відповідних груп, які вони представляють, зокрема, шляхом активного листування, та надають відповіді на запити додаткової інформації;
- регулярно проводять консультації зі своїми групами та представляють точку зору та інтереси групи на засіданнях Координаційної ради й в процесі прийняття рішень;

- беруть участь у засіданнях Координаційної ради, в роботі робочих та експертних груп, утворених за рішенням Координаційної ради;
- представляють на засіданні Координаційної ради інформацію з питань порядку денного;
- виконують рішення Координаційної ради;
- надають пропозиції та беруть активну участь у розробці плану роботи Координаційної ради, підготовці порядку денного засідань, проєктів рішень, підготовці інформаційно-аналітичних матеріалів до засідань Координаційної ради тощо;
- голосують з будь-якого питання, ініціюють питання на голосування.

23. Секретар Координаційної ради:

- веде протокол засідань Ради;
- розсилає інформаційні матеріали;
- проводить робочі наради з відповідальними особами;
- розсилає рішення Ради.

V. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ

24. Організаційними формами роботи Координаційної ради є:

- очні засідання;
- засідання у змішаному форматі (очний та дистанційний);
- робота в дистанційному режимі комунікації між членами ради.

25. Координаційна рада проводить чергові та позачергові засідання.

26. Чергові засідання проводяться не рідше, ніж один раз на квартал, тобто щонайменше чотири рази на рік.

27. Позачергові засідання проводяться в разі потреби та можуть ініціюватися будь-ким із членів Координаційної ради шляхом відповідного звернення з обґрунтуванням до голови Координаційної ради або Координаційної ради в цілому в режимі електронної комунікації. Рішення про доцільність або

недоцільність скликання позачергового засідання на підставі такого звернення приймає голова Координаційної ради, про що сповіщає Координаційну раду через її секретаря.

28. Засідання Координаційної ради є правоможним, якщо на ньому присутня (особисто зареєструвалася) більшість від її номінального представницько-посадового складу. Очне засідання допустимо проводити з елементом дистанційної участі, тобто з наданням окремим членам Координаційної ради можливості брати участь у засіданні з використанням технічних засобів (у такому разі за реєстрацію участі в засіданні членів Координаційної ради в дистанційному режимі відповідає її секретар).

29. Члени Координаційної ради зобов'язані брати участь у її засіданнях особисто. У разі, якщо правоможне засідання неможливо зібрати два рази поспіль, голові Координаційної ради надається право вивести зі складу Координаційної ради на підставі свого особистого рішення, засвідченого секретарем Координаційної ради, тих осіб, які не брали участі в двох засіданнях Координаційної ради поспіль. Наслідком такого рішення є відкриття процесу перепризначення до Координаційної ради (обрання до Координаційної ради) інших осіб відповідно до представницько-посадового складу Координаційної ради.

30. На засіданні Координаційної ради головує її голова або за дорученням голови (зокрема в разі фізичної його/її відсутності) заступник/заступниця голови. В разі, коли посада голови Координаційної ради є вакантною, засідання ради проводить заступник/заступниця голови.

31. Голова Координаційної ради може запрошувати експертів, представників громадськості та засобів масової інформації для участі в засіданнях Ради.

32. Організаційну та програмну підготовку засідань координує та забезпечує секретар/секретарка Координаційної ради у взаємодії з головою Координаційної ради та його/її заступником/заступницею, а також із суб'єктами (особами), залученими до розгляду окремих питань порядку денного.

33. Зміни до переліку питань, попередньо визначених порядком денним засідання, вносяться за пропозицією будь-якого члена Координаційної ради і ухвалюються шляхом відкритого голосування на початку засідання.

34. Координаційна рада може приймати рішення між засіданнями в режимі дистанційної комунікації між її членами із дотриманням розумних строків, необхідних для обговорення відповідних питань та голосування (такі строки конкретизуються в регламенті Координаційної ради).

35. Питання для обговорення в дистанційному режимі може ініціювати будь-хто з членів Координаційної ради. Ініційоване членом Координаційної ради питання виносить на обговорення та/або голосування в дистанційному режимі секретар/секретарка Координаційної ради, погоджуючи заздалегідь з головою Координаційної ради або його заступником/заступницею винесення такого питання на обговорення.

36. Модератором дистанційної комунікації в Координаційній раді виступає секретар/секретарка Координаційної ради.

VI. ПРИЙНЯТТЯ, ОФОРМЛЕННЯ І СТАТУС РІШЕНЬ КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ

37. Рішення Координаційної ради приймається шляхом консенсусу або більшістю голосів її членів. Консенсусом з приводу прийняття певного рішення вважається відсутність голосів, поданих проти такого рішення.

38. Рішення Координаційної ради оформлюються протоколом, який підписують особа, що головувала на засіданні (голова ради або його/її заступник/заступниця), та секретар/секретарка Координаційної ради.

39. Окрема думка члена Координаційної ради, яка не співпадає з прийнятим Координаційною радою рішенням, може бути включена до протоколу за наполяганням такого члена Координаційної ради, але формулюється для протоколу таким членом Координаційної ради самостійно в

усний спосіб на умовах аудіо фіксації або в письмовий спосіб не пізніше наступної доби після засідання.

40. Рішення Координаційної ради, які передбачають певні дії на їх виконання з боку зацікавлених сторін, мають рекомендаційний характер і реалізуються, зокрема, шляхом:

- прийняття відповідних нормативних або розпорядчих актів міською радою або її виконавчим комітетом в межах їх компетенції та повноважень;
- вжиття практичних кроків з реалізації таких рішень з боку інших зацікавлених сторін.

41. Рішення Координаційної ради, які прийняті в межах її компетенції, мають рекомендаційний характер або мають характер констатації є обов'язковими для розгляду виконавчими органами місцевого самоврядування та іншими зацікавленими сторонами.

42. Інформація про рішення, прийняті в дистанційному режимі, вноситься окремим блоком до протоколу наступного очного засідання Координаційної ради, а в разі об'єктивної потреби оформлюється як окреме документальне рішення Координаційної ради в порядку та у спосіб, установлених регламентом Координаційної ради.

VII. ДОКУМЕНТИ КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ

43. До засадничих документів Координаційної ради належать:

- розпорядчий локальний акт, яким утворено Координаційну раду;
- затверджений в установленому порядку представницько-посадовий склад Координаційної ради;
- положення про Координаційну раду;
- регламент Координаційної ради.

44. До основних поточних документів Координаційної ради належать:

- актуальний персональний склад Координаційної ради;
- протоколи зсідань Координаційної ради;

- додатки до окремих пунктів протоколу роботи Координаційної ради (у т.ч. затверджені Координаційною радою документи);
- плани роботи Координаційної ради;
- звіти про результати роботи Координаційної ради.

45. Засадничі та основні поточні документи Координаційної ради повинні бути розміщені в Інтернеті у відкритому доступі.

46. До додаткових (внутрішніх) документів Координаційної ради належать:

- реєстраційні відомості засідань Координаційної ради;
- презентаційні (методичні, інформаційні) матеріали, підготовлені Координаційною радою чи зацікавленими сторонами для розгляду Координаційною радою;
- протоколи роботи допоміжних органів, утворених Координаційною радою;
- листування в межах Координаційної ради та від імені Координаційної ради;
- інші внутрішні документи та матеріали.

VIII. КОНТРОЛЬ ЗА ВИКОНАННЯМ РІШЕНЬ РАДИ

47. Координаційна рада здійснює контроль за виконанням своїх рішень через секретаря Координаційної ради та/або інших уповноважених Координаційною радою осіб, і розглядає стан виконання своїх рішень на кожному засіданні Координаційної ради згідно з потребою та відповідно до встановлених строків виконання прийнятих Координаційною радою рішень.

48. У разі невиконання рішень Координаційної ради, Координаційна рада подає відповідне подання до органу управління майном або до власника комунального закладу охорони здоров'я з інформацією щодо невиконання рішень Координаційної ради та пропозиціями щодо заходів реагування.

49. Голова Координаційної ради звітується про результати роботи очолюваної ним/нею Координаційної ради за підсумками періоду свого головування (безпосередньо під час головування та протягом трьох років після припинення повноважень голови Координаційної ради).

50. У контексті регламентації своєї діяльності Координаційна рада має право ініціювати зміни до Положення про Координаційну раду.