Форма № 24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

бізнес-технологій та економіки
(повне найменування факультету)

Менеджмент та адміністрування
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)
магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему: «Публічне управління закладами охорони здоров'я в Запорізької області»
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу, групи БТЕз-1813 м

Спеціальності 281 «Публічне управління та
(код і найменування спеціальності)
адміністрування»

Освітня програма (спеціалізація)
«Регіональне управління»
Олександра МІХНЕВИЧ
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник Тетяна ПУЛІНА
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)
Рецензент Максим КУЧЕРЕНКО
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет бізнес-технологій та економіки
Кафедра «Менеджмент та адміністрування»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітня програма (спеціалізація) «Регіональне управління»
(назва освітньої програми (спеціалізації)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри, д.е.н., професор
Тетяна ПУЛІНА
«_____» _____2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)
МІХНЕВИЧ Олександра Володимирівна
(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Публічне управління закладами охорони здоров'я в Запорізької області

керівник проєкту (роботи) д.е.н., проф. Тетяна ПУЛІНА,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)
затверджені наказом закладу вищої освіти від «05» 11 2024 року №457

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 23.11.2024

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) наукові праці українських та іноземних вчених з проблем публічного управління закладами охорони здоров'я, матеріали конференцій, інформація Інтернет-ресурсів, а також звітність ДОЗ Запорізької ОВА.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Теоретичні аспекти публічного управління закладами охорони здоров'я. 2. Аналіз публічного управління у сфері медичного обслуговування населення Запорізького регіону в умовах воєнного стану. 3. Напрями удосконалення публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізького регіону в умовах воєнного стану.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень, кількість слайдів, плакатів)
32 рис., 12 табл., 100 джерел, 1 додаток

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
I	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	30.04.2024	30.05.2024
II	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	02.09.2024	02.10.2024
III	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	21.09.2024	21.10.2024
Нормоконтроль	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	30.10.2024	28.11.2024

7. Дата видачі завдання «___01___» _____04_____2024___року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Організаційне зібрання щодо термінів подання кваліфікаційної роботи та методики її виконання	04.03.2024	
2	Вибір теми	15.03.2024	
3	Затвердження переліку тем кваліфікаційних робіт на кафедрі	20.03.2024	
4	Огляд та опрацювання наукової та спеціальної літератури з теми	постійно	
5	Наказ Ректора НУ «Запорізька політехніка» про затвердження тем кваліфікаційних робіт	29.10.2024	
6	Видача завдання до кваліфікаційної роботи	20.03.2024	
7	Розробка робочого плану кваліфікаційної роботи за узгодженням з науковим керівником	05.04.2024	
8	Написання 1 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді	30.05.2024	
9	Написання 2 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді	02.10.2024	
10	Написання 3 розділу та представлення їх на кафедру в друкованому вигляді та чорнового варіанту роботи в цілому	21.10.2024	
11	Нормоконтроль	30.10.2024	
12	Попередній захист кваліфікаційної роботи	14.11.2024	
13	Подання роботи на кафедру в остаточному чистовому оформленні	28.11.2024	
14	Захист кваліфікаційної роботи перед ЕК	11.12.2024-19.12.2024	

Студент(ка) _____ **Олександра МІХНЕВИЧ**
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ **Тетяна ПУЛІНА**
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВПО – внутрішньо переміщені особи

ДОЗ – департамент охорони здоров’я

ЗОЗ – заклади охорони здоров’я

ЗУ – Закон України

КМУ- Кабінет міністрів України

МОЗУ – Міністерство охорони здоров’я України

МОН – медичне обслуговування населення

НСЗУ – Національна служба здоров’я України

ОВА - Обласна військово-цивільна адміністрація

ОМС- орган місцевого самоврядування

СОЗ – система охорони здоров’я

РЕФЕРАТ

Дипломна робота: «Публічне управління закладами охорони здоров'я в Запорізької області»; 139 с., рисунки 32, таблиці 12, додатки 3, список джерел 100 найменувань.

Обєкт дослідження – система публічного управління комунальними закладами охорони здоров'я Запорізької області. **Предмет** – організаційно-економічні та управлінські відносини з приводу підвищення ефективності публічного управління комунальними закладами охорони здоров'я Запорізької області в умовах запровадження воєнного стану. **Мета** дипломної роботи – вдосконаленні теоретичних положень, методів та процедур, що сприяють підвищенню ефективності публічного управління закладами охорони здоров'я в Запорізької області в умовах запровадження воєнного стану.

Методи дослідження: системний, описовий, порівняльний, статистичний, SWOT-аналіз, табличні та графічні прийоми візуалізації статистичних та розрахункових даних.

Результати і їх новизна. Наукова новизна – запропоновано комплекс заходів щодо підвищення ефективності діяльності комунальних закладів охорони здоров'я області в умовах запровадження воєнного стану, що дозволить конкретизувати проблеми розвитку медичних закладів в цих умовах та сприятиме розробці і реалізації ефективних управлінських рішень щодо їх подальшого розвитку.

Основні положення роботи. Досліджено теоретично-правові аспекти публічного управління закладами охорони здоров'я; проаналізовано стан публічного управління у сфері медичного обслуговування населення Запорізького регіону в умовах воєнного стану; визначено шляхи удосконалення публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізького регіону в умовах воєнного стану.

Значущість роботи і висновки. Запропоновано напрямки реалізації регіональної стратегії розвитку закладів охорони здоров'я в умоваї воєнного стану (алгоритм створення обласного центру телемедицини, єдиної системи надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю, заходи щодо удосконалення управління наданням медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам), адресовані керівникам органів влади та управління обласного рівня на прикладі Департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної військово-цивільної адміністрації.

Ключові слова: ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ, ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ.

ANNOTATION

Master's work: "Public management of healthcare institutions in Zaporizhia region"; 139p., figures 32, tables 12, appendices 3, list of sources 100 items.

The object of study - is the system of public management of municipal healthcare institutions in Zaporizhia region. The subject is organizational, economic and managerial relations regarding increasing the efficiency of public management of municipal healthcare institutions in Zaporizhia region under the conditions of the introduction of martial law. The purpose of the thesis is to improve theoretical provisions, methods and procedures that contribute to increasing the efficiency of public management of healthcare institutions in Zaporizhia region under the conditions of the introduction of martial law.

Research methods: systematic, descriptive, comparative, statistical, SWOT analysis, tabular and graphical methods of visualizing statistical and calculated data.

Results and their novelty. Scientific novelty - a set of measures is proposed to increase the efficiency of the activities of municipal health care institutions of the region in the conditions of the introduction of martial law, which will allow specifying the problems of the development of medical institutions in these conditions and will contribute to the development and implementation of effective management decisions for their further development.

Main provisions of the work. The theoretical and legal aspects of public management of health care institutions are studied; the state of public management in the field of medical care of the population of the Zaporizhia region under martial law is analyzed; ways of improving public management of health care institutions of the Zaporizhia region under martial law are identified.

Significance of the work and conclusions. Directions for implementing the regional strategy for the development of healthcare institutions under martial law (algorithm for creating a regional telemedicine center, a unified system for providing rehabilitation services to persons with disabilities, measures to improve the management of providing medical care to internally displaced persons) are proposed, addressed to heads of regional government bodies and departments using the example of the Department of Health of the Zaporizhia Regional Military-Civil Administration.

Keywords: STATE ADMINISTRATION, PUBLIC ADMINISTRATION, ADMINISTRATION, HEALTH CARE, HEALTH CARE INSTITUTIONS, MEDICAL SERVICES, DEPARTMENT OF HEALTH CARE, INTERNALLY DISPLACED PERSONS, PERSONS WITH DISABILITIES.

ЗМІСТ

Завдання на дипломну роботу
Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів
Реферат
Annotation
Вступ 8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я 12
1.1 Категоріальний апарат та структура публічного управління та адміністрування діяльністю медичних установ 12
1.2 Аналіз тенденцій розвитку публічного управління та адміністрування у сфері медичного обслуговування населення 24
1.3 Правові джерела та закордонний досвід управління закладами охорони здоров’я 35
Висновки до розділу 1 46
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 48
2.1 Характеристика мережи комунальних закладів охорони здоров’я Запорізької області 48
2.2 Дослідження публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізької області 61
2.3 Оцінювання публічного адміністрування мережею комунальних закладів охорони здоров’я Запорізької області 71
Висновки до розділу 2 81
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 83
3.1 Удосконалення порядку організації надання медичних послуг у комунальних закладах охорони здоров’я в умовах воєнного стану 83
3.2 Організація надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах війни 93
3.3 Публічне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в воєнний та післявоєнний періоди 103
Висновки до розділу 3 115
ВИСНОВКИ 117
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 122
ДОДАТКИ 134

ВСТУП

Актуальність теми. Якість життя населення є найважливішою компонентою економічного розвитку України та її регіонів. Визначальним чинником при цьому є забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами закладами охорони здоров’я. Основою належного функціонування таких закладів є необхідний для надання медичних послуг управлінський та ресурсний супровід. Система охорони здоров'я населення нерозривно пов'язана з ефективністю публічного управління медичними установами конкретної території, що проявляється у доступності медичної допомоги, якості надання медичних послуг, досягнення ключових показників галузевого розвитку тощо. Формування сучасної системи публічного управління закладами охорони здоров'я, у тому числі на місцевому рівні, - ключовий напрямок у досягненні цих стратегічних орієнтирів.

Внаслідок повномасштабного вторгнення на територію України вітчизняна система охорони здоров’я зазнала безпрецедентних випробувань на стійкість. На відміну від інших публічних сфер управління, заклади охорони здоров’я та медичний персонал працювали у найгарячіших точках навіть у найменш гострі фази військових дій. Однак система охорони здоров’я змогла вистояти, зберегла керованість і здатність виконувати свої функції. Це стало можливим у тому числі завдяки вчасно прийнятим рішенням Міністерства охорони здоров’я України, Кабінету Міністрів України та парламенту щодо дій в умовах воєнного стану, а також попередньої структурної медичної реформи, які допомогли системі стати більш життєздатною. Критично важливу роль у забезпеченні діяльності медичних закладів в цих умовах зіграла їх повна управлінська та фінансова автономія, упроваджена під час медичної реформи у 2018-2021 роках. Делеговані повноваження та можливість ухвалювати оперативні управлінські рішення на місцях особливо допомогли медичним закладам у перші місяці вторгнення. Вказані обставини свідчать про необхідність подальшого теоретико-методичного вдосконалення методів

публічного управління закладами охорони здоров'я задля забезпечення зростання ефективності системи охорони здоров'я взагалі і в умовах воєнного стану зокрема.

Теоретичні основи проблеми публічного управління закладами охорони здоров'я розглянуті в роботах А.Д.Барзилович, К.В.Бондаренко, В. Ю. Галушка, Д.І.Горбатова, О. А. Задихайло, С.В. Книш, К.О. Колесникова, С.О.Малонога, М. С. Міхровської, Г.В. Муляр, О.М.Піхоцької, М.М.Пристая, Л.В. Сазоненко, Є. І. Фролової, І.С. Хомякова та інших вчених. Однак концептуальні положення публічного управління регіональною системою охорони здоров'я в умовах запровадження воєнного стану сформульовані недостатньо.

У вітчизняній літературі проблематика публічного управління закладами охорони здоров'я розглядається переважно без урахування впливу запровадження воєнного стану. Саме тому вказана тема дослідження є актуальною у період запровадження такого стану на території України, а також у післявоєнний період.

Актуальність даної проблеми, зростаюча необхідність її вирішення на регіональному рівні визначили вибір теми, об'єкта та предмета дослідження, зумовили постановку мети та завдань.

Мета і завдання дослідження. Мета даного дослідження полягає у вдосконаленні теоретичних положень, методів та процедур, що сприяють підвищенню ефективності публічного управління закладами охорони здоров'я в Запорізької області в умовах запровадження воєнного стану.

Необхідність досягнення мети вимагала вирішення наступних завдань:

– проаналізувати категоріальний апарат та структуру публічного управління та адміністрування діяльністю медичних установ;

– визначити тенденції розвитку публічного управління та адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;

– узагальнити правові джерела та закордонний досвід управління закладами охорони здоров’я;

– охарактеризувати мережу комунальних закладів охорони здоров’я Запорізької області;

– дослідити зміст публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізької області;

– оцінити стан публічного адміністрування мережею комунальних закладів охорони здоров'я Запорізької області;

– розробити шляхи удосконалення порядку організації надання медичних послуг у комунальних закладах охорони здоров’я області в умовах воєнного стану;

- запропонувати напрями покращення організації надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам;

- визначити щляхи удосконалення публічного управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в воєнний та післявоєнний періоди.

Об'єкт дослідження – система публічного управління комунальними закладами охорони здоров’я Запорізької області.

Предмет дослідження – організаційно-економічні та управлінські відносини з приводу підвищення ефективності публічного управління комунальними закладами охорони здоров’я Запорізької області в умовах запровадження воєнного стану.

Методи дослідження: діалектичний, історичний, абстрактно-логічний, порівняння, аналіз, синтез та інші загальнонаукові методи пізнання, системний, ситуаційний та сценарний підходи, факторний та порівняльний аналіз, проєктний метод, емпіричне узагальнення, табличні та графічні прийоми візуалізації статистичних та розрахункових даних.

Інформаційну основу дослідження склали офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, Національної служби здоров’я, Державної служби статистики України, публікації в наукових фахових виданнях з публічного управління та адміністрування, програмні документи, що регламентують розробку та реалізацію стратегії соціально-економічного розвитку Запорізької області,

інформація Департаменту охорони здоров’я області, оперативна інформація щодо діяльності органів державної влади, матеріали мережі Інтернет тощо.

Магістерська дипломна робота виконана на фактичному матеріалі Департаменту охорони здоров’я Запорізької області.

Апробація результатів магістерської дипломної роботи. За результатами проведеного дослідження опубліковано тези доповідей (Пуліна Т.В., Михневич О.В. Публічне управління та адміністрування закладами охорони здоров’я. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: збірник XII Міжнародній заочній науково-практичній конференції.* Запоріжжя, КПУ., 2024. С. 87-89.

Структура роботи. Магістерська дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Основний зміст роботи викладено на 139 сторінках друкованого тексту. Робота містить 12 таблиць, 32 рисунки та 3 додатки на 6 сторінках. Список використаних джерел складається із 100 найменувань.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Категоріальний апарат та структура публічного управління та адміністрування діяльністю медичних установ

Публічне управління та адміністрування діяльністю медичних установ є одними із найскладніших інститутів та категорій, що пов’язано зі специфікою їх об'єктів і суб'єктів, а також характером взаємозв'язків між ними. Процеси перетворень, що відбуваються в українській державі та суспільстві, зокрема, адміністративна реформа, зумовили науковий пошук нових підходів до розуміння сутності публічного управління та адміністрування діяльністю медичних установ, а також шляхів їх удосконалення. Особлива роль публічного управління та адміністрування діяльністю медичних установ проявляється на тлі збройної агресії проти України, яка випробовує національну систему громадського адміністрування на стійкість і потужність та її здатність протистояти зовнішнім загрозам. Особливо важливим в цих умовах є здатність публічного управління та адміністрування забезпечити ключові управлінські процеси у сфері охорони здоров’я, що визначають сутність держави та її можливості надавати громадянам належний рівень медичних послуг.

Розглядаючи категоріальний апарат державного управління взагалі і публічного у тому числі, константуємо, що поряд із змінами соціально-економічної та політичної систем у світі змінювалося розуміння сутності управління, що призвело і до зміни підходів до трактування в першу чергу державного управління. Так, модель ідеальної бюрократії Макса Вебера, яка була основою науки про державне управління, зазнала критиці вже у другій половині ХХ ст., так як використання цієї моделі на практиці показало, що лише завдяки чіткій управлінській ієрархії та дотриманню жорстких правил не можна

очікувати значного підвищення ефективності державного управління [1, с.45]. На подальший розвиток науки про державне управління значно вплинула поведінкова теорія менеджменту, яка приділила велику увагу ролі людського чинника в управлінні. Представниця цієї школи Мері Паркер Фоллетт визначала управління (англ. -management) як «мистецтво виконувати роботу за допомогою інших людей» [2, с.210]. Це означало, що підвищити дієвість державного управління можна лише шляхом ефективного використання людських ресурсів, тобто в центрі управління повинна перебувати людина, а не організаційна структура. Отже, державне управління перестало ототожнюватися лише з прямим управлінням, безпосереднім розпорядженням тощо.

Таким чином, тривалий час у найбільш загальному вигляді державне управління визначалося як розпорядча діяльність органів державної виконавчої влади, яка знаходила свій прояв у постійному, безпосередньому та оперативному впливі на суспільні відносини в державі [3, с.176]. При цьому у філософських та юридичних джерелах, як національних, так і зарубіжних, до цього часу повністю не сформовано загальновизнане трактування цього поняття. Так, на даний час існує кілька точок зору: одна трактує державне управління як явище, виходячи з його сутності та змісту, а інша - виходячи з форм, в яких воно існує і функціонує. Найбільш поширеним підходом є віднесення до державного управління такої діяльності держави, яка не входить до сфери інших видів державної діяльності, зокрема, представницької та судової [4, с.300]. Важливим є той факт, що Конституція України не вживає термін «державне управління», в ній можна зустріти лише «управління державними справами», що має інше значення [5]. Термін «державне управління» застосований у ЗУ від 27.02.2014 «Про Кабінет Міністрів», але його зміст не розкрито [6].

В сучасному Енциклопедичному словнику з державного управління цей термін визначено як «діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для якнайповнішої реалізації функцій держави, основних

прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами» [7, с.145].

Адміністративне право визначає управління взагалі як виконавчу та розпорядчу діяльність держави. При цьому теорія адміністративного права розробила два підходи до визначення державного управління:

1. Державне управління у широкому розумінні - це сукупність усіх видів діяльності всіх державних органів, тобто практично всі форми реалізації державної влади загалом [3, с.177]. Конституція України (ст.6) зазначає, що «державна влада в Україні здійснюється на засадах її поділу на законодавчу, виконавчу та судову, органи яких здійснюють свої повноваження у встановлених Конституцією межах та відповідно до законів України» [5]. Отже, державне управління у широкому сенсі - це вплив діяльності держави за допомогою спеціальних суб'єктів права на суспільні відносини.

2. Державне правління у вузькому розумінні - це сукупність державних органів, між якими розподілено різні види функцій держави. Іншими словами, це відносно самостійний вид діяльності держави, яку здійснює певна частина державних органів [3, с.178].

Якщо об’єднати ці два визначення, то можна стверджувати, що державне управління - це окремий вид діяльності держави, що здійснюється за допомогою державних органів (посадових осіб) для реалізації її функцій та завдань у сфері безпосереднього керівництва економічним, соціально-культурним та адміністративно-політичним життям суспільства.

М. С Міхровська зазначає, що «державне управління - застарілий термін, який має абсолютно конкретне «забарвлення», набуте ним за радянських часів, коли ця категорія вважалася базовою та домінуючою» [4, с.301]. На її думку, з якою ми погоджуємося, цей термін необхідно вилучати з вітчизняних актів законодавства.

З поширенням демократичних цінностей та розвитком громадянського суспільства зростало незадоволення громадян значною кількістю державних

установ та якістю послуг, які вони надавали. Через це у XX ст. уряди розвинених країн були вимушені провести реформи щодо покращення дяльності державних установ у напрямку зміни бюрократичних процедур на такі, що спрямовані на надання більш якісних публічних послуг [8, с.115]. Це призвело до появи нової форми державного управління під назвою «публічне адміністрування», яке, згідно з глосарієм ООН, полягає в «централізованій організації виконання державної політики та програм, а також координації діяльності персоналу» [9]. За даними ООН, публічне адміністрування має два тісно пов’язаних значення:

1. «Цілісний державний апарат (політика, правила, процедури, системи, організаційні структури, персонал тощо), який фінансується з державного бюджету і відповідає за управління та координацію роботи виконавчої гілки влади і її взаємодію з іншими зацікавленими сторонами в державі, суспільстві та зовнішньому середовищі» Дане дослідження базується на теоретико-методичних положеннях щодо процедур публічного управління закладами охорони здоров'я обласного рівня [9].

2. «Управління і реалізація всього комплексу державних заходів, що пов’язані з виконанням законів, постанов і рішень уряду, які спрямовані на надання публічних послуг» [9].

Сама категорія «публічне адміністрування» бере початок із зарубіжної літератури. Спочатку переклад терміну «public administration» був однозначним - «державне управління», але згодом стало зрозуміло, що це поняття залежно від контексту може перекладається ще як «публічне адміністрування» та «публічна адміністрація» і навіть «громадське управління», «управління на державному та місцевому рівні», «суспільна адміністрація» тощо [10, с.221].

Згідно з Енциклопедією державного управління, публічне адміністрування є «різновидом управлінської діяльності інституцій публічної влади, завдяки якій держава та громадянське суспільство забезпечують самоврядність усієї громадської системи та її розвиток у певному напрямі [12, с.361].

В Енциклопедичному словнику з державного управління суть цього поняття розглядається як «теорія та практика державного управління, яка характеризується реалізацією адміністративних процедур шляхом публічної діяльності, застосування інструментів демократичного управління, упорядкування суспільної діяльності та надання адміністративних послуг як засобу реалізації прав та свобод громадян» [7, с.106].

Отже, у широкому сенсі публічне адміністрування - це система адміністративних інститутів із ієрархією влади. При цьому з відповідальність за виконання державних рішень спускається зверху донизу, тобто публічне адміністрування - це скоординовані дії державних органів, які:

– формують державну політику, тобто є частиною політичного процесу;

– прямо або частково пов'язані із законодавчою, виконавчою та судовою гілками влади.

У вузькому розумінні публічне адміністрування розглядається як «професійна діяльність державних службовців, яка включає всі види діяльності, спрямовані на реалізацію рішень уряду» [13,с.42]. У цьому сенсі публічне адміністрування тісно пов'язане з виконавчою гілкою влади.

Отже, фахівці в галузі державного управління в основному сходяться на думці, що «публічне адміністрування пов’язане із втіленням у життя законів та інших норм, які приймаються законодавчими органами держави». Також розповсюджене твердження, що «публічне адміністрування є процедурою у виконанні дій законодавчої, виконавчої та судової гілок влади з метою здійснення державного регулювання та надання послуг населенню» [13, с. 42].

І.Бінько зазначає, що «публічне адміністрування за свою природою спрямоване на досягнення остаточної мети механізму державного управління - ефективну реалізацію прав, свобод та охоронюваних законом інтересів» [14,с.146].

Своєю чергою, Е.В.Іванов стверджує, що публічне адміністрування - це «наука про управління громадською думкою, а не лише встановлення та підтримання добрих відносин між державою, організаціями та громадськістю.

У розвинутих країнах світу значне місце в публічному адмініструванні починає відігравати реалізація основних функцій держави» [15, с.3].

Публічне адміністрування в адміністративному праві європейських країн здебільшого визначається як «сукупність органів та установ, які реалізують публічну владу шляхом виконання законів, підзаконних актів та вчинення інших дій у громадських інтересах» [16, с.45]. На наш погляд, це визначення є актуальним і для вітчизняної практики, так як при такому підході діяльність з публічного адмініструванню тісно пов'язана з діями конкретних органів держави, що конкретизує її сутність.

Таким чином, майже вся різноманітність поглядів на публічне адміністрування зводиться до кількох основних підходів:

1. Публічне адміністрування розуміється як один із методів державного управління або як діяльність, яка є частиною (етапом, стадією) державного управління.

2. Публічне адміністрування розглядається як управлінська діяльність із задоволення потреб та інтересів соціуму (тобто публічних інтересів), яка здійснюється практично всіма органами держави.

3. Публічне адміністрування зводиться майже повністю до надання громадських послуг.

4. Публічне адміністрування визначається як державне управління, але із зазначенням певних особливостей, які властиві саме публічному адмініструванню.

Ми погоджуємося з розумінням публічного адміністрування як окремого виду діяльності, що здійснюється особливими суб'єктами (публічною адміністрацією) щодо реалізації всього комплексу державних заходів, пов'язаних із виконанням законів, постанов та рішень уряду, а також з наданням публічних послуг.

Якщо співвідносити поняття «державне управління» і «публічне адміністрування», то, незважаючи схожість даних понять (сутністю цих видів діяльності є управлінський вплив на суспільство), основною відмінністю є те,

що державне управління належить до авторитарного стилю управління, а публічне адміністрування - до демократичного. Ключовими елементами для державного управління є держава і державна влада, а для публічного адміністрування - суспільство і публічна влада, тобто у державному управлінні об’єктом управління виступає держава, а в публічному адмініструванні - суспільство. Отже, на наш погляд, відмінності між державним управлінням та публічним адмініструванням полягають більше не в площині понять чи визначень, а в площині тенденцій розвитку. Зокрема, ядром поняття «публічне» є «загальне, доступне всім, яке служить усім», а слово «адміністрація», яке походить від латинського ministrare («служити»), вказує на підпорядкованість політичної влади та служіння громадським інтересам.

Таким чином, відбулася трансформація державного управління в публічне адміністрування, а продовженням цього процесу стало подальше перетворення публічного адміністрування в публічне управління В результатів можна стверджувати, що публічне адміністрування – це перехідна ланка від державного управління до публічного. Це стало можливим завдяки зміні акцентів із здійснення управлінської діяльності чітко на основі встановлених інструкцій на управлінську діяльність, яка забезпечує надання якісних публічних послуг і досягнення ефективних результатів. Таким чином, публічне адміністрування – це перехідний етап і складова частина публічного управління. Використовуючи поняття «публічний», маємо на увазі те, що стосується органів виконавчої влади, адміністративного апарату та органів місцевого самоврядування (далі – ОМС). Мета публічного адміністрування - забезпечити розвиток держави на засадах демократії на основі використання новітніх методів і технологій управління. Саме тому поняття «публічний» згідно Енциклопедії державного управління є більш ширшим ніж «державний» і містить такі дефініції, як «державний, суспільний, народний, загальнонародний, комунальний, відкритий, гласний» [12].

Своєю чергою, К. Поллітт стверджує, що термін «публічне управління» може вживатися в щонайменше трьох основних значеннях:

– як специфічна діяльність державних службовців;

– як певна структура органів державної влади;

– як взаємодія публічних адміністрацій з юридичними і фізичними особами [17, с.101].

Необхідно також зазначити, що поняття «державне управління», «публічне адміністрування» та «публічне управління» інколи ототожнюються також і із тієї причини, що «public administration» (публічне адміністрування) та «public management» (публічне управління) перекладаються з англійської мови на українську однаково як «державне управління». Це означає, що термін «державне управління» не є точним аналогом терміну «публічне управління», а за своїм значенням більш наближений до терміну «публічне адміністрування». Основною відмінністю, на наш погляд, залишається те, що ключовим аспектом державного управління є держава, а публічного управління - народ. У зв'язку з цим вважаємо, що публічне адміністрування і є державним управлінням, але державним управлінням у його розвитку, тобто тим управлінням, до якого прагнуть українське суспільство та держава. Про перетворення поняття «державне управління» на «публічне адміністрування» свідчить і тенденція стрімкого розвитку інституту надання публічних послуг, зокрема, адміністративних. При цьому державне управління стає дедалі більше публічним, менше використовуються інструменти прямого управління, безпосереднього розпорядження та інші подібні методи.

Звертаючись до концепції публічного управління і адміністрування у сфері охорони здоров'я населення, ми констатуємо, що воно є складовою публічного управління національною економікоюв та базується на конституційних нормах про право громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, а також на нормах про організацію публічної влади в Україні.

Аналізуючи сучасну систему охорони здоров'я (далі – СОЗ) України, слід зазначити, що вона являє собою багаторівневу функціонально керовану систему, яка створена державою для забезпечення послуг медичного обслуговування населення (далі – МОН) та зміцнення його здоров'я [18, с.130]. Державна СОЗ

відповідає універсальним критеріям такої організації: має власну ієрархічну структуру, механізми публічного управління, фінансування, відповідні форми контролю тощо. Сучасна СОЗ України перебуває в кризовому стані як наслідок військовий дій на території України, які призвели до руйнування її інфраструктури, обладнання, загибелі та пораненню лікарів, міграції медичного персоналу з окупованих територій не тільки по території Україні, а й за кордон тощо [19].

Розглядаючи медичні установи як об'єкт управління необхідно зазначити, що це особливі установи, так як медична діяльність є досить специфічною частиною невиробничої сфери економіки, а послуга МОН відрізняється від будь-якої іншої. Отже, господарська діяльність медичних установ пов'язана з послугами, які забезпечують збереження та відновлення фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини. Як і підприємства будь-якого іншого виду діяльності, установи, що надають послуги МОН, вимагають високого рівня організації та управління їхньою діяльністю [21, с.55]. Щодо медичної діяльності, поняття публічного управління і адміністрування правомірно поширити на наступні процеси та осіб, керуючих цими процесами (рис. 1.1).

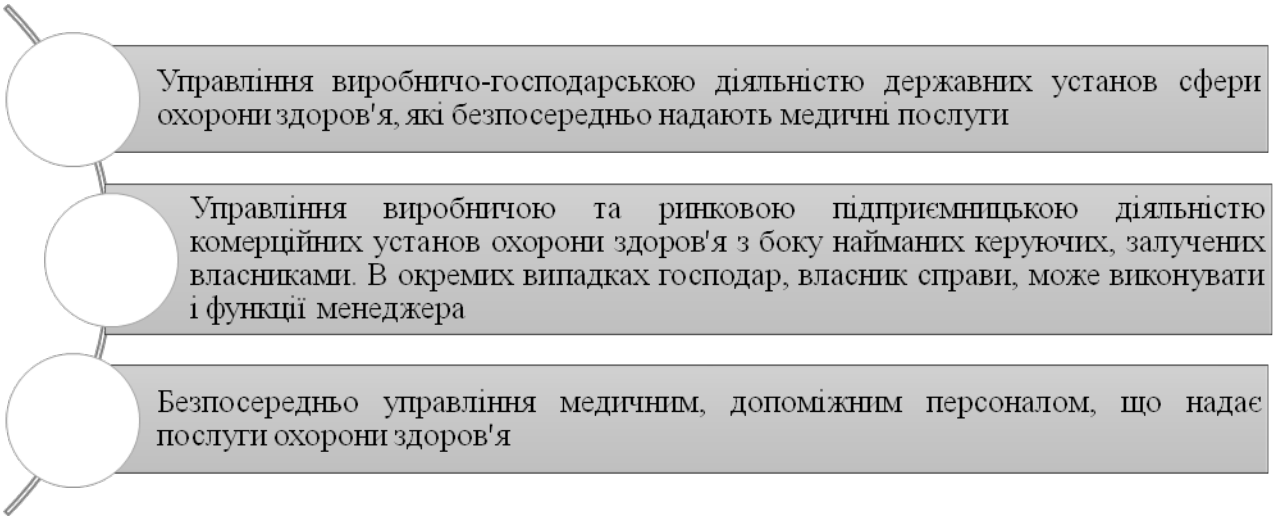

Рис. 1.1 Сфера дії публічного управління і адміністрування в установах сфери охорони здоров’я

Сама специфіка об'єкта робить керування ним надзвичайно складним. Завдання публічного управління і адміністрування у СОЗ - це найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувально-профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів [22]. Це означає, що застосування теорії публічного управління і адміністрування в охороні здоров'я можливе за умови внесення деяких коректив [20, с.90].

Мета публічного управління державним сектором СОЗ - забезпечення послугами МОН на засадах їх загальнодоступності, а недержавним - забезпечення потреб платоспроможної частини населення, зниження навантаження на державний сектор при одночасному досягненні беззбитковості підприємницьких структур [24,с. 55]. При цьому таке управління орієнтоване на виробництво, розподіл, обіг, споживання медичних товарів та послуг, учасників цих процесів (персонал та установи, які здійснюють охорону здоров'я) та у певній мірі - на пацієнтів (споживачів послуг) [23, с.140].

Процес публічного управління і адміністрування у СОЗ має певну технологію, що базується на визначенні цілей, принципів, методів, функцій (рис. 1.2).



Рис. 1.2 Процес управління і адміністрування у сфері охорони здоров'я

На характер управління медичними установами накладає також відбиток взаємодія внутрішнього та зовнішнього управління та адміністрування. Внутрішнім називають управління, при якому керуючий вплив формується в

керованій системі, тобто всередині неї. Орган управління, що здійснює управлінський вплив, утворює разом із керованою системою єдиний господарський комплекс. Органи управління, а також особи, які здійснюють управління, входять при внутрішньому управлінні до складу керованої організації, тобто до її штату [25].

Зовнішнім називають управління, у якому управляючий вплив здійснюється на керовану систему ззовні. У цьому випадку система керування не входить до складу керованої, тобто виділена як самостійний зовнішній орган. Особи, які здійснюють зовнішнє управління, не включаються до штату керованої установи і не є її працівниками [26, с.65]. Зовнішнє управління найбільш поширене у системі управління установами державного сектору СОЗ, а внутрішнє - недержавного. Однак у будь-якому випадку має місце те чи інше поєднання елементів внутрішнього та зовнішнього управління (рис. 1.3).

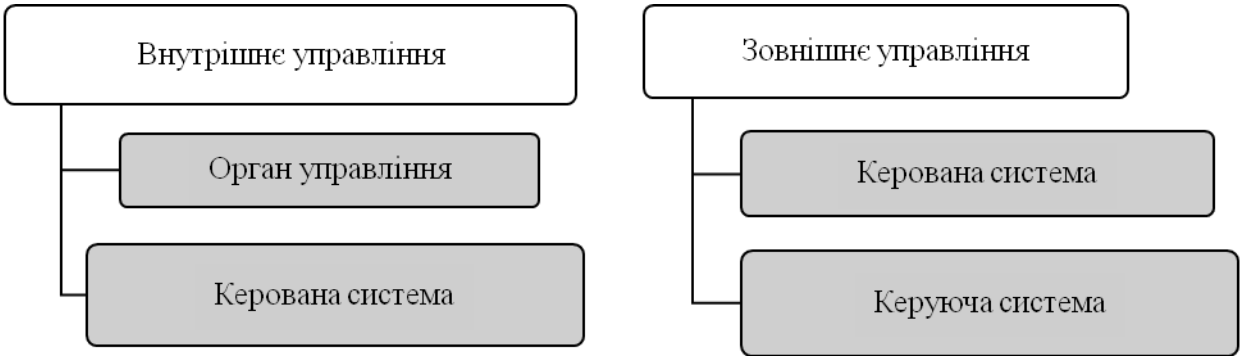

Рис. 1.3 Характер публічного управління медичними установами

Природно, що глобальні питання публічного управління і адміністрування закладів охорони здоров’я (далі – ЗОЗ), які поширюються на всі (або багато) установ медико-соціального комплексу та пов'язані з безпекою засобів лікування, за своєю природою відносяться до зовнішнього управління, як і прийняття законів, що регулюють і державну, і приватно-підприємницьку медичну діяльність. При вирішенні конкретних завдань планування, оперативного керівництва, регулювання діяльності окремих учасників

комплексу пріоритет має бути віддано самоврядуванню, тобто внутрішньому управлінню [27, с.255].

У ЗОЗ публічне управління і адміністрування здійснюються наступними посадовими особами:

1. Стратегічний рівень - це головний лікар установи.

2. Тактичний рівень - це заступники головного лікаря.

3. Оперативний рівень - це керівники підрозділів, які мають у підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурних підрозділів, головні та старші медичні сестри [28].

У проєкті ЗУ «Про самоврядування в сфері охорони здоров’я в Україні» визначено, що органами управління ЗОЗ є особи, які мають право приймати управлінські рішення в межах своєї компетенції та контролювати виконання прийнятих рішень, а також власники ЗОЗ та наглядова рада закладу. Безпосереднє управління діяльністю ЗОЗ здійснює його керівник, якою може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, які встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у СОЗ [29].

Отже, специфіка управління СОЗ обумовлена насамперед тим, що охорона здоров'я - особлива сфера діяльності, що суттєво відрізняється від інших видів діяльності. Заклади СОЗ мають особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів їх управління або зміни акцентів. По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга МОН, що визначає специфічний характер взаємодії ЗОЗ зі споживачами їхніх послуг. По-друге, ЗОЗ надають соціальні послуги. Це означає, що, з одного боку, такі послуги, крім безпосереднього ефекту для споживача, мають і суспільний, соціальний ефект, а з іншого - суспільство визнає важливість отримання громадянами послуг МОН та свою участь у їх забезпеченні. Таким чином, серед найбільш суттєвих ознак ЗОЗ, пов'язаних з характером їх діяльності та які впливають на процес публічного управління ними, виділяються: складність визначення якості та вимірювання результатів роботи; висока спеціалізація основної діяльності,

яка часто має терміновий та невідкладний характер; відсутність права на невизначеність та помилку; потреба в тісній координації роботи різних підрозділів; висока кваліфікація співробітників; необхідність контролю з боку адміністрації ЗОЗ за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягу роботи та, відповідно, витрат ЗОЗ; труднощі координації роботи та розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаної з подвійним підпорядкуванням, існуючим у багатьох медичних закладах. При цьому слід зазначити, що подібні характеристики притаманні і іншим установам, тобто у цьому сенсі ЗОЗ, можливо, і не є абсолютно унікальними структурами. Однак особливість ЗОЗ полягає в тому, що для них характерні всі вищеперелічені ознаки разом узяті, що, своєю чергою, призводить до інтенсивнішого їх прояву.

1.2 Аналіз тенденцій розвитку публічного управління та адміністрування у сфері медичного обслуговування населення

Реформи у СОЗ - один із найбільш важливих та соціально значущих напрямів державної політики, що вимагає зваженого підходу з боку уряду, оскільки будь-які зміни в цій галузі не лише позначаються на добробуті населення, а й безпосередньо впливають на їхнє життя та здоров'я. Пройшовши довгий шлях із моменту здобуття незалежності, Україна досягла того рівня зрілості, коли проблеми національної СОЗ, зокрема, у сфері її публічного управління та адміністрування, необхідно було вирішувати на системному рівні. Прикладом поступального реформістського перетворення системи публічного управління та адміністрування у сфері МОН є перебіг розвитку медичної реформи в Україні, внаслідок чого в центрі уваги опинилося питання економічної та організаційної перебудови всієї СОЗ [30]. Складність полягала і в тому, що темпи розвитку цього процесу були пов'язані з рівнем економічного розвитку держави, забезпеченням фінансової бази СОЗ та здатністю до створення нової інформаційної структури, що характеризується постійними змінами.

З одного боку, медична реформа стала реальним кроком уперед, що покращила і продовжує покращувати в тому чи іншому відношенні умови діяльності ЗОЗ, з іншого - впровадження реформи є запобіжним кроком від повної деградації СОЗ України.

Обговорення необхідності реформування СОЗ України на державному рівні розпочалося ще у 1996 р., але лише 2016 рік виявився справжнім початком в історії цієї проблеми. Медична реформа стала питанням перебудови всієї «старої» структури та механізму управління СОЗ, де методи управління випливали з адміністративно-командної моделі та відповідали жорсткому централізму, що відображало організаційну структуру, яка, загалом, тяжіла до системи наказів [31, с.135]. Виконання плану за будь-яку ціну (середній ліжко-день, оборот ліжка та інші параметри), безумовно, давало свої результати, але й призвело до катастрофічних наслідків (невиконання намічених планів, неправильні діагнози та лікування, зниження темпів професійного розвитку лікарів тощо). Але головна проблема практики СОЗ полягала в тому, що мислення управлінців виключало економічну зацікавленість у діяльності ЗОЗ. Управлінська точка зору, що народилася в командно-бюрократичний час, полягала в тому, що лікарська діяльність має залежати від адміністративного щоденного управління. Це передбачало, що управлінці можуть визначати норми діяльності ЗОЗ згідно з особистими поглядами та інтересами управлінського апарату (госпіталізація, виписка, закупівля ліків, відсутність/наявність необхідних методів діагностики та ін.). Пошуком нової парадигми свого розвитку СОЗ практично не займалася, що, втім, відображало загальну ситуацію в країні [32].

Процес реформування СОЗ в Україні було розпочато на підставі Програми економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки під назвою «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [33;34]. Метою реформи було забезпечення більш доступними та якісними послугами МОН відповідно до реальної потреби, що в кінцевому

рахунку повинно було призвести до поліпшення медико-демографічної ситуації. Пілотне відпрацювання реформування системи здійснювалося в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та місті Києві, що було визначено прийнятим ВРУ ЗУ від 07.07.2011 р. № 3612-VI [34]. Сутність медичної реформи полягала в структурній перебудові системи надання послуг МОН з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на основі загальної лікарської практики та сімейної медицини, створенні нового типу лікарень вторинного рівня з їх диференціацією в залежності від інтенсивності і ЗОЗ, побудованих на децентралізації процесу планування та розподілу коштів, мотивації як ЗОЗ, так і медичних працівників до ефективної праці та раціоналізації використання коштів [35]. Період реалізації реформи було поділено на три етапи (рис. 1.4):

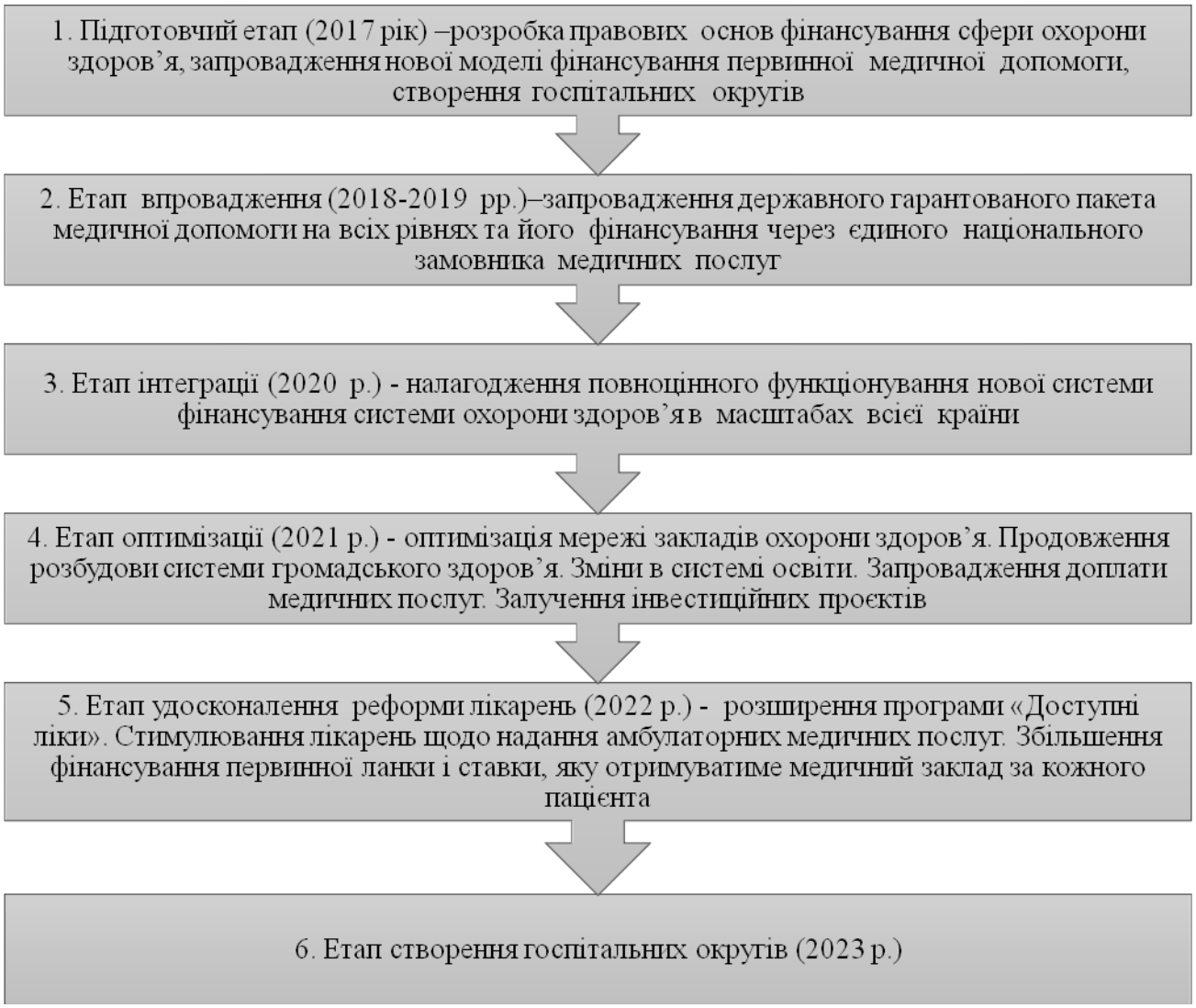

Рис.1.4 Етапи реалізації медичної реформи в Україні

Медична реформа для громадян стартувала з 02.04.2018 року, коли у пацієнтів з'явилася можливість обирати свого лікаря первинної ланки, підписавши з ним декларацію. Для реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом» було створено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) [36], замість субвенції було започатковано програму медичних гарантій [37], змінювались підходи до державних закупівель послуг і лікарських засобів. Головна ідея - спрямувати кошти не на підтримку мережі лікарень, а на фінансування потреб пацієнтів. З 2020 року фінансування таких установ визначається згідно з переліком послуг, які гарантовано сплачуватиме держава. Цей перелік щорічно встановлюється Урядом, а затверджується парламентом [38, с.280].

Але запланована періодизація реформування СОЗ не була дотримана, оскільки заходи першого підготовчого етапу були розпочаті тільки у 2018 році, у 2020-2021 роках почалася пандемія, а у 2022 році - повномасштабна війна, яка поставила впровадження нових планів на паузу.

Всі зусилля з початку повномасштабного вторгнення були спрямовані на те, щоб налагодити механізм надання МОН в умовах воєнного стану. Зробивши все можливе для забезпечення стійкості медичної системи, держава повернулася до планів продовження медичної реформи, мета якої залишилася незмінною - якісні, доступні, безоплатні послуги МОН для українців у будь-якій громаді [39; 40].

Так, «у 2023 році завершено інфраструктурний етап медичної реформи, в результаті чого сформовано 19 госпітальних округів та визначено перелік обов’язкових послуг, які там можна отримати. Це дозволяє раціоналізувати процес закупівель та поставок обладнання між ЗОЗ, а також оптимізувати кадрову політику. Всі інвестиційні проєкти також реалізуються виключно з урахуванням ролі тих чи інших ЗОЗ у мережі для найбільш ефективного розподілу фінансових ресурсів, які надходять як в межах державних програм, так і від міжнародних партнерів» [39; 40]. МОЗ України продовжує роботу над збільшенням напрямів надання послуг МОН, що фінансуються державою, тобто є безоплатними для пацієнтів шляхом розширення програми медичних гарантій. Крім цього, продовжується робота над підвищенням доступності лікарських засобів для громадян шляхом розширення програми реімбурсації.

Важливим аспектом реформування є постійний фактичний та автоматичний моніторинг якості надання послуг МОН, тобто аналіз даних в електронній СОЗ або через запит інформації та документів, у формі моніторингових візитів тощо [41].

Результати та наслідки медичної реформи, у тому числі її вплив на механізм ефективного публічного управління та адміністрування у сфері МОН, оцінимо за напрямами, де відбулися найбільші зміни та отримано вагомі результати:

– реформування первинної медичної допомоги;

– фінансове забезпечення програми медичних гарантій;

– програма «Доступні ліки».

Таку оцінку здійснимо шляхом застосування методів статистичного спостереження на основі офіційних дані МОЗ України та звітів НСЗУ за досліджувані роки, а також аналітичних оглядів.

Реформування первинної медичної допомоги було розпочато 25.05.2018року з укладання договорів між закладами первинної медичної допомоги і НСЗУ (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Кількість укладених договорів між закладами первинної медичної допомоги та НСЗУ протягом 2018-2023рр. [41;42]

Форма власності	Роки						Темп зростання, %
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
КНП	981	1050	2486	2561	2454	2138	+117,9
Приватна	104	168	232	330	354	487	+368,3
ФОП	100	248	401	603	688	845	+745,0
Державна	-	-	-	1	3	11	-
Усього	1185	1466	3119	3495	3499	3481	+193,8

Як бачимо, за період 2018-2023рр. кількість контрактованих ЗОЗ зросла на 193,8%. Найбільші темпи зростанн за даним критерієм показали лікарі - ФОП. Частка приватних ЗОЗ і лікарів - ФОП, що працюють на первинному рівні медичної допомоги, дорівнювала у 2023 більш ніж 52% від загальної кількості ЗОЗ, які уклали договори з НСЗУ проти 17% у 2018 році.

У 2023 р. порівняно з 2022 р. спостерігаємо деяке зменшення кількості укладених договорів з комунальними некомерційними підприємствами (далі – КНП) - майже на 13%. Із ЗОЗ інших форм власності, навпаки, прослідковується збільшення кількості укладених договорів, особливо з приватними ЗОЗ - на 37,5% та з ФОП - майже на 23%. Наочно це представлено на рисунку 1.5.

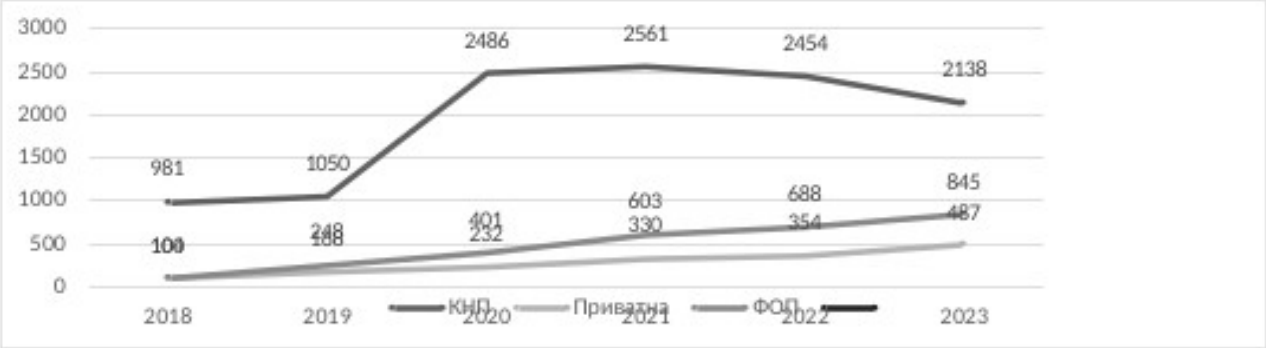

Рис. 1.5 Динаміка кількості укладених договорів між закладами первинної медичної допомоги та НСЗУ протягом 2018-2023рр

Починаючи з 2018 року пацієнти отримали право обирати сімейного лікаря та підписувати з ним декларацію про надання первинної медичної допомоги (табл. 1.2).

Отже, динаміка кількості підписаних декларацій за період 2018-2023 рр. також є позитивною (зростання майже на 37%), а загальне збільшення частки населення, що підписали декларації, у 2023 році порівняно з 2018 роком становить 22,4 в.п.

Таблиця 1.2

Динаміка кількості підписаних декларацій на надання первинної медичної допомоги протягом 2018-2023 рр. [41;42]

Форма власності	Роки					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
КНП	23347436	29007136	29890563	30331948	29659749	28828154
Приватна	69866	70022	5186191	1371791	404616	1673735
ФОП	63834	64457	5830381	1702861	373633	1644010
Державна		445	492	871	2323	1946
Усього, од.	23481136	29142060	30992712	32640284	32440321	32147845
у % до чисельності населення	55,7	69,1	74,0	78,5	78,8	78,1

Разом з тим у 2023 р. порівняно з 2022 р. спостерігаємо скорочення укладених декларацій з КНП - на 2,8%, з державними ЗОЗ - на 63% при збільшенні кількості укладених декларацій з приватними ЗОЗ більш ніж в 4 рази та з ФОП- в 4,4 рази. Наочно це представлено на рисунку 1.6.

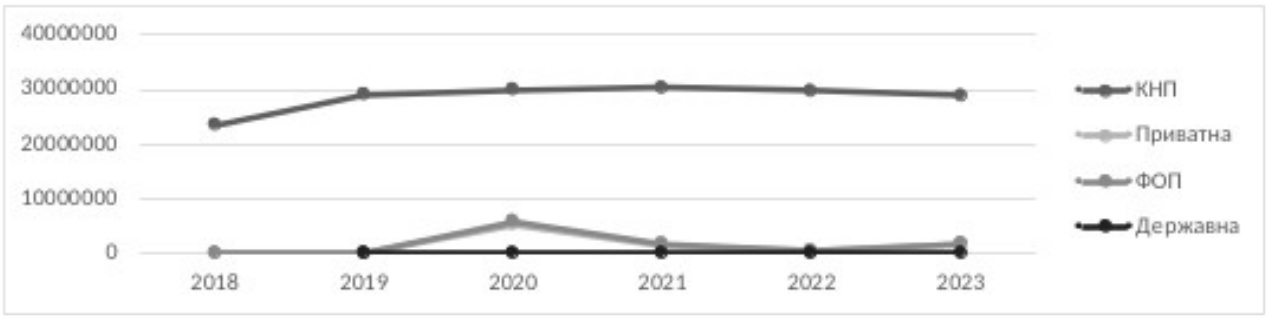

Рис. 1.6 Динаміка кількості укладених договорів між закладами первинної медичної допомоги та НСЗУ протягом 2018-2023рр

Запровадження фінансового забезпечення програми медичних гарантій в Україні забезпечила отримання ЗОЗ значно більших коштів, ніж раніше вони отримували за субвенцією. Це створило умови для підвищення оплати праці працівників, оновлення обладнання, покращення умов надання послуг МОН тощо (табл.1.3).

Таблиця 1.3

Динаміка виплат медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ протягом 2019-2023 рр, тис.грн. [41;42]

Форма власності	Роки					Темп зростання, 2023/2019 %
	2019	2020	2021	2022	2023	
КНП	16581819	7376052	12139773	142419477	129234997	+879,4
Приватна	89789	401191	107 239	2204702	2857019	+2181,9

ФОП	78463	224793	535767	1009543	1150961	+1366,9
Державна	-	-	1,6	22680	607251	-
Усього	16750071	7439036	123006781	145656392	133850228	+799,1

Із запровадженням з 2020 року Програми медичних гарантій пов’язано виділення фінансування окремих видів медичної допомоги (табл.1.4).

Таблиця 1.4

Фінансування основних видів медичної допомоги відповідно до Програми медичних гарантій у 2020-2023рр. [41;42]

Види медичної допомоги	Роки				Темп приросту, %
	2020	2021	2022	2023	
Вторинна та третинна медична допомога, паліативна медична допомога, медична реабілітація, млрд. грн	52,05	54,76	95,98	100,40	+92,3
Первинна медична допомога, млрд. грн	18,15	20,15	24,66	25,26	+39,2
Екстрена медична допомога, млрд. грн	5,92	11,35	11,36	11,13	+88,0
COVID-19, млрд. грн	19,75	17,10	-	-	-
Реімбурсація лікарських засобів, млрд. грн	0,97	1,35	2,36	4,73	+387,6

При цьому найбільша частка коштів спрямовувалась на фінансування спеціалізованої медичної допомоги, обсяг яких протягом 2020-2023 рр. зріс більш ніж на 92%. У 2020 і 2021 рр. суттєві обсяги фінансування спрямовувались на лікування COVID-19, що скоротило потенціал розвитку СОЗ. Попри війну, протягом 2022-2023рр. зберігалася позитивна динаміка обсягів фінансування за усіма видами медичної допомоги, зокрема, за рахунок бюджетної підтримки від партнерів. Наочно це представлено на рисунку 1.7.

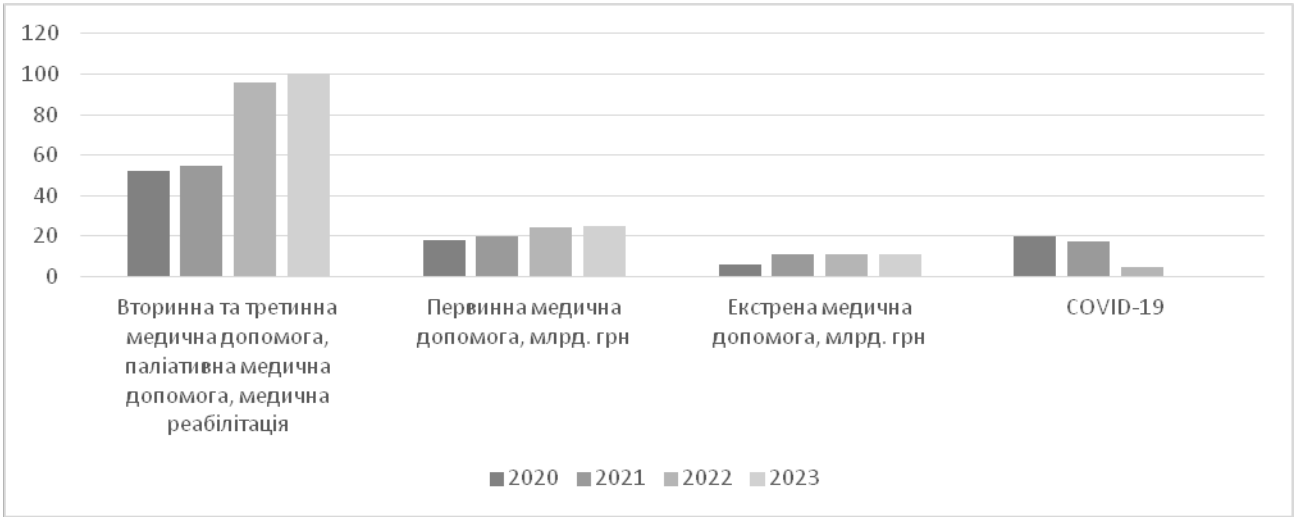

Рис. 1.7 Динаміка фінансування основних видів медичної допомоги у 2020-2023рр, млдр.грн

Провівши оцінку фінансового забезпечення програми медичних гарантій в 2023р., бачимо, що серед всіх гарантій НСЗУ найбільшу частку займає вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога, медична реабілітація, паліативна медична допомога, які складають 71%, на другому місці за часткою знаходиться первинна медична допомога, якій належить 17,8%, наступною за розміром частки гарантій є екстрена медична допомога, яка становить 7,9%, четвертою за часткою гарантій зафіксована реімбурсація лікарських засобів, яка становить 3,3% (рис.1.8).

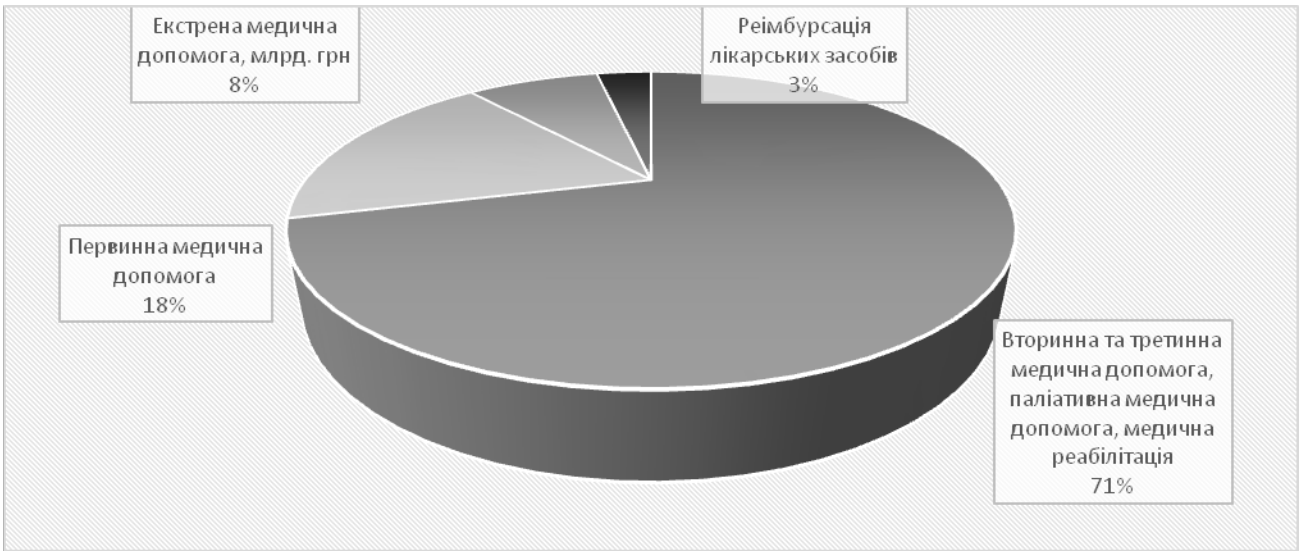

Рис .1.8 Структура фінансування основних видів медичної допомоги у

2023р., % [41]

Також, попри війну, продовжувалась робота із розширення програми реімбурсації ліків, яка 01.04. 2019 року перейшла в управління НСЗУ (рис. 1.9).

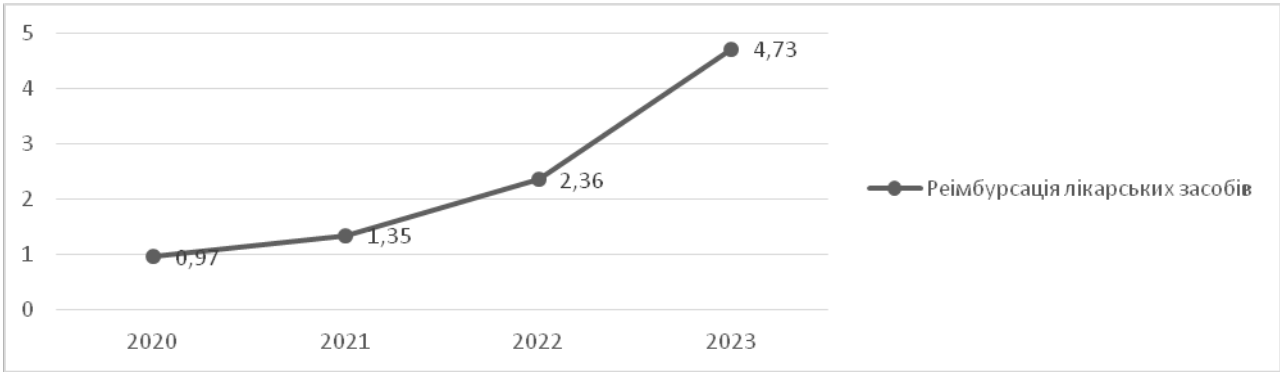

Рис. 1.9 Динаміка фінансування програми «Доступні ліки» у 2018-2023рр, млдр.грн [41]

Ще одним результатом реформування СОЗ України є її діджиталізація у вигляді електронної СОЗ. Для цього була обрана гібридна модель, яка передбачає:

– створення державної центральної бази даних;

– розробка медичних інформаційних систем з метою обміну даними і як сервісного інтерфейсу для користувачів українськими ІТ-компаніями;

– передача функцій з використання і розвитку електронної СОЗ НСЗУ;

– фінансування державою розвитку центральної бази даних і її захисту [4, с.301].

У 2022 році було впроваджено модулі інформаційної системи НСЗУ на базі програмного забезпечення SAP для здійснення обробки звітності медичних та аптечних закладів, а також для укладання договорів між ЗОЗ та НСЗУ на електронній платформі [41].

Таким чином, відповідно до проведеного дослідження результати реформування СОЗ є задовільними, так як переважна кількість проаналізованих

показників характеризується позитивною динамікою (зокрема, щорічне зростання кількості укладених договорів між ЗОЗ і НСЗУ; збільшення частки приватних ЗОЗ і лікарів-ФОП, що працюють на первинному рівні медичної допомоги; щорічне зростання кількості підписаних декларацій; зростання обсягів виплат ЗОЗ усіх форм власності; розширення переліку послуг МОН; зростання кількості пацієнтів, що отримали ліки за програмою реімбурсації; збереження позитивної динаміки обсягів фінансування за усіма видами медичної допомоги попри війну; щорічне збільшення електронних інструментів роботи лікаря тощо).

1.3 Правові джерела та закордонний досвід управління закладами охорони здоров’я

У сучасній економічній науці одним із найважливіших показників якості життя став рівень розвитку СОЗ та ступінь її доступності для споживачів послуг. Охорона здоров'я - це сфера державного управління, яке здійснює система уповноважених на це органів.

СОЗ, з погляду правового регулювання, є комплексною. Це означає, що до неї входять правові норми різної галузевої приналежності, зокрема, конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного, трудового і інших галузей права.

З врахуванням інтеграційних процесів, що відбуваються в Європі та світі та участі в них України, вважаємо, що можна запропонувати наступну класифікацію законодавства у СОЗ:

– законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах;

– норми національного законодавства.

У межах міжнародно-правових норм основним документом, що визначив розвиток СОЗ на багато років, стало прийнята світовою спільнотою у травні 1998р. Політики досягнення здоров'я для всіх у 21 ст., що стало продовженням розвитку концептуальних положень програми Всесвітньої організації охорони

здоров'я (далі - ВООЗ) «Здоров'я для всіх», схваленої більшістю держав світу [43]. Вона і послужила фундаментальною базою для побудови програм розвитку СОЗ окремих країн, яким було запропоновано вирішувати питання справедливого та ефективного розподілу послуг МОН. Було визнано, що країни, які найбільш ефективним чином використовують свої ресурси, зможуть краще забезпечити справедливий доступ до послуг МОН. Економічна ефективність і справедливість визнані такими, що не протистоять один одному; навпаки, економічна ефективність стає необхідною умовою забезпечення справедливості [43]. Основною метою політики «Здоров'я – 21» визнано досягнення повної реалізації усіма людьми їхнього потенціалу здоров'я протягом усього життя. Також ВООЗ визначені основні показники, що характеризують стан СОЗ у державі: показники, які стосуються політики у СОЗ; показники соціально-економічного розвитку держави; забезпеченості споживачів послугами; показники стану здоров’я [43]. Інші міжнародні нормативні акти, які стосуються регулювання СОЗ, наведені у ДОДАТКУ А.

На національному рівні важливість розвитку СОЗ, створення відповідної національної політики та стратегій її реалізації є одними із ключових завдань, поставлених урядом України. Це, зокрема, визначено в Стратегії людського розвитку, Національній стратегії у сфері прав людини, Національній економічній стратегії, Цілях сталого розвитку України на період до 2030 р, Стратегії економічної безпеки України на період до 2025 р., Національній стратегії зі створення безбар’єрного простору в Україні на період до 2030 р. тощо [44].

Так, на сьогоднішній день в Україні створено досить потужну законодавчо-правову базу управління ЗОЗ, яку утворюють Конституція України, закони та підзаконні акти, а також міжнародні акти, що ратифіковані ВРУ.

Так, права одержувачів послуг у СОЗ закріплені у ст. 49 Конституції України, згідно з якою кожна людина має право на отримання послуги з охорони здоров'я. Механізм одержуання та права одержувачів послуг у СОЗ відображено в Основах законодавства України про охорону здоров'я [45].

Зазначений закон має пріоритетне значення, так як охоплює широку сферу регулювання щодо СОЗ, безпосередньо визначає засади організації та функціонування суб’єктів публічної адміністрації у цій сфері тощо, отже, відіграє роль кодифікованого нормативно-правового акту.

Основним нормотворчим актом є ЗУ № 2168 від 19. 10. 2017 р., де визначена структура реформування СОЗ на основі програм медичного забезпечення та відповідальність центральних органів державної влади [46]. Продовженням законодавчого регулювання змін в управлінні СОЗ є прийнятий ЗУ № 2206 від 14.11. 2017 року, спрямований на регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення - СОЗ громадян, які мешкають в сільський місцевості [47].

Для ефективного управління якістю МОН наказом МОЗУ від 28.09.2012 р. № 752 затверджено Порядок контролю якості медичної допомоги [48], де перераховані засоби такого контролю.

Розвиток телемедицини у СОЗ є також дуже важливим, особливо в умовах воєнного стану. Законодавчо він обумовлений наказом МОЗУ від 19.10.2015 р. № 681 [49]. Інші основні вітчизняні законодавчі акти щодо регулювання діяльності у СОЗ наведено у ДОДАТКУ Б.

Важливо відзначити, що на сьогодні є проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 р. (Стратегія-2030), розроблений МОЗ України із залученням ключових стейкхолдерів СОЗ та у співпраці з міжнародними партнерами, який так і не було прийнято через початок війни в лютому 2022 р. [50]. При формуванні Стратегії були використані положення галузевих нормативно-законодавчих актів, зокрема, Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню; Стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні; Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусним гепатитам; Стратегії розвитку імунопрофілактики; Стратегії розвитку національної системи крові; Стратегії розвитку медичної освіти; Стратегії державної політики щодо наркотиків; Національної стратегії контролю онкологічних захворювань тощо .

Особливу увагу слід приділити законодавству, що регламентує діяльність СОЗ в умовах надзвичайних ситуацій або воєнного стану, зокрема;

– спільний наказ Міністерства оборони України та МОЗУ «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану» [51];

– змінам у законодавстві щодо СОЗ, які відбулися після початку повномасштабного вторгнення. Так, одним із перших управлінських рішень, прийнятих одразу після початку війни, було затвердження МОЗУ наказу від 24.02.2022 р. № 374 «Про тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим від воєнної агресії» [52]. Згідно з цим наказом у багатопрофільних та інших ЗОЗ повинні бути підготовлені додаткові команди хірургів, які б змогли надавати необхідну допомогу пораненим. Для збільшення охоплення наданням медичної допомоги МОЗУ рекомендувало застосовувати телемедицину. З огляду на проблеми з логістикою, МОЗУ рекомендувало спрощене та заочне проведення медико-соціальної експертизи. Також даним документом було заборонено припинення термінових та невідкладних планових госпіталізацій, в тих випадках, коли їх перенесення неможливе у зв'язку із серйозним ризиком для життя та здоров'я пацієнтів.

– окремим ЗУ від 20.10.2014 р. № 1706-VII «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» було врегульовано питання доступу внутрішньо переміщених осіб (далі – ВПО) до безоплатної первинної медичної допомоги [53].

Отже, нормативно-правове регулювання СОЗ - це цілеспрямована діяльність органів публічної влади, яка ґрунтується на законах та інших

нормативних актах і має на меті упорядкування та захист правових відносин у СОЗ. Складність використання законодавчих актів у СОЗ обумовлюється їх комплексним характером, оскільки під регламентацію підпадають як приватні, так і публічні відносини у цій сфері та застосовуються норми багатьох галузей права (конституційного, адміністративного, кримінального, фінансового, цивільного, трудового, тощо).

З метою удосконалення нормативно-правового регулювання у СОЗ нагальною необхідністю є прийняття відповідного кодифікованого акту, який забезпечить уніфікацію законодавства, подолає наявні дублювання, надасть можливість скасувати застарілі норми, запропонує більш дієвий спосіб захисту своїх прав як пацієнтам, так і медичним працівникам. Це, наприклад, міг би бути Медичний кодекс, але в умовах сьогодення (воєнний стан) його розробка та прийняття не на часі.

Умови життя в постіндустріальному світі, суспільна нерівність, лібералізація державної політики, ступінь демократизації впливають і на вибір національних моделей СОЗ і, в тому числі, на їх публічне управління. Стратегії, що реалізуються при цьому у світі, можна розділити на дві групи (рис.1.10):

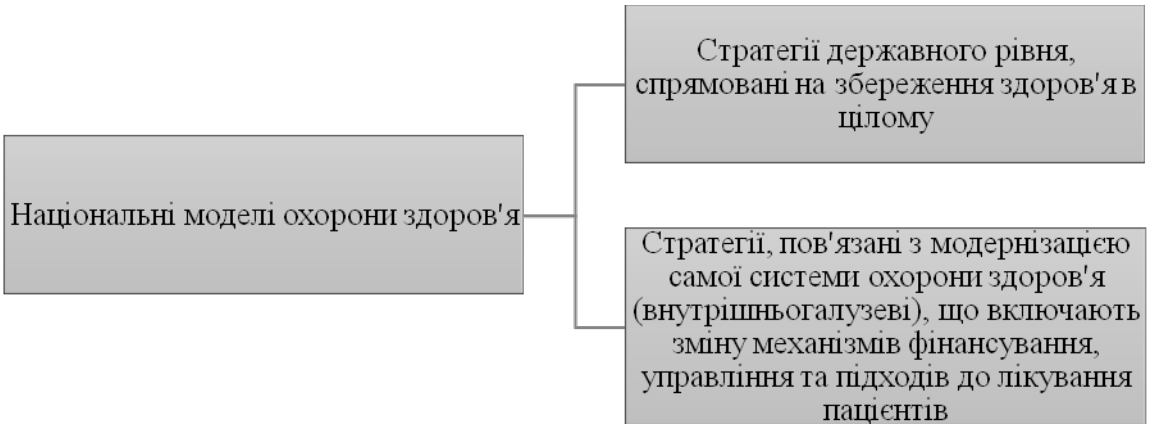

Рис.1.10 Види національних моделей охорони здоров'я

На національному рівні більшість європейських країн протягом останніх років реалізують принцип забезпечення рівної доступності послуг СОЗ незалежно від можливостей людей оплачувати такі послуги. Так, зростає частка

населення, медико-санітарні витрати яких оплачуються за рахунок державного фінансування. Системи переважного фінансування СОЗ з бюджету діють у Данії, Фінляндії, Ірландії, Італії, Норвегії, Португалії, Іспанії, Швеції, Великій Британії, на основі соціального медичного страхування - у Франції, Німеччині, Люксембурзі, Нідерландах [54, с.95]. У різних країнах обов'язковим медичним страхуванням охоплено або все населення, або його значна частина. Для осіб, які не охоплені системою соціального медичного страхування, передбачені інші механізми покриття витрат на охорону здоров'я: паралельна система фінансування з бюджету або укладення договорів медичного страхування [55, с.160].

У Європі також широко використовується система співучасті споживачів в оплаті послуг МОН. Ця система застосовується для збільшення інвестицій, коли система фінансування СОЗ не може покрити всі витрати за рахунок оподаткування або соціального страхування, а також з метою обмеження надмірного використання послуг МОН. При цьому слід зазначити, що часткове відшкодування витрат за допомогою споживачів використовується в окремих випадках, так як може порушити принцип справедливого доступу до послуг МОН його різних верств. Від прямих платежів звільняються соціально вразливі групи населення (особи з низьким доходом, безробітні, пенсіонери), а також хронічні хворі тощо [56, с.210].

Відповідно до цього формуються і моделі публічного управління СОЗ, які зводяться, зрештою, до таких напрямів як:

а) формування ринку послуг МОН і передача йому основних регулюючих функцій з поступовим відходом держави від управління діяльністю ЗОЗ;

б) посилення регулюючих функцій держави в умовах розвитку ринкових механізмів, що є особливо важливим з метою обмеження негативних впливів ринку на доступність послуг МОН;

в) формування інтегрованих структур, що сприяють зростанню ефективності діяльності ЗОЗ.

Такі стратегії публічного управління переважно застосовують у країнах,

де здійснюють ринково орієнтовані реформи соціальної сфери загалом, що має місце й в Україні. У цих умовах надзвичайно важливим стає зростання регулюючої ролі держави як основного гаранта доступності та безпеки послуг МОН у той час, як забезпечення якості залишається ключовим завданням ЗОЗ та індикатором їхньої конкурентоспроможності. Роль органів управління щодо якості послуг зводиться до забезпечення умов формування та раціонального використання відповідного ресурсного потенціалу (матеріально-технічного, кадрового та ін.), а також до стимулювання впровадження систем управління якістю [57].

Це послужило основою реалізації певних стратегій публічного управління у медичній сфері, зокрема, регульованої конкуренції та розподілу ресурсів.

У стратегії «регульованої конкуренції» широко застосовуються конкурентні механізми підвищення ефективності діяльності ЗОЗ за рахунок зниження витрат, зокрема, створення конкурентних відносин між надавачами послуг МОН. З метою зниження негативних впливів ринку, наприклад, органи управління охороною здоров'я Великобританії залишили за собою право на оцінку потреб у послугах МОН, укладання відповідних договорів, спостереження за виконанням цих договорів та вжиття інших заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я та профілактику захворювань [58, с.90]. Стратегія регулювання також включає заохочення платників або навіть тиск на них з метою здійснення виборчого підходу до укладання договорів з постачальниками послуг МОН, які згодні застосовувати певний набір обов'язкових правил та процедур (раніше контракти укладалися з усіма через відповідні інститути). У багатьох країнах Європи виборча контрактація стикається зі значною протидією з боку медичних працівників, так як є інструментом обмеження їх інтересів [58, с.91].

Стратегія «розподілу ресурсів» передбачає використання механізмів укладання договорів між страховиками та ЗОЗ, на підставі яких здійснюється оплата послуг, що надаються фахівцями та установами, реалізуються механізми закупівлі фармацевтичних препаратів та відбувається розподіл капіталу, який

інвестується у охорону здоров'я. У рамках цієї стратегії покупці послуг МОН не лише забезпечують розподіл ресурсів, а й здійснюють контроль за їх використанням та результативністю діяльності ЗОЗ. Отже, перехід на договірні відносини сприймається як координуючий механізм, сприяє розподілу ресурсів з орієнтацією потреби ринку. Надання послуг МОН на договірній основі покладає на страховиків та постачальників послуг МОН чіткі зобов'язання та створює економічні стимули для виконання цих зобов'язань [59, с.110].

Отже, ефективність управління національними СОЗ багато в чому визначається як зовнішніми управлінськими впливами, так й ефективністю діяльності самих ЗОЗ. Протягом тривалого часу в країнах Західної Європи проблеми економічної ефективності концентрувалися переважно на громадському рівні, функціонуванню ЗОЗ приділялася недостатня увага. Це спричинило поширення деяких негативних тенденцій, пов'язаних з поганою координацією діяльності окремих ЗОЗ та секторів СОЗ, браком адекватної інформації про вартість та якість послуг, незадовільним управлінням капітальними ресурсами, поточними витратами тощо. Результатом виправлення цього стану стало запровадження у деяких країнах фінансових стимулів для ЗОЗ і пацієнтів, спрямованих на підвищення економічної ефективності діяльності таких установ. У ході реалізації цієї стратегії певна частина або всі засоби лікарняного сектора передавалися у розпорядження структур первинної допомоги, і вони вирішували не лише клінічні, а й бюджетні питання. Це наочно показують приклади діяльності фондів первинної допомоги в Англії, муніципальних рад СОЗ та соціальних питань у Фінляндії, районних рад СОЗ у Швеції. Введена в Англії практика оформлення «замовлень» на надання послуг сприяла передачі бюджету лікарям загальної практики. Метою такого нововведення стало усунення акцентів зі стаціонарної допомоги пацієнту на первинну, а також покращення координації між її рівнями [60, с.125]. Водночас ставлення до цієї стратегії залишається неоднозначним. Заслуговує на увагу думка окремих зарубіжних експертів, які висловлюють сумнів щодо оптимальності застосування даної технології. У ряді країн, наприклад,

відмовилися від цієї концепції не лише через проблеми у забезпеченні рівності доступу до послуг МОН, а й через значні управлінські витрати. Цим же шляхом після 10-річної практики використання пішли в країнах Середньої Азії, що було пов'язано зі збільшенняи адміністративого навантаження на і до того схильну до нестабільності СОЗ [61, с.125].

На даний час у світовій практиці все більша увага приділяється стратегіям інтеграційної взаємодії різних структур, задіяних у забезпеченні послугами МОН. Співробітництво між постачальниками послуг МОН передбачає об'єднання ЗОЗ в найбільш вигідну економічну систему, що дозволяє повніше задовольняти потреби району, що обслуговується, і уникати негативних наслідків наростаючої конкуренції. Основним консолідуючим фактором стають лікарні, які розташовані в районах. У цьому плані на особливу увагу заслуговує досвід США. Процес горизонтальної інтеграції, який набув широкого поширення в США, проводився в кілька етапів. Спочатку зростання мультилікарняних мереж відбувалося головним чином на національному рівні на основі об'єднання регіональних та національних католицьких систем. Потім з середини 80-х років отримали розвиток порівняно невеликі місцеві лікарняні мережі. Їх формування здійснювалося переважно за рахунок приєднання районних лікарень до некомерційних систем шляхом передачі у володіння, в оренду або спонсорування холдинговою компанією. У цей час формувалися вертикально інтегровані мережі, створювані лікарняними організаціями, управління якими включало укладання контрактів, а також розробку та використання механізмів регулювання через систему стандартів надання послуг МОН [62, с.115].

Досвід функціонування інтегрованих мереж у США, медичних трастів у Великій Британії розглядається експертами як спроба самоорганізації у СОЗ. Разом з тим цей підхід потребує виваженого ставлення, так як вже практикою доведено, що великі мережі часто складні в управлінні і що чим більш високо організована система, тим більше вона здатна до руйнування і потребує підвищених витрат для забезпечення стабільності [63, с.175].

Крім основних форм медичної інтеграції, значне місце у наукових публікаціях відводиться структурам, що об'єднують страховиків та постачальників послуг МОН. Так, у США страховики стають партнерами медичних мереж та привносять у такі мережі цінні навички, особливо в управлінні ризиками, забезпеченні повторного страхування, аналізу та використання даних про витрати та результати. Працюючи разом, страховик та постачальник створюють систему паралельних стимулів, яка формує зацікавленість у наданні якісних послуг МОН [64, с.30]. Для нашої країни проблема інтеграції ЗОЗ зі страховими організаціями не є актуальною через обмеженість розвитку страхового бізнесу та фактичну відсутність конкуренції на ринку послуг МОН.

На наш погляд, для України найбільш важливим є досвід формування регіональних кластерів. Згідно з визначенням Майкла Портера [65, с.401], кластер - це група географічно взаємопов'язаних організацій (постачальники, виробники, посередники) та пов'язаних з ними освітніх закладів, органів державного управління, інфраструктурних компаній тощо, які діють у певній сфері та взаємодоповнюють одна одну. Напрями кластерної політики широко реалізуються в окремих країнах. У цьому плані особливий інтерес представляють Фінляндія, Норвегія та Нідерланди. Необхідність використання кластерного підходу в медицині обумовлена децентралізацією управління практичною медициною, системами підготовки медичних кадрів і наукових досліджень. Основою розвитку медичного кластера найчастіше стає комплексна структура, що включає представників науки, медичної освіти, органів влади, практичної СОЗ та бізнесу. Кластери у СОЗ формуються за наявності у регіоні як мінімум медичного університету чи високотехнологічного медичного центру [66].

Але якими б глибокими не були структурні перетворення в СОЗ, зрештою, якість послуг МОН та задоволеність пацієнтів залежать від людського чинника. Що стосується одного з найбільш значущих напрямів розвитку публічного управління в СОЗ - кадрової політики, то у програмах реформування СОЗ

Європейських країн акцент робиться на розробці та реалізації стратегій оцінки потреб у кадрах, якості їх підготовки, проблем підвищення статусу медичних сестер тощо.

Не втрачає актуальності і проблема інформаційного забезпечення публічного управління СОЗ. У ряді країн Західної Європи значні інвестиції здійснюються у розробку інформаційних систем, підвищення загального рівня компетенції управлінського персоналу, а також у розробку більш ефективних інформаційних систем для покращення процесу прийняття рішень щодо економічної та соціальної ефективності діяльності ЗОЗ. У Великобританії, Греції, Данії, Іспанії та Швеції було впроваджено інформаційні системи заохочення управлінського персоналу та надання їм права реінвестувати заощаджені кошти у разі прийняття оптимального управлінського рішення [67, с.55].

Таким чином, на сьогоднішній день нагромаджено великий міжнародний досвід публічного управління у галузі охороні здоров'я. Традиційно сформовані форми публічного управління СОЗ у якийсь період перестали відповідати запитам часу. Протягом багатьох років економічні моделі СОЗ (Бісмарка, Беверіджа і Семашко), що широко використовувалися у світі, в різні часові періоди опинилися в кризі [68, с.55]. Існуючі системи публічного управління в СОЗ не забезпечували максимальної віддачі щодо поліпшення стану здоров'я населення. Подальший розвиток публічного управління СОЗ, крім активізації ролі держави та забезпечення міжсекторального підходу до вирішення проблем здоров'я населення, акцентував увагу на управлінні системою надання послуг МОН.

Проведений аналіз окремих стратегій розвитку систем публічного управління охороною здоров'я у світі показав, що наразі йде інтенсивний пошук найефективніших способів такого управління. Історичний досвід реформування СОЗ свідчить про те, що розвиток відбувається переважно у двох напрямках: зміцнення механізмів централізації публічного управління на всіх рівнях та зміцнення пацієнтоцентричної моделі надання послуг МОН. На

урядовому рівні пріоритет набувають стратегії державного регулювання різних секторів економіки та соціальної сфери з метою врахування їх впливу на здоров'я населення, об'єднання інтересів громадського сектору та особистих інтересів громадян у дотриманні принципів здорового способу життя, створення умов для забезпечення справедливості щодо надання послуг МОН. У галузі публічного управління посилюються тенденції регулювання (державного та саморегулювання) на ринку послуг МОН на основі використання механізмів «регульованої конкуренції», стратегії «розподілу ресурсів», у тому числі з підвищенням ролі первинної ланки у фінансуванні наступних етапів надання послуг МОН, а також поширення договірних зобов'язань, широкого використання різноманітних форм самоорганізації інтегрованих структур тощо.

Надання послуг у СОЗ в Україні - це можливо найбільш помітна та широко обговорювана функція публічного управління, якій було приділено значну увагу в ході реформ СОЗ протягом останнього десятиліття, що знайшло прояв у пріоритеті розвитку первинної медичної допомоги, збільшенні інвестицій, підвищенні економічної ефективності функціонування ЗОЗ, їх інтеграційних структур тощо. Україна продовжує процес реформування СОЗ, і у вітчизняних управлінців є можливість використати відпрацьований досвід міжнародного співтовариства для того, щоб врахувати переваги та недоліки запланованих перетворень.

Висновки до розділу 1

На основі розгляду теоретично-правових аспектів публічного управління ЗОЗ можна зробити наступні висновки:

1. В результаті аналізу категоріального апарату та особливостей публічного управління та адміністрування діяльністю ЗОЗ встановлено, що публічне адміністрування – це складова частина публічного управління, основна мета якого - забезпечення розвитку держави на засадах демократії та з використанням новітніх методів і технологій управління. Публічне

адміністрування - це державне управління у його розвитку як наслідок перетворення бюрократичної моделі управління в розвинену. Встановлено, що сучасна СОЗ перебуває в кризовому стані як наслідок військових дій на території України, що призвело до руйнування її інфраструктури, обладнання, загибелі та пораненню лікарів, міграції медичного персоналу. Розглядаючи ЗОЗ як об'єкт публічного управління визначено, що це особливі заклади, що мають певну специфіку і застосування теорії публічного управління в цій сфері можливе за умови внесення деяких корективів. Досліджені сфера дії та процес публічного управління і адміністрування в установах СОЗ, у тому числі в умовах воєнного стану.

2. На основі аналізу тенденцій розвитку публічного управління та адміністрування у сфері послуг МОН встановлено, що прикладом поступального реформістського перетворення даної сфери є перебіг розвитку медичної реформи. Результати реформування СОЗ України є задовільними, так як переважна кількість проаналізованих показників характеризується позитивною динамікою (зокрема, зростання кількості укладених договорів між ЗОЗ і НСЗУ; збільшення частки приватних ЗОЗ і лікарів-ФОП; зростання кількості підписаних декларацій; збільшення обсягів виплат ЗОЗ усіх форм власності; розширення переліку послуг МОН; здільшення фінансування за програмою реімбурсації; збереження позитивної динаміки обсягів фінансування ЗОЗ попри війну тощо). Встановлено, що всі зусилля СОЗ України з початку повномасштабного вторгнення були спрямовані на те, щоб налагодити механізм надання послуг МОН в умовах воєнного стану. Зробивши все можливе для забезпечення стійкості медичної системи, держава повернулася до планів продовження медичної реформи, мета якої залишилася незмінною - якісні, доступні, безоплатні послуги МОН для українців у будь-якій громаді.

3. На основі розгляду правових джерел та закордонного досвіду управління ЗОЗ констатовано складність використання законодавчих актів у цій сфері внаслідок їх комплексності. Встановлено, що з урахуванням закордонного

досвіду публічного управління ЗОЗ для України найбільш важливим є досвід формування регіональних кластерів, що обумовлено децентралізацією публічного управління практичною медициною, системами підготовки медичних кадрів і наукових досліджень.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Характеристика мережі комунальних закладів охорони здоров'я Запорізької області

Згідно ЗУ № 2801-XII «мережа державних і комунальних ЗОЗ формується з урахуванням потреб у послугах МОН та необхідності забезпечення належної її якості, своєчасності і доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, а також планів розвитку

госпітальних округів» [46]. ОМС «здійснюють планування розвитку мережі ЗОЗ комунальної форми власності, приймають рішення про їх створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання з урахуванням затвердженого у встановленому порядку плану розвитку госпітального округу» [69].

Для дослідження трансформації системи управління закладами охорони здоров'я на регіональному рівні розглянемо специфіку діяльності Департаменту охорони здоров’я Запорізької обласної державної адміністрації (в умовах воєнного стану - військово-цивільної адміністрації (ОВА). Дана структура є основним державним органом, яких уповноважений здійснювати завдання і функції держави в управлінні СОЗ та в’язуючою ланкою між МОЗУ та надавачами послуг МОН в області. Його діяльність детально регламентується постановою КМУ №887 від 26.09. 2012 р, де перераховані функції та обов’язкі, які притаманні ДОЗ [70]. Якщо дивитися через призму часу, то в різні періоди розвитку СОЗ роль ДОЗ кардинально змінювалася від значної централізації до децентралізації, а зараз відбувається певне посилення ролі ДОЗ як політичного представництва Голови військово-цивільної адміністрації [71, с.30].

Діяльність ДОЗ Запорізької ОВА спрямована на реалізацію конституційного права мешканців області на охорону здоров’я, виконання Указів Президента України, постанов КМУ інших законодавчих актів, які передбачають проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на послуги МОН, кінцевим результатом чого є збереження генофонду нації [72].

Основні завдання ДОЗ Запорізької ОВА відповідно до визначених галузевих повноважень представлені на рис. 2.1.

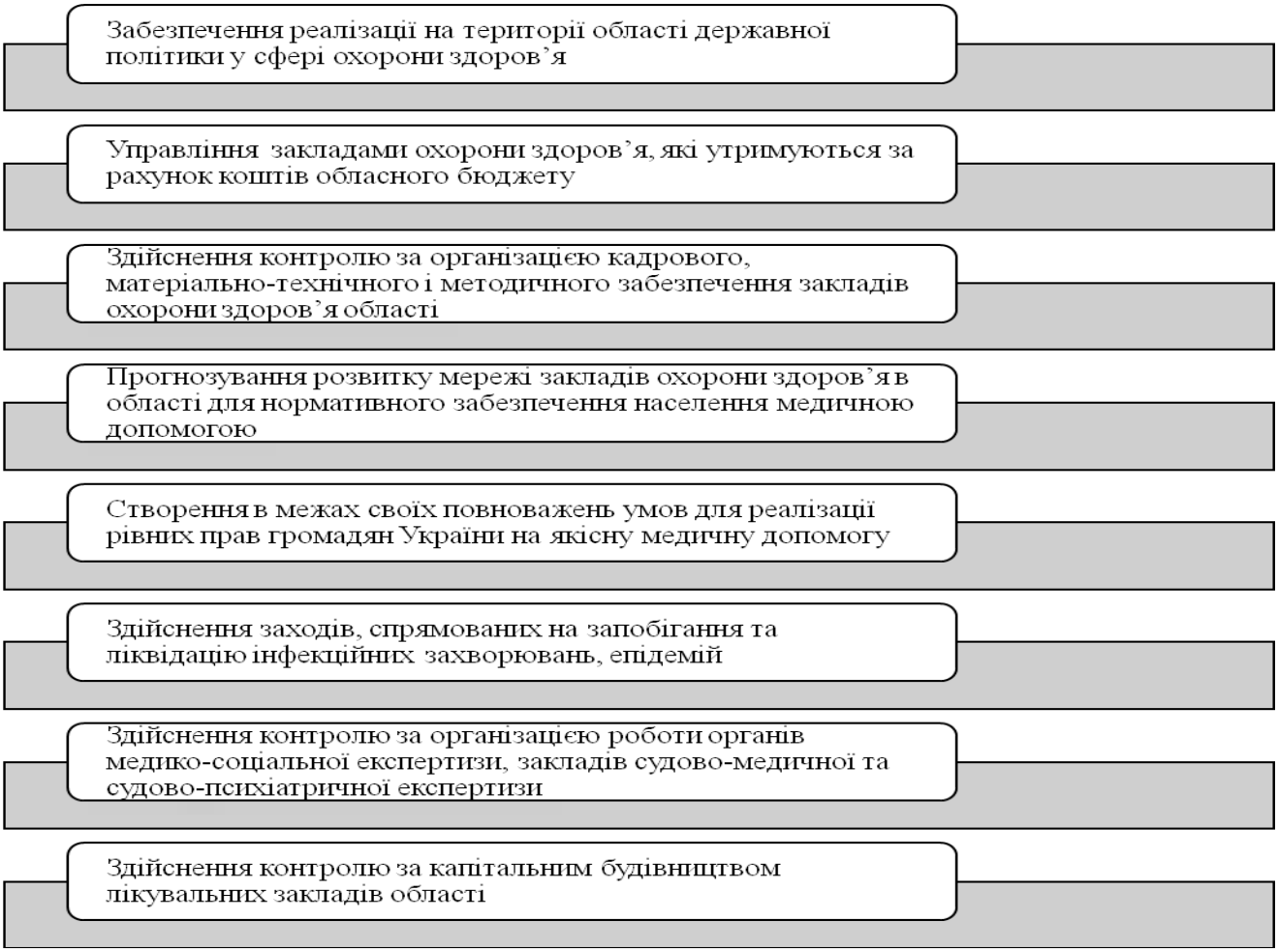

Рис.2.1 Основні завдання ДОЗ Запорізької ОВА відповідно до визначених галузевих повноважень

Отже, основним інструментом в арсеналі ДОЗ Запорізької ОВА на сьогодні є розробка плану спроможної мережі ЗОЗ госпітального округу, тобто саме ДОЗ визначається статус лікарень в області та перспективи їхнього розвитку (приєднання, перепрофіліювання, злиття, ліквідація, оптимізація, розширення тощо). Результатом цього має бути розробка маршрутів руху пацієнта в межах госпітального округу (або за його межами) та державні інвестиції в будівництво, реконструкцію, закупівлю обладнання тощо, обсяг яких буде залежати від статусу лікарень (кластерні, надкластерні, загальні, поза мережею). І це цілком логічно, адже саме ДОЗ здійснюють вплив на діяльність всього госпітального округу з точки зору державного управління [72].

Також обов’язком ДОЗ є розробка пропозицій щодо формування політики СОЗ в регіоні шляхом визначення цілей та завдань такої політики та розробки бюджетних програм. Сюди ж варто віднести делегування обласними радами функцій управління ЗОЗ, які є у їхній власності. Саме ДОЗ здійсню контроль за фінансово-господарською діяльністю обласних ЗОЗ, доступністю та якістю послуг МОН, яка в них надається [72].

До повноважень ДОЗ Запорізької ОВА належить також атестація лікарів, які своїм наказом затверджують перекваліфікацію (підвищення чи підтвердження категорії) лікарів у рамках безперервного професійного розвитку. Проте на період воєнного стану ця функція тимчасово делегована керівникам лікарень на місцях. На рівні ДОЗ Запорізької ОВА відбувається також збирання статистичних даних, їхнє зведення та аналіз.

При ДОЗ Запорізької ОВА функціонують клініко-експертні комісії, які здійснюють розгляд проблем щодо надання послуг МОН та скарг пацієнтів. Також при ДОЗ створені і акредитаційні комісії, які перевіряють ЗОЗ області на відповідність вимогам державної акредитації .

Ще один напрям діяльності ДОЗ Запорізької ОВА - робота над збором інформації, аналізом та розрахунком потреби в ліках, виробах медичного призначення і медичного обладнання, що закуповуються державою через ДП «Медичні закупівлі» [72].

Отже, можемо відмітити суттєве зміцнення позицій ДОЗ в останні роки, що пов’язано з процесом централізації медичної системи. У перспективі згідно з наміченою медичною реформою одна частина функцій ДОЗ має перейти спільноті професійного самоврядування (форма самоорганізації професійної медичної спільноти як варіант кращих світових практик) та Агенції з оцінювання якості послуг МОН (державна інституція, завданням якої повинно стати організація розбудови систем якості послуг МОН та її подальше оцінювання), а інша частина (наприклад, аналіз статистичних даних, розробка заходів зі збереження та зміцнення здоров’я місцевого населення, розробка бюджетних програм) - має бути передана на рівень громад у рамках

децентралізації. При цьому ДОЗ має зосередитися на координаційній функції в СОЗ на рівні регіону.

Для виконання завдань ДОЗ Запорізької ОВА взаємодіє з іншими структурними підрозділами, апаратом Запорізької ОВА, районними державними адміністраціями, ОМС, територіальними органами управління охороною здоров'я регіону міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, а також підприємствами, установами та організаціями з метою створення умов для провадження послідовної та узгодженої діяльності [72].

ДОЗ Запорізької ОВА очолює директор, який призначається на посаду і звільняється з посади Головою адміністрації згідно з законодавством про державну службу за погодженням з МОЗУ. Директор ДОЗ Запорізької ОВА здійснює визначені ЗУ «Про державну службу» повноваження керівника державної служби та виконує функції роботодавця щодо працівників ДОЗ, які не є державними службовцям. Директор ДОЗ може мати заступників, які призначаються на посаду та звільняються з посади директором відповідно до законодавства про державну службу [72].

ДОЗ Запорізької ОВА утримується за рахунок коштів державного бюджету та інших коштів, не заборонених законодавством. Граничну чисельність, фонд оплати праці працівників ДОЗ та видатки на їх утримання визначає Голова Запорізької ОВА у межах відповідних бюджетних призначень.

Структура ДОЗ має наступний вигляд (рис. 2.2):

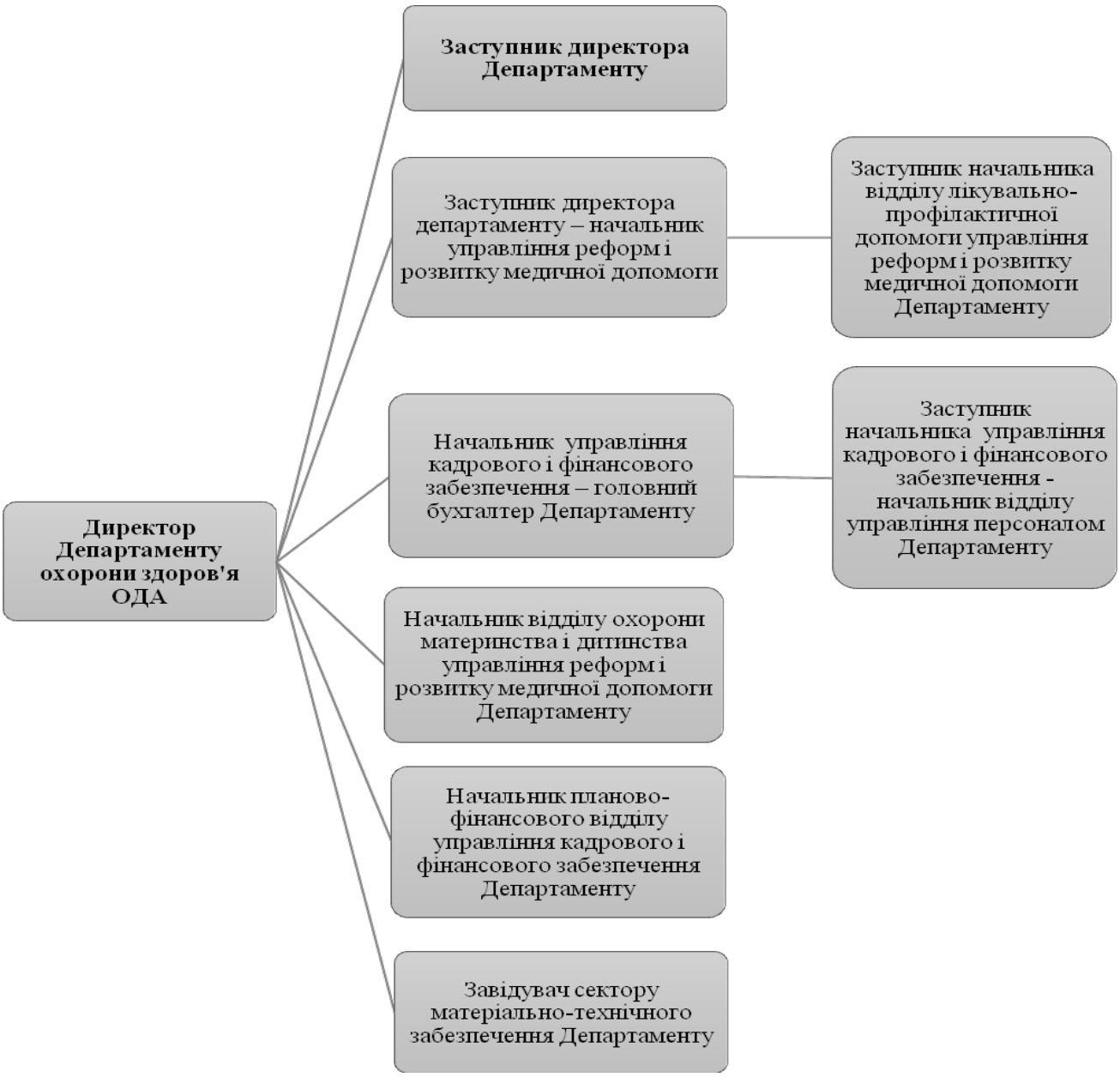

Рис. 2.2 Структура апарату Департаменту охорони здоров'я Запорізької ОВА

Штатний розпис та кошторис ДОЗ затверджує Голова Запорізької ОВА за пропозицією директора ДОЗ відповідно до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ [72].Розпорядженням Голови Запорізької ОВА затверджено спроможну мережу ЗОЗ області, до якої ввійшли (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Мережа закладів охорони здоров'я Запорізької області (*на підконтрольній Україні території)* [72]

Заклади	2022 рік		2023 р.		Відхидення	
	Кіль. закл.	Кіль. ліжок	Кіль. закл.	Кіль. ліжок	Кіль. закл.	Кіль. ліжок
Всього	**61**	**7222**	**55**	**7159**	**-9**	**-63**
1. Багатопрофільні лікарні	4	1268	5	1340	+1	+72
2. Міські лікарні	10	2773	9	2853	-1	+80
3. Дитячі міські лікарні	2	465	1	385	-1	-80
4. Центральні районні лікарні	3	246	2	176	-1	-70
5. Пологові будинки	3	280	3	280	-	-
6. Перинатальні центри	1	124	1	124	-	-
7. Госпіталі ветеранів війни	1	90	1	90	-	-
8. ЗОЗ (центри) надання спеціалізованої медичної допомоги обласного підпорядкування	7	1816	7	1751	-	-65
9. Навчально-наукові медичні центри	1	160	1	160	-	-
10. Стоматологічні поліклініки	6	-	2	-	-4	-
11. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	1	-	1	-	-	-
12. Центри первинної медико-санітарної допомоги	17	-	16	-	-1	1
13. Будинки дитини	1	-	1	-	-	-
14. Центри служби крові	1	-	1	-	-	-
15. Бюро судово-медичної експертизи	1	-	1	-	-	-
16. Центри медико-соціальної експертизи	1	-	1	-	-	-
17. Патологоанатомічні бюро	1	-	1	-	-	-
18. Центри медичної статистики	1	-	1	-	-	-

З них переважна більшість (92%) - КНП, тільки «Міська стоматологічна поліклініка № 5**»,** Запорізький обласний спеціалізований будинок дитини

«Сонечко», «Обласний центр медико-соціальної експертизи», «Запорізьке обласне бюро судово-медичної експертизи», «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» мають статут комунальних підприємств (рис. 2.3).

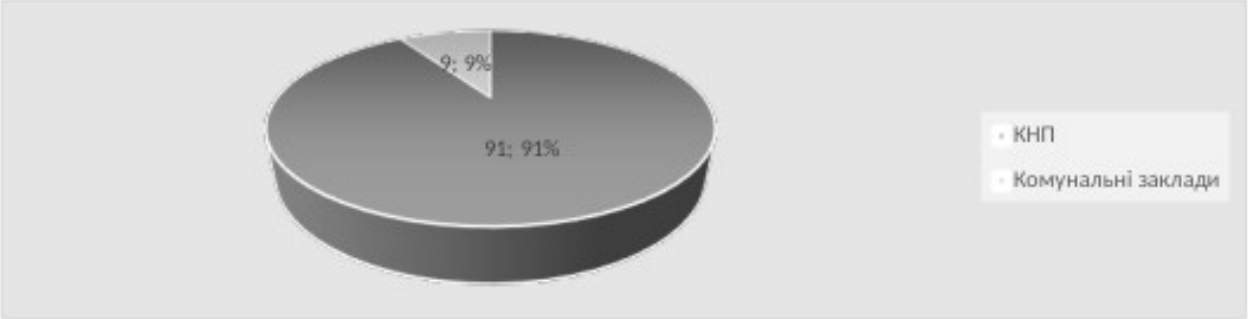

Рис. 2.3 Структура ЗОЗ Запорізької області за організаційно-правовою формою у 2023 р., %

Як бачимо з таблиці 2.1, у 2023р. порівняно з 2022 р. мережа ЗОЗ Запорізької області скоротилась на 9 одиниць, або майже на 10%, а стосовно кількості ліжок - на 63 одиниці, або майже на 1%. Скорочення кількості відбулося по всім видам ЗОЗ, крім багатопрофільних лікарень (+1).

Крім того, відносяться до СОЗ та підпорядковуються Запорізькій ОВА наступні установи (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Підприємства, які входять до галузі охорони здоров'я та підпорядковуються Запорізькій обласній раді [72]

№ п/п	Назва закладу	Кількість
	Всього	**6**
1.	Комунальний заклад «Обласна база спеціального медичного постачання	1
2.	Комунальне підприємство «Аптечне об'єднання «Фармація»	1
3.	Комунальна установа «Центр фінансово-статистичного аналізу та матеріально - технічного забезпечення закладів і установ охорони здоров'я»	1
4.	Комунальний заклад «Запорізький медичний фаховий коледж»	1
5.	Комунальний заклад «Бердянський медичний фаховий коледж»	1

6.	Комунальний заклад «Мелітопольський медичний фаховий коледж»	1

Фінансування мережі комунальних ЗОЗ Запорізької області здійснюється на основі паспортів бюджетних програм за наступними напрямами (рис.2.4).

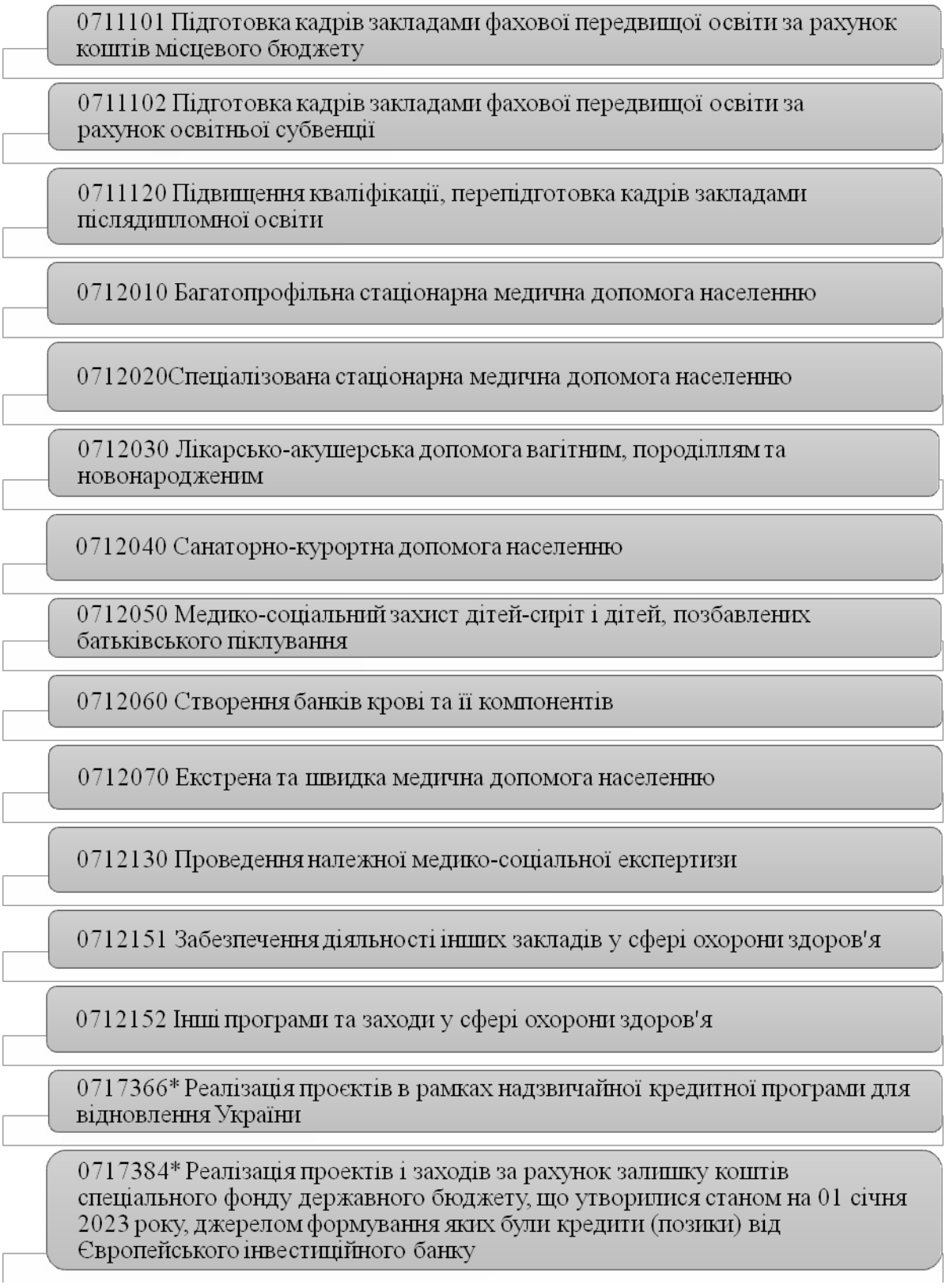

Рис. 2.4 Перелік паспортів бюджетних програм для іінансування мережі комунальних ЗОЗ Запорізької області

*Примітка. У 2023 р.

Протягом 2023 року утримання мережі ЗОЗ Запорізького регіону та надання послуг МОН здійснювалося за рахунок:

– коштів, отриманих ЗОЗ за договорами про послуги МОН, укладеними з НСЗУ;

– коштів бюджету Запорізької ОВА;

– коштів субвенції з обласного бюджету на здійснення підтримки окремих ЗОЗ та заходів за рахунок відповідної субвенції з державного бюджету;

– коштів субвенції з державного бюджету на здійснення заходів щодо соціально-економічного розвитку окремих територій.

Обсяг фінансування ЗОЗ області на виконання бюджетних програм наведений ЗОЗ Запорізької області у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Обсяг фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ Запорізької області на 2022-2023 рр. тис.грн [72]

Код прог-рами	2022 р.			2023 р.			Відхилення		
	Загаль-ний фонд	Спеціаль-ний фонд	Разом	Загаль-ний фонд	Спеціаль-ний фонд	Разом	Загаль-ний фонд	Спеціаль ний фонд	Разом
0711101	101279	19145	120424	63415	17887	81302	-37864	-1258	-39122
0711102	2975	-	2975	2604	-	2604	-371	-	-371
0711120	4110	1349	5459	2650	1379	4029	-1460	+30	-1430
0712010	42084	-	42084	27184	-	27184	-14900	-	-14900
0712020	93020	-	93020	72112	-	72112	-20908	-	-20908
0712030	7225	-	7225	5621	-	5621	-1604	-	-1604
0712040	8084	-	8084	670	-	670	-7414	-	-7414
0712050	112233	-	112233	77495	-	77495	-34728	-	-34728
0712060	70159	-	70159	57465	4550	62015	-12694	+4550	-8144
0712070	11017	-	11017	8440	-	8440	-2577	-	-2577
0712130	31599	-	31599	30752	-	30752	-847	-	-847
0712151	151575	4495	156070	104429	2757	107186	-47146	-1738	-48884
0712152	42380	-	42380	50432	45310	95742	+8052	+45310	+53362
0717366	-	-	-	-	3133	3133	-	+3133	+3133
0717384	-	-	-		143031	143031	-	+143031	+143031
Разом	677740	24989	702729	503269	218047	721316	-174471	+193058	+18587

Отже, загальний обсяг фінансування на виконання бюджетних програм у 2023 р. склав 721316 тис. грн, що на 18587 тис. грн. або на 2,6% більше, ніж у 2022 році. Обсяг фінансування за загальним фондом у 2023 р.скоротився на 174471 тис. грн. або на 25,7%, а за спеціальним - збільшився на 193058 тис. грн. або у 8,7 рази. Таке збільшення відбулося в основному за рахунок фінансування інших програм та заходів (код 0712152) та реалізації проєктів і заходів за рахунок залишку коштів спеціального фонду державного бюджету, що утворилися станом на 01.01. 2023 року, джерелом формування яких були кредити (позики) від Європейського інвестиційного банку (код 0717384).

У загальному обсязі фінансування кошти загального фонду у 2023р. склали майже 70% проти 96,4% у 2022р. Наочно динаміка фінансування представлена на рисунку 2.5.

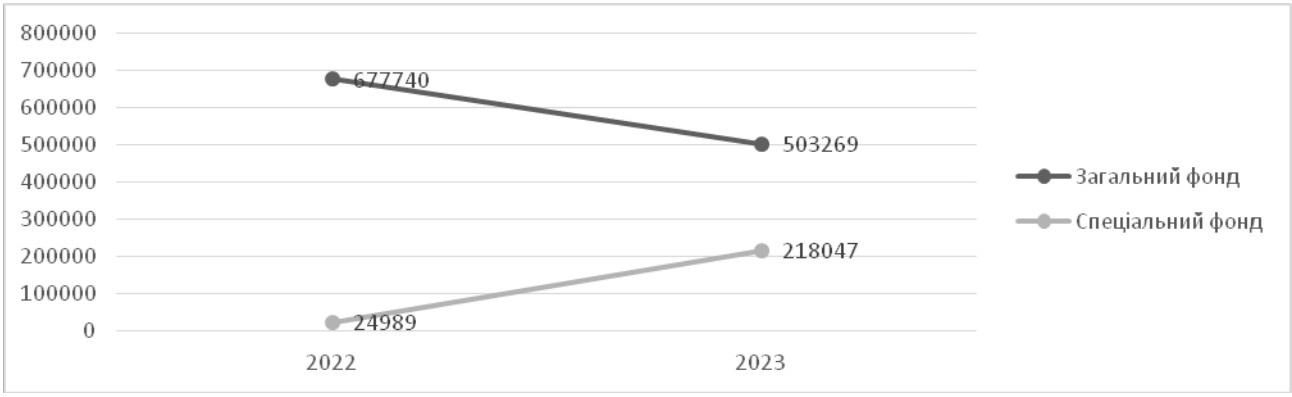

Рис.2.5 Динаміка обсягів фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ Запорізької області на 2022-2023 рр. тис.грн

Структура обсягів фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ Запорізької області на 2022-2023 рр. наведена у таблиці 2.4. Як бачимо, перше місце (19,7%) у структурі обсягів фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ Запорізької області у 2023 р. належить програмі «Реалізація проектів і заходів за рахунок залишку коштів спеціального фонду державного бюджету, що утворилися станом на 01.01. 2023 р., джерелом формування яких були кредити (позики) від Європейського інвестиційного банку» (в 2022 році

такої програми взагалі не було, а перше місце належало програмі «Забезпечення діяльності інших закладів у сфері охорони здоров'я» - 22,4%).

Таблиця 2.4

Структура обсягів фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ Запорізької області на 2022-2023 рр., %

Код прог-рами	2022 р.			2023 р.			Відхилення		
	Загаль-ний фонд	Спеціаль-ний фонд	Разом	Загаль-ний фонд	Спеціаль-ний фонд	Разом	Загаль-ний фонд	Спеціаль ний фонд	Разом
0711101	14,9	76,6	17,1	12,6	8,2	11,3	-2,3	-68,4	-5,8
0711102	0,4	-	0,4	0,5	-	0,4	+0,1	-	+0,1
0711120	0,6	5,4	0,8	0,5	0,7	0,6	-0,1	-4,7	-0,2
0712010	6,2	-	6,0	5,4	-	3,8	-0,8	-	-2,2
0712020	13,7	-	13,2	14,3	-	10,0	-0,5	-	-3,2
0712030	1,1	-	1,0	1,1	-	0,8	-	-	-0,2
0712040	1,2	-	1,2	0,1	-	0,1	-0,1	-	-1,1
0712050	16,6	-	16,0	15,4	-	10,6	-1,2	-	-5,4
0712060	10,4	-	10,0	11,4	2,1	8,6	+1,0	+2,1	-1,4
0712070	1,6	-	1,6	1,7	-	1,2	+0,1	-	-0,4
0712130	4,7	-	4,5	6,1	-	4,3	+1,4	-	-0,2
0712151	22,4	18,0	22,2	20,8	1,2	14,9	-1,6	-16,8	-7,3
0712152	6,2	-	6,0	10,1	20,8	13,3	+3,9	+20,8	+7,3
0717366	-	-	-	-	1,4	0,4	-	+1,4	+0,4
0717384	-	-	-	-	65,6	19,7	-	+65,6	+19,7
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-

Ця програма у 2023 р. знаходиться на другому місці -14,9%, а у 2022 р. – «Медико-соціальний захист дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» - 16,6%. На третьому місці у 2023 р. –«Інші програми та заходи у сфері охорони здоров'я» (13,3%, у 2022р.- 6,2%), «Підготовка кадрів закладами фахової передвищої освіти за рахунок коштів місцевого бюджету» (11,3%, у 2022 р.- 17,1%), «Медико-соціальний захист дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» (10,6%) та «Спеціалізована стаціонарна медична допомога населенню» (10%, у 2022р.- 13,2%).

Обсяг видатків ЗОЗ Запорізької області (планові і фактичні) наведені у таблиці 2.5.

Отже, основну питому вагу у видатках ЗОЗ Запорізької області у 2023р. складають витрати на оплату праці з нарахуваннями – 71,7% від суми загальних

видатків (за планом – 64,8%). На другому місці щодо питомої ваги - використання товарів та послуг (21,2%, за планом – 28%), на третьому - витрати на соціальне забезпечення (6,7% фактично і за плном).

Таблиця 2.5

Обсяг видатків ЗОЗ Запорізької області за 2023р.* [72]

Видатки	Код	План		Профінансовано		% виконання плану
		тис.грн	питома вага, %	тис.грн	питома вага, %	
Заробітна плата	2110	227307	52,8	214850	58,0	94,50
Нарахування на оплату праці	2120	51466	12,0	50086	13,7	97,30
Використання товарів та послуг	2200	120219	28,0	78810	21,2	65,55
Субсидії та поточні трансферти підприємствам	2610	667	0,2	-	-	0,00
Поточні трансферти органам державного управління інших рівнів	2620	1456	0,3	1456	0,4	100,00
Соціальне забезпечення	2700	28745	6,7	24564	6,7	85,46
Всього		429860	100,0	369766	100,0	85,68

*Примітка. Станом на 01.11.2023р. згідно даних, наведених на офіційному сайті Департаменту

Аналіз існуючої практики функціонування ЗОЗ Запорізької області показує, що вона є позитивною, супроводжується проведенням структурних змін у цій сфері, спрямована на покращення показників розвитку СОЗ Запорізького регіону, створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними послуг МОН та покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ області. Виходячи з проведеного аналізу, можемо констатувати, що починаючи з 24.02.2022 року всі ЗОЗ Запорізького регіону працюють в умовах повномасштабної війни. Весь цей період ЗОЗ регіону функціонували стабільно та злагоджено, зберігаючи гарантовані обсяги послуг МОН як для власного населення, так і для ВПО. Разом з тим використання окремих інструментів реформування СОЗ Запорізького регіону вимагає реалізації супутніх заходів. Так, створення госпітальних округів паралельно вимагає формування належної інфраструктури, системи громадського транспорту та наявності доріг високої

якості, що може і повинно бути реалізовано в межах реформи децентралізації, надання територіальним громадам додаткових повноважень, створення спроможних об’єднаних територіальних громад. Разом з тим це питання майбутнього післявоєнного часу, а зараз всі зусилля мають бути направлені на розвиток та збереження мережі існуючих комунальних ЗОЗ області.

2.2 Дослідження публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізької області

Система охорони здоров’я - це наскрізна галузь суспільної сфери, що значно ускладнює процес її управління, так як передбачає одночасне поєднання двох завдань: подбати про збереження здоров’я нації і водночас забезпечити ефективність діяльності ЗОЗ. У нинішніх складних умовах воєнного стану в державі перед керівниками галузі постають досить складні проблеми, вирішення яких потребує принципово нових знань та вмінь (зокрема, у сфері менеджменту та маркетингу, економіки та юриспруденції).

Також необхідно зазначити, що КНП (зараз практично всі ЗОЗ вже є такими) самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис. Сама по собі проблема управління ними полягає в тому, яким чином потрібно використовувати внутрішню структуру, методи підвищення продуктивності праці та стимули для того, аби максимально підвищити ефективність діяльності для досягнення нею мети.

Щоб зрозуміти сутність та навчитись управляти ЗОЗ, необхідно застосовувати системний підхід. Хоча кожен вид діяльності, кожна функція чи організації публічного управління ЗОЗ мають свої унікальні вимоги, тобто їх можна розглядати окремо й під різним кутом зору, однак більшість з них є взаємозалежними. Більше того, один набір функцій та видів засобів публічного управління зазвичай є структурним елементом іншого або зовнішнім середовищем для нього.

Відповідно до загальновизнаних понять про державну владу держава реалізує свої повноваження через формування органів влади з компетенціями відповідно до сфери відповідальності [73, с.245]. Для публічного управління певною галуззю, у тому числі медичною, органи державної влади використовують різноманітні механізми менеджменту, нормативно-правового регулювання, а також контролю та аудиту. Механізми в системі публічного управління повинні забезпечувати розумну владну дію у належному обсязі щодо регуляторного (управлінського) впливу на процес, щоб досягати необхідних перетворень.

При цьому необхідно врахувати той факт, що публічне управління у СОЗ має насамперед досягати соціально значущих результатів діяльності при збалансованості регулюючого впливу та розумного витрачання матеріально-технічних ресурсів відповідно до принципів ціннісно-орієнтованого управління [28]. Крім того, сучасний етап публічного управління СОЗ за кордоном ідентифікується як Public Administration, що справедливо наголошує на його головній відмінності - включенні населення до управління. За такого підходу участь населення в управлінні країною не просто проголошується, а й реалізується на практиці, що призводить до виникнення технічних можливостей створення відкритого інформаційного простору завдяки новим технологіям роботи ЗМІ та Інтернету [74].

Особливістю місцевого самоврядування є той факт, що воно не входить до системи державної влади, але може бути наділене управлінськими державними повноваженнями. Відповідно до положень Основ законодавства України про охорону здоров’я місцеве самоврядування (обласний рівень влади) має право засновувати комунальні ЗОЗ, які уповноважені надавати послуги МОН у межах територіальних програм державних гарантій [75]. Крім цього, в рамках даного законодавства, місцева влада має право проводити інформування населення про медико-профілактичні заходи, що проводяться на підконтрольній території, брати участь в організації заходів при надзвичайних ситуаціях з метою збереження здоров'я та життя людей, а також створювати сприятливі умови

(компенсація заробітної плати, надання житла тощо) для медичних працівників [69;76]. Таким чином, можна зробити висновок, що зазначені норми дозволяють розмежувати та координувати повноваження у СОЗ на всіх рівнях: державному та місцевому.

Разом з тим залишається актуальним питання ефективнішого перерозподілу повноважень у сфері публічного управління СОЗ України між державними та місцевими органами влади. Так, державна система управління покликана реалізовувати єдину політику у СОЗ, яка полягає у розробці державних програм, спрямованих на підвищення якості та доступності послуг МОН. Діяльність на державному рівні влади має централізований та уніфікований характер. Місцева система публічного управління ЗОЗ покликана реалізовувати політику регіонального центру з урахуванням місцевої соціально-економічної та культурно-етнічної специфіки на «місцях». Місцева влада має враховувати думку населення, а також формувати «стійкий» рівень первинної медико-санітарної допомоги. Діяльність на місцевому рівні влади має децентралізований та індивідуальний характер [77].

Розглядаючи завдання публічного управління вітчизняними ЗОЗ взагалі, і Запорізького регіону зокрема, необхідно зазначити, що такі завдання кардинально відрізняються у звичайний (докризовий) і кризовий (надзвичайний, воєнний) стан.

Основні завдання публічного управління ЗОЗ у докризовий період були перераховані на рисунку 2.1. У кризові часи, зокрема, при введенні воєнного стану, державні установи повинні координувати свої дії з багатьма службами та агенціями реагування на такий стан, включаючи ЗОЗ та медичних працівників на місцевому та регіональному рівнях. Оскільки кожна ситуація різна, універсальних дій із такого реагування не існує, тобто кожний випадок вимагає індивідуального підходу, що, своєю чергою, потребує високого рівня управлінської майстерності [78, с.7].

Отже, основними завданнями публічного управління ЗОЗ у кризові часи стає ретельний контроль за діяльністю таких закладів та розробка програми

реагування на кризові ситуації при наближенні таких ситуацій з урахуванням специфіки ЗОЗ. Крім того, у кризових ситуаціях виникає необхідність налагодження міжвідомчої та внутрішньовідомчої взаємодії органів державної влади, що потребує особливого підходу до публічного управління обмеженими ресурсами та постійної комунікації між органами влади та ЗОЗ [79]. Отже, на наш погляд, в умовах сталого розвитку вплив державних управлінських органів на діяльність ЗОЗ має бути зведений до мінімуму, щоб не перешкоджати функціонуванню їх економічних механізмів, а при виникненні кризових ситуацій такий вплив повинен трансформуватися в наступні основні функції (рис.2.6).



Рис.2.6 Основні напрями впливу державних управлінських органів на діяльність ЗОЗ в кризових ситуаціях (воєнного стану)

Таким чином, можна зробити висновок, що кризове реагування у галузі публічного управління ЗОЗ є складним процесом. Стратегії реагування на кризу в умовах військових дій слід постійно вдосконалювати, поки вони не призведуть до стабілізації СОЗ.

Важлива роль у такому процесі належить публічному управлінню, адже органи такого управління відіграють одну із провідних функцій у формуванні антикризових заходів для впливу на діяльність ЗОЗ. Саме з цих позицій будемо надалі досліджувати зміст публічного управління ЗОЗ Запорізької області зважаючи на те, що в умовах війни СОЗ області ділять перше місце з оборонним комплексом та її робота в цих умовах залежить від прийнятих управлінських рішень. Публічне управління ЗОЗ Запорізької області в умовах війни ускладнюється наступними проблемами (табл.2.6).

Таблиця 2.6

Проблеми в діяльності ЗОЗ Запорізької області, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення

Проблеми	Характеристика
Руйнування інфраструктури	На сьогодні в результаті повномасштабного вторгнення більше 70% Запорізької області знаходиться під окупацією та відбувається знищення ресурсного і людського потенціалу області, в тому числі ЗОЗ.Зруйновано та пошкоджнно багато медичних закладів області, у тому числі медичне обладнання. Обстріляно та пошкоджено осколками, а також викрадено окупантами багато автомобілів швидкої допомоги
Відтік та втрата медичних кадрів	З початком війни в посиленому режимі працюють усі ЗОЗ. Особливе навантаження на медичний персонал відзначається в багатопрофільних лікарнях. Спостерігається відтік медичного персоналу за кордон та в західні області України. Як наслідок, немає необхідної кількості лікарів, які можуть надавати кваліфіковану медичну допомогу. Розгортання військових госпіталів, максимально наближених до військових дій, ставить медичний персонал під ризик самим стати жертвами.
Оплата праці медичного персоналу	Значна кількість багатопрофільних ЗОЗ не має можливості своєчасно виплачувати заробітну плату медикам
Бомбосховища (укриття)	Нині в більшості ЗОЗ області відсутні належно облаштовані бомбосховища. Укриття у вигляді підвалів не витримують масованих обстрілів і ракетних ударів. Нерідко в них відсутні автономна система вентиляції та водопостачання, тобто тривале перебування тяжкохворих в таких підвалах неможливе
Значні витрати на утримання ЗОЗ	У першу чергу це пов’язано з підвищенням тарифів на воду, тепло та електроенергію
Надання медичної допомоги ВПО	Проблеми неврегульованості процедурних питань надання послуг МОН; неналежне фінансування існуючих програм в сфері медичного обслуговування для ВПО; низький рівень використання органами влади потенціалу фінансово-гуманітарної допомоги
Реабілітація осіб з інвалідністю під час	Недостатня фінансова підтримка, неповне забезпечення постраждалих допоміжними засобами реабілітації, протезування

та після війни	тощо. Проблеми в організації надання соціальних послуг, сприяння інтеграції, зокрема шляхом працевлаштування. Проблеми обліку осіб з інвалідністю, які мають право на безоплатне забезпечення засобами реабілітації

Незважаючи на це, СОЗ Запорізької області вистояла і продовжує працювати. Багато в чому це стало можливим завдяки фаховому публічному управлінню, так як від виважених управлінських рішень уповноважених органів та дій в особі держави залежить робота ЗОЗ області та їх здатність надавати своєчасні послуг МОН та захисникам.

Як вже зазначалося, публічне управління в ЗОЗ є системою, яка охоплює комплекс дій і практичних заходів на різних рівнях управлінської ієрархії. Головним суб’єктом їх формування і реалізації виступає держава. Систему суб’єктів публічного управління ЗОЗ Запорізької області формують центральні та місцеві органи державної виконавчої влади, а також ОМС (рис.2.7).

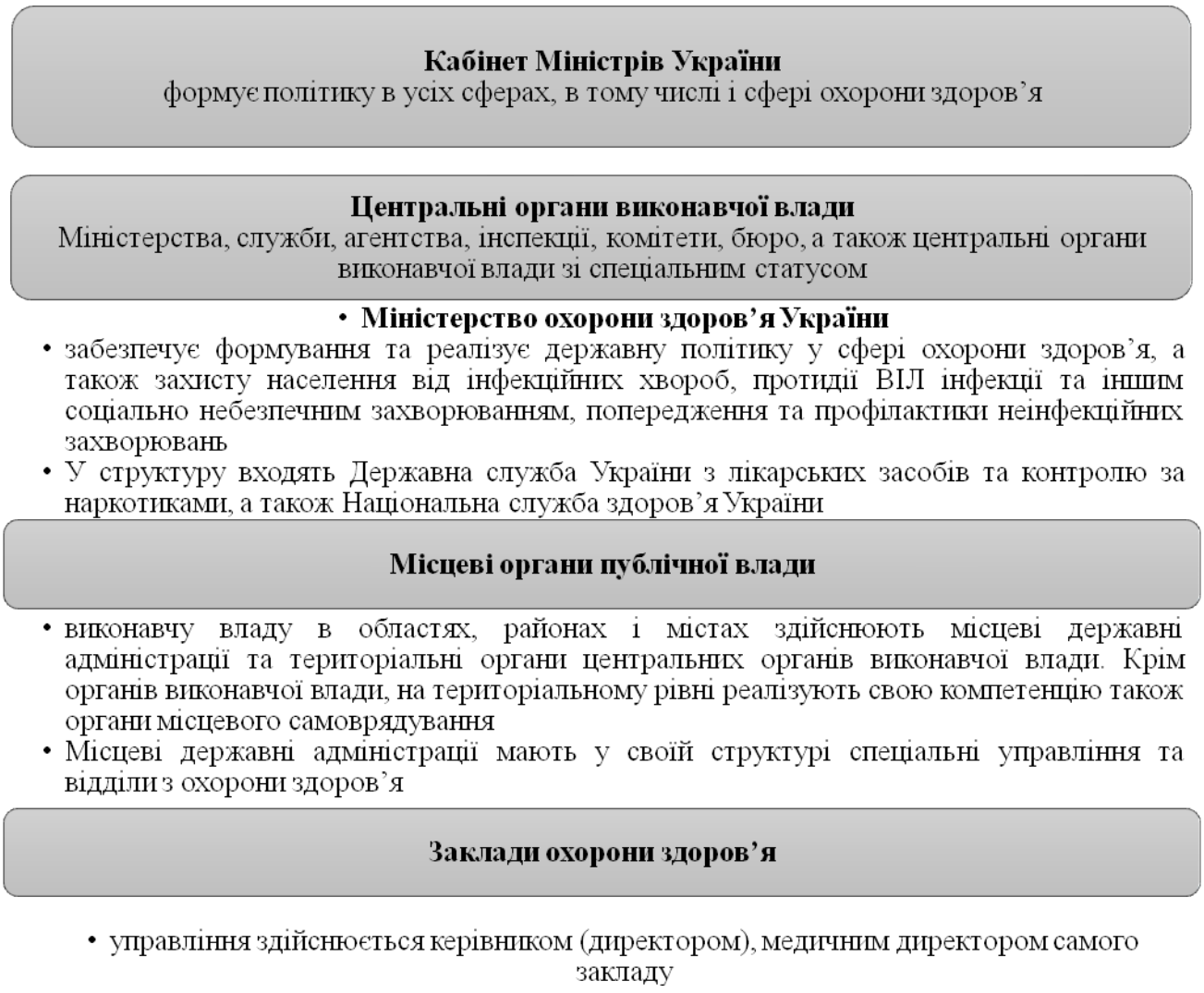

Рис. 2.7 Система суб'єктів публічного управління ЗОЗ Запорізької області

В рамках даного дослідження особливо наголосимо, що адміністративна вертикаль центральних органів виконавчої влади будується двома способами:

– через «структурні підрозділи місцевих державних адміністрацій, які підзвітні і підконтрольні відповідним міністерствам, іншим центральним органам виконавчої влади» [80, с.185];

– через «окремі підпорядковані органи, тобто територіальні органи центральних органів виконавчої влади, які є ніби «продовженням» центрального органу виконавчої влади на місці. У СОЗ такими органами є, зокрема, обласні відділи державного контролю у сфері обігу лікарських засобів, медичної продукції та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і

прекурсорів, а також міжрегіональні департаменти НСЗУ, кожен із яких здійснює повноваження на території декількох областей» [80, с.185].

Повноваження ОМС у СОЗ можуть здійснювати і ради, і їх виконавчі органи, і сільські, селищні, міські голови. При цьому управління ЗОЗ віднесено виключно до компетенції виконавчих ОМС. Також до їх компетенції відноситься внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у СОЗ [81, с.150]. На районному та обласному рівні виконавчі ОМС відсутні, тому місцеві державні адміністрації реалізують делеговані їм відповідними радами повноваженнями.

Отже, проведений аналіз вказує, що до адміністративних органів управління ЗОЗ належать КМУ, МОЗУ, місцеві державні адміністрації та ОМС. Управління ЗОЗ також здійснюється керівником (директором), медичним директором закладу. Таке управління має ознаки публічності (керівники призначаються органами публічної влади, реалізують публічні функції тощо), але, вони не є органами публічного управління [81, с.151].

Таким чином, управлінський вплив у ЗОЗ охоплює організаційну компоненту як управлінські дії, що здійсгюються суб’єктами на різних рівнях управління в СОЗ. Це знаходить прояв у спрямуванні такого впливу на два напрями: статичний (структурний) та динамічний (функціональний). Тобто, публічне управління ЗОЗ передбачає створення відповідної організаційної структури управління у вигляді підсистем, які чинять управлінський вплив та наділення відповідними функціями ці підсистеми.

Публічному управлінню ЗОЗ Запорізької області властива така риса, як підлеглість об’єкта управління, тобто об’єкти управління підпорядковуються суб’єктам управління. Суб’єкти управління наділяються державно-владною компетенцією та виконують волю держави. Отже, ЗОЗ Запорізької області у своїй діяльності підпорядковуються МОЗУ, НСЗУ, Держлікслужбі та іншим суб’єктам, які реалізують державну політику у СОЗ [72].

Разом з тим управлінські функції щодо ЗОЗ Запорізької області виконують й інші державні інституції, які безпосередньо не пов’язані зі СОЗ.

Серед них - Президент України, ВРУ, КМУ, Генеральна прокуратура, її органи на місцях, судові органи України. [72].

Публічне управління ЗОЗ Запорізької області здійснюється через відповідні форми управлінської діяльності, до яких можна віднести (рис.2.8).

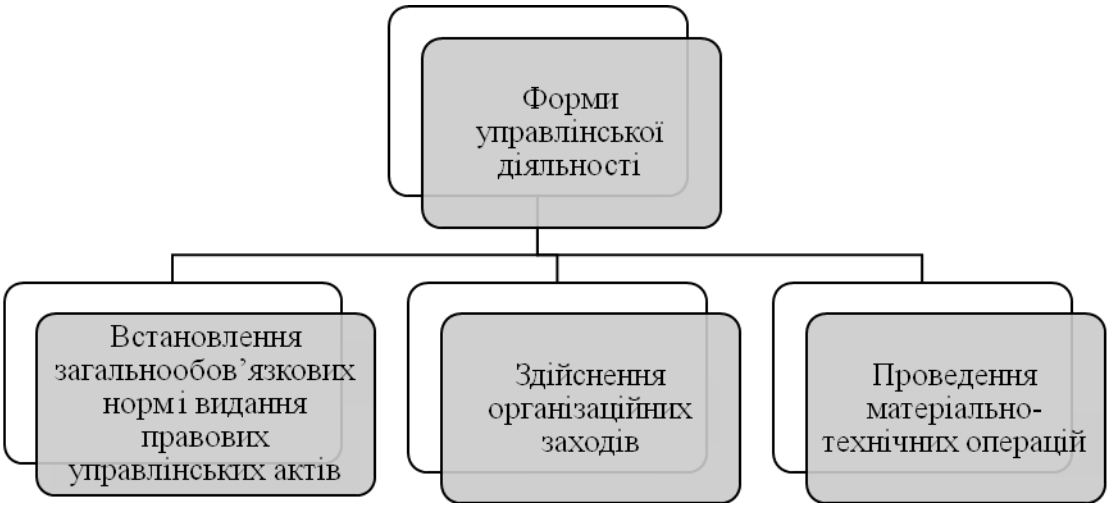

Рис.2.8 Форми публічного управління ЗОЗ Запорізької області

Важливим елементом публічного управління є контроль з боку держави, який проявляється у нагляді спеціально уповноважених органів виконавчої влади за дотриманням законодавства, стандартів надання послуг МОН тощо. Таким чином, держава здійснює регулювання СОЗ в цілому та ЗОЗ зокрема.

Досліджуючи питання організації публічного управління ЗОЗ, зазначимо, що його можна визначити як систему:

– певних механізмів (структурного, інформаційного та ін.), яка забезпечує управління ЗОЗ в умовах змінного зовнішнього середовища, ґрунтуючись на порядку здійснення закладом діяльності, спрямованої на прийняття оптимальних управлінських рішень при найбільш ефективному використанні організаційних ресурсів;

– управлінських дій, які спрямовані на організацію взаємодії між елементами ЗОЗ з метою досягнення ним цілей діяльності (як щодо задоволення потреб населення у якісних послугах МОН, так і власних

економічних інтересів) із врахуванням особливостей зовнішнього та внутрішнього середовищ цього закладу.

Організаційний механізм публічного управління ЗОЗ як система управлінських дій реалізується в процесі організації такої діяльності. Розкриваючи питання організаційного механізму публічного управління ЗОЗ, слід вказати на те, що управлінська діяльність пов’язана з адміністративною, тобто організація управлінської діяльності в ЗОЗ визначає здійснення адміністративної, тобто діяльності працівників апарату управління, яка здійснюється в межах визначеної посади. Оскільки сутність адміністративної діяльності розкривається через професійну діяльність кадрового складу СОЗ, передусім, вкажемо на те, що кадровий потенціал в ЗОЗ та процес його формування має свої особливості Так, наприкінці 2018 року МОЗУ було проведено інституційну реформу щодо керівників ЗОЗ. На той час центральною фігурою ЗОЗ був головний лікар, який керував як адміністративними, так і медичними процесами. Враховуючи міжнародний досвід, таку концентрацію повноважень на одній посаді було визнано неефективною, оскільки знайти спеціаліста, який повинен мати рівноцінні знання та навички як у сфері управління ЗОЗ, так і контролю якості надання послуг МОН, було надзвичайно складно.

Більше того, відповідно до кваліфікаційних вимог до претендентів на посаду головного лікаря, таким міг бути лише лікар, який мав найвищу кваліфікаційну категорію, та отримав сертифікат спеціаліста з «Організації та управління охороною здоров'я». Тобто до головних лікарів не висувалися вимоги щодо освіти в галузі управління, а тому було закономірним, що окремі рішення призначених головних лікарів не завжди були адекватними з погляду адміністрування ЗОЗ, а великий обсяг різнопланових обов'язків не давав можливості зробити вирішення проблемних ситуацій закладу простими та ефективними [82, с.40].

Рішенням цієї ситуації стало створення двох окремих посад замість посади головного лікаря:

– керівника ЗОЗ з питань господарської діяльності (генеральний директор, директор, начальник ЗОЗ тощо);

– медичного директора - особи, яка зобов'язана контролювати медичні процеси.

Вимоги до медичного директора майже аналогічні вимогам до колишніх головних лікарів ЗОЗ, а різниця полягає у зменшених вимогах до стажу роботи. Наприклад, якщо раніше головним лікарем обласної лікарні міг бути спеціаліст із щонайменше десятирічним досвідом роботи з лікарської спеціальності та восьмирічним досвідом за спеціальністю управління охороною здоров'я, то на сьогодні керівником ЗОЗ національного рівня може бути спеціаліст із п'ятирічним стажем на керівних посадах. Щодо освіти, то претенденти й надалі мають бути лікарями з післядипломною спеціалізацією в галузі організації та управління СОЗ [83,с.105].

Щодо керівника ЗОЗ (генеральний директор/директор), то він має бути своєрідним менеджером закладу, та мати відповідну закінчену вищу освіту в галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», без обов'язкового зв'язку з лікарською спеціалізацією. Це цілком логічно і відповідає його посадовим обов'язкам, пов'язаним з управлінськими процесами.

Отже, вітчизняна СОЗ знаходиться у постійному пошуку найкращої моделі публічного управління ЗОЗ, тому ця сфера не уникла процесу реформування, при якому вивчалися та коригувалися проблеми, вирішувалися питання щодо ефективності діяльності ЗОЗ. Публічне управління ЗОЗ при цьому розглядається та визначається як цілеспрямована, планомірна та безперервна діяльність органів державної влади, яка проявляється у виконавчо-розпорядчій формі і цілеспрямовано впливає на об'єкти, що належать до СОЗ.

2.3 Оцінювання публічного адміністрування мережою комунальних закладів охорони здоров’я Запорізької області

Для того, щоб організація чи установа будь-якої форми власності чи сфери діяльності функціонувала в руслі поставлених цілей, цю діяльність необхідно впорядкувати, скоординувати, організувати, тобто адмініструвати відповідно до певної місії.

Як вже зазначалося, ЗОЗ мають особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів управління. До якого б типу закладів не належав ЗОЗ, необхідною умовою його існування є адміністрування діяльності такого закладу, тобто метод управління, що ґрунтується на силі та авторитеті влади, тобто в наказах, постановах, розпорядженнях, вказівках та інструкціях. При цьому метою адміністрування є досягнення належного рівня організації діяльності ЗОЗ [2, с.210].

Отже, адміністрування - це діяльність щодо керівництва ЗОЗ в цілому, її функціональною діяльністю, ресурсним супроводом тощо завдяки застосуванню адміністративних методів управління.

Адміністрування ЗОЗ включає:

– постанову цілей і задавдань (планування);

– створення певної структури підпорядкованості, розподіл функцій між підрозділами та організаційно-розпорядчу діяльність (організація);

–оперативне прийняття рішень за допомогою розпоряджень, наказів, забезпечення взаємодії між підрозділами (керівництво);

– облік, контроль, аналіз;

–налагодження системи документообігу;

–матеріально-технічне забезпечення діяльності ЗОЗ.

Методи адміністрування ЗОЗ поділяються на організаційні та оперативно-розпорядчі. За допомогою організаційного впливу визначають структуру управління, розподіляють права, повноваження, відповідальність в апараті управління, і це передбачено в актах тривалої дії - статутах, положеннях, правилах, інструкціях та ін. Організаційний вплив передбачає регламентування, нормування і організаційно-методичне інструктування, тобто

це пряма адміністративна вказівка, яка має обов'язковий характер і адресується керованим об'єктам або особам ЗОЗ.

Так, механізм адміністрування ЗОЗ Запорізької області стосується надання послуг МОН, ресурсного супроводу, управлінської діяльності, звітності, комунікаційного забезпечення, документообігу тощо. Він базується на загальних законах та принципах публічного управління та обмежується правовими інструментами та методичними інструкціями, які систематизовані нами ДОДАТКУ В.

Якщо адміністрування розглядати на різних рівнях СОЗ, то воно поділяється на публічне адміністрування, яке застосовується публічними інститутами при здійсненні управління на державному, регіональному, муніципальному рівні, рівні об’єднаних територіальних громад і адміністрування, що здійснюється на мікрорівні - адміністрування ЗОЗ різних форм власності в процесі здійснення ними їхньої функціональної діяльності.

У межах даного дослідження будуть розглянуті питання адміністрування ЗОЗ, яке здійснюється публічними інститутами при здійсненні управління на регіональному рівні, тобто рівні ДОЗ Запорізької ОВА. Комплексний механізм публічного адміністрування ЗОЗ при цьому складається з таких видів (рис. 2.9).



Рис. 2.9 Комплексний механізм публічного адміністрування ЗОЗ Запорізької області

Більш детально кожен складовий цього механізму наведено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Елементи механізму публічного адміністрування мережою комунальних ЗОЗ Запорізької області [66]

Назва елементу	Характеристика
1	2
Правовий	Нормативно-правовове регулювання (розробка і введення в дію законодавчих та нормативних актів) Правовове регулювання діяльності комунальних ЗОЗ
Економічний	Бюджетна-податкова політика Грошово-кредитна політика Амортизаційна політика Національні проєкти і цільові програми Регулювання фінансово-господарської діяльності медичних закладів Державне замовлення і державні інвестиції Кредитні пільги, субсидії, субвенції, дотації
Адміністративний	Пряма заборона певних видів медичної діяльності Сертифікація закладів і видів медичних послуг, запровадження регламентів їх надання Ліцензування, квотування Встановлення заборони на вільну реалізацію певних видів лікарських засобів Контроль за дотриманням стандартів надання медичної допомоги Порядкок участі в програмах на регіональному та місцевому рівнях Укладання угод із керівником /власником закладу про обсяги гарантованих медичних послуг за певну ціну за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів

Продовження табл.2.7

1	2
Організаційний	Суб’єкти та об’єкти публічного управління галуззю Визначення цілей, завдань, функцій і методів управління закладом Контроль якості Координація і забезпечення ефективного функціонування та взаємозв’язку організаційних структур, що відповідають за реалізацію політики у сфері охорони здоров’я Підготовка кадрів для галузі
Політичний	Підписання міжнародних і міждержавних угод Приєднання до міжнародних конвенцій і декларацій Членства й робота в міжнародних організаціях Обґрунтування вибору пріоритетних напрямів подальшого розвитку Визначення принципів і засад здійснення публічного адміністрування
Мотиваційний	Сукупність командно-адміністративних та економічних стимулів, які спонукають державних службовців до ефективної роботи

При цьому економічне адміністрування передбачає впорядкування облікової, інвестиційної, фінансової діяльності ЗОЗ, мотиваційне - стимулів, які спонукають державних службовців до ефективної роботи), організаційне - визначення об'єктів, суб'єктів публічного адміністрування, їх цілей, завдань, функцій, методів управління, організаційні структури, а також результатів їх функціонування, політичне - механізми формування політики в СОЗ, правове - закони, концепції, стратегії, доктрини реформування СОЗ тощо.

Слід зазначити, що перелік розглянутих елементів механізму публічного адміністрування ЗОЗ не є вичерпаним та не всі з них можуть застосовуватись одночасно. Так, кожного разу після прийняття рішення ДОЗ повинен формувати комплексний механізм адміністрування з метою впливу на об’єкт. Залежно від поставлених завдань цей механізм адміністрування щоразу буде мати різний набір конкретних інструментів у його складі.

На нашу думку, основою здійснення публічного адміністрування на регіональному рівні є саме правові інструменти. Адміністрування невід’ємно пов’язане із виконанням законів і не може існувати без законодавчої бази. Так, питання правового супроводу діяльності ЗОЗ на рівні області регламентують:

1. ЗУ «Про автономізацію медичних установ» (законопроєкт), в якому визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості [84].

2. ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я» [85].

3. ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [46], який впроваджує принцип «гроші ідуть за пацієнтом», тобто нову модель фінансування СОЗ.

Інформаційним підґрунтям правового адміністрування діяльності ЗОЗ є медична документація, яку можна поділити на дві групи:

1) вхідні документи, одержані від:

- органів вищого рівня, із вказівками, роз’ясненнями та зведеннями;

- від інших закладів щодо розв’язання певних питань або вжиття спільних заходів;

- від інших юридичних осіб ;

- заяви й скарги від громадян.

2) документи, створені у ЗОЗ різної форми власності:

-внутрішні, що діють у межах закладу;

- вихідні, які надсилають іншим юридичним особам або громадянам.

При характеристиці методології публічного адміністрування діяльності ЗОЗ слід окремо розрізняти адміністрування системи внутрішнього менеджменту та системи надання послуг МОН. Якщо об’єктом адміністрування є внутрішня діяльність ЗОЗ, то процес адміністрування можна представити у вигляді нступних етапів (рис.2.10).

Так, на першому етапі бажаними показниками можуть бути, наприклад, збільшення переліку послуг МОН, що надаються в ЗОЗ через відкриття нового відділення, які потрібно опанувати під час прийняття управлінського рішення.



Рис. 2.10 Алгоритм публічного адміністрування внутрішньої діяльності ЗОЗ Запорізької області

На другому етапі виникає проблема керованості системи - здатності змінюватися під впливом управлінських дій. На четвертому етапі формується чітке розуміння складових системи адміністрування - які функції передбачається виконувати, чи є для цього необхідні матеріальні, кадрові, фінансові можливості, які додаткові функції вони могли б виконати за певних умов. На п'ятому етапі застосовуються різні види моделювання для прогнозування отриманого результату і зменшення вірогідності отримання небажаних результатів.

Якщо йдеться про послуги МОН як об’єкт публічного адміністрування, то інструментом такого адміністрування є локальні протоколи, порядок розробки яких затверджений наказом МОЗ від 28.09.2012 № 751 [86]. «Якщо у реєстрі медико-технологічних документів з’являється затверджений уніфікований клінічний протокол, керівник ЗОЗ видає наказ про зібрання робочої групи, яка протягом наступних 3-х місяців повинна почати роботу над розробкою локального протоколу» [86]. Сьогодні розроблені мультидисциплінарні «уніфіковані клінічні протоколи, які можна адаптувати і застосовувати в ЗОЗ і первинної, і третинної медичної допомоги, тобто саме їх і потрібно брати за основу під час розробки локального протоколу в будь-якому ЗОЗ. Основна частина локального протоколу складається із шести розділів: організація надання послуг МОН; діагностика; лікування; рекомендації при виписці зі стаціонару; реабілітація; профілактика [86]. Для кожного етапу вказують необхідні дії, відповідальних осіб, строки виконання та індикатори якості послуг МОН.

«У протокол потрібно внести всі заходи, передбачені уніфікованим клінічним протоколом, на застосування яких у ЗОЗ є можливості та ресурси. Якщо метод лікування, який застосовується у ЗОЗ, відрізняється від методу, який затверджений у стандарті, то робоча група вносить зміни у основні частини протоколу і подає відповідні письмові пояснення необхідності внесених змін. Розробка локальних протоколів повинна здійснюватися у

кожному ЗОЗ незалежно від його форми власності» [86]. Разом з тим, і приватні, і комунальні, і державні ЗОЗ повинні погодити адаптовані протоколи ДОЗ Запорізької ОВА, щоб він мав можливість здійснювати координацію роботи ЗОЗ області.

Алгоритм розробки та впровадження локального клінічного протоколу включає наступні етапи (рис. 2.11):

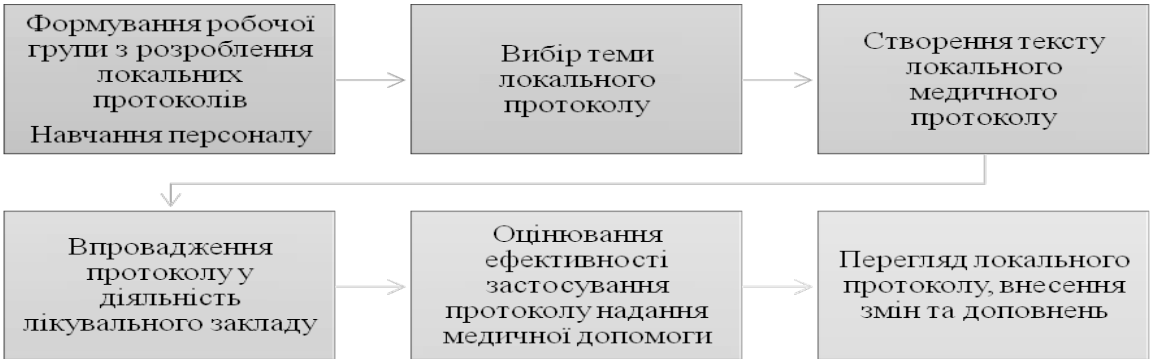

Рис. 2.11 Алгоритм розробки та впровадження локального клінічного протоколу в діяльність ЗОЗ Запорізької області

Отже, ЗОЗ Запорізької області є окремим об'єктом публічного адміністрування з боку ДОЗ Запорізької ОВА, на які спрямована організуюча та регулююча діяльність цього органу.

Створення ефективних механізмів публічного адміністрування цих закладів, забезпечення якості та ефективності їх діяльності - один зі стратегічних напрямів процесу реформування й оптимізації політики ДОЗ Запорізької ОВА. Метою публічного адміністрування мережою КНП в цьому контексті є (рис.2.12).

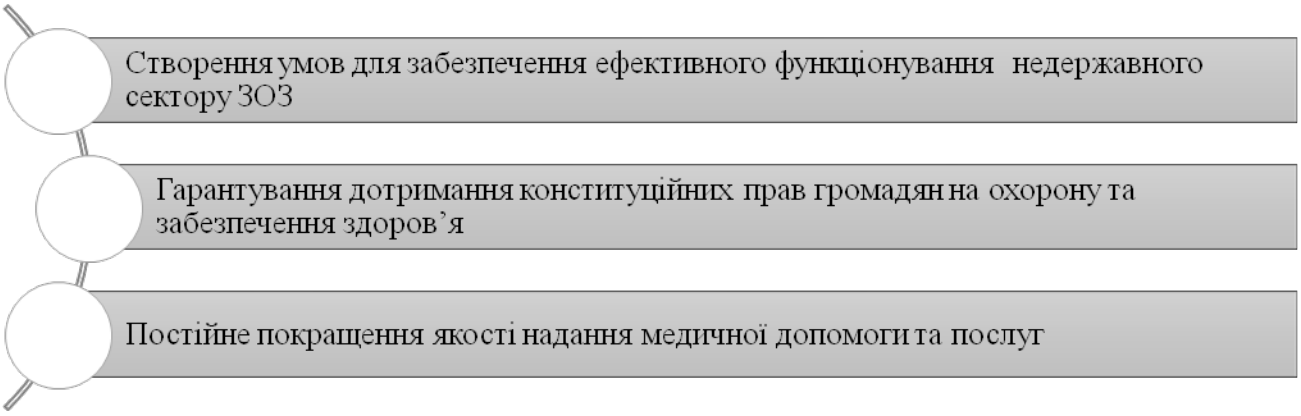

Рис.2.12 Завдання публічного адміністрування мережою комунальних ЗОЗ Запорізької області

Разом з тим публічне адміністрування мережою комунальних ЗОЗ не може розвиватися та функціонувати ізольовано від проблем сьогодення, зокрема, військових дій на території України. Саме під час війни проявилися слабкі місця публічного адміністрування в медичній сфері та, зокрема, в діяльності комунальних ЗОЗ Запорізької області. Проблеми публічного адміністрування мережою комунальних ЗОЗ, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення, зокрема, в межах Запорізького регіону згруповані в таблиці 2.8.

Таким чином, завдяки ряду управлінських рішень держави в особі її уповноважених органів - суб'єктів державного управління, а саме ДОЗ Запорізької ОВА, навіть в умовах воєнного стану можна підтримувати роботу ЗОЗ та забезпечувати медичною допомогою всіх громадян України (в тому числі ВПО, осіб з інвалідністю тощо).

Таблиця 2.8

Проблеми публічного адміністрування мережою комунальних ЗОЗ Запорізького регіону, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення

Проблеми	Заходи
1	2
Готовність ЗОЗ для надання послуг МОН населенню та постраждалим внаслідок військових дій	Згідно наказом МОЗУ від 24.02.2022 р. № 374 у багатопрофільних та інших ЗОЗ області бути підготовлені додаткові команди хірургів, які б змогли надавати необхідну допомогу пораненим. Для збільшення охоплення наданням послуг МОН МОЗУ рекомендувало застосовувати телемедицину. З огляду на проблеми з логістикою, МОЗУ рекомендувало спрощене та заочне проведення медико-соціальної експертизи. Даним наказом було заборонено припинення термінових та невідкладних планових госпіталізацій, в тих випадках, коли їх перенесення неможливе у зв'язку із серйозним ризиком для життя та здоров'я пацієнтів
Резерв ліжок у ЗОЗ для	МОЗУ було прийнято рішення про внесення змін до раніше

прийняття поранених	затвердженого наказу № 374 в частині планових госпіталізацій, які можуть припинитися лише в тому випадку, якщо ліжковий фонд терапевтичного профілю завантажується на 70%, а хірургічного - на 50%. Дане рішення МОЗУ знизило навантаження на медичних працівників
Фінансування ЗОЗ області	Внесення змін до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, згідно з яким всі законтрактовані НСЗУ медичні заклади до 01.07.2022р. кожний місяць отримували фіксовану суму (1/12 від річного обсягу фінансування). З 01.07. 2022 р. медичні заклади отримують кошти за фактично надані послуги та звітують про них в електронному вигляді
Допомога ВПО та особам з інвалідністю	Окремим наказом МОЗУ врегульовано питання доступу ВПО до безоплатної первинної медичної допомоги. Функціонує Обласний центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, приміщення обладнано пристроями для забезпечення відносної побутової незалежності, надається кваліфікована послуги МОН. Особи з інвалідністю із з нового заїзду отримують різноманітні процедури, приділяється належна увага заняттям з лікувальної фізкультури
Відновлення зруйнованої інфраструктури ЗОЗ за рахунок небюджетного фінансування	ЗОЗ області продовжують отримувати лікарські засоби, медичні вироби, обладнання, транспортні засоби тощо завдяки допомозі міжнародних благодійників, волонтерів та українських бізнесменів. Зі свого боку, МОЗУ створило інформаційно-аналітичну систему MedData, яка використовується лікарями для подання запитів на отримання необхідної гуманітарної допомоги
Гарантії оплати праці медичних працівників	Для вирішення проблеми з виплатою заробітної плати медикам під час війни в Програмі медичних гарантій НСЗУ передбачено пакет дофінансування для законтрактованих комунальних ЗОЗ, неспроможних виплатити заробітну плату своїм працівникам

Продовження табл.2.8

1	2
Створення госпітальних округів та їх об’єднання в кластери	Попри війну, триває інфраструктурний етап медичної реформи, яка розпочалася у 2017 р. Відповідно до нього в області ЗОЗ об’єднуються в госпітальні округи, які потім розділяються на окремі кластери. Замість міських, районних та обласних лікарень створюються загальні, кластерні та надкластерні ЗОЗ. Дане рішення спрямоване на більш ефективне використання ресурсів та забезпечення ЗОЗ необхідним обладнанням
Реформування багатопрофільних ЗОЗ	Щоб зменшити витрати на утримання лікарень, планується їх реформування, яке включає екологічний підхід до проєктування будівель та підвищення їх енергоефективності

Враховуючи це, можна зробити висновок, що в умовах війни ефективне публічне адміністрування здійснює значний вплив на діяльність комунальних ЗОЗ Запорізької ОВА та на медичну сферу загалом. Успішній протидії викликам

війни сприяє відносна автономізація ЗОЗ області, а також децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку Запорізької ОВА, з огляду на конкретну ситуацію на місцях. Наразі спостерігається поступове налагодження функціональності ЗОЗ Запорізької ОВА в умовах війни, зумовлене наданням послуг МОН у повному обсязі та відновленням медичної інфраструктури.

Подальші кроки щодо забезпечення належної роботи ЗОЗ Запорізької ОВА полягатимуть у визначенні поточних та прогнозованих потреб у послугах МОН із відповідним перерозподілом ресурсів. Так, залишаються актуальними проблеми удосконалення діяльності комунальних ЗОЗ області, встановлення меж державного втручання в діяльність цих закладів, пошук оптимального поєднання державного регулювання і ринкового саморегулювання в цій сфері, проблеми надання послуг МОН ВПО, а також забезпечення засобами реабілітації осіб з інвалідністю.

Отже, публічне адміністрування ЗОЗ - це організаційно-розпорядчий метод управління ЗОЗ, який створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання послуг МОН, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та включає організаційні (регламентування, нормування, інструктування) та розпорядчі методи.

Висновки до розділу 2

На основі проведеного аналізу публічного управління у сфері надання послуг МОН Запорізького регіону в умовах воєнного стану можна зробити наступні висновки:

1. На підставі виконананого огляду мережі комунальних ЗОЗ Запорізької області встановлено, що зв’язуючою ланкою між МОЗУ та надавачами послуг МОН є ДОЗ Запорізької ОВА. Основним інструментом в арсеналі ДОЗ на

сьогодні є розробка плану спроможної мережі ЗОЗ госпітального округу, тобто саме ДОЗ здійснює контроль за фінансово-господарською діяльністю обласних ЗОЗ, доступністю та якістю послуг МОН, яка в них надається з урахуванням ситуації, яка склалася в країні через озброєну агресію російської федерації. Виконаний аналіз фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ області на 2022-2023 рр., визначена його структура, а також проаналізований обсяг та структура видатків ЗОЗ. Констатовано, що починаючи з 24.02.2022 року всі ЗОЗ Запорізького регіону працюють в умовах повномасштабної війни в основному стабільно та злагоджено, зберігаючи гарантовані обсяги послуг МОН як для власного населення, так і для ВПО.

2. Проведене дослідження публічного управління ЗОЗ Запорізької області показало, що СОЗ області в даний час є однією з пріоритетних з огляду на її винятку значимість в умовах військових дій. Встановлено, що особливістю публічного управління ЗОЗ Запорізької області з боку ДОЗ є той факт, що воно не входить до системи державної влади, але може бути наділене управлінськими державними повноваженнями. Зазначено, що завдання публічного управління ЗОЗ області кардинально відрізняються у звичайний (докризовий) і кризовий (надзвичайний, воєнний) стан. Так, у період дії воєнного стану державні установи повинні координувати свої дії з багатьма службами та агенціями реагування на такий стан, включаючи ЗОЗ та медичних працівників на місцевому та регіональному рівнях. Саме з цих позицій досліджений зміст публічного управління ЗОЗ Запорізької області, зважаючи на те, що в умовах війни СОЗ області ділить перше місце з оборонним комплексом та його робота в цих умовах залежить від прийнятих управлінських рішень ДОЗ Запорізької ОВА. Визначені проблеми в медичній сфері, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення та призводять до ускладнення її публічного управління.

3. На основі оцінки публічного адміністрування мережою комунальних ЗОЗ Запорізької області встановлено, що ДОЗ області є суб’єктом публічного адміністрування для цих установ. Конкретизовані правові інструменти та

методичні інструкції цього адміністрування, розглянутий його механізм у розрізі окремих елементів, а також інформаційне підґрунтя. Визначений алгоритм публічного адміністрування системи внутрішнього менеджменту ЗОЗ та системи надання послуг МОН, у тому числі порядок розробки та впровадження локального клінічного протоколу в діяльність ЗОЗ Запорізької області. Виявлено проблеми публічного адміністрування мережею комунальних ЗОЗ, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення, зокрема, в межах Запорізького регіону. Встановлено, що актуальними залишаються проблеми удосконалення діяльності комунальних ЗОЗ області, встановлення меж втручання ДОЗ в діяльність цих закладів, пошук оптимального поєднання державного регулювання і ринкового саморегулювання в цій сфері, проблеми надання послуг МОН ВПО, а також забезпечення засобами реабілітації осіб з інвалідністю тощо.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1 Удосконалення порядку організації надання медичних послуг у комунальних закладах охорони здоров’я в умовах воєнного стану

Повномасштабне вторгнення продовжує завдавати болісних руйнівних ударів по СОЗ України, яка й до початку війни була далека від ідеальної. Так,

збитки, завдані інфраструктурі медичних закладів України внаслідок повномасштабного вторгнення станом на 01.07.2024 р. склали (рис.3.1).

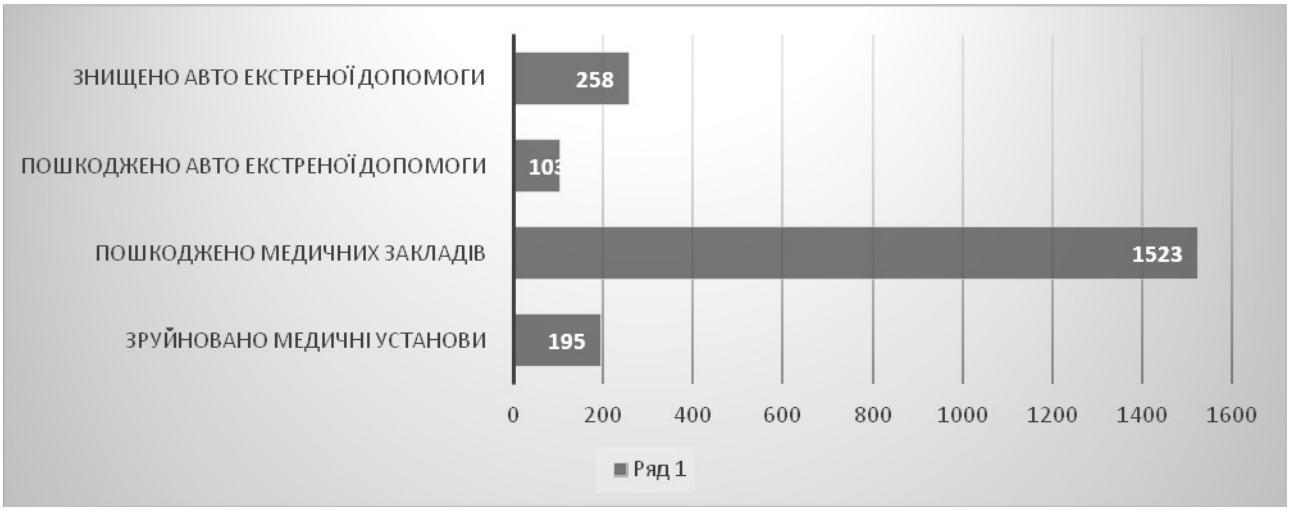

Рис. 3.1 Збитки, завдані інфраструктурі медичних закладів України внаслідок повномасштабного вторгнення станом на 01.07.2024 р., одиниць [19]

Отже, зруйновано повністю 14% медичних закладів країни, частково пошкоджено - 48%. Найбільша кількість зруйнованих медичних закладів зафіксована у Харківській області – 348 об’єктів. За даними, які вже задокументовані, у Запорізькій області на цей період унаслідок переважно артилерійських та ракетних ударів було зруйновано/пошкоджено щонайменше 30533 об’єкти цивільної інфраструктури, серед яких медичні заклади - 62 об’єкти. 40% атак спричинили ускладнення умов надання первинної медичної допомоги мешканцям, а 15% атак зруйнували центри екстреної медичної допомоги [72].

За оцінками експертів, державі вже потрібно 6,5 млрд. дол на відновлення об'єктів медичної інфраструктури до того стану, якими вони були до 24.02. 2022 року. Оскільки бойові дії не вщухають і зараз, а також додалися проблеми і в енергетичному секторі, що викликає потребу в закупівлі генераторів для безперебійного функціонування ЗОЗ в умовах війни - це ще додаткові витрати. Експерти ВООЗ зазначають, що до уваги слід також брати ймовірні інвестиції

пошкоджених ЗОЗ, а отже, за такого підходу сума може зрости до 15 млрд. дол. [40].

Незважаючи на всі проблеми, СОЗ України намагається справлятися з викликами воєнного часу, а більшість ЗОЗ, що знаходяться на підконтрольній Україні території, продовжують виконувати свої функції. Проте ситуація ускладнюється залежно від географії ведення бойових дій - все менше залишається ЗОЗ, здатних виконувати свою діяльність на належному рівні. Достатньо складна ситуація спостерігається і у Запорізькій області.

Отже, особливості поточного моменту в історії України, внаслідок якого країна опинилася в центрі перетину глобальних геополітичних інтересів, визначили для вітчизняної СОЗ додаткові виклики з необхідністю оперативно вирішувати завдання принципово нового формату - мобілізації наукового, кадрового та матеріально-технічного потенціалу СОЗ України з метою надання кваліфікованих та своєчасних послуг МОН цивільним та військовим особам, які постраждали внаслідок військових дій.

Зважаючи на вищевикладене, з метою пошуку шляхів удосконалення управління організацією надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ в умовах воєнного стану, проведемо SWOT - аналіз діяльності ЗОЗ Запорізької області (рис.3.2).



Рис. 3.2 SWOT - аналіз діяльності закладів охорони здоров'я Запорізької області

За результатами SWOT - аналізу діяльності ЗОЗ, які надають послуги МОН Запорізької області, крім сильних та слабких сторін, визначені загрози, сприятливі можливості та основні напрямки вдосконалення і розвитку медичної служби регіону.

Використання результатів SWOT - аналізу дозволить керівникові ЗОЗ своєчасно адаптуватися до умов, що змінюються та найбільш ефективно розподіляти та використовувати наявні ресурси. Наведена матриця є прикладом і може бути розширена виходячи з фактичних даних певного ЗОЗ.

Одним із резервів покращення якості надання послуг МОН населенню області є проблема контрактування комунальних ЗОЗ з НСЗУ. Так, майже всі обласні комунальні ЗОЗ підписали необхідні контракти для надання послуг МОН на поточний рік, але їх керівники висловлюють занепокоєння тим, що заплановані обсяги фінансування від НСЗУ не покривають потреби цих установ. Так, КНП «Запорізький регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» та КНП «Обласний перинатальний центр» звертають увагу на скорочення державного фінансування, а КНП «Санаторій медичної реабілітації «Глорія» не підписав жодного контракту з НСЗУ [72]. Це потребує додаткового обговорення та втручання ДОЗ Запорізької ОВА.

Також необхідно приділити увагу питанням проведення тендерних закупок під час війни. Є випадки, коли керівники окремих ЗОЗ дозволяють собі розтрати мільйонів гривень на закупівлю обладнання за завищеними цінами, наслідком чого є обшуки, слідчі дії тощо. Отже, керівники обласних ЗОЗ повинні максимально виважено ставитись до витрачання бюджетних коштів. Максимальна прозорість у використанні бюджетних коштів, а також пошук можливостей - це те, чим має керуватись кожен керівник обласного ЗОЗ [72].

Також одним із резервів удосконалення порядку організації надання послуг МОН в комунальних ЗОЗ, особливо в умовах воєнного стану, є участь області в єдиній (інтегрованій) інформаційно-аналітичній системі обліку стану здоров’я громадян України. Це можна забезпечити на основі електронної ідентифікації пацієнтів у ЗОЗ, збору даних профілактичних обстежень для подальшого використання в експертних аналітичних і статистичних дослідженнях. Це допоможе упорядкувати процеси надання послуг МОН, поліпшити їх якість та знизити вартість, а також покращити управління інформацією в СОЗ. Забезпечення доступу лікарів до медичної інформаційної бази, відстеження історії хвороби і процесу лікування, отримання дистанційних консультацій кваліфікованих кадрів, обмін інформацією є особливо актуальним

в умовах воєнного стану, так як сприяє отриманню пацієнтами більш кваліфікованої лікарської допомоги.

В умовах воєнного стану унеможливлюється взагалі або частково відвідування ЗОЗ, проведення прийомів пацієнтів тощо внаслідок фізичної зруйнованості медичних закладів, необхідності надання медичної допомоги пораненим та «важким» пацієнтам, нестача медичного персоналу тощо. Зважаючи на це, на наш погляд, основою удосконалення організації надання послуг МОН ЗОЗ Запорізької ОВА у будь-який час, особливо в сучасних умовах війни, є превалювання тенденцій цифровізації, які значно впливають на характер та якість надання цих послуг. У зв'язку зі зміною способів надання послуг МОН, особливо у період військових дій, сутнісній трансформації піддається і сам економічний зміст послуги МОН у цифровому середовищі. Формування цифрового середовища надання послуг МОН визначається запровадженням проривних цифрових технологій, спрямованих на підвищення якості надання послуг МОН. Аналіз наукових та нормативних підходів до трактування понять, що характеризують цифрове середовище розвитку сфери послуг МОН, а саме - штучний інтелект, телемедичні технології, Інтернет речей, технологія обробки великих обсягів даних, технологія блокчейн, дозволив визначити цифрове середовище як сукупність платформ, мереж, інститутів та суб'єктів господарської діяльності, що взаємодіють між собою на основі сучасних цифрових технологій та формують нову якість послуг МОН у цифровій системі для забезпечення стійкого економічного розвитку регіону.

Розглядаючи проблему цифровізації у контексті розвитку сфери послуг МОН, наголосимо, що саме забезпечення доступності послуг МОН є визначальним фактором сталого соціально-економічного розвитку регіонів [87, с.15]. Таку доступність послуг МОН може забезпечити впровадження телемедичних технологій.

Елементи телемедицини повинні впроваджуватися на всіх рівнях надання медико-санітарної допомоги з метою забезпечення оперативної взаємодії, наступності, своєчасності й доступності надання таких послуг. Це визначено

Наказом МОЗУ від 19.10.2015 р. № 681, яким затверджений порядок організації телемедичної мережі, що складається із ЗОЗ незалежно від форми власності, ФОП, які здійснюють діяльність з медичної практики та використовують для взаємодії спеціалізовану інтернет-платформу для телемедицини - портал телемедицини [88].

Для удосконалення порядку організації надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ в умовах воєнного стану пропонуємо під керівництвом ДОЗ Запорізької ОВА створити обласний сервер телемедицини. В межах діяльності цього обласного центру будуть надаватися населенню області телемедичні послуги, під якими розуміють дистанційні послуги МОН з використанням телемедичного устаткування і засобів зв'язку (дистанційні медичні консультації, проведення діагностичних і лікувальних маніпуляцій, контроль фізіологічних параметрів організму пацієнта, консиліуми, обмін результатами тощо), а також відео-семінари, відео-конференції, відео-лекції, що здійснюються у вигляді обміну електронними повідомленнями з використанням телекомунікаційного обладнання.

Особливо в умовах воєнного стану актуальні телемедичні реабілітаційні послуги, тобто комплекс асистувальних заходів і навчальних програм, які надаються пацієнтові переважно на амбулаторному етапі лікування дистанційно за допомогою телекомунікаційних технологій [88].

Створення такого центру дозводить отримати дистанційний доступ до високоспеціалізованої консультативної медичної допомоги незалежно від місця знаходження пацієнта та лікаря, зокрема, у найвіддаленішому від міста населеному пункті Запорізької області. При цьому з'являється можливість оперативно передавати за допомогою телемедичної системи інформацію стосовно виконаних досліджень пацієнта профільному фахівцю на обласний сервер, в результаті чого забезпечується своєчасне встановлення діагнозу, що в багатьох випадках може зберегти життя людини. Крім економії часу, ресурсів, підвищення якості надання послуг населенню, це ще і сприяє збору

статистичних даних, що дуже важливо для обрання тактики боротьби з різними захворюваннями.

Для створення обласного серверу телемедицини ДОЗ Запорізької ОВА необхідно забезпечити фінансування центру обробки даних, придбання серверного обладнання із встановленим програмним забезпеченням для телемедичного консультування та збереження медичних зображень, а також підключення всіх медичних закладів області до цього серверу. Пропонований механізм організації обласного серверу телемедицини у цифровому середовищі має наступний вигляд (рис. 3.3).



Рис. 3.3 Алгоритм створення обласного серверу телемедицини ДОЗ Запорізької ОВА

Отже, процес створення обласного серверу телемедицини обґрунтовується через призму впровадження у систему діяльності ЗОЗ технологій штучного інтелекту за допомогою сукупності платформних модулів та створених на їх базі цифрового контуру. В основу запропонованого механізму покладено власне уявлення про формування цифрового контуру на основі вертикальної інтегрованості системи. Основна роль при цьому відводиться платформним інструментам впровадження телемедичних технологій, які

спрямовані на підвищення ефективності надання послуг МОН, зростання стійкості ЗОЗ, а також формування цифрової системи як сукупності платформ та інструментів взаємодії ЗОЗ регіонів України.

Напрями та інструменти цього процесу представлені на рисунку 3.4.



Рис. 3.4 Напрями та інструменти організації надання послуг телемедицини у цифровому середовищі ЗОЗ Запорізької області

При цьому окрема увага повинна бути приділена розвитку інфраструктури, а саме:

– автоматизації робочих місць медичних працівників;

– дистанційній формі амбулаторно-поліклінічного обслуговування;

– цифровій диспансеризації;

– особистому кабінету на порталі Дія як єдиної точки входу пацієнта.

Отже, центр телемедичних послуг області після його створення повинен забезпечити:

–упорядкування та систематизацію процесу надання послуг МОН області із застосуванням телемедицини;

–забезпечення сумісності інформації та даних при наданні послуг МОН із застосуванням телемедицини;

–забезпечення використання медичних інформаційних стандартів у процесі надання послуг МОН із застосуванням телемедицини;

–здійснення контролю якості надання послуг МОН із застосуванням телемедицини.

При наданні телемедичних послуг має бути забезпечено збереження конфіденційності персональних даних та лікарської таємниці, передбачених законодавством України. Зокрема, програмне забезпечення, що використовується для телемедичного консультування, повинно забезпечувати відповідний рівень захисту інформації.

Наголосимо, що всі ЗОЗ України незалежно від форми власності, які провадять медичну практику, на сьогодні мають працювати в електронній СОЗ eHealth (ЕСОЗ). ЗОЗ обов’язково мають зареєструватися у центральній базі даних ЕСОЗ та вести електронні медичні записи усіма надавачами послуг МОН. 28.06. 2024 року набула чинності постанова КМУ №756 [89], якою впроваджується особистий кабінет пацієнта як новий механізм, що забезпечує доступ громадян до власних медичних даних. На першому етапі запуску особистий кабінет пацієнта забезпечуватиме такі можливості як реєстрація в центральній базі даних СОЗ (e-Health) та управління деклараціями.

У той же час, реалізація зазначених заходів пов'язана з цілим рядом викликів, зокрема:

1) недостатність якісного обладнання (особливо у віддаленій сільській місцевості області);

2) нестабільність підключення до Інтернету;

3) недостатня якість апаратного забезпечення дистанційної діагностики;

4) несумісність програмного забезпечення або збої комп’ютерних систем;

5) недостатні навички медичного персоналу для роботи з програмним забезпеченням або технікою, що призводить до поламок або збоїв у системі;

6) відсутність базового уявлення у пацієнтів про телемедицину взагалі (найчастіше, це пацієнти з віддалених регіонів, малозабезпечені верстви населення, особи похилого віку).

Проведені дослідження підтверджують, що реалізація заходів щодо активізації платформної організації надання телемедичних послуг дозволить забезпечити стійкість розвитку ЗОЗ області в умовах наростання викликів, спричинених військовими діями, підвищити ефективність надання послуг МОН у цифровому середовищі тощо.

Подальший розвиток та становлення центру телемедицини області дасть можливість в найближчому майбутньому отримати потрійний ефект: переваги отримають не лише пацієнти, але й ЗОЗ в цілому та медичні працівники зокрема. Так, переваги від запровадження обласного центру телемедицини для ЗОЗ полягають у:

– підвищенні ефективності роботи медичного персоналу;

–оптимізації взаємодії різних структурних підрозділів ЗОЗ області;

– оптимізації кількості медичних працівників та моніторинг їх роботи;

– зберігання інформації в електронному вигляді в сучасних, компактних формах у відповідності до міжнародних і вітчизняних стандартів.

Переваги від запровадження телемедицини для СОЗ в цілому та Запорізької області зокрема полягають у:

–оптимізації роботи медичних закладів і працівників;

–підвищення ефективності системи охорони здоров’я області;

– зменшення соціальної напруги за рахунок підвищення якості надання послуг МОН.

Отже, в рамках удосконалення порядку організації надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ Запорізької області в умовах воєнного стану обґрунтовано доцільність створення під керівництвом ДОЗ серверу телемедицини області на основі впровадження у систему діяльності ЗОЗ телемедичних послуг за допомогою сукупності платформних модулів та створеного на їх базі центру. В основу механізму активізації платформної організації надання телемедичних послуг у цифровому середовищі покладено власне уявлення про формування цифрового контуру на основі вертикальної інтегрованості системи.

3.2. Організація надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах війни

Повномасштабна війна в Україні й початок активних бойових дій після 24 лютого 2022 року і запровадження воєнного стану спричинили масове переміщення населення країни - громадяни лишають свої домівки в пошуках безпеки. Важливою умовою забезпечення виконання СОЗ України основних цілей є її реакція на потреби таких груп населення, які залишили постійні місця свого проживання і переселилися на інші території, отримавши статус ВПО.

За статистичними даними Міністерства соціальної політики України, станом на 22.10. 2024 року в Україні офіційно зареєстровано 4646735 ВПО, серед них 60% - це жінки, 40% - чоловіки. Крім того, серед ВПО близько 906 тисяч дітей [90].

Як свідчить статистика, серед ВПО найбільше людей віком від 61 до 70 років - понад 729 тисяч. Кількість переселенців у віці 31-40 років становить понад 654 тисячі осіб, а у віці від 41 до 50 років - понад 585 тисяч (рис.3.5).

До основних місць серед пунктів транзиту та територій переселення ВПО належить Запорізька область, в якій нині зареєстровано 228,5 тисяч ВПО. Це переважно ВПО із Донецької, в тому числі з Маріуполя, та з Херсонської та Харківської областей. Вразливість даного контингенту щодо послуг МОН підсилюється і тим, що серед ВПО у Запорізькій області майже половина - це літні люди та особи з інвалідністю, а п’ята частина -діти [72].

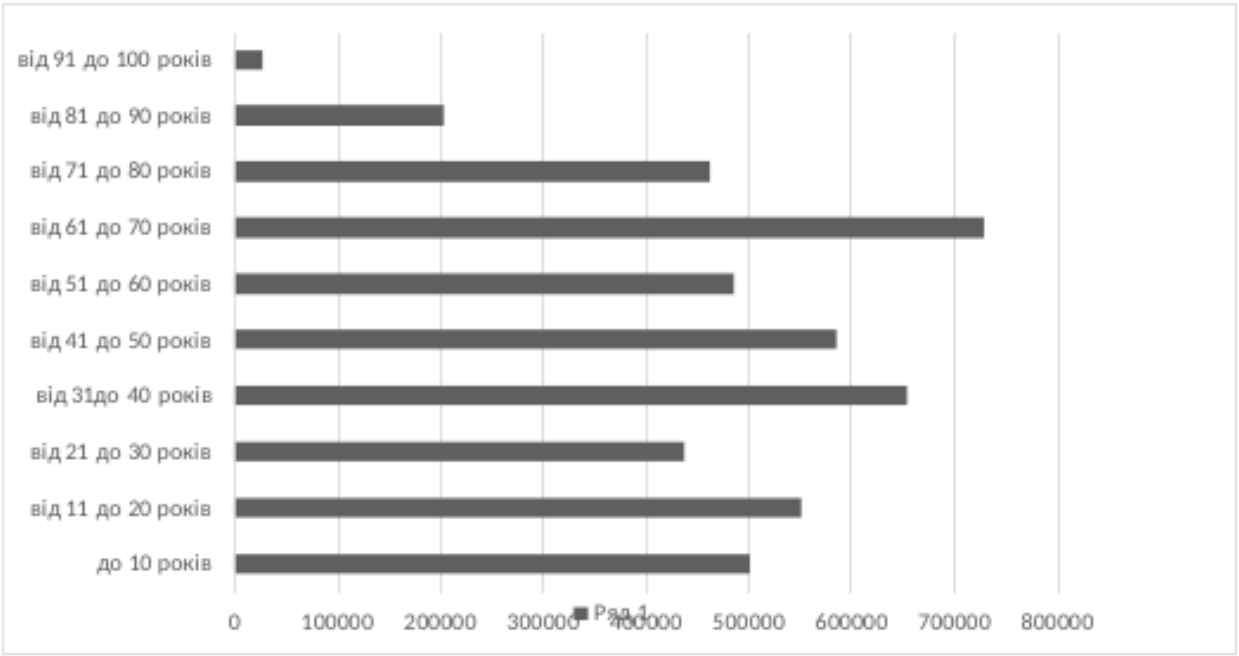

Рис. 3.5 Структура ВПО за віком [89]

Забезпечення прав ВПО в Україні є складним і багатогранним процесом, який вимагає активної участі ОМС, координації між різними рівнями влади та залучення громадськості. Це вимагає не лише розробки та впровадження відповідних нормативно-правових актів, але й створення дієвого механізму їхньої практичної реалізації.

Нормативно-правова база, яка регулює питання захисту прав ВПО в Україні, складається з комплексу міжнародних і національних нормативно-правових актів. Основу регулювання становить Конституція України, яка закріплює право кожного на вільне пересування, вільний вибір місця проживання та право залишати територію України, за винятком обмежень, встановлених законом [5].

Також Урядом України вживаються необхідні заходи для забезпечення ефективного функціонування існуючої системи соціальної підтримки ВПО, у тому числі і в медичній сфері. Ці проблеми потребують вирішення на різних рівнях влади з урахуванням міжнародних стандартів, які викладені, зокрема, у наступних керівних документах міжнародного рівня:

– Керівних принципах ООН з питань внутрішнього переміщення;

– Європейській конвенції з прав людини;

– Рекомендаціях Комітету міністрів Ради Європи державам-членам щодо ВПО;

– Рекомендаціях Парламентської асамблеї Ради Європи «Забуті люди Європи: захист прав людини осіб, переміщених на тривалий час» та ін. [91].

Основним орієнтиром служать Керівні принципи ООН з питань внутрішнього переміщення, зокрема, принципом 18 визначається право кожної особи, в тому числі ВПО, на належний рівень життя. У зв’язку з цим зазначається, що уповноважені органи повинні як мінімум надати і забезпечити ВПО безпечний доступ до необхідних для людини основних послуг МОН без будь-якої дискримінації незалежно від обставин [91].

Згідно із ЗУ № 1706-VII від 20.10.2014 ВПО має право на: «безпечні умови життя і здоров'я; інформацію про наявність загрози для здоров'я на території покинутого місця проживання та місця тимчасового поселення; забезпечення лікарськими засобами у випадках та порядку, визначених законодавством; надання необхідної послуг МОН в державних та комунальних ЗОЗ тощо» [53].

Слід враховувати, що в питанні створення умов для реалізації ВПО права на послуг МОН, вирішальну роль відіграє держава, яка повинна брати на себе відповідні зобов'язання. Так, розпорядженням КМУ від 07.04.2023 № 312-р схвалено відповідну стратегію [94]. На її На виконання дії розпочалось напрацювання зі створення рад ВПО на місцях. Задля врегулювання діяльності таких рад КМУ затвердив Постанову від 04.08.2023 № 812 [95]. Постановою рекомендовано обласним, міським, районним військовим адміністраціям до 1 вересня 2023 року утворити Ради з питань ВПО та затвердити положення про зазначені ради з урахуванням Типового положення.

Отже, ключову роль у забезпеченні прав ВПО відіграють ОМС, зокрема, Запорізька ОВА, оскільки вони безпосередньо взаємодіють з населенням області і мають можливість оперативно реагувати на їхні потреби. ДОЗ Запорізька ОВА створено Раду з питань ВПО та затверджено відповідне Положення, згідно з яким обласна Рада повинна забезпечити ВПО можливістю отримання послуг МОН нарівні з іншими громадянами. Це включає доступ до первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої МОН та медичних препаратів.

Одним із основних механізмів захисту прав ВПО є розробка обласних програм підтримки ВПО, що включають надання фінансової допомоги, забезпечення житлом, доступ до послуг МОН, освіти та зайнятості. Так, ДОЗ Запорізької ОВА розробляє та реалізовує програми, спрямовані на задоволення потреб ВПО області, у тому числі щодо надання послуг МОН. Важливим є також створення умов для інтеграції ВПО в місцеві громади, що сприяє їхній соціальній адаптації та мінімізації конфліктів на місцевому рівні. Так, а області створені мобільні медичні бригади, які можуть надавати послуг МОН в місцях компактного проживання ВПО, що особливо актуально для віддалених районів області.

Незважаючи на значні зусилля, що здійснюються ДОЗ Запорізької ОВА, існує ряд проблем, зокрема, і у сфера надання послуг МОН, які ускладнюють ефективне забезпечення прав ВПО (рис. 3.6)

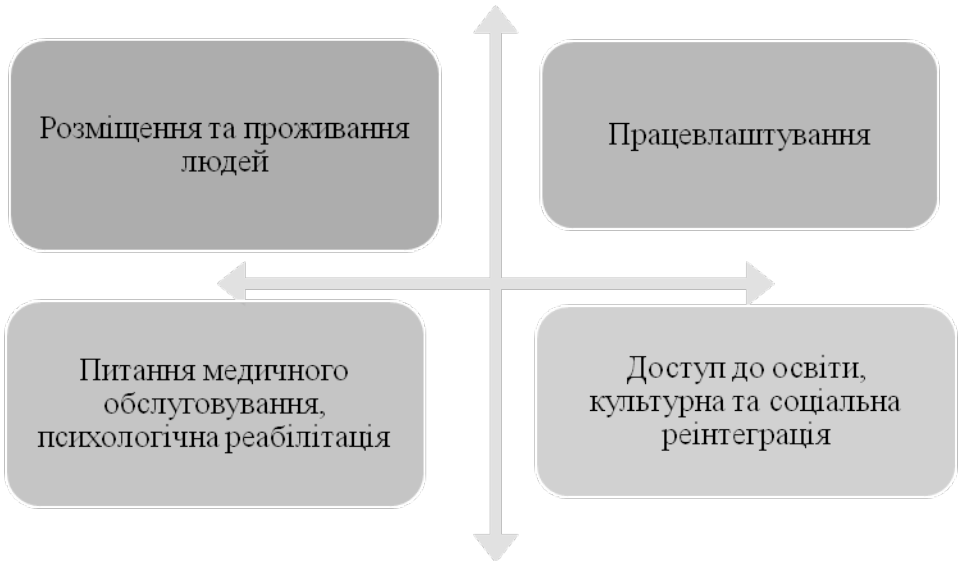

Рис. 3.6 Основні проблеми, які виникають щодо щодо життєдіяльності та захисту прав ВПО Запорізької області

При цьому суттєво зростає кількість осіб ВПО, яким необхідні послуги МОН як наслідок стресу, загострення наявних хронічних хвороб, незадовільних побутових умов тощо. Значну кількість ВПО становлять особи похилого віку, які вже мають багато хронічних проблем зі здоров’ям, а також вагітні жінки, особи з інвалідністю, яким потрібно постійно перебувати на медичному обліку, пацієнти з рідкісними хворобами, що потребують постійного прийому лікарських препаратів тощо. Серед ВПО багато дітей, які часто хворіють на сезонні захворювання [92]. Це ставить на перший план такі питання у сфері надання послуг МОН ВПО як вчасне звернення до лікарів за медичною допомогою й отримання медичних послуг належного рівня, доступність необхідних ВПО лікарських препаратів тощо.

Для вирішення цих питань та надання необхідної медичної допомоги ВПО потрібні своєчасні та ефективні рішення, але в умовах війни слід врахувати, що частина ЗОЗ, у тому числі у Запорізькій області, пошкоджена або взагалі зруйнована, у більшості ЗОЗ не вистачає медичного персоналу та відсутні належні умови і необхідне обладнання для лікування пацієнтів тощо, а додатковий попит на лікарські засоби призводить до їх здорожчання та дефіциту.

У таких складних умовах організація надання медичної допомоги ВПО вирішується як шляхом запровадження загальних заходів, так і прийняття окремих рішень на галузевому та місцевому рівнях. Як вже зазначалося, згідно із ЗУ № 1706-VII від 20.10.2014 МОЗУ «забезпечує організацію надання медичної допомоги та медичного обслуговування, здійснення комплексних заходів щодо санітарно-епідеміологічної безпеки населення та карантинних заходів за місцем фактичного перебування ВПО. Місцеві адміністрації мають забезпечувати надання у разі необхідності ВПО медико-психологічної допомоги, організацію роботи медичних закладів з урахуванням тимчасового проживання/перебування на відповідній території ВПО» [53].

З початком повномасштабної війни МОЗУ врегулювало питання надання первинної медичної допомоги ВПО на основі свого наказу від 17.03. 2022 р. №496 [79]. Так, зокрема, під час воєнного стану, особа зі статусом ВПО «може бути прийнята у будь-якому ЗОЗ, що може забезпечити відповідне надання послуг МОН. За потреби ВПО має право отримати направлення на отримання спеціалізованої медичної допомоги у сімейного лікаря, або у лікаря, який працює в найближчому закладі первинної медичної допомоги, у якого є укладений договір з НСЗУ» [79].

Також на період запровадження воєнного стану відповідно до наказу МОЗУ від 27.02.2022 р. № 385 з метою забезпечення послугами МОН осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій, до надання послуг МОН та виконання інших заходів залучаються лікарі-інтерни, молодші спеціалісти з медичною освітою, а також лікарі-спеціалісти без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії [93].

Разом з тим можемо констатувати, що перераховані вище заходи щодо надання послуг МОН не забезпечують повною мірою потреби ВПО. Так, проблемою стало питання надання послуг МОН для ВПО Запорізької області, які потребують особливого медичного догляду або ліків, зокрема, щодо діагностичних обстежень або можливості отримати консультацію вузькопрофільного спеціаліста. Критичною, особливо з початком військових

дій, була ситуація для ВПО області, що потребували прийому особливих ліків (інсуліни, психотропні препарати тощо) та постійного медичного догляду. Більшість ВПО області, які зіткнулися з такими проблемами, були змушені виїхати за кордон, але переважна частка людей з інвалідністю залишилася в Україні внаслідок необхідності проходження МСЕК, що було надскладною процедурою навіть за мирних часів. Також, значна частина ВПО області, що проживають у селах, не мають доступу до ЗОЗ, в яких вони могли би отримати необхідні послуг МОН або ліки через їх недоступність або брак коштів.

Разом з тим, незважаючи на низку прийнятих нормативних актів, необхідна медична допомога ВПО області не надається на тому рівні, який хотілося б мати й не задовільняє їх потреби. Окрім того, ця група осіб не завжди захищає свої права у судовому порядку. Станом на 2024 рік можна виділити такі проблеми, які не вирішуються на рівні Запорізької ОВА, а тому негативно впливають на стан осіб, що потребують допомоги у зв’язку із війною:

– незаконні «добровільні пожертвування» ЗОЗ області державної та комунальної форми власності;

– неналежне виконання програми «Доступні ліки», а також відсутність коштів для їх реалізації;

– невідповідний рівень контролю за порушеннями або неналежним виконанням програм щодо послуг МОН;

– складність із відновленням втрачених документів медичного характеру та проходженням медико-соціальних експертних комісій для встановлення групи інвалідності;

– відсутність даних в реєстрі територіальних громад, внаслідок чого потреби ВПО не враховано під час формування запиту на медичну субвенцію тощо.

З метою удосконалення організації надання медичної допомоги ВПО в умовах війни пропонуємо ДОЗ Запорізької ОВА провести опитування серед керівників ЗОЗ області з метою виявлення проблем, з якими вони стикаються

при наданні медичної допомоги ВПО. Це, наприклад, можуть бути проблеми наступного характеру;

– правовові (звернення ВПО без документів про реєстрацію ВПО та без документів, що посвідчують особу);

– медичні (у структурі ВПО превалюють вразливі демографічні групи - жінки, діти та пацієнти похилого віку, тому спостерігаються більш часті, порівняно з місцевим населенням, випадки важкого, ускладненого перебігу захворювань, порушення регламентованих термінів надання профілактичних послуг та безперервності лікування наявних хронічних захворювань);

– організаційні (відсутність інформованості ВПО щодо місця отримання послуг МОН, небажання прикріплятися до лікаря первинної ланки тощо);

– проблеми фінансування ЗОЗ, яке здійснюється без урахування необхідності надання послуг МОН істотно більшому числу людей включно з ВПО та недостатнє фінансування цільових програм, що ускладнює включення до них ВПО;

– психологічні (більш висока конфліктність ВПО, що призводить до збільшення числа непорозумінь між персоналом і пацієнтами та між керівниками і медичним персоналом).

Виходячи з такого опитування, зважаючи на його результати, ДОЗ Запорізької ОВА зможе розробити заходи щодо своєчасного реагування на потреби ВПО у сфері надання послуг МОН, зокрема:

– моніторинг стану комунальних ЗОЗ і, за можливості, швидке відновлення їх роботи на звільнених територіях області;

- забезпечення доступності первинної, спеціалізованої, екстренної, паліативної МОН та телемедицини;

– вирішення кадрового забезпечення комунальних ЗОЗ області шляхом укладання контрактів з медичними працівниками, у тому числі які мають статус ВПО, що через війну втратили можливість працювати за основним місцем роботи і наразі працюють у ЗОЗ інших регіонів України. Так, За даними МОЗУ,

можливістю працевлаштуватися в іншому ЗОЗ вже скористалися понад 4000 медичних працівників з числа ВПО [19];

– оцінювання серед ВПО області ризиків поширення неінфекційних хвороб, грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій, інших інфекційних захворювань з метою планування обсягів профілактичних щеплень;

– проведення медичними працівниками ЗОЗ області у пацієнтів з числа ВПО скринінгу на хвороби, які можна запобігти або вчасно виявити (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, депресія тощо);

– надання лікарями ЗОЗ області рекомендацій ВПО щодо загальних засад самодопомоги та корекції негативного впливу соціальних і психологічних факторів, які можуть зумовити, зокрема, розвиток депресії тощо.

Також серед основних шляхів щодо усунення/зниження проблем у сфері надання послуг МОН ВПО області і, відповідно, підвищення якості виконання запитів даного контингенту - низка заходів фінансового, організаційного та юридичного характеру (рис. 3.7).

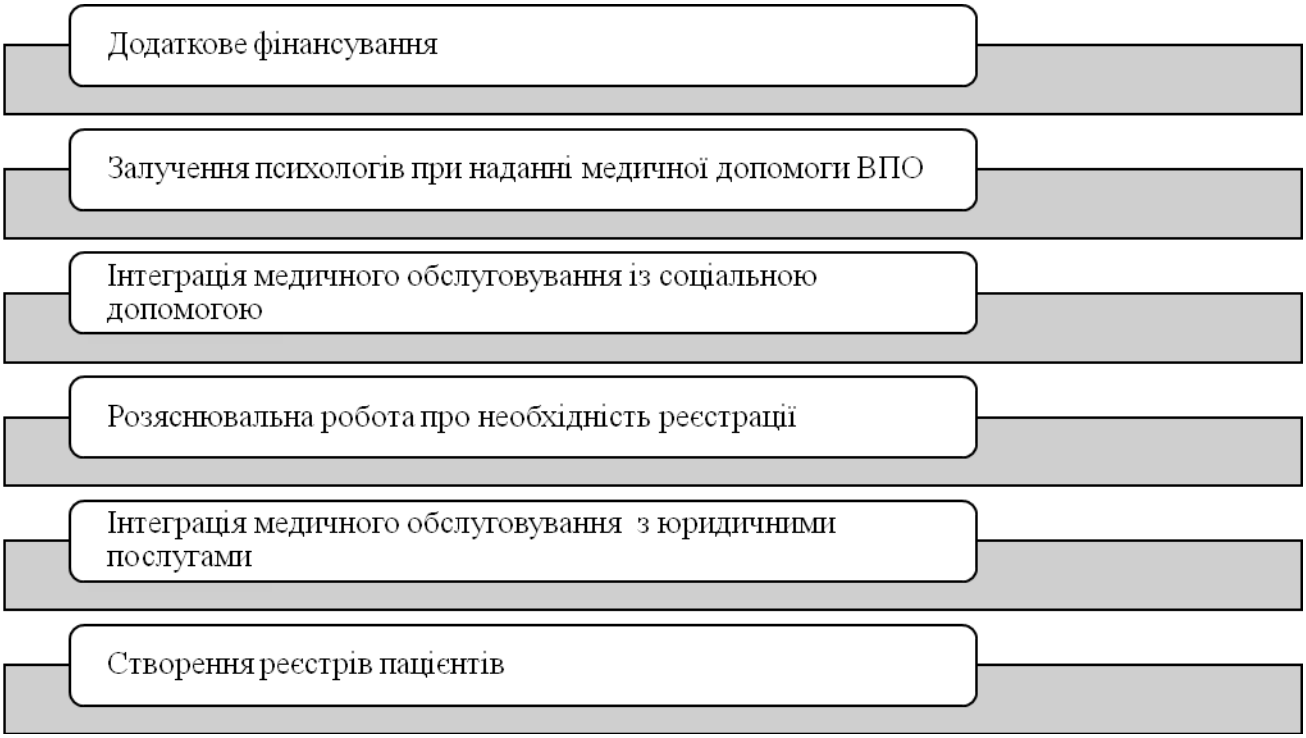

Рис. 3.7 Заходи щодо покращення організації медичного обслуговування ВПО Запорізької області

На першому місці щодо перерахованих заходів - необхідність виділення більшого обсягу коштів для надання послуг МОН щодо додаткового контингенту. З цим пов’язані заходи організаційного характеру - роз’яснювальна робота серед ВПО про необхідність реєстрації, прикріплення до лікаря первинної ланки тощо та створення реєстрів пацієнтів.

Також при наданні послуг МОН ВПО необхідною є інтеграція послуг МОН з послугами немедичного характеру, зокрема, з соціальною допомогою, з юридичними консультаціями та професійною психологічною підтримкою.

Ключовими показниками результативності таких заходів є:

–функціонування центру ментального здоров'я при ДОЗ Запорізької області;

–проведення навчання та тренінгів для сімейних лікарів області;

–забезпечення підписання декларацій ВПО;

– забезпечення отримання послуг ВПО на первинному та спеціалізованому рівнях надання допомоги;

–забезпечення отримання послуг з екстренної, паліативної та телемедицини;

–здійснення виїздів для надання послуг МОН ВПО медичними мобільними бригадами;

–забезпечення проведення вакцинацій ВПО.

Загалом можемо зробити висновок, що організація надання медичної допомоги ВПО області є важливим напрямом діяльності ДОЗ Запорізької ОВА. Така діяльність враховує особливості статусу ВПО, їх територіальний розподіл по області, а також проблеми, які виникають у ВПО під впливом різних ситуацій. ДОЗ Запорізької ОВА в основному досить адекватно реагує на запити цієї групи населення, тобто ВПО не є ураженою соціальною групою області. Разом з тим виявлено низку наявних проблем обслуговування ВПО області - послуги МОН ВПО не спирається на достатнє фінансування та соціальне правове урегулювання, що призводить до низки викликів, серед яких найчастіше проявляються проблеми фінансового та психологічного характеру.

Для вирішення цих проблем, на наш погляд, ДОЗ Запорізької ОВА необхідно провести опитування серед керівників ЗОЗ області з метою виявлення труднощів, з якими вони стикаються при наданні медичної допомоги ВПО. Після цього слід застосовувати комплексний підхід до їх подолання з орієнтацію на відповідні міжнародні, європейські і національні стандарти. . Заходами щодо усунення/зниження визначених проблем повинні стати: додаткове фінансування для надання послуг МОН ВПО; створення реєстрів пацієнтів і передусім інтеграція з соціальними працівниками, юристами та психологами щодо послуг МОН даного контингенту. Це передбачає об’єднання зусиль на національному, галузевому, місцевому і локальному рівнях щодо удосконалення медичного обслуговування ВПО області, системний моніторинг потреб ВПО, а також виконання ключових показників результативності здійснених заходів.

3.3 Публічне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в воєнний та післявоєнний періоди

На сьогодні в Україні налічується майже 3 млн. осіб з інвалідністю, а повномасштабна війна тільки збільшує цю цифру. Тисячі людей зі складними, пов'язаними з війною травмами потребують послуг коротко- та довгострокової реабілітації. Водночас зберігається потреба у послугах реабілітації у зв'язку з проблемами, які безпосередньо не стосуються війни, такими як неінфекційні захворювання, старіння населення або нещасні випадки. Багато громадян України покладаються на асистивні технології, такі як засоби, що полегшують мобільність, та засоби догляду за собою, які могли бути пошкоджені або втрачені в процесі евакуації. Збої в роботі громадського транспорту та нестабільне електропостачання та водопостачання внаслідок завдання ударів по критичній інфраструктурі також перешкоджають нормальному функціонуванню лікарень та доступу осіб з інвалідністю до послуг МОН [96, с.107].

У Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю, затверджених резолюцією Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, процес реабілітації осіб з інвалідністю визначено як «широке коло заходів і діяльності від початкової та більш загальної реабілітації до цілеспрямованої діяльності, наприклад, відновлення професійної працездатності» [97].

Протягом багатьох років Україна систематично вживає заходів щодо захисту прав осіб з інвалідністю, ратифікувавши низку ключових міжнародних актів у цій сфері:

– Конвенцію №159 про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю (2003 рік);

– Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю та Факультативний протокол до неї (2009 рік);

– Рекомендації № 99, 168 Міжнародної організації праці тощо [97].

Дані документи і заклали підвалини створення і передумови розбудови в Україні нової галузі знань і нового напряму соціальної політики держави - системи реабілітації осіб з інвалідністю. Створення в Україні системи реабілітації осіб з інвалідністю прямо відповідають вимозі «підвищення якості соціальних послуг для наближення їх до європейського рівня та розширення кола надавачів таких послуг», що визначено в розділі щодо соціального захисту населення в Програми діяльності КМУ [98].

Отже, у пріоритеті - усунення бар'єрів, які заважають особам з інвалідністю реалізовувати свій потенціал у соціальному, культурному та професійному житті. Так, ухвалений План дій на 2023-2024 роки щодо реалізації Національної стратегії створення безбар'єрного простору до 2030 року, який покликаний забезпечити доступність та рівні можливості для всіх громадян України незалежно від їх фізичних можливостей, віку, статі чи соціального статусу . Для забезпечення осіб з інвалідністю засобами реабілітації та протезування Уряд України також прийняв Постанову № 321 від 05.04.2012р [99].

МОЗУ виділяє реабілітацію осіб з інвалідністю як ключовий компонент загального охоплення населення послугами СОЗ. Переконливим підтвердженням цього було прийняття 03.12.2020 ЗУ № 1053-IX, а також подальших підзаконних актів, які вбудували послуги реабілітації осіб з інвалідністю, що надаються фахівцями різних профілів, у СОЗ України.

Відповідно до ЗУ №1053 основними завданнями державної політики щодо реабілітації осіб з інвалідністю є: (рис. 3.8) [100].



Рис. 3.8 Основні завдання державної політики щодо реабілітації осіб з інвалідністю

Відповідно до ЗУ № 1053-IX реабілітаційні заходи здійснюють реабілітаційні установи незалежно від форми власності, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, де відбувається процес реабілітації осіб з інвалідністю відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації [100].

Систему реабілітації осіб з інвалідністю складають (рис.3.9):

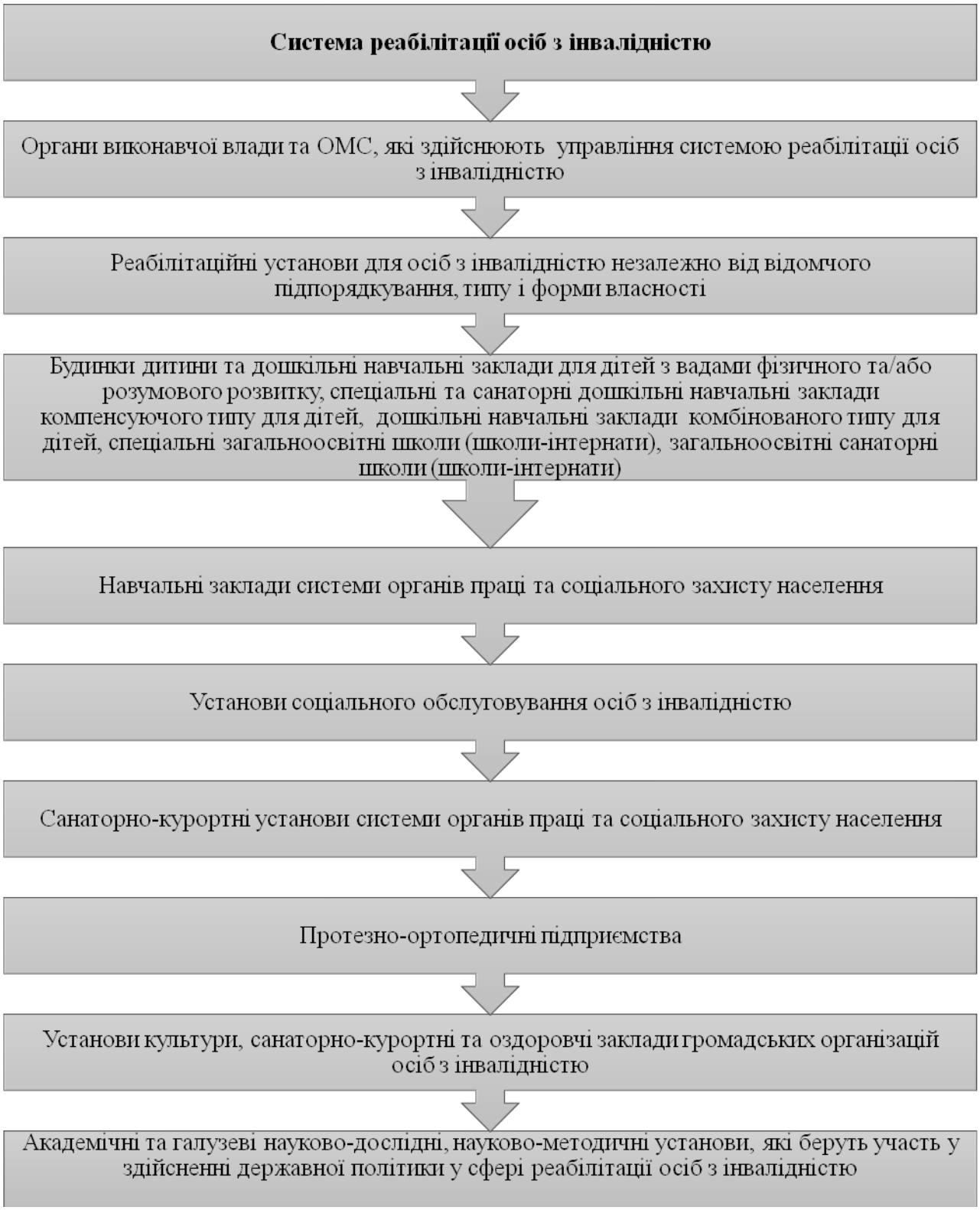

Рис.3.9 Система реабілітації осіб з інвалідністю в Україні [99]

На нашу думку, до цієї системи не потрібно включати органи виконавчої влади та ОМС, а також науково-дослідні, науково-методичні установи, адже перші здійснюють публічгн управління системою реабілітації осіб з

інвалідністю, а другі - забезпечують реабілітаційні установи методичними матеріалами. Саме тому пропонуємо віднести їх до суб’єктів правовідносин, які сприяють отриманню особами з інвалідністю реабілітаційних заходів. Інші суб’єкти системи реабілітації доцільно віднести до реабілітаційних установ, які безпосередньо надають реабілітаційні послуги особам з інвалідністю.

Також доцільно віднести до категорії суб’єктів, які здійснюють реабілітаційні заходи по відношенню до осіб з інвалідністю, фізичних та юридичних осіб, які отримали ліцензію і прагнуть надавати особам з інвалідністю відповідні послуги. Залучення приватного сектору економіки до надання цих послуг, на нашу думку, позитивно вплине на реабілітаційний потенціал СОЗ України.

Також ЗУ №1053 передбачено створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд - фахівців з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в ЗОЗ. Таку команду очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який відповідає за організацію роботи команди та виконання індивідуального реабілітаційного плану. Також Закон регламентує організацію реабілітаційних центрів, лікарень (різних форм власності), відділень, амбулаторних установ, закладів комплексної реабілітації. Передбачено, що реабілітаційна допомога надається на всіх (первинному, вторинному та третинному) рівнях медичної допомоги [100].

Серед пріоритетних реформ у сфері надання реабілітаційних послуг - покращення соціальної інфраструктури, деінституціоналізація, доступ до ринку праці та системи реабілітації.

Нині в Україні реабілітація розділена на дві частини:

– медична - одна із п'яти видів медичної допомоги;

– соціальна - більш комплексна, що включає як медичну складову, так і соціальну.

Крім того, існують різні аспекти реабілітації - медико-профілактича, соціологічна, психологічна, правова тощо. Даний перелік, на нашу думку, слід доповнити такою категорією як «управлінський аспект реабілітації», який

повинен забезпечити взаємодію діяльності суб'єктів державної та комунальної форми власності, представників приватної сфери та громадського сектору з метою формування єдиної національної системи надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю.

«Публічне управління у сфері медичної реабілітації осіб з інвалідністю трактується як діяльність системи органів державної влади, ОМС, державних установ, закладів та громадських об'єднань щодо реалізації прав людини на задоволення потреб у лікуванні, відновленні й укріпленні здоров'я у спеціалізованих закладах» [100].

Наразі в Україні координацію та фінансування реабілітаційних послуг особам з інвалідністю забезпечують декілька центральних органів виконавчої влади (рис.3.10).



Рис.3.10 Органи публічного управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в Україні

Головним уповноваженим органом є МОЗУ, яке започаткувало розроблення комплексного підходу до надання послуг із медичної реабілітації осіб з інвалідністю.

НСЗУ як центральний орган виконавчої влади реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування осіб з інвалідністю. Основне завдання НСЗУ - здійснити закупівлю безпечних та якісних послуг МОН, необхідних пацієнту, в межах наявного бюджету. З 2020 року НСЗУ розпочала фінансування реабілітаційних послуг, які увійшли до таких пакетів послуг МОН як амбулаторна, стаціонарна допомога, допомога при інсульті, лікування раку. У пакеті послуг МОН первинної допомоги послуги з реабілітації відсутні.

Міністерство соціальної політики фінансує постачальників реабілітаційних послуг. Так, існує державна програма «Реабілітація дітей з інвалідністю, деякі програми фінансують санаторно-курортне лікування осіб з інвалідністю. Також у кожній області є установи з комплексної та соціальної реабілітації, які надають послуги широкого спектра - соціальної, психологічної, фізичної, трудової, професійної, медичної реабілітації. Фінансування таких установ та послуг здійснюється з місцевих бюджетів. Також існують реабілітаційні центри у системі інших міністерств, зокрема, Міністерства оборони, діяльність якого спрямована на надання послуг реабілітації військовим та учасникам бойових дій.

Проблемою функціонування системи реабілітації, на наш погляд, є «розпорошеність» її між багатьма міністерствами, відомствами, службами тощо. Так, заклади, які надають послуги реабілітації, підпорядковані Міністерству соціальної політики, МОЗУ, Міністерству освіти та науки, Міністерству оборони, Міністерству внутрішніх справ, Національній гвардії тощо. Також існує низка закладів реабілітації у комунальному, приватному та громадському секторах. Це призводить до недостатньої координації між ними або взагалі її відсутності, що порушує цілісність всього реабілітаційного процесу.

Зауважимо, що розрізняють наступні форми реабілітаційних заходів:

1) «надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю;

2) забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення осіб з інвалідністю;

3) матеріальне забезпечення осіб з інвалідністю» [99].

Вони надаються безкоштовно реабілітаційними установами в процесі виконання індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю.

Основним державної політики щодо забезпечення реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю є соціально- медичне обслуговування. Це різновид діяльності, яка здійснюється в основному через систему соціально-медичного обслуговування населення, до складу якої входять соціальні та медичні заклади (установи, служби, центри, організації тощо), які взаємодіють між собою з метою надання особом з інвалідністю реабілітаційних послуг. Отже, система реабілітаційних послуг особом з інвалідністю складається з таких секторів:

– державного, до якого входять суб’єкти, що надають реабілітаційні послуги особам з інвалідністю та знаходяться в державній власності і підпорядковані центральним органам виконавчої влади;

– комунального, який включає установи і заклади комунальної власності, які надають реабілітаційні послуги особам з інвалідністю та знаходяться в підпорядкуванні відповідних ОМС, наділених повноваженнями створювати такі ЗОЗ та управляти ними;

– недержавного, до якого належать громадські, благодійні, релігійні організації та фізичні особи, діяльність яких пов’язана з наданням реабілітаційних послуг особам з інвалідністю.

Отже, політика держави щодо забезпечення реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю, у тому числі постраждалого від військової агресії, реалізується як формат його соціального захисту через комплекс організаційно-правових, економічних, соціальних, медичних, технічних та інших заходів, що спрямовані на відновлення втрачених функцій організму людини, її соціалізації та інтеграції в суспільство.

Проблема надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю є актуальною для будь - якого часу, проте в період військових дій це питання особливо загострюється. Військові конфлікти часто призводять до серйозних травм та інвалідності, що ставить під загрозу не лише фізичне, але й психологічне благополуччя цих осіб. Це змушує шукати нові, більш ефективні шляхи надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю. Проблема полягає в тому, що загалом законодавство та практика значною мірою не враховує потреби осіб з інвалідністю під час надзвичайних ситуацій. Актуалізується ця проблема також через те, що особи з інвалідністю вже перебувають у вразливому стані, і будь-яке ускладнення доступу до реабілітаційних послуг може значно його погіршити. При цьому надання реабілітаційної підтримки стає складним завданням, яке вимагає системного підходу та співпраці різних галузей влади та громадськості.

Загалом, ефективне забезпечення управління реабілітацією осіб з інвалідністю в умовах війни вимагає постійного моніторингу ситуації, що склалася у цій сфері, оперативності у реагуванні на нові виклики та стратегічного планування для забезпечення доступу до необхідних ресурсів та послуг. Тільки через спільні зусилля державних органів, медичних працівників, громадських організацій та міжнародних партнерів можна досягти успіху у цій складній справі.

Отже, основними проблемами в системі публічного управління реабілітацією осіб з інвалідністю, які особливо загострилися в умовах війни, та які мають місце і в межах Запорізького регіону, можна віднести:

– недостатня взаємодія між різними суб’єктами СОЗ, соціальної політики, освіти, ОМС тощо, які надіють реабілітаційні послуги особам з інвалідністю;

–недостатня кількість фахівців з надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю (фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх асистентів, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, реабілітаційних медичних сестер, психологів, терапевтів мови та мовлення, фахівців з протезування та ін.);

–недостатність суб'єктів та фахівців у галузі соціальної роботи, фахівців та надавачів послуг соціального супроводу для надання хоспісної, паліативної допомоги, а також послуг підтриманого проживання;

–недостатня кількість безбар'єрних маршрутів та доступного транспорту з віддалених громад.

Щоб подолати ці проблеми, на нашу думку, в Запорізькій області під керівництвом ДОЗ потрібно сформувати цілісну систему надання реабілітаційної допомоги особам зі стійким обмеженням життєдіяльності та/чи інвалідністю на основі тісної взаємодії ЗОЗ, ОМС, закладів освіти, соціальних установ, спортивних, молодіжних та інших громадських організацій, представників бізнесу тощо.

Мета створення такої системи - доступність якісної реабілітаційної допомоги та соціальної інтеграції в суспільство осіб з інвалідністю, зокрема, з числа ветеранів і членів їх сімей. Це складне завдання, яке можна розділити на певну кількість більш простих та виконувати їх поетапно, залежно від можливостей, а саме:

1. Створення Центру надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю, визначення його суб’єктів та особливостей взаємодії між ними, підписання меморандуму про співпрацю.

2. Визначення опорних реабілітаційних закладів в Запорізькій області (центрів, відділень), розподіл їх прав та обов'язків.

3. Розробка маршрутів осіб з інвалідністю на рівні Запорізької області за різних станів здоров'я (захворювання, травма тощо).

4. Визначення опорних центрів надання реабілітаційної допомоги та розробка проєктів щодо посилення їх спроможності (реновація приміщень з урахуванням безбар'єрності, оснащення тощо), пошук джерел фінансування, навчання мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

5. Створення Центру ментального здоров'я на базі КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб».

6. Залучення закладів освіти всіх рівнів до підготовки кадрів з реабілітації.

7. Розвиток та посилення спроможності мережі надавачів послуг паліативного догляду та послуг підтриманого проживання.

8. Створення тренінгового центру для підготовки асистентів дитини та соціальних працівників для супроводу осіб з інвалідністю.

9. Налагодження процесу професійної реабілітації та працевлаштування осіб з інвалідністю на базі Центру ветеранського розвитку у співпраці з КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» та роботодавцями області.

10. Впровадження послуги телемедицини з питань реабілітації, створення кабінетів надання реабілітаційної допомоги при ЗОЗ первинної ланки, залучення фахівців з реабілітації до надання реабілітаційної допомоги у віддалених населених пунктах області.

11. Створення умов для соціальної інтеграції осіб з інвалідністю в громадах із залученням інфраструктури спортивних, художніх шкіл, профтехучилищ (адаптивний та інклюзивний спорт, арт-терапія тощо) тощо.

Це дійсно масштабний проєкт, який розрахована не на один рік і завдяки якому планується оновити і розширити систему реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю як якісної послуги. Результати його реалізації будуть важливими не лише для Запорізької області, а й для інших регіонів, адже схожі проблеми є у всій країні.

Отже, одним із ключових напрямів управління у сфері надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю є розробка та впровадження комплексних стратегій, спрямованих на забезпечення доступу таких осіб до необхідних реабілітаційних послуг. Ці послуги повинні охоплювати всі аспекти реабілітації, включаючи лікування, фізіотерапію, психологічну підтримку та соціальну адаптацію. Важливо забезпечити доступність реабілітаційних послуг у всіх регіонах, включаючи ті, які зазнали найбільшого руйнування внаслідок військових дій. В першу чергу, це потребує підсилення

фінансової підтримки для ЗОЗ, надання організаційної допомоги щодо відновлення їх роботи після руйнування, залучення міжнародних фондів та організацій для надання такої допомоги тощо.

Слід зауважити, що потреба в реабілітаційних послугах для осіб з інвалідністю після перемоги над агресором збережеться і зросте, адже, зважаючи на спротив наших Збройних сил, ми маємо значну кількість тяжкопоранених, які потребують і потребуватимуть реабілітаційних послуг. Саме від якості й ефективності реабілітації осіб з інвалідністю залежатиме інтеграція їх у суспільство та сектори економіки України.

Отже, вже зараз, не чекаючи закінчення війни, ДОЗ Запорізької ОВА необхідно прийняти ряд важливих управлінських рішень, які допоможуть з’ясувати, яким ресурсом щодо реабілітації осіб з інвалідністю володіють органи публічної влади сьогодні і що необхідно зробити для усунення виявлених проблем щодо забезпечення реабілітаційного процесу у післявоєнний час. Для цього, на наш погляд, необхідно здійснити ревізію щодо:

– наявності необхідної соціальної інфраструктури для надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю (медичних, соціальних, психологічних тощо);

– кількості відповідних фахівців у певних галузях у регіонах та в Україні в цілому, що допоможить з’ясувати, звідки і куди можна буде їх перевести;

– професійного, матеріального та технічного забезпечення реабілітаційних послуг особам з інвалідністю, зокрема, спрогнозувати випуск, закупівлю чи лізинг необхідних засобів реабілітації та проведення відповідної підготовки фахівців для роботи на цих засобах тощо.

Важливо усвідомити, що забезпечення реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю - це тривалий і послідовний процес. Управління цим процесом має здіснюватися системно, відкрито, з широким залученням у процес прийняття важливих рішень громадськості, представників бізнесу, ОМС, релігійних конфесій та інших зацікавлених сторін. Результатом ефективного управління в забезпеченні реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю, у

тому числі населенння, постраждалого від військової агресії, має стати масштабне впровадження в цій сфері інновацій, які зумовлять підвищення рівня якості реабілітації, наближення гарантованих державою соціальних стандартів до європейського рівня, що закладе підвалини для динамічного відновлення трудового та соціально-економічного потенціалу України.

Висновки до розділу 3

На основі розгляду шляхів удосконалення публічного управління ЗОЗ Запорізького регіону в умовах воєнного стану можна зробити наступні висновки:

1. Проаналізований порядок організації надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ області в умовах воєнного стану. Проведений SWOT - аналіз діяльності ЗОЗ Запорізької області, результати якого дозволять керівникові ЗОЗ своєчасно адаптуватися до умов, що змінюються та найбільш ефективно розподіляти та використовувати наявні ресурси. В рамках удосконалення порядку організації надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ в умовах воєнного стану обґрунтовано механізм формування цифрової СОЗ у Запорізькому регіоні на основі впровадження у систему діяльності ЗОЗ під керівництвом ДОЗ технологій телемедицини за допомогою сукупності платформних модулів та створених на їх базі обласного центру телемедицини.

2. Розглянута організація надання медичної допомоги ВПО області в умовах війни, визначені основні проблеми, які при цьому виникають. Для їх вирішення ДОЗ області запропоновано застосовувати комплексний підхід, який передбачає, зокрема, додаткове фінансування для медичного обслуговування ВПО; створення реєстрів пацієнтів і передусім інтеграція з соціальними працівниками, юристами та психологами щодо медичного обслуговування даного контингенту.

3. Проаналізовано стан публічного управління області системою реабілітації осіб з інвалідністю в воєнний та післявоєнний періоди.

Ідентифіковані проблеми в системі такого управління, які особливо загострилися в умовах війни. З метою їх подолання запропонований ДОЗ області алгоритм створення в області єдиної системи надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю на основі тісної взаємодії ДОЗ Запорізької ОВА, ЗОЗ, закладів освіти, соціальних установ, спортивних, молодіжних та інших громадських організацій, представників бізнесу тощо.

ВИСНОВКИ

На основі розгляду основних засад публічного управління ЗОЗ в Запорізької області можна зробити наступні висновки та пропозиції:

1. В результаті аналізу категоріального апарату та особливостей публічного управління та адміністрування діяльністю ЗОЗ встановлено, що публічне адміністрування є складовою частиною публічного управління, мета якого - забезпечити розвиток держави на засадах демократії та з використанням новітніх методів і технологій публічного управління. Зроблено висновок, що публічне адміністрування і є державним управлінням, але державним управлінням у його розвитку як наслідок перетворення публічного адміністрування як бюрократичної моделі управління в публічне управління як розвиненої моделі, тобто публічне адміністрування стало перехідною ланкою від державного управління до публічного. Встановлено, що сучасна СОЗ України перебуває в кризовому стані як наслідок військових дій на території України, що призвело до руйнування її інфраструктури, обладнання, загибелі та пораненню лікарів, міграції медичного персоналу. Розглядаючи ЗОЗ як об'єкт публічного управління визначено, що це особливі заклади, що мають певну специфіку і застосування теорії публічного управління в цій сфері можливе за умови внесення деяких коректив. Досліджені сфера дії та процес публічного управління і адміністрування в установах СОЗ, у тому числі в умовах воєнного стану.

2. На основі аналізу тенденцій розвитку публічного управління та адміністрування у сфері послуг МОН встановлено, що прикладом поступального реформістського перетворення даної сфери є перебіг розвитку медичної реформи. Результати реформування СОЗ України є задовільними, так як переважна кількість проаналізованих показників характеризується позитивною динамікою (зокрема, зростання кількості укладених договорів між ЗОЗ і НСЗУ; збільшення частки приватних ЗОЗ і лікарів-ФОП; зростання кількості підписаних декларацій; збільшення обсягів виплат ЗОЗ усіх форм

власності; розширення переліку послуг МОН; здільшення фінансування за програмою реімбурсації; збереження позитивної динаміки обсягів фінансування ЗОЗ попри війну тощо). Встановлено, що всі зусилля СОЗ України з початку повномасштабного вторгнення були спрямовані на те, щоб налагодити механізм надання послуг МОН в умовах воєнного стану. Зробивши все можливе для забезпечення стійкості медичної системи, держава повернулася до планів продовження медичної реформи, мета якої залишилася незмінною - якісні, доступні, безоплатні послуги МОН для українців у будь-якій громаді.

3. На основі розгляду правових джерел та закордонного досвіду управління ЗОЗ констатовано складність використання законодавчих актів у цій сфері внаслідок їх комплексності, оскільки під регламентацію підпадають як приватні, так і публічні відносини та застосовуються норми багатьох галузей права. Запропонована класифікація законодавства у СОЗ за принципом врахування інтеграційних процесів на законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах та нормах національного законодавства. Визначено, що доцільним є прийняття відповідного кодифікованого акту, який забезпечить уніфікацію законодавства у СОЗ, наприклад, Медичного кодексу, але в умовах сьогодення (воєнний стан) його розробка та прийняття не на часі. Встановлено, що з урахуванням закордонного досвіду управління ЗОЗ для України найбільш важливим є досвід формування регіональних кластерів, що обумовлено децентралізацією управління практичною медициною, системами підготовки медичних кадрів і наукових досліджень.

4. На підставі виконананого огляду мережі комунальних ЗОЗ Запорізької області встановлено, що зв’язуючою ланкою між МОЗУ та надавачами послуг МОН є ДОЗ Запорізької ОВА. Основним інструментом в арсеналі ДОЗ на сьогодні є розробка плану спроможної мережі ЗОЗ госпітального округу, тобто саме ДОЗ здійснює контроль за фінансово-господарською діяльністю обласних ЗОЗ, доступністю та якістю послуг МОН, яка в них надається, з урахуванням ситуації, яка склалася в країні через озброєну агресію російської федерації.

Виконаний аналіз фінансування на виконання бюджетних програм ЗОЗ області на 2022-2023 рр., визначена його структура, а також проаналізований обсяг та структура видатків ЗОЗ області. Констатовано, що починаючи з 24.02.2022 року всі ЗОЗ Запорізького регіону працюють в умовах повномасштабної війни в основному стабільно та злагоджено, зберігаючи гарантовані обсяги послуг МОН як для власного населення, так і для ВПО.

5. Проведене дослідження публічного управління ЗОЗ Запорізької області показало, що СОЗ області в даний час є однією з пріоритетних з огляду на її винятку значимість в умовах військових дій. Встановлено, що особливістю публічного управління ЗОЗ Запорізької області з боку ДОЗ є той факт, що воно не входить до системи державної влади, але може бути наділене управлінськими державними повноваженнями. Зазначено, що завдання публічного управління ЗОЗ області кардинально відрізняються у звичайний (докризовий) і кризовий (надзвичайний, воєнний) стан. Так, у період дії воєнного стану державні установи повинні координувати свої дії з багатьма службами та агенціями реагування на такий стан, включаючи ЗОЗ та медичних працівників на місцевому та регіональному рівнях. Саме з цих позицій досліджений зміст публічного управління ЗОЗ Запорізької області, зважаючи на те, що в умовах війни СОЗ області ділить перше місце з оборонним комплексом та його робота в цих умовах залежить від прийнятих управлінських рішень ДОЗ Запорізької ОВА. Визначені проблеми в медичній сфері, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення та призводять до ускладнення її публічного управління.

6. На основі оцінки публічного адміністрування мережою комунальних ЗОЗ Запорізької області встановлено, що ДОЗ області є суб’єктом публічного адміністрування для цих установ. Конкретизовані правові інструменти та методичні інструкції цього адміністрування, розглянутий його механізм у розрізі окремих елементів, а також інформаційне підґрунтя. Визначений алгоритм публічного адміністрування системи внутрішнього менеджменту ЗОЗ та системи надання послуг МОН, у тому числі порядок розробки та

впровадження локального клінічного протоколу в діяльність ЗОЗ Запорізької області. Виявлено проблеми публічного адміністрування мережею комунальних ЗОЗ, які виникли внаслідок повномасштабного вторгнення, зокрема, в межах Запорізького регіону. Встановлено, що успішній протидії викликам війни сприяє відносна автономізація ЗОЗ, а також децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку ДОЗ Запорізької ОВА, з огляду на конкретну ситуацію на місцях. Встановлено, що актуальними залишаються проблеми удосконалення діяльності комунальних ЗОЗ області, встановлення меж втручання ДОЗ в діяльність цих закладів, пошук оптимального поєднання державного регулювання і ринкового саморегулювання в цій сфері, проблеми медичного обслуговування ВПО, а також забезпечення засобами реабілітації осіб з інвалідністю тощо.

7. Проаналізований порядок організації надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ області в умовах воєнного стану. Проведений SWOT - аналіз діяльності ЗОЗ Запорізької області, результати якого дозволять керівникові ЗОЗ своєчасно адаптуватися до умов, що змінюються та найбільш ефективно розподіляти та використовувати наявні ресурси. В рамках удосконалення порядку організації надання послуг МОН у комунальних ЗОЗ в умовах воєнного стану обґрунтовано механізм створення під керівництвом ДОЗ цифрової СОЗ у Запорізькому регіоні на основі впровадження у діяльність комунальних ЗОЗ області технологій телемедицини за допомогою сукупності платформних модулів та створеного на їх базі обласного центру. В основу механізму активізації платформної організації надання телемедичних послуг у цифровому середовищі покладено власне уявлення про формування цифрового контуру на основі вертикальної інтегрованості системи.

8. Розглянута організація надання медичної допомоги ВПО Запорізької області в умовах війни, визначені основні проблеми, які при цьому виникають, у тому числі у сфері надання послуг МОН. Встановлено, що медичне обслуговування ВПО області не спирається на достатнє фінансування та соціальне правове урегулювання, що призводить до низки викликів, серед яких

найчастіше проявляються проблеми фінансового та психологічного характеру. Для вирішення цих проблем запропоновано ДОЗ Запорізької ОВА провести опитування серед керівників ЗОЗ області з метою виявлення труднощів, з якими вони стикаються при наданні медичної допомоги ВПО. Заходами щодо усунення/зниження визначених проблем повинні стати: додаткове фінансування для медичного обслуговування ВПО; створення реєстрів пацієнтів і передусім інтеграція з соціальними працівниками, юристами та психологами щодо медичного обслуговування даного контингенту. Це передбачає об'єднання зусиль на національному, галузевому, місцевому і локальному рівнях щодо удосконалення медичного обслуговування ВПО області, системний моніторинг потреб ВПО, а також виконання ключових показників результативності здійснених заходів.

9. Проаналізовано стан публічного управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в воєнний та післявоєнний періоди. Ідентифіковані проблеми в системі управління реабілітацією осіб з інвалідністю, які особливо загострилися в умовах війни, та які мають місце і в межах Запорізького регіону. З метою їх подолання запропонований ДОЗ області алгоритм створення єдиної обласної системи надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю у воєнний та післявоєнний часи на основі тісної взаємодії ДОЗ Запорізької ОВА, ЗОЗ, закладів освіти, соціальних установ, спортивних, молодіжних та інших громадських організацій, представників бізнесу тощо. Результатом створення такої системи є покращення ефективності управління зі сторони ДОЗ області в забезпеченні реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю, у тому числі населенння, постраждалого від військової агресії, масштабне впровадження в цій сфері інновацій, які зумовлять підвищення рівня якості реабілітації, наближення гарантованих державою соціальних стандартів до європейського рівня, що закладе підвалини для динамічного відновлення трудового та соціально-економічного потенціалу України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Задихайло О. А. Співвідношення понять «Державне управління», «Публічне управління» та «Публічне адміністрування» в категоріальному апараті адміністративного права. *Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. 2020. № 31. С. 43–48.

2. Рябець К. Система та сутність загальних функцій державного управління у сучасний період. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. №1(11). С. 207–221.

3. Галушка В. Ю. Розвиток механізмів випереджаючого державного управління. *Право та державне управління*. 2022. № 1. С.175-178

4. Міхровська М. С. Публічна адміністрація, державне управління та електронне урядування: особливості взаємозв’язку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2022. № 69. С.299-303.

5. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Верховна Рада України. Харків : Право, 2016. 82 с.

6. Про Кабінет Міністрів. Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/794-18 (дата звернення 02.12.2024).

7. Енциклопедичний словник з державного управління [Текст] / уклад.: Ю.П. Сурмін, В.Д. Бакуменко, А.М. Михненко та ін. ; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю.П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. 820 с.

8. Фролова Є. І. Методи публічного адміністрування: понятійно-змістовна характеристика. *Juris Europensis Scientia*. 2023. № 1. С. 114-117.

9. Глосарій Програми розвитку ООН. URL: http://www.unpan.org/Directories/UNPublicAdministration Glossary (дата звернення 25.11.2024).

10. Зіборєва О.Б. Поняття та ознаки публічного адміністрування. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*. 2021. №64. С.220-223.

11. Колесникова К.О. Публічне адміністрування в Україні: огляд літературних джерел. URL: http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2020-3/doc/1/16.pdf. (дата звернення 11.12.2024).

12. Енциклопедія державного управління. [Текст] у 8 т. Т. 8. Публічне врядування / наук.-ред. кол.: В.С. Загорський [та ін.]. Львів : ЛРІДУ, НАДУ, 2011. 712 с.

13. Бінько І. Публічне управління і публічне адміністрування: співвідношення понять. *Вісник АПСВТ*. 2020, № 3-4. С.41-47

14. Біла В.Р. Правові форми публічного адміністрування в Україні. Дисертація на здобуття ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 "Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право" (081 "Право"). Національний авіаційний університет, Київ, 2020. 431 с.

15. Іванов Є.В. Інституційна складова суб'єктів публічного управління. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2023. № 1. С.1-5

16. Бондаренко К.В. До питання системи принципів публічного адміністрування. *Традиції та новації юридичної науки: минуле, сучасність, майбутнє:* матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 19 трав. 2017 р.). Одеса. Видавничий дім "Гельветика", 2017. С. 43—45.

17. Pollitt C. Public Management Reform: A Comparative Analysis [Text] / C. Pollitt, G. Bouckaert. Oxford : University Press, 2014. 240 p.

18. Крупський О., Стасюк Ю. Особливості антикризового управління розвитком діяльності суб'єктів підприємництва у сфері охорони здоров'я. Організаційно-економічні аспекти розвитку підприємницьких структур в Україні та світі: моногр. За заг. ред. Т. Гринько. 2022. С. 123–164.

19. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. URL:mind.ua/publications/20245779-medicinav-umovah. (дата звернення 02.12.2024).

20. Сазоненко Л.В., Толстанов О.К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 86–92.

21. Книш С.В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров’я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. № 1. С. 54–59.

22. Luciana Teodora Rotaru, Cosmin Ciulu. The Management Of Crisis Situations Medical Involvement. URL: www.researchgate. net/publication/279975939_The_Management_Of_Crisis_Situations__Medical_Involvement. (дата звернення 12.12.2024).

23. Малонога С.О. Публічне управління екстреною медичною допомогою в кризових ситуаціях: формування системи реагування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 9: 137–142.

24. Логвиненко Б. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров’я в Україні. *Національний юридичний журнал: теорія і практика*. Грудень, 2017. С. 55–58.

25. Муляр Г.В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров’я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 97.

26. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я. *Юридичний вісник*. 2019. № 3. С. 63– 69.

27. Пристая М.М. Система органів публічного управління закладами охорони здоров’я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 9. С.257-259.

28. Горбатова Д.І. Форми державного управління в сфері охорони здоров’я. *Право і суспільство*. 2019. № 4. С. 168.

29. Про прийняття за основу проекту Закону України про самоврядування в сфері охорони здоров’я в Україні. Постанова ВРУ від 06.06.2024 № 3790-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/3790-IX (дата звернення 12.12.2024).

30. Реформа фінансування системи охорони здоров’я в Україні. Прогрес та майбутні напрями / К. Бреденкамп, Е. Далє, О. Дорошенко, Ю. Джигир, Я.Хабіхт, Л. Хоукінс, О. Кацага, К. Майнзюк, Х. Пак, О. Зусь. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank and World

Health Organization, 2022. 121 с. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf?isAllowed=y&sequence=108-7. (дата звернення 10.12.2024).

31. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.

32. Піхоцька О.М., Хомякова І.С. Фінансування системи охорони здоров’я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення і розвиток*.2021. №12. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2021/35.pdf. (дата звернення 12.12.2024).

33. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програми економічних реформ Президента України на 2010–2014рр. URL: https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838 (дата звернення 13.12.2024).

34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років: URL: https://moz.gov.ua/strategija. (дата звернення 13.12.2024).

35. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Київ. Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/3612-17 (дата звернення 13.12.2024).

36. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 No 1101. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-n#Text. (дата звернення 03.12.2024).

37. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 No 1013-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#top. (дата звернення 03.12.2024).

38. Драган І.О., Долінченко О.М. Удосконалення механізму фінансового забезпечення сфери охорони здоров’я як пріоритету державного регулювання

демографічного розвитку. *Публічне управління та регіональний розвиток*. №2(2). 2018. С. 276-295.

39. Пуліна Т.В., Михневич О.В. Публічне управління та адміністрування закладами охорони здоров'я. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: збірник XII Міжнародній заочній науково-практичній конференції.* Запоріжжя, КПУ., 2024. С. 87-89.

40. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: https:// https://moz.gov.ua/uk(дата звернення 03.12.2024).

41. Звіти Національної служби здоров'я України. URL: https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti. (дата звернення 09.12.2024).

42. Шишка І. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я на основі звітної документації НСЗУ. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2024. № 5. С.418-424.

43. Здоров'я-21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх. Європейський регіон ВООЗ / Європ. регіональне бюро ВООЗ. Копенгаген, 1999. 243 с. (Європейська серія для досягнення здоров'я для всіх, № 6).

44. Майбутня держава 2030. Звіт KPMG. URL: www.kpmg.com/future-state-government/Documents/future-state- 2030-v3.pdf. (дата звернення 09.12.2024).

45. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/ laws/show/2801-12#Text (дата звернення 09.12.2024).

46. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19 (дата звернення 09.12.2024).

47. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. ЗУ від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2206-19 дата звернення 09.12.2024).

48. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 28.09.2012 № 792. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/z1996-12 (дата звернення 09.12.2024).

49. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров’я. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 19.10.2015 № 681. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/z1400-15(дата звернення 09.12.2024).

50. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. Проєкт 23.02 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor.2022.pdf (дата звернення 10.12.2024).

51. Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного»). Спільний наказ Міністерства оборони України та МОЗУ від 07.02.2018 № № 49/180. URL: https://www.google.com/url?sa (дата звернення 10.12.2024).

52. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров’я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії російської федерації проти України: наказ від 24.02.2022 р. № 374. URL: zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text. (дата звернення 01.12.2024).

53. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб. Закон України від 20.10.2014 р. № 1706-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1706-18 (дата звернення 01.12.2024).

54. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров’я. *In: Jurnalul juridic national: teorie şi practică* . 2018, nr. 5(33), pp. 96-99.

55. Кириченко О. Адаптивні стратегії розвитку в стратегічному управлінні організаціями, закладами охорони здоров’я в умовах цифрової трансформації. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № (1(73). С. 158–165.

56. Litvin N., Grabar N., Tymofeev S., Harasym P., Myshchyshyn O. Assessment of the level of economic security of innovatively active enterprises as the basis of the management process within the financial and legal field. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*. 2021. № 4(39). С. 209–215.

57. Пуліна Т. В. Аналіз методів внутрішнього аудиту для оцінювання системи управління якістю в органах влади. *Бізнес Інформ: науковий журнал.* 2017. № 8. С. 259–264.

58. Соковніна Д. Адаптивна маркетингова стратегія підприємства: методика формування та реалізація . *Економіка та держава*. 2020, № 10. С. 89-92.

59. Шраменко О.В., Жиліна Г.Ф., Задорожна С.М. (2019). Критерії та підходи до оцінки стратегії підприємства. *Вісник економіки* . 2019. № 67. С. 107-114.

60. Конюхов Б. С. Організація публічного управління сферою охорони здоров`я. *Молодіжний соціологічний форум НТУ* «ХПІ»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції студентів і аспірантів 18 травня 2023р. Харків: НТУ «ХПІ», 2023. С.123-125.

61. Вівсянник О. М. Дослідження в сфері державного управління охороною здоров'я на основі методології детермінізму. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 1. С.123-130.

62. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров’я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2022. № 3. С.113-119.

63. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров’я. *Право та державне управління*. 2020. № 1. С.170-178.

64. Колядич М.М., Грицко Р.Ю., Фуртак І.І. Медико-соціальні аспекти управління соціальною сферою в Україні. *Молодий вчений. Медичні науки*. 2019. № 6 (70). С. 27–35.

65. Портер М. І., Конкурентна перевага. Як досягати стабільно високих результатів. Підручник. Київ: Наш формат, 2019. 624 с.

66. Пуліна Т.В. Інформаційне забезпечення створення та розвитку кластерних об’єднань підприємств харчової промисловості. *Бізнес Інформ*, 2013, 5, с. 145-152.

67. Саричев В.І. Порівняльний контекст функціонування системи охорони здоров’я України та співпраця з міжнародними інституціями. *Стратегія і тактика державного управління*. 2018. № 1–2. С. 53 – 63.

68. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров’я. Рівне : Волинські обереги, 2018. 168 с.

69. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text (дата звернення 01.12.2024).

70. Про затвердження Типового положення про структурний підрозділ місцевої державної адміністрації. Постанова Кабінету міністрів України від 26.09.2012 №887. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/887-2012-%D0%BF (дата звернення 01.12.2024).

71. Лялюк О. Ю. Територіальні органи центральних органів виконавчої влади в системі територіальної організації влади в Україні. *Державне будівництво та місцеве самоврядування.* 2020. Випуск 30. С. 28–38.

72. Департамент охорони здоров’я Запорізької області. Офіційний сайт. URL:https://doz.zoda.gov.ua/. (дата звернення 01.12.2024).

73. Адміністративне право України. Повний курс: підручник / Галунько В.В., Діхтівська П.В., Кузьменко О.В., Стеценко С.Г. та ін. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС. 2018. 446 с.

74. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. №17. URL:https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250 (дата звернення 01.12.2024).

75. Методичні Рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, схвалені робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України, протокол 14.04.2017 № 9. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/ show/n0001282-17#Text 20. (дата звернення 10.12.2024).

76. Про центральні органи виконавчої влади: Закон України від 17.03.2011 р. № 3166-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/3166-17#Text (дата звернення 10.12.2024).

77. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_2_11 (дата звернення 10.12.2024).

78. Калініченко С. М., Аврята А. В., Харчевнікова Л. С., Олійник І. А. Методологічні основи державного управління охороною здоров'я. *Актуальні проблеми інноваційної економіки та права*. 2024. № 1. С. 6-10.

79. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: Наказ від 17.03.2022 р. № 496. URL: zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text. (дата звернення 10.12.2024).

80. Стахів О. В. Institutional ensuring the management of systemic development of health care institutions. *Scientific Notes of Lviv University of Business and Law*. 2023. № 36. С.180-188.

81. Самойлова А. В., Богуславська С.І. Необхідність розширення меж комунікаційних зв'язків в системі публічного управління охороною здоров'я України. *Інтеграція науки та практики управління в умовах соціокультурних*

трансформацій: зб. матеріалів ІІ Міжнар. наук.-практич. конф. (25 квітня 2024 року, м. Полтава). м. Полтава: ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2024. С.149-152.

82. Hutsaliuk O.M., Navolokina A.S. Research on the economic interaction between the labor market and human resources in the healthcare sector in Ukraine.*Economic innovations*.2020. Vol. 22. Iss. 1(74). P. 37-51

83. Cherchyk Larysa, Matyushko Yulia. Human resources management of healthcare institutions. *Economic journal of Lesya Ukrainka Volyn National University*. 2024. №39. P.101–108.

84. Про автономізацію медичних установ. Законопроєкт. URL: https://decentralization.ua/news/5408 (дата звернення 10.12.2024).

85. ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2002-19 (дата звернення 10.12.2024).

86. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/z2001-12 (дата звернення 10.12.2024).

87. Квітка С., Миргородська М. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення. *Аспекти публічного управління*. 2024. №12(1). С.14-21.

88. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.10.2015 р. № 681. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#n19. (дата звернення 10.12.2024).

89. Про внесення змін до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України 28.06. 2024 року №756. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/756-2024-%D0%BF (дата звернення 10.12.2024).

90. Міністерство соціальної політики України. Офіційний сайт. URL: https://www.msp.gov.ua. (дата звернення 10.12.2024).

91. Керівні принципи з внутрішнього переміщення. URL: www.ohchr.org. (дата звернення 10.12.2024).

92. Діденко Н.Г. Організація надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах війни. Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції (м. Київ, 20жовтня 2022 р.) / Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Київ : МОРІОН, 2022. С.77-79.

93. Про залучення лікарів-інтернів та деяких інших осіб до виконання заходів, пов'язаних із наданням медичної допомоги особам, які постраждали під час надзвичайної ситуації, яка виникла в період воєнного стану в Україні. Наказ МОЗ України від 27.02.2022 р. № 385. URL: zakon.rada.gov.ua (дата звернення 10.12.2024).

94. Про схвалення Стратегії державної політики щодо внутрішнього переміщення на період до 2025 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2023-2025 роках. Розпорядження Кабінету міністрів України від 07.04.2023 №312. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/312-2023-%D1%80 (дата звернення 10.12.2024).

95. Про затвердження Примірного положення про Раду з питань внутрішньо переміщених осіб від 04.08.2023 № 812. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/812-2023-%D0%BF (дата звернення 10.12.2024).

96. Dubych K.V., Danylyuk K.V. The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges : Scientific monograph. 2022. 220 p.

97. Конвенція про права осіб з інвалідністю. Конвенція ООН від 13.12.2006. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/995_g71 (дата звернення 10.12.2024).

98. Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.06. 2020 р. № 471. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/471-2020-%D0%BF (дата звернення 10.12.2024).

99. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF (дата звернення 10.12.2024).

100. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020р. № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1053-20 (дата звернення 10.12.2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Міжнародні нормативні акти, які регулюють сферу охорони здоров'я

Назва	Характеристика
Загальної декларації прав людини (ст.25)	Зазначено, що кожна людина має право на медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров’я і добробуту її самої та її сім’ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини
Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров’я	Вказано, що розбудова орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров’я можлива лише за наявності «…багатокомпонентної комунікативної стратегії, яка охоплює населення країни, пацієнтів, медичних працівників та державні установи, а також забезпечення прозорості, актуальності та достовірності даних, які використовуються для публічного управління охороною здоров’я»
Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права	Перераховані заходи, яких повинні вжити держава для повного здійснення прав людини в сфері охорони здоров’я
Декларацію про розвиток прав пацієнтів у Європі (1994 р.)	Визначено вимоги до інформації, що надається пацієнту, і яка має бути вичерпною
Кодекси та Декларації	Міжнародний кодекс медичної етики (1983), Декларація з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985), Декларація стосовно незалежності і професійної свободи лікаря (1986 р.), Декларація стосовно ейтаназії (1987), Хельсинська декларація; Декларація стосовно трансплантації людських органів (1987), Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров’я (1983), Заява про використання психотропних засобів і зловживання ними (1983), Декларація про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих (1990), Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря (1986), Заява про підготовку медичних кадрів (1986) тощо

Додаток Б

Національні нормативно-правові акти, які регулюють сферу охорони здоров'я України

Назва	Характеристика
1	2
Конституція України (ст. 49)	Закріплено право на охорону здоров’я, право на медичну допомогу, право на медичне страхування. Охорона здоров’я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності
Основи законодавства України про охорону здоров’я від 19.11.1992 р. № 2801-XII	Визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров’я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості
Закон України «Про систему громадського здоров’я» від 06.09.2022 № 2573-IX	Закон регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров’я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права й обов’язки державних органів та ОМС, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення
Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV	Закріплено низку прав людини, зокрема право на охорону здоров’я, що забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбачених Конституцією України та законом; [15],
Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № № № 2341-III	Встановлює кримінальну відповідальність за злочини у сфері охорони здоров’я
Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984р. № 8073-X	Передбачає адміністративну відповідальність за адміністративні проступки в окресленій сфері

Продовження додатка Б

1	2
Кримінально-виконавчий кодекс України від 11.07.2003 № 1129-IV	Гарантує засудженим право на охорону здоров’я, що забезпечується системою медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних та платних послуг, право на вільний вибір лікаря, засуджені із алкогольною чи наркотичною залежністю можуть за письмовою згодою пройти курс лікування
Кодекс законів про працю України від 10.12. 1971 № 322-VIII	Регламентує робочий час та відпочинок, щорічні відпустки, нормування праці, оплату праці, обов’язкові медичні огляди працівників певних категорій, зокрема лікарів й медичних працівників
Сімейний кодекс України від 10.01.2002р. № 2947-III	Регламентує шлюбний вік, визначає осіб які не можуть перебувати у шлюбі між собою, зобов’язує наречених повідомити один одного про стан свого здоров’я, гарантує державну охорону сім’ї, дитинства, материнства та батьківства
Нормативно-правові акти, що регулюють надання публічних електронних послуг у сфері охорони здоров’я	ЗУ «Про надання публічних (електронних публічних) послуг щодо декларування та реєстрації місця проживання в Україні», «Про особливості надання публічних (електронних публічних) послуг», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини», Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров’я»)
Нормативно-правові акти, що регламентують фінансування системи охорони здоров’я	ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 р.», «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення», «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»
Галузеві нормативно-правові акти	«Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про психіатричну допомогу», «Про протидію захворюванню на туберкульоз», «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», «Про донорство крові та її компонентів», «Про лікарські засоби», тощо

Закінчення додатка Б

1	2
ЗУ «Про центральні органи виконавчої влади» від 17.02.2011р. № 3166-VI	Зазначено, що центральні органи виконавчої влади здійснюють управління закладами охорони здоров’я. До них належать міністерства, служби, агентства, інспекції, комітети, бюро, а також центральні органи виконавчої влади зі спеціальним статусом
ЗУ «Про місцеві державні адміністрації» від08.04.1999 р. № 586-XIV	Вказано, що ці органи реалізовують державну політику в галузі охорони здоров’я, а також здійснюють контроль за додержанням законодавства з питань охорони здоров’я. Місцеві державні адміністрації мають у своїй структурі спеціальні управління та відділи з охорони здоров’я
ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я» від 03.12.2020р. № 1053-IX	Зазначено, що реабілітація є окремим видом діяльності в сфері охорони здоров’я
ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я» від 06.04.2017 р. № 2002-VIII	Визначено, шо за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров’я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи
Постанова КМУ «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров’я» від 27.12.2017р. № 1094	Визначає механізм проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров’я
Постанова КМУ «Про наглядову раду закладу охорони здоров’я » від 21.11. 2023 р. № 1221	Визначає механізм утворення наглядової ради у державних та комунальних закладах охорони здоров’я, які надають спеціалізовану медичну допомогу, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення
Постанова КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28.03.2018 р. № 391	Перераховано відповідні вимоги
«Про затвердження Типового положення про структурний підрозділ місцевої державної адміністрації» Постанова КМУ №887 від 26 .09. 2012 р.	Перераховано функції та обов’язкі, які притаманні Департаменту охорони здоров’я
ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р.	Визначає правові, економічні та організаційні засади і напрямки регулювання розвитку охорони здоров’я в сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування

Додаток В

Об’єкти та інструменти адміністрування ЗОЗ Запорізької області

Об’єкти адміністрування	Інструменти адміністрування
1	2
Надання медичних послуг	1.Програма медичних гарантій 2.Сандарти надання медичної допомоги 3. Порядок надання медичної допомоги для лікарів первинної ланки 4. Клінічні протоколи 5.Тебелі матеріально-технічного оснащення 6. Клініко-експертні параметри якості, індикатори якості 7. Дорожні карти лікування пацієнтів 8. Договори на оплату медичних послуг 9. Журнали обліку процедур 10.Талони на прийом лікаря 11.Контрольні картки диспансерного нагляду
Фінансування	1.Укладення договору з НСОЗ 2.Укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів 3.Фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою); 4. Надання фінансової підтримки з місцевого бюджету
Управління медичним закладом	1.Статут медичного закладу 2.Стратегія розвитку медичного закладу 3.Колективний договір 4.Положення про структурні підрозділи 5. Стандарти управління якістю 6. Медична карта про стан здоров’я претендентів на керівні посади.
Кадри	1.Посадові інструкції 2.Договори, контракти 3.Листки тимчасової непрацездатності 4.Стандарти спілкування з хворими та їх родичами 5. Положення про прядок проведення атестації лікарів 6. Атестаційний листок 7. Документальні профілі для лікарів та медперсоналу 8.Етичний кодекс медсестри, лікаря 9. Плани-графіки з питань навчання по охороні праці
Інформатизація	1. Функціонал для реєстрації закладу в ЕСОЗ, мережа «E-Health», яка включає центральну базу даних (адміністратор ДП «Електронне здоров’я»); 2.Електронні медичні інформаційні системи; 3.Внутрішня мережа моніторингу і аналізу діяльності закладу, аналіз основних ресурсів; 4.Поступовий перехід на електронний облік (е-рецепт, е-картка, е-направлення); 5.Інформаційні системи організації діловодства; 6.Медична інформаційна система «ЕМСІМЕД», яка акумулює основні форми звітів: фінансові, маркетингові, наукові, статистичні, управлінські, лікарські, нестандартні звіти

Закінчення додатка В

1	2
Використання технологій, товарів та ліків	1.Створення медичного ІТ ринку 2.Каталоги лікарських засобів 3.Мобільний додаток «Ліки контроль» 4. Національний перелік основних лікарських засобів (їх отримують пацієнти безоплатно під час лікування у стаціонарі) 5. Методичні рекомендації ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров’я 6. Використання ліків під час акредитації медзакладу контролюють шляхом перевірки документації, внутрішніх наказів та роботи персоналу відповідно до Стандартів акредитації
Комунікації ЗОЗ	1.Анкетування пацієнтів 2. Укладення договорів з іншими ЗОЗ, будь-якими юридичними та фізичними особами 3. Участь в об’єднанні підприємств 4. Створення спільних комунальних підприємств, договір про спільну діяльність.