ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А.Семенець-Орлова
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«ОРГАНІЗАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ УКРАЇНИ»

Виконав: студент групи
Е-8-23-М1ПУА(2.0з)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Якуба Роман Миколайович
Керівник: PhD, доц., Кузьменко Г.О.

Київ 2025

АНОТАЦІЯ

Якуба Роман Миколайович. “Організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах України”.

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти “*магістр*” *із спеціальності* “*Публічне управління та адміністрування*” *- Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2025*

У кваліфікаційній роботі визначено теоретичні засади організації медичної допомоги в умовах децентралізації. Проаналізовано організаційне забезпечення надання медичної допомоги в територіальних громадах. Розкрито напрями вдосконалення організаційного забезпечення медичної допомоги у територіальних громадах.

Ключові слова: медична допомога, медична реформа, стратегія, якість медичної допомоги, децентралізація, медичні послуги.

SUMMARY

Yakuba Roman. "Organisational support for the provision of medical care in territorial communities of Ukraine".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2025

The thesis defines the theoretical foundations of the organisation of medical care in the context of decentralisation. The organisational support for the provision of medical care in territorial communities is analysed. The directions of improvement of organisational support of medical care in territorial communities are revealed.

Key words: medical care, medical reform, strategy, quality of medical care, decentralisation, medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ 8
1.1. Поняття та сутність організаційного забезпечення у сфері медичної допомоги 8
1.2. Особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації 14
1.3. Механізми управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні 20
Висновки до першого розділу 27
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ 29
2.1. Сучасний стан і виклики організації медичної допомоги у територіальних громадах України 29
2.2. Практики організації медичної допомоги у громадах: зарубіжний досвід та можливості для запозичення 38
Висновки до другого розділу 49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ 51
3.1. Шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад 51
3.2. Рекомендації щодо підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації 58
Висновки до третього розділу 64
ВИСНОВКИ 65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 67

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Упродовж останніх років в Україні спостерігаються глибокі трансформації у сфері публічного управління, які суттєво вплинули на організацію медичної допомоги, особливо на рівні територіальних громад. Запровадження механізмів децентралізації, реформування системи охорони здоров'я, зміна форм власності та управління закладами, а також запровадження нових фінансових моделей стали потужними чинниками перебудови медичної інфраструктури. В умовах політичної, соціально-економічної та безпекової нестабільності надання якісних, безпечних і доступних медичних послуг стає критично важливим завданням, що потребує якісного організаційного супроводу на місцевому рівні.

Особливу вагу набуває саме рівень територіальних громад як базового простору, де відбувається безпосередня взаємодія між громадянином і системою охорони здоров'я. У зв'язку з цим зростає потреба в оновлених управлінських моделях, здатних не лише забезпечити ефективне функціонування медичних закладів, а й реагувати на локальні виклики, адаптуватися до нових стандартів, залучати ресурси та підтримувати партнерство між державними, комунальними й приватними структурами. Формування організаційних підходів до забезпечення медичної допомоги в громадах стає пріоритетним напрямом для дослідницького та практичного осмислення.

До вивчення проблематики децентралізації, публічного управління та медичної політики у контексті територіальних громад зверталися такі вітчизняні науковці, як: А. Барзилович, В. Борщ, Д. Гавриченко, Н. Горобець, Т. Дерун, І. Дробуш, В. Карлаш, І. Кирилюк, Б. Логвиненко, А. Мельник, А. Миколюк, В. Нестерович, І. Панов, О. Ременяк, Ю. Сенюк, А. Соломаха, Г. Татаренко, Т. Федоренко, Р. Черніховський, А. Чиркін, Р. Шевчук, М. Шкільняк та інші.

Однак, незважаючи на наявність ґрунтовних наукових праць у даній сфері, проблема організаційного забезпечення надання медичної допомоги в умовах функціонування територіальних громад залишається відкритою в частині практичного впровадження моделей управління, оцінки їхньої ефективності та узгодженості з потребами конкретних регіонів. Особливої гостроти вказана проблематика набуває в умовах повномасштабної війни, коли медична система стикається не лише з викликами ресурсного характеру, а й з необхідністю оперативного реагування, збереження життєво важливої інфраструктури та забезпечення медичних послуг для вразливих категорій населення. Саме тому подальше дослідження організаційних механізмів у сфері надання медичної допомоги на рівні громад є важливим кроком у напрямі формування сталої та дієвої моделі місцевого медичного управління.

Об'єктом дослідження є процес функціонування системи медичної допомоги в умовах децентралізації.

Предметом дослідження є організаційне забезпечення надання медичної допомоги у територіальних громадах України.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування засад організації медичної допомоги в умовах децентралізації, аналіз організаційного забезпечення її надання в територіальних громадах та окреслення напрямів його вдосконалення.

Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

- визначити поняття та сутність організаційного забезпечення у сфері медичної допомоги;
- розглянути особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації;
- дослідити сучасний стан і виклики організації медичної допомоги у територіальних громадах України;
- запропонувати шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад;

– надати рекомендації щодо підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації.

Методологія дослідження базувалася на поєднанні загальнонаукових і спеціальних методів, що забезпечили комплексне осмислення процесів організації медичної допомоги в умовах децентралізації. Застосовано діалектичний метод для виявлення суперечностей та взаємозв'язків між рівнями публічного управління у сфері охорони здоров'я. Системний підхід дав змогу розглядати організаційне забезпечення медичної допомоги як цілісну багаторівневу структуру. Метод аналізу й синтезу був використаний для логічного структурування наукового матеріалу, узагальнення підходів та формування висновків. Порівняльно-аналітичний метод став основою для вивчення зарубіжного досвіду організації медичної допомоги на рівні громад. Описовий і логіко-структурний методи застосовувалися для послідовного викладення теоретичних положень і розкриття реальних управлінських практик у межах українських територіальних громад.

Наукова новизна дослідження полягає у систематизації та конкретизації напрямів удосконалення організаційного забезпечення медичної допомоги в територіальних громадах в умовах децентралізації. На основі аналізу сучасного стану, викликів і зарубіжних практик запропоновано цілісну модель управлінських підходів, яка охоплює стратегічне планування, розвиток кадрового потенціалу, впровадження цифрових інструментів, механізмів моніторингу та публічно-приватного партнерства як ключові орієнтири для формування ефективної, доступної та стійкої системи медичних послуг на місцевому рівні.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування його результатів у діяльності органів місцевого самоврядування для розробки та реалізації ефективних моделей організаційного забезпечення медичної допомоги в територіальних громадах. Запропоновані управлінські підходи, рекомендації та механізми можуть слугувати основою для вдосконалення місцевих стратегій розвитку охорони здоров'я, підвищення якості

управлінських рішень, оптимізації використання ресурсів і налагодження міжсекторальної взаємодії на рівні громад.

Структура дослідження включає вступ, три основні розділи, висновки, список використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 74 сторінки, а бібліографічний список містить 53 джерела.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

1.1. Поняття та сутність організаційного забезпечення у сфері медичної допомоги

Організаційне забезпечення в системі охорони здоров'я виступає не лише адміністративною категорією, а й стратегічним інструментом досягнення державних цілей у сфері громадського здоров'я. У сучасних умовах, коли відбувається активне реформування медичної сфери, зростає значення управлінських механізмів, що забезпечують системність, узгодженість та ефективність функціонування галузі. Питання організаційного забезпечення набуває особливої актуальності в контексті впровадження децентралізації, що змінює традиційні моделі управління медичними послугами та зумовлює необхідність перегляду ролі як центральних, так і місцевих органів влади у цьому процесі. Такий підхід вимагає не тільки нормативного оновлення, а й концептуального переосмислення організаційної структури медичної допомоги, з урахуванням нових соціальних, демографічних та економічних викликів.

Організаційне забезпечення в системі охорони здоров'я є фундаментальною складовою ефективного функціонування медичних закладів, реалізації політик у сфері здоров'я населення та досягнення соціальної справедливості у доступі до медичних послуг. Його роль особливо зростає в умовах децентралізації публічного управління та трансформації суспільних інститутів. У сучасному науковому дискурсі організаційне забезпечення трактується як комплекс заходів, рішень, структур, ресурсів і механізмів, спрямованих на створення оптимальних умов для реалізації функцій системи охорони здоров'я. Так, Г. Гриценко акцентує увагу на тому, що організаційне забезпечення не повинно зводитися лише до адміністративних процедур, а має включати системне планування, стратегічне

бачення розвитку галузі, формування мережі закладів охорони здоров’я, а також ефективне використання кадрових і матеріальних ресурсів [9].

І. Дробуш, у свою чергу, підкреслює взаємозв’язок між рівнем організаційного забезпечення та соціальною ефективністю медичних послуг, звертаючи увагу на те, що неузгодженість управлінських дій і відсутність системного підходу до ресурсного забезпечення можуть призвести до зниження якості та доступності медичної допомоги, особливо в територіальних громадах [14]. Загалом, дослідження організаційного забезпечення в охороні здоров’я потребує багатовимірного підходу, що включає не лише аналіз формальних структур, а й глибоке розуміння управлінських практик, які формуються в умовах реформування та соціальної нестабільності. Вказане дозволяє не тільки визначити сильні та слабкі сторони існуючих моделей, а й сформулювати рекомендації щодо їх оптимізації з урахуванням сучасних викликів і потреб населення.

Сутність організаційного забезпечення медичної допомоги розкривається через систему впорядкованих і взаємопов’язаних управлінських дій, що спрямовані на забезпечення цілісності, злагодженості та результативності функціонування медичних закладів усіх рівнів. Організаційне забезпечення охоплює як стратегічні, так і тактичні аспекти управління: від формування загальної архітектоніки системи охорони здоров’я до конкретних процедур щоденного адміністрування, взаємодії суб’єктів управління, а також підтримки належного рівня функціонування інфраструктури. Особливої уваги потребує логістика інформаційних потоків, кадрова політика, система розподілу ресурсів і визначення відповідальності між різними рівнями влади − центральною, регіональною та місцевою.

Згідно з дослідженнями І. Криворучка, важливим завданням організаційного забезпечення є створення умов для стійкої взаємодії між органами влади та медичними установами, зокрема у сфері координації повноважень, планування ресурсів та організації моніторингу. Учений наголошує, що ефективність медичної допомоги безпосередньо залежить від

наявності чітко структурованої системи управління, яка враховує динаміку кризових ситуацій, таких як воєнний стан, та забезпечує адаптивність управлінських рішень [24].

У свою чергу, В. Карлаш звертає увагу на системний характер організаційного забезпечення, що включає кадрову стратегію, документообіг, технологічну підтримку та організацію інформаційно-комунікаційних процесів [16]. На думку дослідника, лише комплексний підхід, що поєднує структурну, процесуальну та ресурсну компоненти, здатний забезпечити ефективну реалізацію політики охорони здоров’я в умовах змін. Особливої ваги набуває необхідність міжвідомчої координації, злагодженості дій на місцевому та національному рівнях і використання сучасних інструментів електронного врядування.

З урахуванням динаміки розвитку публічного адміністрування в Україні, організаційне забезпечення у сфері охорони здоров’я дедалі більше потребує не лише технічної модернізації, а й концептуального переосмислення його місця у системі публічного управління. У сучасних умовах його розглядають не просто як набір адміністративних процедур або механізмів реалізації політик, а як інтегральний елемент, що об'єднує управлінські, інституційні, комунікативні та етичні компоненти публічного управління. Такий підхід вимагає постійної адаптації до змін зовнішнього середовища, включаючи соціальні трансформації, цифровізацію, кризові явища (зокрема воєнні дії), а також зміну суспільних очікувань щодо якості, доступності й прозорості медичних послуг.

Дослідник М. Шкільняк наполягає на необхідності інституціоналізації принципів доброго врядування у структурі організаційного забезпечення охорони здоров’я [53]. Йдеться насамперед про дотримання демократичних процедур, забезпечення прозорості прийняття рішень, підзвітності управлінських структур перед громадою, а також ефективного використання фінансових, кадрових та інформаційних ресурсів. Такий підхід забезпечує не

лише технічну, а й ціннісну основу функціонування медичних закладів, формуючи довіру населення до системи охорони здоров’я.

Організаційне забезпечення в даній парадигмі постає як засіб інтеграції різнорівневих управлінських рішень: від державної політики до оперативної діяльності місцевих громад та безпосередніх виконавців медичних послуг. Від ефективності цієї інтеграції залежить координація зусиль між державними інституціями, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров’я, а також залучення громадськості до процесів прийняття рішень, планування розвитку інфраструктури та розподілу ресурсів. Таким чином, організаційне забезпечення відіграє роль системоутворюючого чинника, що поєднує стратегічне управління з практичною реалізацією медичної політики на місцях.

Однією з ключових складових поняття організаційного забезпечення є ефективний механізм координації між різними рівнями влади − центральним, регіональним та місцевим. Саме завдяки злагодженій взаємодії цих рівнів забезпечується цілісність політики у сфері охорони здоров’я, її адаптація до локальних потреб, а також безперервність надання медичних послуг в умовах динамічних змін. Особливо актуальною ця координація стає у контексті децентралізації публічного управління, що активно впроваджується в Україні з 2014 року та суттєво змінила архітектуру управлінських процесів у сфері охорони здоров’я.

Як зазначають Д. Гавриченко, О. Козирєва, Т. Попова та Л. Сергієнко, ефективність надання медичної допомоги на місцях багато в чому залежить від того, наскільки організаційно відлагоджені процеси передачі повноважень, фінансування, обміну інформацією та відповідальності між органами державної влади й органами місцевого самоврядування [4]. У цьому контексті особливу роль відіграють інституційні механізми партнерства між органами управління, закладами охорони здоров’я та громадськістю, які формують підґрунтя для прийняття збалансованих і легітимних рішень на територіальному рівні.

На думку С. Глизнера, децентралізація виступає не лише як політико-адміністративна реформа, а й як інструмент модернізації організаційної структури публічної влади, що створює умови для реального наближення медичних послуг до громадян [6]. У цьому процесі організаційне забезпечення виконує функцію зв'язувального елементу між стратегічним баченням центральної влади та потребами місцевих громад, забезпечуючи узгодженість планування, розподілу ресурсів та контролю за якістю медичних послуг.

Згідно з підходом, викладеним у працях О. Крайника [22] та Л. Котової [21], організаційне забезпечення сфери охорони здоров'я охоплює не лише класичні управлінські функції, а й широкий спектр інструментів, що забезпечують цілісність, адаптивність та ефективність системи. До його складу входять, зокрема, формування управлінських структур відповідно до потреб населення та рівня територіальної спроможності, стратегічне забезпечення кадрового потенціалу, уніфікація та стандартизація управлінських процедур, а також впровадження принципів електронного врядування для підвищення прозорості та швидкодії адміністративних процесів.

Окрему вагу має інформаційна підтримка як інструмент управлінського моніторингу та аналітики, що дозволяє оперативно реагувати на зміни у запитах громад та в системі надання послуг. Серед ключових завдань сучасного організаційного забезпечення також вирізняється управління змінами — здатність публічної адміністрації адаптувати структури, ресурси та процеси до нових викликів, зокрема таких, як воєнні дії, внутрішнє переміщення населення, зміна демографічної структури громад.

Варто також підкреслити, що міжсекторальна взаємодія − синергія дій медичних установ, органів місцевого самоврядування, соціальних служб, освітніх закладів та громадських організацій − розглядається як одна з ключових передумов функціональної стійкості системи. Усі вказані компоненти формують системну модель організаційного забезпечення, в центрі якої перебуває тісний взаємозв'язок між рівнем управлінської

компетентності суб’єктів влади та реальним рівнем доступності й якості медичних послуг на місцях. Саме така цілісна й взаємопов’язана система дозволяє забезпечити сталість надання допомоги в умовах невизначеності та підвищених соціальних ризиків.

Важливим аспектом сучасного розуміння організаційного забезпечення є його ресурсне наповнення, яке охоплює інфраструктурні, інформаційні, фінансові та кадрові компоненти. Саме наявність достатнього і якісного ресурсу визначає реальну здатність системи охорони здоров’я задовольняти потреби населення в межах територіальних громад. Як зазначає В. Борщ, сучасна інфраструктура, що включає належне матеріально-технічне забезпечення медичних закладів, транспортну доступність, енергетичну незалежність і логістичну гнучкість, є основою стабільного функціонування медичних послуг в умовах децентралізованої моделі управління [2].

Не менш значущим є кадровий потенціал: наявність кваліфікованого персоналу, рівень професійної підготовки, умови праці та механізми мотивації безпосередньо впливають на якість надання медичної допомоги. Особливо гостро кадровий дефіцит проявляється у віддалених громадах, що посилює нерівність у доступі до послуг. Інформаційне забезпечення, зокрема впровадження цифрових платформ для управління пацієнтськими даними, обігу медичних документів, телемедицини та автоматизації управлінських рішень, істотно підвищує ефективність роботи медичних установ. У сукупності вказані ресурси не лише забезпечують функціонування системи, а й створюють передумови для її розвитку, реагування на виклики та підвищення довіри громадян до медичної допомоги на місцевому рівні.

Водночас, як підкреслюють І. Гупало, С. Козій-Бределєва, О. Лесняк, К. Мельникова та Т. Гутор організаційне забезпечення функціонування системи охорони здоров’я є динамічним і чутливим до зовнішніх обставин процесом, що потребує постійного моніторингу, критичного аналізу та гнучкої адаптації [5]. Вказане набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану, коли класичні управлінські моделі перестають бути ефективними через

різке ускладнення ситуації на місцях. Як зазначають В. Борщевський, О. Василиця та Є. Матвєєв, органи місцевого самоврядування в нових безпекових умовах змушені оперативно впроваджувати нестандартні управлінські рішення, зокрема − забезпечувати релокацію медичних закладів, мобільність медичного персоналу та розгортання тимчасових пунктів надання медичної допомоги [3].

Таким чином, поняття та сутність організаційного забезпечення у сфері медичної допомоги доцільно розглядати у взаємозв'язку з процесами децентралізації, розвитком спроможності територіальних громад, реформуванням системи охорони здоров'я та формуванням ефективних управлінських моделей у кризових умовах. Такий комплексний підхід дає змогу краще зрозуміти специфіку сучасного стану медичного адміністрування в Україні та окреслити напрями його вдосконалення на місцевому рівні.

1.2. Особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації

Реалізація децентралізаційної реформи в Україні стала фундаментальною віхою у трансформації системи публічного управління, відкривши нові горизонти для розвитку суспільних інституцій, зокрема в галузі охорони здоров'я. Упродовж тривалого часу медична система функціонувала в умовах жорсткої централізації, що зумовлювало її інерційність, управлінську негнучкість і віддаленість від реальних потреб населення. Така модель виявлялася неефективною в умовах регіональної нерівності, демографічних викликів і ресурсних обмежень. Впровадження децентралізаційного підходу, натомість, передбачало переорієнтацію вектора розвитку галузі в бік підвищення управлінської автономії територіальних громад, які отримали змогу не лише розпоряджатися бюджетними коштами, а й безпосередньо формувати місцеву політику охорони здоров'я з урахуванням пріоритетів конкретної соціальної спільноти.

Передача повноважень у даній сфері на рівень органів місцевого самоврядування стала не просто технічною реформою, а каталізатором глибоких системних змін, які охоплюють організаційні, фінансові, кадрові та інституційні аспекти [8]. Такий підхід дав змогу переосмислити логіку функціонування медичних закладів, перейти від адміністративного диктату до принципів субсидіарності, участі та прозорості. Водночас громади отримали у своє розпорядження реальні інструменти для визначення стратегічних напрямів розвитку галузі охорони здоров'я на своїй території, впровадження інноваційних моделей надання послуг і забезпечення рівного доступу до медичної допомоги відповідно до локальних умов.

Формування нової архітектури системи охорони здоров'я в умовах децентралізації ґрунтується не лише на адміністративно-фінансових змінах, а й на концептуальному переосмисленні ролі органів місцевого самоврядування, які відтепер виступають не пасивними виконавцями розпоряджень згори, а самостійними суб'єктами політики охорони здоров'я на своїй території. Як наголошує Н. Горобець, саме в такому підході реалізується ідея розподілу публічної влади, що дає змогу не лише делегувати функції, але й підвищити ефективність управлінських рішень завдяки їхній близькості до конкретного соціального контексту [7].

У практичному вимірі децентралізація стимулювала запровадження механізмів стратегічного планування на рівні територіальних громад. У цьому контексті О. Ременяк підкреслює, що децентралізована модель управління потребує не лише формальних змін, а й глибокої інституційної перебудови – зокрема, у питаннях підзвітності, прозорості та взаємодії між рівнями влади [37]. Система охорони здоров'я, інтегрована в цю модель, поступово набуває рис гнучкої мережі, спроможної швидко реагувати на загрози, адаптуватися до епідеміологічних викликів і водночас дотримуватися принципу рівного доступу до медичних послуг.

Утім, передача ресурсів та відповідальності не є автоматичною гарантією підвищення якості надання медичної допомоги. У деяких громадах

виникає ризик управлінської фрагментації, коли дефіцит професійних кадрів та обмежені можливості стратегічного планування знижують результативність реалізованих заходів. І. Кирилюк та В. Борщь, аналізуючи логіку децентралізації, наголошують на важливості чіткого нормативного регулювання міжсекторної взаємодії, оскільки саме правова визначеність забезпечує стабільність функціонування системи на всіх рівнях [17].

Крім того, слід акцентувати на зміні підходів до фінансування галузі. Запровадження нової моделі розподілу бюджетних коштів, що передбачає більшу автономію місцевих бюджетів, водночас вимагає від громад більшої відповідальності в управлінні цими ресурсами. У цьому контексті, як підкреслює В. Нестерович, одним із викликів є досягнення балансу між фінансовою самостійністю та централізованими гарантіями якості й безпеки медичних послуг, оскільки ризик занадто глибокої фрагментації може призвести до соціальної нерівності у доступі до базової медичної допомоги [30].

Особливу увагу варто приділити прикладам функціонування системи охорони здоров’я в окремих регіонах. Так, аналіз ситуації в Київській області, здійснений Л. Рудаковою та В. Михальчук, демонструє, що за умов належного інституційного супроводу та управлінської спроможності органів місцевої влади, децентралізація може стати дієвим інструментом модернізації медичних послуг [40]. Ідеться не лише про покращення матеріально-технічного забезпечення, а насамперед – про ефективне планування мережі закладів охорони здоров’я, персоналізований підхід до пацієнтів і зростання довіри населення до місцевих органів управління.

Загалом, децентралізація у сфері охорони здоров’я – це не лише механізм перерозподілу повноважень, а й глибокий процес переосмислення ролі держави, громади й окремого громадянина в забезпеченні права на здоров’я. Вона відкриває простір для інноваційних управлінських рішень, однак водночас потребує чітко злагоджених дій, нормативної підтримки й ресурсного забезпечення для досягнення сталих результатів.

Слід звернути увагу на те, що одним із ключових наслідків децентралізації стало формування умов для розвитку партнерських моделей управління, що передбачають залучення до процесу прийняття рішень не лише представників органів влади, а й громадськість, фахову спільноту, а також інститути громадянського суспільства. Такий підхід сприяє створенню прозорого управлінського середовища, в якому рішення щодо розвитку системи охорони здоров'я ухвалюються на основі широкого громадського діалогу та з урахуванням локальної специфіки. На думку А. Соломахи, децентралізація не лише перерозподіляє компетенції, а й змінює парадигму управління – від вертикальної до горизонтальної, де головну роль відіграють координація, консенсус та ефективна комунікація між усіма учасниками процесу [42].

Водночас функціонування системи охорони здоров'я в децентралізованому середовищі неможливо забезпечити без належного кадрового потенціалу на місцевому рівні. Часто саме брак кваліфікованих управлінців стає перешкодою для повноцінної реалізації реформ. Особливої ваги набуває питання професійної підготовки та перепідготовки працівників, здатних ефективно управляти медичною інфраструктурою, орієнтуючись не лише на нормативні вимоги, а й на реальні потреби громади. У зв'язку з цим, як зазначає О. Ременяк, особливого значення набувають освітні ініціативи, спрямовані на розвиток управлінської компетентності саме в галузі охорони здоров'я [37].

Додатковим викликом є забезпечення інституційної сталісті змін: зокрема, існує ризик, що за відсутності єдиного стратегічного бачення на національному рівні громади розвиватимуться нерівномірно, що поглиблюватиме диспропорції в доступі до якісної медичної допомоги. Проблема полягає не лише у фінансуванні, а у здатності створити єдину координаційну рамку, в межах якої місцеві ініціативи узгоджуватимуться з державною політикою. У цьому аспекті Нестерович наголошує на потребі

забезпечення синергії між різними рівнями публічної влади, що дозволить зберігати цілісність системи при збереженні автономії її частин.

Особливо помітним наслідком децентралізаційних процесів стала зміна статусу медичних закладів – від структур, що безпосередньо підпорядковувалися централізованим управлінським ланкам, вони перетворилися на комунальні некомерційні підприємства. Така трансформація відкрила можливості для більшої фінансової автономії, ініціативності та управлінської гнучкості. Водночас це зумовило потребу у створенні нових механізмів контролю якості та підзвітності, які би відповідали новому статусу медичних установ. У цьому контексті А. Барзилович слушно зауважує, що саме інституційна модернізація є наріжним каменем ефективного функціонування медицини в нових умовах [1].

Не менш важливим є вплив децентралізації на процес формування й реалізації місцевих програм охорони здоров'я. Завдяки доступу до локальної статистики, демографічних показників та особливостей захворюваності, громади можуть більш точно налаштовувати цільові програми, спрямовані на профілактику, раннє виявлення хвороб та підтримку вразливих груп населення. Така таргетованість політик значно підвищує їхню ефективність, а разом з тим – сприяє формуванню нової культури локального медичного управління, орієнтованого на запити конкретної громади. У контексті децентралізації важливо окреслити ключові аспекти трансформації управління охороною здоров'я на місцевому рівні. Нижче в табл. 1.1. представлено узагальнення основних викликів і позитивних тенденцій, що виникають у процесі реформування системи.

Таблиця 1.1.

Ключові особливості функціонування системи охорони здоров’я в умовах децентралізації

№	*Аспект*	*Зміст*
1	Партнерські моделі управління.	Формується новий формат ухвалення рішень із залученням громадськості, фахової спільноти, НУО; посилення горизонтальних зв’язків і комунікації.
2	Кадрова спроможність.	Дефіцит професійних управлінців на місцях гальмує реформу; необхідність розвитку управлінської компетентності медичних кадрів.
3	Інституційна сталість і координація.	Відсутність єдиного бачення на національному рівні спричиняє нерівномірність розвитку; потрібна узгодженість політик.
4	Трансформація статусу медичних закладів.	Перехід до комунальних некомерційних підприємств підвищує автономію, але вимагає нових систем контролю якості.
5	Локалізація програм охорони здоров’я.	Місцева статистика і потреби дозволяють адаптувати цільові програми, підвищуючи ефективність заходів і адресність допомоги.

Складено на основі аналізу джерел [1; 37; 42].

Отже, функціонування системи охорони здоров’я в умовах децентралізації – це складний, динамічний і багатогранний процес, у якому реформування структури управління тісно переплітається з питаннями правової, фінансової, кадрової та організаційної спроможності. Даний процес вимагає не лише технічних змін, а й глибокої трансформації управлінського мислення, здатності локальних суб’єктів ухвалювати обґрунтовані рішення, ефективно розпоряджатися ресурсами та формувати довіру населення до місцевої влади. Децентралізація створює можливості для підвищення якості медичних послуг, орієнтації на потреби конкретних громад, розвитку профілактичних програм та формування прозорого й підзвітного управління. Водночас вона висуває високі вимоги до взаємодії між усіма рівнями влади, координації стратегій і підтримки інституційного балансу. Ефективність цього процесу великою мірою залежить від здатності усіх учасників системи діяти синхронно, на основі спільної мети – забезпечення доступної, якісної та сталої медичної допомоги для кожного громадянина, незалежно від місця його проживання, соціального статусу чи демографічних особливостей.

1.3. Механізми управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні

У процесі децентралізації ключову роль у реалізації медичної політики почали відігравати саме територіальні громади, які отримали право самостійно формувати й упроваджувати локальні моделі управління охороною здоров'я. Відповідно, виникла необхідність у створенні ефективних механізмів, здатних забезпечити координацію між органами місцевого самоврядування, медичними закладами, структурними підрозділами охорони здоров'я, а також міжвідомчими партнерами. Основою цих механізмів стала інтеграція управлінських функцій, що дозволяє налагодити цілісну систему реагування на медичні потреби населення.

Самперед важливо підкреслити, що управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні ґрунтується на системному стратегічному підході, який передбачає узгодження національних орієнтирів охорони здоров'я з конкретними потребами та проблемами кожної окремої громади. Вказане дозволяє не лише відображати в програмах загальнодержавні цілі, такі як профілактика неінфекційних захворювань, розвиток первинної ланки чи зміцнення екстреної допомоги, але й адаптувати їх до демографічних, географічних і соціально-економічних характеристик місцевого населення. Такий підхід вимагає не лише якісної аналітичної бази, а й гнучких управлінських рішень, які враховують динаміку змін на території громади.

Формування стратегій охорони здоров'я на рівні територіальних громад є процесом, який неможливо зреалізувати виключно адміністративним шляхом. Його ефективність значною мірою залежить від здатності місцевої влади забезпечити інклюзивність та багатосторонність цього процесу. До його реалізації залучаються представники депутатського корпусу, керівники медичних закладів, фахівці управлінь охорони здоров'я, громадські організації, а також самі мешканці громади [46]. Такий підхід створює простір для діалогу між усіма зацікавленими сторонами, дозволяючи сформулювати

стратегії, які є не лише адміністративно зваженими, а й соціально легітимними.

Управлінська логіка місцевої політики у сфері охорони здоров'я передбачає не лише розробку стратегічних документів, а й чітке програмне наповнення, яке трансформується у конкретні рішення та дії. Затвердження місцевих програм охорони здоров'я є тим інструментом, що забезпечує цілеспрямоване використання ресурсів на пріоритетні напрями медичного обслуговування. Програми можуть охоплювати широкий спектр завдань − від забезпечення інсуліном пацієнтів із цукровим діабетом до фінансування виїзних консультацій лікарів у сільській місцевості чи створення кризових центрів для психічного здоров'я.

Одним із найважливіших напрямів реалізації місцевих стратегій є бюджетне планування. Саме на рівні громад приймаються рішення щодо розподілу коштів між медичними закладами, придбанням обладнання, ремонтом інфраструктури, підтримкою персоналу чи фінансуванням конкретних заходів. Такий рівень відповідальності потребує високої управлінської дисципліни, прозорих процедур та механізмів громадського контролю, аби уникнути неефективного використання ресурсів чи прийняття ситуативних рішень, не підкріплених даними.

Зрештою, саме місцева влада визначає перелік пріоритетних медичних послуг, які повинні надаватися населенню на території громади. Окреслене включає в себе як медичну логістику (розташування амбулаторій, маршрути пацієнтів, організацію чергувань), так і інвестиції в матеріально-технічну базу: закупівлю обладнання, забезпечення ліками, розвиток телемедичних сервісів. Ефективність реалізації таких завдань безпосередньо залежить від спроможності муніципальних структур функціонувати як координуючий і підтримуючий центр для всієї системи охорони здоров'я в межах конкретної території [48].

Окрему управлінську вагу в сучасних умовах набуває система контрактування медичних послуг, яка стала невід'ємною частиною реформи

фінансування галузі охорони здоров’я. З переходом до моделі, що ґрунтується на принципі “гроші йдуть за пацієнтом”, управління фінансовими потоками набуло нової логіки − фінансування більше не розподіляється на основі кількості ліжко-місць чи історичних бюджетів, а залежить від реальної кількості укладених декларацій, обсягів наданих послуг та рівня їхньої якості [23]. Така зміна не лише активізувала конкуренцію між медичними закладами, а й стимулювала громади переглядати та оптимізувати свою медичну інфраструктуру.

Завдяки впровадженню контрактної моделі громади отримали інструменти прямого впливу на конфігурацію мережі медичних установ, що функціонують на їх території. Вказане дало змогу зосередитися на потребах конкретного населення, враховуючи демографічну ситуацію, епідеміологічні ризики, рівень захворюваності та доступність послуг. Наявність контрактів із Національною службою здоров’я України (далі − НСЗУ) [29] стала своєрідним індикатором ефективності закладу: ті медичні установи, які не змогли адаптуватися до нових вимог, почали втрачати фінансування, а згодом — і стратегічне значення для громади.

Управлінський фокус поступово змістився у напрямі формування конкурентоспроможної, мобільної та функціонально збалансованої мережі комунальних некомерційних підприємств. Основними критеріями успішного функціонування закладу стали не лише обсяг і якість наданих послуг, а й здатність до інновацій, наявність сучасного обладнання, ефективна кадрова політика та цифровізація процесів. Місцеві органи влади, виступаючи засновниками цих закладів, повинні забезпечити як управлінську підтримку, так і сприяти залученню додаткових ресурсів, зокрема через міжмуніципальну співпрацю, гранти або державно-приватне партнерство.

Разом з тим, реалізація моделі контрактування виявила нові виклики для місцевого рівня. Не всі громади однаково готові до впровадження системного контролю за дотриманням умов договорів, моніторингу результатів діяльності закладів та належної аналітики використання бюджетних коштів. У цих

умовах ключовим залишається не лише укладення контрактів із НСЗУ, а й супровід цих угод на всіх етапах − від формування технічного завдання до оцінки впливу на здоров'я населення. Таким чином, контрактування перестає бути формальним процесом і перетворюється на один із найважливіших інструментів стратегічного управління охороною здоров'я на місцевому рівні.

До ефективних механізмів управління охороною здоров'я на місцевому рівні належить створення системи постійного моніторингу та оцінювання стану медичного забезпечення в межах територіальних громад. Така система є не лише інструментом оперативного реагування на актуальні виклики, а й засобом стратегічного управління, який дає змогу оцінити реальний вплив управлінських рішень на здоров'я населення. Формування відповідних структур − від відділів аналітики до міжсекторальних робочих груп − передбачає залучення експертів, представників медичних установ, управлінців, а також громадських ініціатив, що забезпечує комплексний і багатопозиційний підхід до оцінки якості послуг [35].

Систематичний аналіз ключових показників − зокрема, рівнів захворюваності, доступності медичних послуг, результативності лікування, а також індикаторів пацієнтської задоволеності − дає змогу виявляти слабкі місця у функціонуванні медичної системи та своєчасно впроваджувати коригувальні заходи. Особливе значення має також оцінка ефективності використання бюджетних коштів, що дозволяє не лише забезпечити прозорість у фінансових питаннях, а й обґрунтовано планувати витрати на майбутні періоди. Моніторинг стає основою для прийняття управлінських рішень, заснованих на доказах, а не на інтуїції чи політичному тиску.

Регулярне проведення аудитів медичних закладів − як внутрішніх, так і незалежних − посилює контроль за дотриманням стандартів, ефективністю використання ресурсів та якістю обслуговування пацієнтів. Така практика, доповнена обов'язковою звітністю перед органами місцевого самоврядування та громадськістю, формує нову культуру підзвітності, де кожен елемент системи охорони здоров'я має аргументовано обґрунтовувати свої дії, витрати

та досягнення. У свою чергу, відкритість до зовнішнього контролю з боку громадських об’єднань, журналістів або незалежних аналітичних центрів сприяє формуванню довіри між громадою та управлінською вертикаллю.

Важливою складовою сучасного управління є цифровізація процесів, що відбувається через впровадження електронних систем і платформ, які об’єднують медичні, фінансові та управлінські дані в єдину інформаційну екосистему. Розвиток електронного документообігу, систем обліку пацієнтів, платформ для бронювання візитів, обробки статистики та комунікації з НСЗУ суттєво підвищує швидкість управлінських процесів і зменшує адміністративне навантаження на персонал. У результаті управлінці отримують можливість приймати рішення в режимі реального часу, базуючись на актуальних і достовірних даних.

У поєднанні з політикою відкритих даних цифрові інструменти відкривають нові горизонти для прозорості та громадського контролю. Вони дозволяють жителям громад вільно отримувати інформацію про доступні послуги, рівень забезпечення медичних закладів, витрати бюджетів та результати аудиторських перевірок. Таким чином, цифровізація не лише модернізує управлінські механізми, але й посилює демократичні засади управління охороною здоров’я, роблячи її більш підзвітною, відкритою та орієнтованою на реальні потреби населення.

Не менш значущим аспектом місцевого управління в сфері охорони здоров’я є налагодження ефективної координації між різними рівнями медичної допомоги − первинною, спеціалізованою та екстреною. Така взаємодія має забезпечувати безперервність медичного обслуговування, усувати дублювання функцій та мінімізувати втрати часу й ресурсів у процесі надання допомоги. Система має функціонувати як єдиний узгоджений механізм, де кожна ланка виконує чітко визначену роль у структурі надання послуг і при цьому оперативно передає пацієнта до наступного рівня при ускладненні стану або зміні потреби.

Особливої актуальності питання координації набуває в умовах запровадження нових маршрутів пацієнтів, які передбачають раціональне переміщення осіб між рівнями медичної допомоги на основі клінічних протоколів, а не територіального принципу чи особистих домовленостей. Така модель вимагає від громад не лише організаційної спроможності, а й здатності здійснювати медичне планування − передбачати можливі навантаження на окремі заклади, балансувати обсяги послуг та забезпечувати логістику пацієнтських потоків [51]. Для досягнення цього необхідне створення центрів управління маршрутами, які координують переміщення пацієнтів між первинною, вторинною та третинною ланками відповідно до складності випадку та ресурсної доступності.

Ключову роль у цьому процесі відіграє екстрена медична допомога, яка є “входом” у систему для багатьох пацієнтів, особливо в критичних станах. Недостатній рівень координації між диспетчерськими службами, приймальними відділеннями та закладами спеціалізованої допомоги часто призводить до збоїв у маршрутизації, втрати часу та зниження шансів на позитивний результат лікування. Саме тому громади повинні не лише забезпечити технічну готовність усіх служб до оперативної взаємодії, а й сформувати нормативну та організаційну базу, яка визначатиме чіткі алгоритми співпраці, підпорядкованості та відповідальності.

Особливу управлінську складність становлять сільські та віддалені території, де проблеми логістики, кадрового забезпечення та матеріально-технічної бази можуть значно ускладнювати реалізацію повноцінної системи взаємодії між ланками. Тут будь-яка організаційна помилка, затримка або недосконала комунікація можуть мати фатальні наслідки для пацієнтів, особливо в екстрених ситуаціях. Тому важливою управлінською метою є впровадження компенсаторних механізмів − наприклад, мобільних бригад, телемедицини, укрупнення мережі амбулаторій або субвенційних програм для важкодоступних населених пунктів [10].

Загалом, ефективна координація між рівнями медичної допомоги є не лише питанням оптимізації ресурсів, а й запорукою безпеки та здоров'я населення. Вона потребує стратегічного планування, міжінституційної співпраці, сучасних технологічних рішень і глибокого розуміння реальних викликів, з якими щодня стикаються місцеві системи охорони здоров'я. Слід сказати, що для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні громади впроваджують комплекс управлінських механізмів, які охоплюють стратегічне планування, фінансування, цифровізацію, моніторинг та міжрівневу координацію. Узагальнені характеристики основних механізмів наведено нижче в табл. 1.2.

Таблиця 1.2.

Механізми управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні

№	Механізм управління	Основна суть	Особливості реалізації
1	Розробка стратегій охорони здоров'я громад.	Визначення локальних пріоритетів та узгодження їх з державними цілями.	Включає участь органів місцевої влади, медиків, депутатів, громадськості; фокусується на адаптації до локальних викликів
2	Програмне планування та бюджетування.	Планування видатків на медичні потреби громади, інвестиції в інфраструктуру та персонал.	Затвердження місцевих програм, пріоритети фінансування, прозоре управління ресурсами.
3	Контрактування медичних послуг.	Отримання фінансування від НСЗУ за принципом "гроші йдуть за пацієнтом".	Оптимізація мережі КНП, забезпечення їх відповідності вимогам НСЗУ, контроль за якістю послуг.
4	Моніторинг та оцінювання системи охорони здоров'я.	Аналіз доступності послуг, задоволеності пацієнтів, ефективності використання коштів.	Створення аналітичних структур, регулярні аудити, звітність, залучення громадськості до контролю.
5	Цифрові інструменти управління.	Впровадження електронного документообігу, обліку послуг, інформаційних систем.	Оперативність управлінських рішень, прозорість, інтеграція з політикою відкритих даних.
6	Координація між ланками медичної допомоги.	Забезпечення узгодженої взаємодії між ПМД, спеціалізованими та екстреними службами.	Маршрутизація пацієнтів, логістика, нормативна регламентація, особливий фокус на сільських і віддалених територіях.

Складено на основі аналізу джерел [10; 23; 35; 46; 51].

Таким чином, ефективне управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні передбачає не лише технічне адміністрування галузі, а глибоке стратегічне планування, здатність до інновацій, відкритість до партнерства та чутливість до потреб громади. Успішна реалізація цих механізмів можлива лише за умови постійного діалогу між управлінцями, медичною спільнотою та мешканцями, для яких система охорони здоров'я має бути не лише інституцією, а соціальним гарантом гідного життя.

Висновки до першого розділу

1. Організаційне забезпечення у сфері медичної допомоги розглянуто як комплекс взаємопов'язаних структур, процесів і механізмів, що створюють основу для ефективного функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Показано, що ключовими його аспектами є координація між рівнями влади, управлінська спроможність громад, ресурсне наповнення та адаптивність до зовнішніх викликів. Особливої значущості воно набуває в умовах воєнного стану, коли від оперативності організаційних рішень залежить безперервність надання медичних послуг і збереження життя та здоров'я населення.

2. Розглянуто особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. Установлено, що реформа публічного управління дала змогу громадам безпосередньо впливати на організацію медичних послуг, що сприяло зростанню адаптивності та ефективності системи. Запровадження фінансової і управлінської автономії медичних закладів, формування партнерських механізмів взаємодії з громадськістю та розробка локальних програм охорони здоров'я стали важливими досягненнями нової моделі. Однак поряд із позитивними зрушеннями виявлено і системні труднощі, зокрема нерівномірність управлінських спроможностей, дефіцит кваліфікованих кадрів та необхідність у чіткому стратегічному регулюванні. Загалом децентралізація відкрила широкі

можливості для модернізації галузі, проте її результативність потребує подальшого зміцнення інституційних основ на місцевому рівні.

3. Вивчено механізми управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні. Встановлено, що ключовими умовами їх ефективності є інтеграція стратегічного бачення, фінансової автономії, цифрових інструментів та механізмів громадської підзвітності в єдину керовану систему. Результати аналізу підтвердили, що саме комплексний підхід − із урахуванням специфіки територіальної громади, реальних потреб населення та логістичних можливостей − дозволяє забезпечити сталий розвиток місцевої медичної інфраструктури. Раціональне поєднання планування, контрактування, моніторингу та міжрівневої координації формує передумови для підвищення ефективності, якості та доступності медичних послуг на рівні громади.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

2.1. Сучасний стан і виклики організації медичної допомоги у територіальних громадах України

Організація медичної допомоги у територіальних громадах України на сучасному етапі перебуває у фазі не лише становлення, а й активного пошуку балансу між прагненням до автономного управління та необхідністю збереження уніфікованих підходів, що закладені у державній політиці охорони здоров'я. Така ситуація зумовлена кардинальними змінами в архітектурі публічного управління, зокрема передачею значної частини повноважень від центральної влади до місцевого рівня. У межах децентралізації громади отримали можливість самостійно приймати рішення щодо організації медичних послуг, розподілу ресурсів, вибору пріоритетів розвитку інфраструктури та кадрової політики. Формально цей процес розширив управлінську компетенцію муніципалітетів і створив умови для гнучкого реагування на локальні потреби.

Однак на практиці реалізація цих повноважень виявила значний спектр проблем, які не дозволяють повністю розкрити потенціал децентралізації у сфері охорони здоров'я. Частина громад, особливо новоутворених, виявилися неготовими до такого рівня відповідальності − як у професійному, так і в організаційному сенсі. Відсутність системного підходу до підготовки управлінських кадрів, слабка нормативна база, недостатній рівень внутрішньої координації між виконавчими структурами та відсутність досвіду стратегічного планування стали серйозними бар'єрами для ефективного функціонування медичної системи на місцях.

Особливо виразно проблеми проявилися у громадах, де інфраструктура охорони здоров'я була зруйнована або значно деградована ще до початку реформи. У таких умовах навіть отримання широких повноважень не означає

автоматичної можливості їх якісного реалізування, адже ефективне управління вимагає не лише формального права, а й відповідних ресурсів, знань та інструментів впливу. Саме тому багато громад стикаються з дилемою: з одного боку − очікування від населення щодо покращення якості медичних послуг, а з іншого − реальна неспроможність оперативно забезпечити ці очікування через обмеженість фінансових, матеріальних та людських ресурсів.

Водночас у багатьох випадках спостерігається конфлікт між місцевими ініціативами та загальнонаціональними стандартами охорони здоров'я. Центральні органи влади часто вимагають дотримання єдиних підходів до медичного забезпечення, не враховуючи специфіку окремих громад, їхню економічну спроможність, логістику, демографічну структуру чи кадрові можливості [19]. Вказане створює напругу в системі двосторонніх відносин між центром і громадами, що, у свою чергу, ускладнює ухвалення рішень, які одночасно відповідали б як формальним критеріям ефективності, так і реальним потребам на місцях.

В цілому, сучасний стан організації медичної допомоги у громадах України можна охарактеризувати як перехідний і нестабільний: він водночас несе у собі значний потенціал розвитку, але й загрозу поглиблення диспропорцій між окремими територіями. Вирішення цього парадоксу потребує глибокого переосмислення принципів взаємодії між різними рівнями влади, перегляду інструментів підтримки спроможних громад і створення умов для інституційного зміцнення на місцевому рівні, що дозволить перетворити повноваження на реальні управлінські можливості.

Окремої уваги потребує проблема нерівномірного розвитку медичних послуг між сільськими та міськими громадами, яка з кожним роком набуває все більшої системної глибини. У той час як урбанізовані території мають розвинену інфраструктуру охорони здоров'я, що включає багатопрофільні клініки, сучасне обладнання, кадрове забезпечення та стабільну взаємодію з Національною службою здоров'я України, сільські громади змушені

функціонувати в умовах значного ресурсного дефіциту. Дана диспропорція не є випадковою − вона сформувалась історично, однак у реаліях децентралізації стала ще виразнішою через неоднакові стартові можливості територій.

У малих і віддалених громадах особливо гостро відчувається нестача медичних працівників, зокрема лікарів загальної практики, сімейних лікарів, акушерів, лаборантів і молодшого медичного персоналу. Часто такі громади змушені покладатися на один-два ключових фахівців, які фізично не спроможні охопити весь обсяг потреб населення, особливо в періоди сезонного загострення захворюваності чи епідеміологічних криз [44]. Відсутність системи ротації кадрів, недостатній рівень підготовки місцевих спеціалістів і низька привабливість праці в сільській місцевості лише поглиблюють кадрову проблему, яка, в свою чергу, прямо впливає на якість і своєчасність надання медичної допомоги.

Матеріально-технічна база закладів у сільських громадах також часто не відповідає сучасним вимогам. Бракує базових засобів діагностики, належного лабораторного обладнання, а іноді й таких елементарних умов, як транспорт для виїздів на виклики, аптечне забезпечення чи приміщення, придатні для безпечної роботи. Такі обмеження ставлять під загрозу реалізацію навіть базових стандартів медичної допомоги. У результаті сільські жителі часто змушені долати десятки кілометрів до найближчого медичного закладу, що призводить до зниження частоти звернень за допомогою та затягування часу між виявленням симптомів і початком лікування.

У цьому контексті надмірне навантаження лягає на первинну медичну ланку, яка, з одного боку, покликана виконувати функції профілактики, раннього виявлення захворювань, базового консультування, а з іншого − дедалі частіше вимушено бере на себе частину функцій вторинної допомоги, до якої в населення просто немає доступу [27]. Така ситуація не лише знижує якість надання послуг, а й призводить до емоційного й професійного вигорання медичних працівників, які працюють у стані постійного дефіциту ресурсів і підтримки.

Загалом, дисбаланс між сільськими та міськими громадами у сфері медичного обслуговування стає одним із ключових викликів у межах децентралізованої моделі управління. Вирішення даної проблеми потребує цілеспрямованої державної політики щодо підтримки слабших громад, впровадження диференційованих підходів до фінансування, створення програм стимулювання медичних кадрів і розвитку телемедицини як компенсаторного механізму для важкодоступних регіонів.

Ключовим і водночас найбільш тривалим за часом викликом у процесі організації медичної допомоги в територіальних громадах залишається хронічний дефіцит кваліфікованих медичних кадрів, який суттєво стримує ефективне функціонування навіть найкраще структурованих систем охорони здоров'я. Даний дефіцит є результатом багаторічного занепаду кадрової політики в галузі, зокрема відсутності чіткої державної стратегії щодо закріплення фахівців у малих населених пунктах, недостатньої мотивації випускників медичних вишів та розриву між підготовкою кадрів і реальними потребами системи охорони здоров'я на місцях.

Особливо складною є ситуація в невеликих або віддалених громадах, куди молоді спеціалісти, навіть попри наявність програм фінансової підтримки, пільгового житлового забезпечення, соціальних гарантій і підвищених посадових окладів, не поспішають переїжджати. Брак побутової інфраструктури, соціальна ізольованість, обмежений доступ до професійного зростання, а також відсутність колективної підтримки в умовах одноосібного навантаження − усе вказане формує у молодих лікарів стійке небажання працювати поза межами великих міст. У підсумку заклади первинної й навіть вторинної медичної допомоги в сільських громадах нерідко залишаються без фахівців у ключових напрямах.

Ситуацію поглиблює масовий відтік медичних працівників за кордон, який набув особливої інтенсивності після початку повномасштабного вторгнення РФ у 2022 році. В умовах воєнного стану, підвищеного ризику для життя, психологічного виснаження та відсутності чітких гарантій стабільності

багато лікарів і медсестер обирають еміграцію як спосіб професійного виживання [47]. Країни ЄС, зокрема Польща, Німеччина та Чехія, створюють привабливі умови для інтеграції українських медиків у свої системи охорони здоров'я, що призводить до подальшого послаблення кадрового потенціалу українських громад.

У такій ситуації організація медичної допомоги на місцевому рівні часто опиняється поза межами чітко визначеної моделі й починає залежати від людського чинника − особистої мотивації окремих лікарів, ентузіазму керівників закладів або політичної волі органів місцевого самоврядування. Вказане створює надмірну варіативність якості медичних послуг, коли в одній громаді завдяки активному лікарю або прогресивному управлінцю система функціонує успішно, а в іншій − перебуває у стані фактичної стагнації.

В цілому, кадрове питання є не лише окремим управлінським викликом, а й системоутворювальним фактором, що визначає успішність або провальність усіх інших складових реформи охорони здоров'я на місцевому рівні. Його вирішення потребує не фрагментарних стимулів, а комплексного підходу − від регіонального прогнозування потреб у кадрах до створення умов для фахового зростання, стабільної професійної реалізації та соціального захисту медиків у громадах.

Проблеми фінансової спроможності територіальних громад посідають одне з провідних місць серед чинників, що ускладнюють організацію ефективної системи надання медичної допомоги на місцях. Незважаючи на формальну автономію у розпорядженні бюджетними коштами, багато громад залишаються у фінансово вразливому становищі, що не дозволяє їм повноцінно реалізовувати навіть базові функції в галузі охорони здоров'я. Обмежені надходження до місцевих бюджетів, залежність від міжбюджетних трансфертів, а також нерівномірність розподілу субвенцій лише загострюють проблему − особливо для сільських, гірських або демографічно виснажених територій.

Найбільш відчутною є нестача ресурсів для капітального ремонту та модернізації закладів охорони здоров’я, оновлення медичного обладнання, закупівлі витратних матеріалів і ліків, а також забезпечення належних умов праці для медичного персоналу. У громадах, де інфраструктура застаріла або взагалі не існує, реалізація навіть найпростіших медичних втручань стикається з технічними і логістичними бар’єрами. Сюди ж додається нездатність багатьох муніципалітетів забезпечити належну транспортну доступність до закладів вторинного чи спеціалізованого рівня, що особливо критично для літніх людей, осіб з інвалідністю та мешканців віддалених сіл [34].

У зв’язку з цим громади часто змушені перекладати частину фінансового навантаження на самих пацієнтів − шляхом запровадження співоплат, вимог до придбання медикаментів, оплати транспортування тощо. Така практика суперечить базовим принципам системи охорони здоров’я, заснованої на засадах рівного доступу та соціальної справедливості. В умовах зростання бідності, загальної соціальної напруги та високого рівня недовіри до інституцій, навіть незначне фінансове навантаження на населення може призвести до того, що люди відмовляються від лікування або звертаються за допомогою занадто пізно, коли ефективність медичного втручання значно знижується.

На цьому тлі зростає загроза формування паралельної, нерегульованої системи “медичних компромісів”, коли населення змушене шукати неофіційні шляхи отримання послуг − через знайомства, особисті домовленості або виїзди до інших громад. Такий підхід не лише унеможливлює побудову прозорої системи обліку і фінансування, а й підриває легітимність офіційних медичних інституцій у свідомості громадян. Зрештою, це призводить до поступового розмивання довіри до системи охорони здоров’я в цілому.

У довгостроковій перспективі така ситуація загрожує не лише погіршенням медичних показників на рівні окремих громад, а й зниженням стійкості системи охорони здоров’я до кризових явищ, зокрема епідемій, воєнних викликів або масових переміщень населення. Саме тому питання

фінансової спроможності громад у сфері медицини повинно розглядатися як стратегічне − з відповідним нормативним супроводом, субсидіарною підтримкою з боку держави та впровадженням довгострокових інструментів планування витрат у межах соціального партнерства.

Особливо гостро проблеми організації медичної допомоги в територіальних громадах України проявилися в умовах повномасштабної війни, яка стала надзвичайним викликом для всієї системи охорони здоров'я. Воєнні дії призвели не лише до масштабного руйнування медичної інфраструктури в прифронтових та тимчасово окупованих регіонах, а й спричинили зміну географії навантаження на заклади охорони здоров'я в тилових територіях. Евакуація значної частини населення з зони бойових дій до відносно безпечних громад створила різкий і нерівномірний приріст попиту на медичні послуги, до якого місцева система охорони здоров'я виявилася неготовою.

У таких умовах громадам довелося в найкоротші терміни переглянути пріоритети медичної політики: замість планових напрямів розвитку та інституційної стабілізації − переорієнтувати ресурси на забезпечення першочергових потреб. Зокрема, йдеться про створення умов для обслуговування внутрішньо переміщених осіб (далі − ВПО), які потребують не лише базової медичної допомоги, а й тривалого лікування хронічних захворювань, реабілітаційних процедур, вакцинації тощо [52]. Даний новий контингент пацієнтів за своєю структурою суттєво відрізняється від локального населення, що вимагає від органів місцевого самоврядування оперативного коригування існуючих протоколів обслуговування та маршрутів пацієнтів.

Крім цього, значна увага в багатьох громадах зосереджується на наданні медичної допомоги військовослужбовцям, ветеранам, добровольцям та їхнім родинам. Вказане передбачає не лише лікування поранень, а й комплексну систему супроводу, зокрема психологічну, психіатричну, реабілітаційну та соціальну підтримку. Для багатьох громад такі функції виявилися новими і не

передбаченими у попередніх бюджетах та стратегічних планах, що ще більше ускладнило процес їх інтеграції в локальні системи охорони здоров'я. У більшості випадків реалізація таких завдань здійснюється на межі ресурсних можливостей, із залученням волонтерів, міжнародної допомоги та партнерських ініціатив.

Особливо вразливим залишається напрям психосоціальної підтримки постраждалих від війни осіб − як ВПО, так і мешканців громад, що пережили обстріли, окупацію або втрати. Дефіцит кваліфікованих психологів, психотерапевтів та кризових консультантів виявився критичним, а відсутність нормативно врегульованої моделі надання психологічної допомоги на рівні первинної ланки не дозволяє системно реагувати на поширення симптомів ПТСР, тривожності, депресії, суїцидальних станів. Як наслідок, у багатьох громадах така допомога надається епізодично, у формі разових заходів або за підтримки неурядових організацій, що не забезпечує її стійкості та ефективності в довгостроковій перспективі.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що в умовах війни управлінська система медичного забезпечення територіальних громад перебуває у стані постійного адаптаційного навантаження. Хронічна нестача ресурсів, відсутність чітких алгоритмів кризового реагування, брак часу на стратегічне планування та постійна логістична невизначеність змушують місцеву владу ухвалювати рішення в режимі реального часу, часто − без достатньої інформаційної чи методичної підтримки з боку держави. Така ситуація потребує не лише гнучкості та швидкості дій, а й нової якості управління − заснованої на принципах кризостійкості, партнерства та інноваційного мислення. Для комплексного розуміння поточного стану медичної допомоги в територіальних громадах України важливо виокремити ключові виклики, з якими стикається система охорони здоров'я на місцевому рівні. Нижче в табл. 2.1. наведено основні проблемні зони з короткою характеристикою їх впливу на ефективність управління.

Таблиця 2.1.

Основні виклики організації медичної допомоги в територіальних громада

№	Виклик	Особливості прояву	Можливі наслідки
1	Нестійкість управлінської моделі після децентралізації.	Громади отримали повноваження, але не завжди мають ресурси та компетенції для ефективної реалізації.	Відставання в розвитку, управлінська фрагментація, залежність від ентузіазму окремих осіб.
2	Диспропорція між сільськими та міськими громадами.	Села мають слабку інфраструктуру, нестачу кадрів, відсутність спеціалізованої допомоги.	Низька доступність послуг, перенавантаження первинної ланки, погіршення здоров'я населення.
3	Дефіцит кваліфікованих медичних кадрів.	Молодь не хоче працювати в селах, посилення трудової міграції після 2022 року.	Нерівномірна якість послуг, залежність від «людського чинника», кадровий колапс.
4	Фінансова неспроможність значної частини громад.	Недостатньо коштів на оновлення, транспорт, програми; витрати перекладаються на пацієнтів.	Порушення принципу рівного доступу, зниження довіри до системи, зростання неофіційної медицини.
5	Воєнні виклики та криза медичних пріоритетів.	Руйнування закладів, зростання навантаження через ВПО, необхідність обслуговувати військових.	Перевантаження, логістичний хаос, втрата стратегічного управління.
6	Потреба в психосоціальній підтримці населення.	Відсутність фахівців, нормативної бази, нерівномірність доступу до психологічної допомоги.	Поширення ПТСР, депресій, зниження психоемоційної стійкості населення.

Складено на основі аналізу джерел [19; 27; 34; 44; 47; 52].

Отже, сучасний стан організації медичної допомоги в територіальних громадах України демонструє наявність значного потенціалу для розвитку, проте цей потенціал обмежується рядом системних бар'єрів, які вимагають комплексної державної підтримки, фінансової децентралізації, посилення кадрового резерву та розвитку регіональних інновацій. Лише за умови стратегічної взаємодії державного та місцевого рівнів можливо сформувати сталу, ефективну та інклюзивну модель медичного обслуговування, адаптовану до реалій кожної окремої громади.

2.2. Практики організації медичної допомоги у громадах: зарубіжний досвід та можливості для запозичення

У контексті пошуку ефективних моделей надання медичної допомоги на рівні громад особливої уваги заслуговує аналіз зарубіжного досвіду, де децентралізовані системи охорони здоров'я функціонують упродовж десятиліть як сталий і ефективний механізм забезпечення потреб населення. Практика провідних країн світу переконливо демонструє, що ключовими чинниками стабільності та результативності місцевого медичного управління є гармонійне поєднання автономії органів самоврядування з національним регулюванням стандартів, єдиною політикою фінансування та постійним моніторингом якості послуг. У таких державах, як Швеція, Нідерланди, Канада та Велика Британія, громади розглядаються не як периферійні ланки державної системи, а як повноцінні суб'єкти формування та реалізації політики охорони здоров'я − із високим рівнем управлінської зрілості, широким спектром компетенцій, доступом до ресурсів і відповідальністю за результат.

Разом із цим, не менш цінним для України є досвід Німеччини з її багаторівневою страховою моделлю, Франції, яка поєднує державне регулювання з підтримкою приватних ініціатив, та Іспанії, де регіональні органи охорони здоров'я мають значну автономію в прийнятті рішень. Особливе значення також має приклад Естонії − невеликої держави, яка продемонструвала унікальний підхід до цифровізації медичних процесів і створення інтегрованої електронної системи охорони здоров'я. Кожна з цих моделей пропонує окремі управлінські, технологічні чи організаційні рішення, які можуть бути адаптовані до українських реалій і використані для посилення спроможності територіальних громад у забезпеченні якісних та доступних медичних послуг.

Шведська модель організації охорони здоров'я є одним із найяскравіших прикладів глибоко інтегрованого підходу до управління медичними та

соціальними послугами на рівні місцевих громад. У цій системі муніципалітети мають не лише формальні повноваження, а й реальні інструменти впливу на якість і доступність послуг, що надаються населенню. Вони відповідають не лише за організацію первинної медичної допомоги, а й за такі ключові сфери, як довготривалий догляд, паліативна допомога, психосоціальна підтримка, реабілітація після хвороб і травм. Таким чином, охорона здоров'я в Швеції є частиною комплексної моделі суспільного добробуту, в якій пацієнт розглядається не лише як об'єкт медичного втручання, а як цілісна особистість із широким спектром фізичних, соціальних і психологічних потреб.

Такий багатовимірний підхід дозволяє уникати фрагментації послуг, яка часто спостерігається в системах, де медичні та соціальні функції чітко розділені між різними установами. Шведська практика, навпаки, демонструє ефективність єдиного координуючого центру на рівні громади, здатного оперативно реагувати на змінні обставини, швидко адаптувати логістику допомоги та забезпечити її безперервність. Особливо успішно дана модель працює в обслуговуванні осіб похилого віку та пацієнтів із хронічними захворюваннями, для яких критично важливою є саме міждисциплінарна взаємодія різних фахівців [18].

Варто відзначити також культуру залучення пацієнтів до процесу ухвалення рішень у шведській системі. У рамках місцевого самоврядування активно функціонують дорадчі органи, громадські ради при медичних установах, системи анонімного зворотного зв'язку, онлайн-опитування та інтерактивні платформи для виявлення потреб населення. Вказане сприяє:

- формуванню довіри до управлінських рішень;
- підвищенню соціальної відповідальності пацієнтів;
- зниженню рівня конфліктності у громаді;
- адаптації політик до реального стану справ.

Усе окреслене робить шведську модель не лише ефективною в операційному сенсі, а й надзвичайно гнучкою в контексті управління змінами − як на рівні окремої громади, так і в межах державної політики загалом.

Досвід Нідерландів у сфері організації медичної допомоги вирізняється глибоко вкоріненою моделлю сімейної медицини, яка виступає не просто початковою ланкою, а стратегічним центром всієї системи охорони здоров'я. Загальнопрактикуючі лікарі, або GP (General Practitioners), є головними координаторами маршрутів пацієнтів, що надає їм вагомий управлінський і клінічний статус. Кожен пацієнт закріплений за конкретним сімейним лікарем, який здійснює комплексне довготривале спостереження, має доступ до повної медичної історії пацієнта і відповідає за направлення до вузькопрофільних спеціалістів лише у разі дійсної потреби [43]. Такий підхід дозволяє забезпечити безперервність надання допомоги, знижує ризик дублювання послуг і сприяє своєчасному виявленню патологій на ранніх стадіях.

Фінансування діяльності загальнопрактикуючих лікарів у Нідерландах ґрунтується на змішаній системі − поєднанні капітаційного принципу (фіксована оплата за прикріпленого пацієнта) із додатковими виплатами за конкретні консультації, проведені маніпуляції чи досягнуті показники якості. Вказане створює фінансову мотивацію не лише до збільшення кількості звернень, а й до якісного довготривалого супроводу пацієнта. Крім того, GPs мають можливість об'єднуватися в локальні клінічні мережі (Huisartsenposten), що дозволяє ділити ресурси, координацію нічного чи вихідного чергування та підвищувати доступність медичних послуг у межах окремої громади.

Окремої уваги заслуговує підхід Нідерландів до формування багатофункціональних медичних команд навколо сімейного лікаря. Замість вузької індивідуальної практики, більшість клінік функціонують як інтегровані центри первинної медичної допомоги, де загальнопрактикуючий лікар працює разом із:

- медичною сестрою або медбратом;
- соціальним працівником;

- психологом чи психотерапевтом;
- фахівцем із громадського здоров’я [26].

Така міждисциплінарна модель дозволяє охопити не лише клінічний аспект стану пацієнта, а й психоемоційні, соціальні та поведінкові фактори, які впливають на якість життя. Особливо актуальною вона є для людей похилого віку, пацієнтів із хронічними захворюваннями, сімей у складних життєвих обставинах. Для України ця практика є особливо цінною, зважаючи на виклики, пов’язані з надмірним навантаженням на сімейних лікарів, дефіцитом вузьких спеціалістів та потребою в комплексному підході до вразливих груп населення. Запровадження багатофункціональних команд на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги дозволило б значно підвищити ефективність використання ресурсів, зменшити потребу у надмірних госпіталізаціях та посилити профілактичну спрямованість надання допомоги в громадах.

У Великій Британії функціонує одна з найвідоміших у світі моделей державної медицини − National Health Service (NHS), яка з моменту свого створення у 1948 році стала символом універсального доступу до охорони здоров’я незалежно від матеріального становища пацієнта. Головний принцип британської системи − надання медичної допомоги на безоплатній основі для всіх резидентів країни. Держава виконує роль єдиного покупця медичних послуг і централізовано фінансує систему з коштів загального оподаткування. Таке централізоване фінансування у поєднанні з децентралізованою організацією обслуговування дозволяє досягти збалансованості між загальнодержавною стратегією й адаптивністю до потреб місцевих громад.

Особливістю NHS є надання пріоритету не лікуванню, а профілактиці захворювань, зміцненню громадського здоров’я та попередженню ускладнень, що формує довгострокову орієнтацію на зменшення тиску на спеціалізовану та госпітальну допомогу. Одним із центральних елементів моделі є Clinical Commissioning Groups (CCGs) − локальні органи, які відповідають за планування, закупівлю та моніторинг надання медичних послуг у межах

конкретних територій [38]. Вони аналізують епідеміологічну ситуацію, рівень потреб населення, демографічні тенденції й на цій основі приймають управлінські рішення щодо розміщення послуг, обсягів контрактів та критеріїв оцінки їх якості. Завдяки цьому громади отримують реальний інструмент впливу на структуру послуг, а держава − ефективний зворотний зв'язок щодо доцільності витрат.

Важливою складовою функціонування NHS є система моніторингу результативності, що базується на цифровому обліку медичних втручань, індикаторах здоров'я населення та ефективності кожного надавача послуг. Окреслені дані не лише зберігаються в єдиній електронній системі, а й використовуються для бюджетного планування, оцінки ефективності програм, управління кадрами та інформування громадськості. Наприклад, регулярне публічне оновлення звітів про якість послуг і доступність медичної допомоги створює культуру підзвітності перед населенням та мотивує медичні установи до підвищення стандартів.

Для України британський досвід є надзвичайно важливим у кількох аспектах:

- запровадження єдиної електронної системи обліку пацієнтів із доступом для всіх рівнів медичної допомоги;
- розвиток локальних органів планування послуг на рівні громад або районів;
- формування індикаторів ефективності, що прив'язуються до фінансування медичних закладів;
- посилення акценту на громадське здоров'я та профілактику, особливо у сільських громадах.

Упровадження подібних механізмів дозволило б українським громадам перейти від адміністративного реагування до стратегічного управління системою охорони здоров'я, ґрунтуючись на даних, результатах та потребах населення.

Не менш актуальним прикладом для українського контексту є практика Канади, де провінції мають значну автономію в управлінні охороною здоров'я, проте водночас чітко дотримуються загальнонаціональних стандартів, закріплених федеральним законодавством. Такий підхід дозволяє поєднати гнучкість у вирішенні регіональних проблем із збереженням єдиного простору медичних гарантій для всіх громадян. Канадська модель вирізняється високим рівнем горизонтальної взаємодії − між місцевою владою, медичними установами, пацієнтськими спільнотами та неурядовими організаціями, що створює умови для спільного планування, спільного фінансування та колективної відповідальності за результати [31].

Особливий акцент у Канаді зроблено на забезпеченні доступу до якісної медичної допомоги для сільського та віддаленого населення. У межах цієї стратегії активно розвиваються:

- телемедичні сервіси, що дозволяють здійснювати онлайн-консультації, дистанційне спостереження та обмін даними між медичними фахівцями;
- мобільні клініки, які регулярно обслуговують малі населені пункти;
- програми стимулювання медичних працівників до роботи в сільських регіонах − через фінансові пільги, компенсацію витрат на переїзд, забезпечення житлом тощо.

Такий підхід значно зменшує рівень територіальної нерівності у доступі до послуг, підвищує довіру до державних інституцій і сприяє стійкому розвитку громад, навіть у складних природно-кліматичних або демографічно ослаблених регіонах.

У свою чергу, адаптація зарубіжних практик в Україні можлива лише за умови їхньої критичної переоцінки та гнучкої інтеграції у вітчизняну реальність − соціально-економічну, правову, кадрову й інфраструктурну. Серед найперспективніших напрямів для запозичення слід виділити:

- формування багатофункціональних команд на первинній ланці (лікар, медсестра, психолог, соціальний працівник);
- розвиток інтегрованих соціально-медичних послуг;
- впровадження системи моніторингу результативності;
- цифровізацію всіх рівнів медичного обліку та фінансування;
- посилення локального самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Реалізація цих підходів вимагає системної підтримки з боку держави, зовнішніх партнерів, а також інвестицій у людський капітал на рівні громад — передусім у навчання, управлінську підготовку та цифрову грамотність медичних і адміністративних кадрів.

Особливу увагу заслуговує також німецька страхова модель, яка функціонує за принципом соціального партнерства й чітко розмежованих ролей держави, громад та страхових фондів. У Німеччині охорона здоров'я фінансується за рахунок обов'язкового медичного страхування, до якого залучені і працівники, і роботодавці, а органи місцевого самоврядування відіграють ключову роль у плануванні, координації й моніторингу послуг [20]. Модель передбачає наявність одночасно державних і приватних закладів, які функціонують за єдиними стандартами та перебувають у конкурентному середовищі, що стимулює якість і ефективність.

Для України особливо цінною є ідея паритетного фінансування, коли утримання медичної інфраструктури, розбудова нових напрямів допомоги або реалізація спеціалізованих програм здійснюються не виключно коштом громади чи держави, а спільно − за участі страхових механізмів, субвенцій і додаткових соціальних внесків. Такий підхід дозволяє сформувати сталу ресурсну базу, уникнути бюджетного перевантаження на місцевому рівні та зменшити ризики зриву надання послуг у кризових періодах.

Франція практикує змішану модель організації охорони здоров'я, в основі якої лежить поєднання сильного державного регулювання з активною участю незалежних медичних провайдерів, включно з приватними клініками, лікарями-лібералами (médecins libéraux) та громадськими об'єднаннями. На

місцевому рівні громади активно залучаються до формування профілактичних стратегій, організації паліативної допомоги, догляду за хронічно хворими, а також розробки індивідуальних планів підтримки для вразливих груп населення. Однією з ключових переваг французької моделі є її фінансова та правова гнучкість, яка дозволяє адаптувати надання послуг до специфіки конкретної території без втрати загальної контрольованості системи [46].

При цьому держава зберігає жорсткий контроль за якістю, доступністю та прозорістю медичних послуг. Через національні інституції − такі як Агентство з медичної ефективності (HAS) або Національна каса медичного страхування (CNAM) − встановлюються стандарти лікування, відслідковуються витрати, здійснюється контроль за обґрунтованістю призначень. Приватна медицина функціонує у рамках єдиних правил, зафіксованих у системі обов'язкового страхування, що дозволяє гармонізувати інтереси лікарів, пацієнтів та держави. Для України практика "ліберальної медицини" може стати корисною в аспекті розвитку державно-приватного партнерства у громаді, особливо в умовах дефіциту ресурсів. Вказане дозволило б створити додаткову пропозицію медичних послуг там, де публічна система не справляється або потребує доповнення.

Іспанія є прикладом глибоко децентралізованої моделі охорони здоров'я, де широкі повноваження передано автономним спільнотам (Comunidades Autónomas), які мають власні міністерства охорони здоров'я, бюджети та органи управління. Така система забезпечує гнучкість у прийнятті рішень і дозволяє кожному регіону адаптувати медичні політики до культурних, соціальних, демографічних та географічних особливостей. Наприклад, у Каталонії, Андалусії чи Країні Басків реалізуються різні підходи до організації паліативної допомоги, вакцинації чи електронного документообігу − але всі вони підпорядковуються загальнонаціональній нормативній рамці, що зберігає єдність системи.

Однією з найсильніших сторін іспанської моделі є система планування територіальних мереж охорони здоров'я, які інтегрують усі рівні медичної

допомоги − первинну, спеціалізовану та госпітальну. Ідея “сектора охорони здоров’я” (área de salud) передбачає наявність координуючого центру, що відповідає за логістику пацієнтів, забезпечення безперервності обслуговування, а також розподіл ресурсів між закладами в межах регіону [49]. Така структура дозволяє уникати перевантаження лікарень, скоротити черги та забезпечити пацієнтам зрозумілий маршрут отримання допомоги. Для України, де досі часто спостерігається розрізненість між первинною та вторинною ланками, іспанська модель інтегрованих мереж може стати прикладом для реформування системи маршрутизації пацієнтів у громадах.

Окремої уваги заслуговує приклад Естонії − країни з невеликою територією та населенням, але надзвичайно потужними цифровими трансформаціями в публічному управлінні, зокрема в галузі охорони здоров’я. Естонія стала піонером у впровадженні електронного медичного простору, який інтегрує усі рівні медичної допомоги в єдину інформаційну систему. Ключовим елементом виступає електронна медична карта (EHR – electronic health record), що зберігає всю історію пацієнта − від звернення до сімейного лікаря до спеціалізованих втручань, діагностичних процедур та результатів лабораторних аналізів. Доступ до цієї інформації мають усі зареєстровані медичні працівники, що забезпечує безперервність лікування, міждисциплінарну координацію та мінімізацію ризиків дублювання процедур або неправильних призначень.

Ще однією сильною стороною естонської моделі є розподіл повноважень між центральною владою та муніципалітетами в умовах цифрового адміністрування. Держава встановлює єдині технічні та правові стандарти функціонування цифрових сервісів, тоді як муніципалітети займаються реалізацією конкретних програм на місцевому рівні, використовуючи єдину електронну платформу як інструмент управління ресурсами. Усе вказане дозволяє зберігати баланс між централізацією даних та автономією рішень, підвищуючи оперативність, прозорість і результативність в управлінні системою охорони здоров’я.

Естонський досвід також демонструє, що цифровізація не зводиться лише до автоматизації процесів, а є ключовим інструментом прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Дані, які генеруються електронною системою, використовуються для планування бюджету, управління навантаженням на медичні заклади, аналізу ефективності лікування та прогнозування потреб громад у різних категоріях медичних послуг [18]. Усе це робить медичну систему не лише технологічно просунутою, а й даноцентричною, що особливо важливо в умовах обмежених ресурсів.

Для України, яка стоїть перед викликом масштабної післявоєнної відбудови медичної інфраструктури, естонський приклад є надзвичайно актуальним. По-перше, він показує, що цифрові рішення можуть бути ефективно впроваджені навіть у країнах із невеликими ресурсами − за умови політичної волі та чіткої стратегії. По-друге, уніфікована система цифрового управління здоров'ям здатна суттєво знизити адміністративне навантаження, підвищити якість послуг і сприяти більш справедливому розподілу ресурсів між громадами. Нарешті, цифрова взаємодія між рівнями допомоги − від ПМД до стаціонарної − здатна сформувати нову культуру медичного менеджменту, що ґрунтується на прозорості, підзвітності та ефективності. Доречно далі звернути увагу на табл. 2.2. яка узагальнює ключові елементи зарубіжного досвіду організації медичної допомоги у громадах та потенційні напрями адаптації в українських реаліях.

Таблиця 2.1.

Зарубіжні практики організації медичної допомоги та можливості їх запозичення в Україні

№	Країна	Основна практика	Можливість запозичення для України
1	Швеція	Інтеграція медичних і соціальних послуг на муніципальному рівні; участь пацієнтів у плануванні системи.	Формування цілісної моделі догляду в громадах; створення дорадчих органів при закладах охорони здоров'я.
2	Нідерланди	Система сімейної медицини з мультидисциплінарними командами навколо лікаря.	Запровадження командної моделі: сімейний лікар + медсестра + психолог + соціальний працівник.

3	Велика Британія	Контрактування послуг через NHS, пріоритет профілактики, електронна звітність та планування.	Створення прозорої системи обліку результативності послуг; впровадження профілактичних програм через громади.
4	Канада	Автономія провінцій у сфері охорони здоров'я, підтримка сільської медицини, розвиток телемедицини.	Розвиток мобільних амбулаторій, цифрової медицини в сільських громадах; стимулювання фахівців до роботи в селах.
5	Німеччина	Страхова модель із рівноправною участю громади, держави і фондів у фінансуванні.	Розробка змішаних моделей фінансування на рівні громад; впровадження механізмів соціального страхування.
6	Франція	Підтримка приватної медичної ініціативи на місцевому рівні при державному контролі якості.	Запровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; підтримка локальних ініціатив під контролем НСЗУ.
7	Іспанія	Територіальне планування медичної мережі; інтегровані регіональні моделі обслуговування.	Розробка інтегрованих маршрутів пацієнтів на рівні громади; формування регіональних секторів охорони здоров'я.
8	Естонія	Електронна система управління: е-здоров'я, єдина медична картка, цифрова взаємодія.	Масштабування електронної медичної документації; побудова єдиної цифрової екосистеми у сфері охорони здоров'я на рівні громад.

Складено автором на основі аналізу джерела [18; 20; 26; 31; 38; 43; 46; 49].

Отже, проведене дослідження зарубіжного досвіду організації медичної допомоги в громадах засвідчило, що успішні моделі поєднують децентралізацію повноважень із чітким регламентом державної політики, високим рівнем координації між секторами, цифровими інструментами управління та активною участю громад у прийнятті рішень. Кожна з розглянутих країн − від Швеції до Естонії − продемонструвала унікальні підходи, які дозволяють забезпечити сталість, доступність та якість медичних послуг у різноманітних умовах.

Для України особливо цінними є такі напрями адаптації: розвиток багатофункціональних медичних команд, інтеграція соціальних і медичних функцій, цифровізація управління охороною здоров'я, побудова мережевих моделей взаємодії між ланками допомоги та підтримка державно-приватного

партнерства. Успішне впровадження цих елементів в українських громадах потребує не лише технічної та фінансової підтримки, а й стратегічного мислення, міжсекторальної співпраці та готовності до інституційних змін. Запозичення світового досвіду має відбуватися критично, поетапно і з урахуванням особливостей соціально-економічного середовища в Україні.

Висновки до другого розділу

1. Досліджено сучасний стан і виклики організації медичної допомоги у територіальних громадах України. Дослідження показало, що, попри формальне закріплення повноважень на місцевому рівні, громади часто не мають достатніх фінансових, кадрових та інфраструктурних ресурсів для повноцінного управління сферою охорони здоров'я. Значну загрозу становить нерівномірний доступ до медичних послуг між урбанізованими та сільськими територіями, що ускладнює реалізацію принципів справедливості й доступності. Війна лише поглибила ці проблеми, змістивши акценти місцевої політики в бік кризового реагування та невідкладної допомоги, водночас посиливши навантаження на систему. У підсумку, ефективне функціонування медичних послуг у громадах нині залежить не лише від наявних повноважень, а від здатності адаптуватися до надзвичайних умов і долати системні обмеження через інновації, партнерство та зовнішню підтримку.

2. Узагальнено практики організації медичної допомоги у громадах: зарубіжний досвід та можливості для запозичення. Проведений аналіз показав, що ефективне управління на місцевому рівні в розвинених країнах ґрунтується на поєднанні децентралізації повноважень, цифрових технологій, багаторівневої координації та міжсекторального партнерства. Успішні моделі – як-от у Швеції, Нідерландах, Канаді, Великій Британії, Німеччині, Франції, Іспанії та Естонії – демонструють, що ключем до якості послуг є інтегрованість, підзвітність і адаптивність до локальних потреб. Для України найбільш релевантними є підходи до розвитку первинної ланки,

телемедицини, цифровізації, формування медичних маршрутів і державно-приватного партнерства, які за умов критичної адаптації можуть зміцнити спроможність громад і підвищити ефективність системи охорони здоров’я.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

3.1. Шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад

Формування ефективної системи управління медичною допомогою на рівні територіальних громад вимагає комплексного та системного підходу, в якому пріоритетним є не лише оперативне реагування на поточні виклики, а й наявність стратегічного бачення розвитку галузі. Таке бачення повинно враховувати не лише короткострокові завдання, а й довгострокові пріоритети, що базуються на глибокому аналізі стану здоров'я населення, демографічних прогнозах, соціально-економічних тенденціях і наявних ресурсах. Відповідно, мова йде про необхідність формування управлінської моделі, в основі якої − інституційна спроможність, кадровий професіоналізм і фінансова стабільність.

Відмінною рисою місцевого управління є значно вищий рівень адаптивності до локальних умов, що, з одного боку, відкриває нові можливості для адресного реагування, а з іншого − створює додаткову відповідальність за ефективність рішень. Якщо централізовані моделі ґрунтуються на універсальних стандартах, що часто не враховують територіальну специфіку, то в умовах децентралізації громади мають змогу самостійно визначати вектори розвитку, виходячи з наявних потреб і можливостей. Але для реалізації такої управлінської автономії необхідне відповідне планування, яке буде не декларативним, а дієвим, гнучким і ресурсно обґрунтованим.

Одним із ключових механізмів стратегічного розвитку є локальні стратегії розвитку медичних послуг. Їхнє створення повинно здійснюватися не формально, для виконання нормативних вимог, а як інструмент реального управлінського впливу. Такі стратегії мають бути засновані на:

- вивченні реальних потреб населення (зокрема вразливих груп – людей похилого віку, дітей, ВПО);
- аналізі наявних ресурсів (кадрових, інфраструктурних, фінансових);
- оцінці ефективності вже реалізованих програм і заходів;
- демографічному та епідеміологічному прогнозуванні;
- консультаціях із громадськістю – як інструменті легітимності прийнятих рішень [12].

Лише за умов тісної інтеграції таких стратегій у загальну систему управління громадою можливо забезпечити системне, а не фрагментарне удосконалення медичної допомоги. Більше того, така стратегія повинна мати механізми ревізії, моніторингу виконання та гнучкої адаптації відповідно до змін внутрішніх або зовнішніх обставин.

Наступним важливим кроком на шляху до формування сталої та ефективної системи управління охороною здоров'я в громадах є інституціоналізація системи управлінського моніторингу, яка виконує роль постійного зворотного зв'язку між реальним станом сфери та управлінськими рішеннями. Така система повинна функціонувати не як тимчасовий інструмент звітності, а як постійно діючий аналітичний механізм, що дозволяє швидко виявляти проблеми, прогнозувати ризики, оцінювати ефективність політик і програм, а також адаптувати плани дій до нових обставин.

Управлінський моніторинг на рівні громади має виконувати щонайменше чотири ключові функції:

- діагностичну − своєчасне виявлення проблем у роботі медичних закладів, зокрема кадрового дефіциту, перевантаження, технічних збоїв тощо;
- оцінювальну − вимірювання динаміки стану здоров'я населення на основі чітких індикаторів, таких як рівень вакцинації, кількість звернень, поширення хронічних хвороб;

- прогностичну − виявлення тенденцій, які можуть мати вплив на систему в середньо- та довгостроковій перспективі (наприклад, старіння населення, сезонні епідемії);
- регуляторну − прийняття обґрунтованих управлінських рішень, заснованих на даних, а не на інтуїції чи політичному тиску.

Для ефективного функціонування така система повинна включати:

- структуровані індикатори ефективності (KPI) − як для закладів, так і для управлінських структур;
- електронну звітність і аналітичні панелі з візуалізацією динаміки показників;
- локальні механізми реагування − розробку типових сценаріїв реагування на виявлені проблеми без затвердження кожного кроку на центральному рівні [53].

Проте наявність лише інструментів не гарантує ефективність. Центральним елементом залишається людський фактор, зокрема управлінська компетентність місцевих фахівців. Для якісного використання систем моніторингу необхідно забезпечити:

- підвищення цифрової грамотності управлінців;
- навчання принципам evidence-based policy (політики, заснованої на доказах);
- розвиток навичок критичного аналізу та стратегічного мислення.

Таким чином, система моніторингу в медицині громади повинна перетворитися з бюрократичного засобу звітності на активний інструмент аналітичного управління, який працює на випередження, дозволяє бачити цілісну картину та будувати ефективні рішення, засновані на фактах.

Одним із базових чинників стійкості та ефективності медичної системи на місцевому рівні є кадрова політика, яка має бути спрямована не лише на заповнення вакантних посад медичних працівників, а й на формування професійного управлінського середовища [25]. У сучасних умовах громади потребують фахівців нового типу − менеджерів охорони здоров’я, здатних

орієнтуватися у складній нормативно-фінансовій базі, аналізувати показники ефективності, застосовувати цифрові інструменти управління, виявляти ризики, прогнозувати потреби населення та будувати комунікацію з різними соціальними групами.

Для цього недостатньо лише залучати кадри “з ринку”; потрібна системна перепідготовка та розвиток локального управлінського потенціалу. Доцільним є створення регіональних центрів підвищення кваліфікації, які:

- забезпечуватимуть навчання для керівників комунальних некомерційних підприємств;
- організовуватимуть тренінги з кризового менеджменту, цифрової трансформації, аналітики у сфері охорони здоров’я;
- взаємодіятимуть із міжнародними партнерами (наприклад, ВООЗ, USAID, GIZ), що сприятиме імплементації кращих практик [28].

Такі центри можуть функціонувати у форматі партнерства з профільними університетами та громадськими ініціативами, забезпечуючи не лише підвищення формальної кваліфікації, а й впровадження нової управлінської культури, орієнтованої на результат, прозорість і соціальну відповідальність.

Інвестиції у людський капітал у сфері медичного управління мають розглядатися як довгостроковий пріоритет місцевої політики. У контексті воєнного часу та майбутнього післявоєнного відновлення саме компетентні керівники зможуть швидко ухвалювати рішення, мобілізовувати ресурси, координувати допомогу та налагоджувати партнерства. Від їхньої здатності діяти гнучко, обґрунтовано й адаптивно залежить стійкість медичної інфраструктури громади до криз і викликів.

Загалом, кадрова політика в галузі охорони здоров’я не може обмежуватися лише кількісними показниками − вона має бути трансформована в інтелектуальну стратегію розвитку, де акцент робиться на якість управління, професіоналізацію керівників і послідовне оновлення управлінських підходів.

Ще одним стратегічним напрямом розвитку управління в медичній сфері на рівні громад є публічно-приватне партнерство (далі − ППП), яке відкриває додаткові можливості для модернізації інфраструктури, розширення спектра послуг і впровадження інноваційних технологій. У межах ППП громади можуть не лише делегувати окремі функції, а й виступати замовниками, співвласниками або співінвесторами проєктів, у яких приватні оператори здійснюють будівництво, реконструкцію, оснащення або адміністрування медичних закладів [41]. Такий підхід дозволяє оптимізувати використання бюджетних коштів і підвищити ефективність обслуговування без прямого навантаження на місцеві ресурси.

Моделі ППП у медицині можуть бути реалізовані у формі:

- контрактів на управління (outsourcing операційних послуг, наприклад, діагностики, лабораторії чи харчування);
- концесій (коли приватний інвестор будує об’єкт і експлуатує його протягом визначеного терміну із правом на прибуток);
- довгострокової оренди з обов’язками інвестування у розвиток;
- спільного фінансування обладнання або ІТ-рішень, наприклад, телемедичних платформ, аналітичних систем тощо.

Разом із тим, успішне впровадження ППП можливе лише за дотримання кількох критично важливих умов:

- чітке нормативно-правове регулювання, що визначає відповідальність сторін, правила контролю якості, терміни, санкції й прозорість платежів;
- збалансованість ризиків, коли жодна зі сторін не несе надмірного фінансового або юридичного навантаження;
- наявність фахівців у громаді, здатних вести проєктний менеджмент − від технічного завдання до супроводу контрактів та аудиту ефективності;
- громадська комунікація, яка пояснює доцільність ППП, мінімізує соціальну напругу та запобігає недовіри до участі бізнесу в охороні здоров’я.

Якщо всі ці умови виконано, ППП здатне:

- зменшити фінансове навантаження на громаду;
- прискорити доступ до сучасного обладнання й технологій;
- розширити географію надання медичних послуг (наприклад, через приватні мобільні амбулаторії або телемедицину);
- підвищити якість обслуговування завдяки конкуренції між державними та приватними операторами [41].

В цілому, публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я може слугувати каталізатором реформування місцевих медичних систем, якщо громада здатна грамотно оцінити потенціал такої співпраці, належно її структурувати та забезпечити інституційний супровід на всіх етапах.

Окремої уваги в контексті підвищення ефективності управління в системі охорони здоров'я заслуговує цифровізація управлінських процесів, яка повинна розглядатися не як технічне нововведення заради формальності, а як стратегічний ресурс для побудови прозорої, адаптивної та результативної моделі прийняття рішень. Цифрові рішення дозволяють перетворити громаду з об'єкта реагування на суб'єкта стратегічного планування, спираючись на точні, актуальні й об'єктивні дані замість інтуїтивних або політично мотивованих припущень.

Серед основних напрямів цифрової трансформації управління на рівні громад варто виокремити:

- електронне планування − формування прогнозів потреб у послугах, розрахунок потужності закладів, сценарне моделювання розвитку системи;
- облік пацієнтів і медичних послуг − централізоване ведення історій хвороб, спрощення доступу лікарів до даних, автоматизація процесів маршрутизації;
- логістика медичних маршрутів − оптимізація перевезень пацієнтів, доставки ліків, забезпечення рівномірного навантаження між закладами;

- цифровий контроль фінансів − прозорий розподіл ресурсів, відстеження витрат, попередження зловживань і дублювання фінансування.

Ключова перевага цифрової моделі управління полягає у можливості переходу від реактивної до проактивної медицини, яка орієнтується не лише на лікування вже існуючих захворювань, а й на їхнє попередження, раннє виявлення та профілактику. Це можливо завдяки системному аналізу показників здоров'я населення, інтеграції даних з інших сфер (освіта, соціальний захист, демографія) та виявленню ризиків на ранніх етапах.

Окремим інструментом, що посилює ефективність цифровізації, є електронна участь громади − через онлайн-платформи зворотного зв'язку, електронні консультації, соціальні опитування щодо якості послуг або пріоритетів розвитку. Такий підхід сприяє:

- підвищенню рівня довіри населення;
- легітимізації управлінських рішень;
- персоніфікації відповідальності;
- формуванню нової культури комунікації між владою та громадою [36].

Отже, цифровізація − це не лише модернізація інструментів, а перехід до нової парадигми управління охороною здоров'я: прозорої, відкритої до участі, здатної до адаптації й орієнтованої на дані. За належної реалізації вона стане основою для сталого розвитку місцевої медичної системи в повоєнній Україні. Доречно далі звернути увагу на табл. 3.1., яка систематизує основні напрями, їх суть та очікувані результати.

Таблиця 3.1.

Шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги в громадах

Напрям	*Суть*	*Очікувані результати*
Стратегічне планування.	Розробка локальних стратегій охорони здоров'я, узгоджених з потребами громади.	Прогнозованість розвитку, відповідність послуг реальним потребам населення.

Управлінський моніторинг.	Створення системи індикаторів, аналітики, цифрової звітності та механізмів реагування.	Швидке виявлення проблем, прозорість діяльності, оперативне управління.
Розвиток управлінського персоналу.	Підготовка кадрів нового типу: менеджерів, які володіють сучасними управлінськими інструментами.	Зростання професійності, зменшення управлінських помилок, посилення кадрової автономії громад.
Публічно-приватне партнерство.	Спільна реалізація медичних проєктів між громадою та приватними структурами.	Розширення інфраструктури, залучення інвестицій, зменшення навантаження на бюджет.
Цифровізація управління.	Використання електронних систем обліку, логістики, фінансів, моніторингу.	Підвищення ефективності рішень, відкритість процесів, формування проактивної системи охорони здоров’я.
Залучення громадськості.	Використання соціальних опитувань, публічних консультацій, зворотного зв’язку.	Підвищення довіри населення, адаптація політик до очікувань громадян.

Сформовано автором на основі аналізу джерел [12; 25; 28; 36; 41; 53].

Таким чином, шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад полягають у комплексному поєднанні стратегічного планування, кадрового оновлення, цифрової трансформації, громадської участі та залучення інвестицій. Лише за умови системної реалізації цих підходів можна забезпечити не лише адміністративну спроможність громад, а й реальну якість життя їх мешканців, де доступ до медицини стане не декларацією, а гарантованою умовою соціального добробуту.

3.2. Рекомендації щодо підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації

Підвищення доступності та якості медичних послуг у контексті децентралізації вимагає комплексного підходу, що поєднує інституційні, управлінські, кадрові, фінансові та інфраструктурні рішення. З огляду на

розширення повноважень територіальних громад, саме на місцевому рівні формується первинна відповідальність за організацію медичної допомоги. Проте для того, щоб передані функції трансформувалися у реальні зміни для населення, необхідно створити умови, за яких громади зможуть не лише адмініструвати галузь, а й розвивати її системно, керуючись потребами людей і сучасними підходами до управління.

Однією з першочергових рекомендацій є впровадження механізмів регіонального вирівнювання доступу до медичних послуг, особливо в сільських і віддалених громадах, які найчастіше залишаються поза увагою через низьку щільність населення або економічну нерентабельність. Ідеться не лише про розширення мережі закладів, а про забезпечення функціональної присутності медичних сервісів через:

- мобільні амбулаторії;
- телемедичні консультації;
- міжмуніципальну кооперацію в обслуговуванні територій;
- стимулювання фахівців до роботи в сільській місцевості шляхом пільг, надбавок, житлових програм [13].

Паралельно із цим, доцільним є встановлення мінімальних стандартів якості медичних послуг на рівні громади, які б охоплювали не лише технічне оснащення чи кількість ставок, а й такі аспекти, як час очікування, доступність лікарів різних спеціальностей, зручність маршруту пацієнта, рівень інформованості населення. Такі стандарти мають розроблятися із залученням самих громад, медичних працівників, а також громадських організацій, що дозволить врахувати реальні потреби та специфіку кожної території.

Особливої уваги заслуговує якість комунікації між рівнями медичної допомоги. Часто саме слабка координація між первинною, вторинною та третинною ланками призводить до втрати пацієнта в системі, дублювання послуг або їх взагалі відсутності. Тому необхідно рекомендувати:

- створення локальних маршрутів пацієнта;
- електронну інтеграцію між медичними установами;

- єдиний механізм обліку направлень, результатів діагностики та лікування;
- міжрегіональні протоколи реагування у випадках надзвичайних ситуацій.

Крім того, ефективним інструментом підвищення якості є залучення громади до оцінки медичних послуг, зокрема через регулярні соціологічні опитування, роботу пацієнтських рад, публічні звіти закладів охорони здоров'я. Вказане дозволяє не лише виявити слабкі сторони системи, а й формує культуру зворотного зв'язку, що є підґрунтям для підзвітності, довіри й легітимності управлінських рішень.

Варто також відзначити важливість персоналізованого підходу до розробки місцевих програм охорони здоров'я. Йдеться про перехід від універсальних шаблонів до стратегій, що враховують епідеміологічні показники, структуру захворюваності, соціально-економічні особливості й навіть екологічні ризики кожної окремої громади. Такі програми мають передбачати не лише лікувальні, а й профілактичні та освітні заходи, що формують нову медичну культуру [15].

Загалом, підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації можливе лише за умови переосмислення ролі громади − як активного суб'єкта, а не пасивного виконавця делегованих функцій. Окреслене потребує не лише ресурсної підтримки, а й інституційної зрілості, готовності до управлінських інновацій та реального діалогу з населенням. Саме така взаємодія формує передумови для системних змін, здатних забезпечити кожному мешканцю рівний, безперервний і якісний доступ до медичної допомоги.

Ще одним важливим напрямом удосконалення системи є розбудова міжмуніципального співробітництва в охороні здоров'я. Не всі громади мають змогу утримувати повноцінну інфраструктуру, однак об'єднання ресурсів кількох територіальних одиниць дає змогу створити спільні медичні хаби, лабораторії чи центри паліативної допомоги, що обслуговуватимуть ширшу

територію. Важливо, щоб такі проєкти ґрунтувалися на правовій базі, прозорих механізмах розподілу фінансування та збереженні управлінської відповідальності кожної зі сторін.

Не менш значущою є підтримка первинної ланки як основи всієї системи охорони здоров'я. Для цього слід:

- оновити інструменти фінансування первинної допомоги з урахуванням індексу соціальної вразливості населення;
- запровадити систему стимулювання не лише за кількістю підписаних декларацій, а й за профілактичну активність, охоплення скринінгами, участь у програмах громадського здоров'я;
- підтримувати сімейних лікарів у створенні міждисциплінарних команд шляхом надання відповідного фінансування, ІТ-рішень та адміністративного супроводу [32].

Також необхідно впроваджувати індикативне планування потреб у медичних кадрах, яке базуватиметься на реальних демографічних і медико-географічних характеристиках регіону. Варто створити публічні карти дефіциту лікарських спеціальностей і медичних працівників середнього рівня, що дасть змогу громадам проактивно залучати необхідні кадри через програми стимулювання, навчальні гранти, партнерство з медичними вишами [39].

Окремої уваги заслуговує підвищення психосоціальної доступності медичних послуг, особливо для вразливих груп населення − внутрішньо переміщених осіб, людей похилого віку, осіб з інвалідністю. Вказане передбачає:

- створення дружнього до пацієнта середовища у закладах;
- впровадження практики пацієнтських асистентів або медичних навігаторів;
- використання соціальних працівників як комунікаційної ланки між громадою і медичною системою.

Нарешті, важливо перейти від реактивної моделі медицини до системи громадського здоров'я, яка робить акцент на збереженні здоров'я, а не лише лікуванні. Для цього громади мають:

- реалізовувати освітні кампанії з формування здорового способу життя;
- підтримувати локальні ініціативи, пов'язані з профілактикою, вакцинацією, скринінгами;
- розвивати партнерства з закладами освіти, ЦНАПами, бізнесом та релігійними організаціями у сфері медичної просвіти [50].

З метою практичної реалізації окреслених напрямів підвищення доступності та якості медичних послуг у громадах доцільно звернути увагу на табл. 3.2., яка узагальнює ключові рекомендації, структуровані за напрямами втручань і передбачуваними результатами, що дає змогу забезпечити системність дій, адаптованих до умов децентралізованого управління.

Таблиця 3.2.

Рекомендації щодо підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації

№	*Рекомендація*	*Очікуваний ефект*
1	Розвиток мобільних амбулаторій, телемедицини, міжмуніципальної кооперації.	Підвищення доступу до послуг у сільських та віддалених громадах.
2	Запровадження локальних стандартів якості медичної допомоги.	Уніфікація надання послуг, покращення контролю та підзвітності.

3	Побудова маршрутів пацієнта з електронною координацією між ланками.	Безперервність лікування, уникнення дублювання або втрат у процесі обслуговування.
4	Залучення громадян до оцінки якості послуг (опитування, звітність, пацієнтські ради).	Підвищення довіри до медичних закладів, адаптація послуг до потреб населення.
5	Розробка персоналізованих місцевих програм охорони здоров'я.	Врахування реальних потреб громади, епідеміологічних та соціальних факторів.
6	Підтримка первинної ланки: диференційоване фінансування, створення міждисциплінарних команд.	Зміцнення основної ланки системи, підвищення її профілактичного потенціалу.
7	Індикативне планування кадрових потреб і картування дефіциту спеціалістів.	Цілеспрямоване залучення кадрів, зниження кадрового дисбалансу.
8	Впровадження дружнього до пацієнта середовища, асистентів і соціальних посередників.	Підвищення психосоціальної доступності для вразливих груп населення.
9	Перехід до моделі громадського здоров'я: просвіта, вакцинація, скринінги.	Зменшення захворюваності, підвищення обізнаності населення, формування культури збереження здоров'я.

Складено на основі аналізу джерел [13; 15; 32; 39; 50].

Підсумовуючи представлені рекомендації, можна стверджувати, що підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації вимагає не окремих точкових рішень, а системного та взаємопов'язаного підходу. Йдеться не лише про фізичну присутність медичних закладів, а насамперед про забезпечення безперервного, координованого, зручного для пацієнта доступу до послуг на всіх рівнях. Ключовими умовами цього процесу є розвиток міжмуніципального співробітництва, підтримка первинної ланки, впровадження індикативного планування кадрів, персоніфікація програм охорони здоров'я, формування пацієнт-орієнтованого середовища та перехід до моделі громадського здоров'я з акцентом на профілактику.

Реалізація запропонованих рішень потребує не лише фінансових ресурсів, а й інституційної спроможності громад, професійної підготовки управлінців та медичних працівників, а також активної участі населення у формуванні локальної політики у сфері охорони здоров'я. Саме громади, як найближчий до людини рівень публічної влади, можуть найточніше діагностувати проблеми, мобілізувати локальні ресурси та забезпечити

практичну реалізацію змін, що справді відповідають потребам мешканців. У цьому контексті системна реалізація рекомендацій, викладених у табл. 3.2, здатна стати основою для формування справедливої, сталої та ефективної моделі медичної допомоги на місцевому рівні.

Висновки до третього розділу

1. Запропоновано шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад. Визначено, що реалізація таких підходів, як формування локальних стратегій, впровадження індикаторного моніторингу, підготовка управлінських кадрів нового покоління, розвиток державно-приватного партнерства та цифрова трансформація, створює передумови для підвищення якості, доступності та стійкості медичних послуг. Комплексне впровадження зазначених напрямів дозволить громадам не лише адаптуватися до викликів сучасності, а й перейти до моделі управління, заснованої на доказах, партнерстві та активній участі населення.

2. Надано рекомендації щодо підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації, серед яких визначальними є створення персоналізованих локальних програм охорони здоров’я, посилення профілактичного компоненту, удосконалення координації між ланками медичної допомоги, розвиток цифрових інструментів, кадрове забезпечення та активне залучення громадськості до процесів оцінювання. Сукупна реалізація цих підходів сприятиме формуванню стійкої та ефективної системи медичного обслуговування, яка враховує специфіку територій і забезпечує високі стандарти надання допомоги на місцевому рівні.

ВИСНОВКИ

Визначено поняття та сутність організаційного забезпечення у сфері медичної допомоги. Встановлено, що воно включає цілісну систему управлінських, кадрових, ресурсних та інформаційних компонентів, які забезпечують узгоджене функціонування медичної галузі в умовах децентралізації. З'ясовано, що в сучасних умовах організаційне забезпечення виконує ключову роль у формуванні спроможних громад, ефективному розподілі повноважень і ресурсів, а також у забезпеченні доступності медичних послуг для населення, з урахуванням кризових факторів, пов'язаних із воєнним станом.

Розглянуто особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. Встановлено, що децентралізаційна реформа стала важливим імпульсом для структурної перебудови медичної сфери, активізувавши перехід до більш гнучкої, прозорої та орієнтованої на потреби громади моделі управління. Передача повноважень на місцевий рівень сприяла формуванню нових управлінських практик, розвитку партнерських форматів ухвалення рішень, фінансової автономії медичних закладів і таргетованого програмного планування. Водночас виявлено низку викликів, серед яких – кадрова нестача, інституційна незрілість окремих громад та потреба у національній координації. Загалом децентралізація створила передумови для якісного оновлення системи охорони здоров'я, проте ефективність цього процесу безпосередньо залежить від здатності забезпечити баланс між місцевою ініціативою та державною підтримкою.

Досліджено сучасний стан і виклики організації медичної допомоги у територіальних громадах України. Дослідження показало, що попри розширення повноважень громад унаслідок децентралізації, ефективне управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні суттєво ускладнюється низкою чинників − кадровим дефіцитом, фінансовою неспроможністю, диспропорцією між сільськими та міськими громадами, а

також зростаючим навантаженням в умовах війни. Особливо проблемною виявилась інфраструктурна нерівність та логістична недоступність спеціалізованої допомоги у віддалених громадах. З'ясовано, що без системної державної підтримки, стратегічного ресурсного планування та розвитку інструментів міжрівневої взаємодії, громади залишаються вразливими до зовнішніх викликів і не здатні самостійно забезпечити сталий та рівнодоступний медичний сервіс для всіх категорій населення.

Запропоновано шляхи впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад. Зазначено, що ключовими напрямами для підвищення управлінської спроможності є стратегічне планування, розвиток системи моніторингу, інвестиції в людський капітал, запровадження публічно-приватного партнерства, а також цифровізація управлінських процесів. Ефективність цих заходів залежить від здатності громад діяти проактивно, базувати рішення на об'єктивних даних та формувати нову управлінську культуру, зорієнтовану на прозорість, результативність і реальні потреби населення.

Надано рекомендації щодо підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації, серед яких ключовими є розвиток мобільних і телемедичних форм обслуговування, зміцнення первинної ланки, впровадження маршрутів пацієнтів, індикативне кадрове планування, міжмуніципальна співпраця, залучення громади до оцінки послуг та перехід до моделі громадського здоров'я. Реалізація цих напрямів дозволить громадам забезпечити рівні можливості доступу до якісної медичної допомоги, сформувати сучасну, адаптивну та підзвітну систему охорони здоров'я, орієнтовану на потреби кожного мешканця.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід.* Вип. № 2/2020. URL: http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20

2. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. Том 19. Вип. 1(44), 2020 р., с. 140. URL: http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360

3. Борщевський В., Василиця О., Матвєєв Є. Публічне управління в умовах воєнного стану: інституційні трансформації, стратегічне планування та механізми розвитку. *Держава та регіони*. 2022. № 2(76). URL: https://doi.org/10.32840/1813-3401.2022.2.5

4. Гавриченко Д., Козирєва О., Попова Т., Сергієнко Л. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice.* 2022. 1(42). С. 125–133. DOI: https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/3674

5. Гейко О. В., Гупало І. В., Козій-Бределєва С. П., Лесняк О. М., Мельникова К. М., Гутор Т. Г. Релокація під час воєнного стану: порівняльний аналіз надання медичної допомоги онкологічним хворим у Львівській та Донецькій областях. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023. № 2 (96). С. 88–93. DOI: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/14039

6. Глизнер С. В. Поняття, типи та причини запровадження децентралізації в Україні. Науковий журнал "Політикус". Вип. 1. 2019. С. 36–40.

7. Горобець Н. О. Сучасний стан децентралізації публічної влади в Україні. Харківський національний університет внутрішніх справ: 25 років досвіду та погляду майбутнє (1994–2019рр.). Харків, 2019. С. 121-122. URL: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/22_11_2019/pdf/56.pdf

8. Горобець Н. О., Троян О. А., Страшок Є. В. Поняття децентралізації публічної влади в Україні. Юридичний науковий електронний журнал. 2019. № 5. С. 149–152.

9. Гриценко Г. М. Вплив децентралізації на відбудову критично важливої та соціальної інфраструктури. *Актуальні проблеми права: теорія і практика.* 2024. № 2 (48). С. 34–44.

10. Гриценко Г.М. Цифровізація соціальних послуг: проблеми можливостей та компетенції. *Актуальні проблеми права: теорія і практика.* 2024. № 47. С. 36–48

11. Дані про демографічні тенденції, децентралізацію та фінансування системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/en

12. Державна стратегія регіонального розвитку на 2021–2027 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: https://bit.ly/3Qz8Y5G

13. Дерун Т. М. Перспективи розвитку територіальних громад у процесі розбудови сервісно-орієнтованої держави. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* Вип. № 2. 2020. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/2_2020/39.pdf

14. Дробуш І. В. Актуальні питання взаємодії держави та місцевого самоврядування в процесі реалізації соціальних прав. *Актуальні проблеми держави і права*. 2022. Вип. 74. С. 31–40. URL: http://www.apdp.in.ua/v74/5.pdf

15. Дробуш І. В. Соціальна функція місцевого самоврядування в Україні: проблеми теорії та практики: дис. ... докт. юрид. наук. Київ, 2017.

16. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. Вип. № 1/2020, с. 161. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

17. Кирилюк І., Борщь В. Поняття, суб'єкти, цілі, завдання та принципи децентралізації державної влади. *Економіка та суспільство*. 2021. № 25. DOI: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/281

18. Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. Науковий вісник: *Державне управління*. 2022. №2 (12). С. 38-52.

19. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). С. 58–69. DOI: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/11.pdf

20. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. *Серія : Економіка і менеджмент.* 2017. Вип. 24 (2). с. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

21. Котова Л. В. Розвиток та забезпечення соціальної сфери на рівні об'єднаних територіальних громад. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2023. № 46. С. 146–159.

22. Крайник, О. Управління розвитком територіальних громад у контексті сучасних викликів. *Економіка та суспільство*. Вип. № 33. 2021. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/913/875

23. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46-48 URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

24. Криворучко І. В. Публічне управління в умовах війни: виклики та перспективи. *Теорія та практика державного управління.* 2023. Вип. 2 (77). С. 38–53. URL: https://doi.org/10.26565/1727-6667-2023-2-03

25. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: зовнішня та внутрішня організаційні складові. *Порівняльно-аналітичне право*. Вип. № 5. 2017. С. 233-235. URL: https://pap-journal.in.ua/wp-content/uploads/2020/08/5_2017.pdf#page=233

26. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. Вісник економіки. 2022. Вип. № 2. С. 111-127. URL: file:///C:/Users/1/Downloads/admin,+11%20(3).pdf

27. Миколюк А. В. Публічне управління в умовах військового стану: питання ефективності. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. № 29. С. 45–48. URL: https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2022.29.8

28. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я кол. монографія за наук. ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

29. Національна служба здоров'я України: Офіційний веб-сайт. URL: https://nszu.gov.ua/

30. Нестерович В. Ф. Система міжнародних стандартів місцевого самоврядування в умовах децентралізації влади. *Актуальні проблеми права: теорія і практика.* 2024. № 1 (47). С. 292–393. URL: https://journals.snu.edu.ua/index.php/app/article/view/839/802

31. Онуфрієнко О. Архітектоніка електронного врядування у США: концептуалізація та реалізація ініціативи "е-уряд" президентською адміністрацією Дж. Буша-мол. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7. № 8. С. 37-45.

32. Організація Об'єднаних Націй. Цілі сталого розвитку: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року: прийнято на Саміті ООН з питань сталого розвитку 25 вересня 2015 р. URL: https://sdgs.un.org/goals

33. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/uk

34. Панов І. В. Забезпечення надання соціальних послуг в умовах воєнного часу. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2023. № 2 (46). С. 203–213.

35. Панов І. В. Роль органів місцевого самоврядування в забезпеченні соціальних послуг в умовах збройного конфлікту. *Актуальні проблеми права: теорія і практика.* 2024. № 1 (47). С. 225–235.

36. Полковнікова Н. О. Повноваження органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: розмежування й рівні перетину. *Право та державне управління*. 2019. № 4. С. 263–269.

37. Ременяк О. В. Децентралізація публічної влади в правовій теорії та державотворчій практиці: дис. … канд. юрид. наук: спец. 12.00.01. Львів: НУ "Львівська політехніка", 2020. 210 с.

38. Реформування охорони здоров'я з точки зору первинної меддопомоги: що важливо знати органам місцевого самоврядування. URL: https://decentralization.ua/news/17394

39. Рось О. Г. Функції як складова інституційної спроможності представницьких органів місцевого самоврядування в Україні. Молодий вчений. 2020. № 7 (83). С. 97–100. URL: http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2020/7/22.pdf

40. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. Вип. № 8. 2021. С. 105-112. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2021/19.pdf

41. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020 р., № 2. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf.

42. Соломаха А.Г. Децентралізація в Україні: досягнення, виклики та актуальність реформи. Молодий вчений. *Юридичні науки*. Вип. № 8 (96). 2021.С. 107-113. URL: https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/1862/1837

43. Сухонос В. В. Місце державницької теорії місцевого самоврядування у світовій доктрині муніципального права. *Правові горизонти*. 2020. № 20 (33). С. 35–41.

44. Татаренко Г. В. Принципи та методи соціальної кваліметрії при стандартизації соціальних послуг в умовах децентралізації. *Актуальні проблеми права: теорія і практика.* 2024. № 47. С. 358–370.

45. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров‘я. Часопис Київського університету права. 2018/9 № 2. С. 168–173. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf

46. Територіальні громади в умовах децентралізації: ризики та механізми розвитку: монографія за ред. Кравціва В. С., Сторонянської І. З. Львів: ДУ “Інститут регіональних досліджень ім. М. І. Долішнього НАН України”, 2020. 531 с.

47. Титикало Р. С. Актуальні питання делегування повноважень органам місцевого самоврядування. *Право і суспільство*. 2023. № 3. С. 246–251.

48. Титикало Р. С. Функції органів місцевого самоврядування. Наукові записки. *Серія: Право*. 2022. Вип. 12. С. 286–291.

49. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров’я в Україні. Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. *Серія: Державне управління*. 2017. № 3. С. 95–102 URL: file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/vnaddy_2017_3_16.pdf

50. Черніховський Р. І. Публічне управління в сфері охорони здоров’я та напрями його покращення. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. Вип. № 6. 2023. С. 277-282. URL: https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/551/499

51. Чиркін А. С. Соціальна держава: поняття, ознаки та функції в контексті децентралізації влади. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2024. № 48. С. 274–287.

52. Шевчук, Р. В. До проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні. Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління. 2023. Вип. № 2(26), С. 61-66. URL: https://doi.org/10.32689/2617-9660-2023-2(26)-61-66

53. Шкільняк М., Кривокульська Н. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Вип. № 2 (84). 2020. С. 22-30.