

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

До захисту

В. о. завідувача кафедри публічного управління

та державної служби

к.держ.упр., доц. Л. В. Набока

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

281 Публічне управління та адміністрування

28 Публічне управління та адміністрування

Виконавець

Здобувач 2 курсу, групи ЗПУА-5 (-23)-1

М. В. Лизогуб

Науковий керівник

д.держ.упр., проф.

Ю. О. Куц

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ.....	7
1.1 Сутність публічного управління в умовах воєнного стану.....	7
1.2 Публічне управління в сфері охорони здоров'я.....	17
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ.....	27
2.1 Нормативно-правові засади регулювання сфери охорони здоров'я....	27
2.2 Організація публічного управління медичним закладом (на прикладі Клініки державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»).....	36
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ.....	48
3.1 Забезпечення перманентного підвищення кваліфікації працівників сфери охорони здоров'я.....	48
3.2 Виокремлення стратегічних напрямів покращення публічного управління сферою охорони здоров'я.....	57
ВИСНОВКИ.....	66
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	70
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність теми. Сфера охорони здоров'я є стратегічно важливим напрямом соціально-економічного розвитку будь-якої країни. Окрім того, вона є важливим показником якості життя громадян, зумовлюючи сталий соціально-економічний розвиток країн. Зокрема, безпосередньо України. Відповідно, сфера охорони здоров'я нашої держави в умовах воєнного стану потребує особливої уваги та підтримки з боку держави. Як соціальна демократична держава, Україна має створити усі необхідні умови для високоякісної медичної допомоги для усіх мешканців. А також держава покликана забезпечити доступність та високу добротність медичних послуг для усіх верств населення.

Сучасна сфера охорони здоров'я України функціонує в умовах значних складнощів. Ці труднощі викликані пандемією COVID-19. Також вони викликані поглибленими кризовими ситуаціями, пов'язаними з війною та введенням правового режиму воєнного стану. На регіональному та місцевому рівнях ці виклики загострюються через обмеженість або, навіть, через брак ресурсів. Це особливо притаманно територіям ведення бойових дій, прифронтовим регіонам. В системі публічного управління сферою охорони здоров'я спостерігається недостатня координація управлінських процесів. Маємо і слабку адаптацію інституційних механізмів системи охорони здоров'я до умов воєнного стану.

Виходячи з цього, за умов воєнного стану проблематика публічного управління сферою охорони здоров'я, функціонування медичних закладів набуває вагомості та актуальності. Необхідність дослідження окреслених питань й стало підґрунтями для вибору теми магістерської роботи.

Проблеми публічного управління та адміністрування, регіонального розвитку, публічного управління сферою охорони здоров'я ґрунтовно досліджуються в працях Харківських науковців. Зокрема: Л. Белова, В. Бульби, С. Газарян, Ю. Дідок, О. Вашенва, І. Дунаєва, В. Дзюндзюка, В. Єлагіна, О. Жадана, Д. Карамішева, О. Коротич, О. Крутій, Ю. Куца, М. Латиніна, В.

Мартиненка, О. Орлова, Н. Статівки, Ю. Ульянченка та ін.

Водночас, теоретичні узагальнення з проблем впровадження дієвих механізмів розвитку публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в Україні практично не стали предметом окремого дослідження. Адже на протязі всього періоду незалежного розвитку Українська держава не стикалася з подібними викликами.

Мета дослідження. Метою магістерського дослідження є розробка теоретичних положень, методичних основ та практичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в сучасній Україні. За приклад обрано Клініку державної установи «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України». Для реалізації мети дослідження було передбачено вирішення таких завдань:

- окреслити категорійний апарат дослідження.
- надати сутнісні характеристики публічного управління в умовах воєнного стану.
- охарактеризувати концепт публічного управління в сфері охорони здоров'я.
- проаналізувати нормативно-правові засади регулювання сфери охорони здоров'я.
- охарактеризувати організацію публічного управління медичним закладом (на прикладі Клініки державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»).
- розробити шляхи вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в Україні.

Об'єктом дослідження є публічне управління.

Предметом дослідження публічне управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в Україні.

Методи дослідження. Теоретичною і методологічною основою магістерської роботи є фундаментальні положення теорії публічного управління

та адміністрування. Зокрема, мова йде про метод діалектики, загальнонаукові принципи наукових досліджень.

У роботі використані методи теоретичного та емпіричного дослідження. Серед них: системний та історичний підходи, методи аналізу і синтезу, індукції і дедукції, абстрагування, класифікації, структурного аналізу, порівняння, моделювання.

При аналізі сучасних проблем публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в Україні було використано методи логіки, діалектики, системного підходу. При дослідженні сутності публічного управління в умовах воєнного стану в Україні було застосовано системно-структурний аналіз, метод порівняльного аналізу.

При розгляді нормативно-правових засад регулювання сфери охорони здоров'я застосовано методи аналізу та синтезу.

Задля характеристики організації публічного управління медичним закладом використано формально-логічний підхід.

При розробці шляхів вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану застосовано системний та комплексний підходи, метод моделювання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Магістерську роботу виконано в межах Комплексного наукового проекту Інституту державного управління Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна «Державне управління та місцеве самоврядування». З ним пов'язано теоретичне дослідження, що здійснювалося кафедрою публічного управління та державної служби. Тематичний напрямок якого – «Розвиток персоналу публічної служби в Україні» (державний реєстраційний номер 0116U007131). Зокрема, у межах цього дослідження магістрантом обґрунтовано теоретичні підходи щодо публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в Україні.

Інформаційну базу дослідження склали Конституція України, законодавчі та нормативно-правові акти. Ці документи регулюють вирішення проблем

вироблення та впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я в період воєнного стану. Також використано офіційні статистичні та інформаційно-аналітичні матеріали. А також нормативні акти Державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблено теоретичні та методичні положення дають змогу підвищити ефективність публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану в Україні. Вони можуть бути використані в практичній роботі. Зокрема, в діяльності органів публічної влади на регіональному та міському рівнях. Також вони можуть бути використані в навчальному процесі ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна при викладанні дисципліни «Територіальна організація влади».

Апробація результатів роботи. Основні положення та висновки магістерської роботи були впроваджені в практику під час безпосередньої діяльності автора на посаді медичного директора Клініки Державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України».

Результати й висновки дослідження обговорювалися на кафедрі публічного управління та державної служби ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

1.1 Сутність публічного управління в умовах воєнного стану

В умовах воєнного стану публічне управління характеризується особливими викликами. Воно потребує використання адаптивних механізмів. Означені механізми враховують надзвичайні обставини. Це зумовлює необхідність поглибленого наукового аналізу для розробки ефективних стратегій підвищення управлінської ефективності державного сектору. Зокрема, в умовах протистояння зовнішній агресії. Особливу увагу слід приділити інституційним трансформаціям, що відбуваються в Україні. Також слід сфокусувати увагу на визначенні ключових пріоритетів у реформуванні системи ухвалення рішень і стратегічного планування. Причому, як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях. Система публічного управління в Україні зазнає масштабних змін. Ці зміни зумовлені необхідністю оперативного реагування на надзвичайні ситуації. В умовах воєнного стану спостерігається посилення потреби у децентралізації функцій управління. Також постає потреба підвищення прозорості процесів прийняття рішень. Зокрема, стосовно забезпечення належної координації між різними рівнями влади. Інституційна адаптація передбачає перегляд існуючих процедур. Мова йде про механізми розробки стратегічних планів у сфері охорони здоров'я. Це потребує інтеграції сучасних технологій та новітніх підходів до управління ризиками.

Як зазначає А. Філіпенко, розвиток сучасного публічного управління базується на впровадженні цифрової економіки. Вона стає центральною складовою цивілізаційного прогресу. У контексті управління сферою охорони здоров'я, цифровізація сприяє забезпеченню ефективного моніторингу. Також вона сприяє обробці даних та оперативному прийняттю рішень. Інтеграція інформаційно-комунікаційних технологій дозволяє оптимізувати використання

ресурсів. Також дозволяють оптимізувати ресурси електронні платформи і мережеві інструменти. Це дозволяє поліпшити доступність і якість медичних послуг. Водночас формування цифрових компетенцій людського капіталу є невід'ємною частиною означеного процесу. Важливе поєднання категоріального апарату економічного мейнстріму та інформаційно-комп'ютерних наук, їхній синергійний синтез. Це дає підстави стверджувати, що чинні засоби публічного управління мають бути адаптованими до становлення «економіки складнощів» (complexity economics). Така економіка характеризується принципово новими вимірами та параметрами [74].

В. Гришко зазначає, що фундаментальною проблемою в системі публічного управління залишається дисбаланс між функціями, завданнями, ресурсами та статусом її складових. Для подолання цього виклику необхідний комплексний аналіз функціонування системи. Зокрема, аналіз її цілей, ресурсної бази та стратегічного потенціалу. Основна проблема сучасної системи публічного управління полягає у відсутності гармонійного зв'язку між структурними елементами. Це призводить до неефективного використання ресурсів. Також це призводить до затримок у прийнятті критично важливих рішень. Дисбаланс проявляється у надмірній централізації влади. Це часто не дозволяє враховувати локальні особливості та пріоритети. У цьому контексті необхідним є впровадження інструментів стратегічного аналізу. Такі інструменти дозволять виявити слабкі місця в системі. Зокрема, вони дозволять визначити її ключові цілі та оптимізувати механізми реалізації державної політики [11].

Гнучкість, за визначенням В. Гришка, є базовим принципом системно-ситуаційного підходу. Цей підхід набуває особливого значення в умовах воєнного стану. Формалізм та суворе дотримання процедури були домінуючими у традиційній системі публічного управління. Наразі вони мають поступитися місцем орієнтації на кінцеві якісні результати. Такий підхід дозволяє переорієнтувати управлінські процеси на досягнення конкретних ефективних рішень. Також він дозволяє уникнути бюрократичної рутини та створити умови

для динамічного реагування на виклики. Причому, на ті виклики, що зумовлені надзвичайними обставинами. Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану потребує кардинальної перебудови. Це зумовлено зовнішніми викликами. Також це детерміновано внутрішніми дисбалансами в діяльності органів державної влади. В. Гришко зазначає, що фундаментальною проблемою в системі державного управління залишається дисбаланс між функціями, завданнями, ресурсами та статусом її складових. Для подолання цього виклику необхідний комплексний аналіз функціонування системи. Зокрема, необхідний аналіз її цілей, ресурсної бази та стратегічного потенціалу. Основна проблема сучасної системи публічного управління полягає у відсутності гармонійного зв'язку між структурними елементами. Це призводить до неефективного використання ресурсів. Також це призводить до затримок у прийнятті критично важливих рішень. Дисбаланс проявляється у надмірній централізації влади. Це часто не дозволяє враховувати локальні особливості та пріоритети. У цьому контексті необхідним є впровадження інструментів стратегічного аналізу. Такі інструменти дозволять виявити слабкі місця в системі. Також це дозволить визначити її ключові цілі та оптимізувати механізми реалізації державної політики. Гнучкість, за визначенням В. Гришка, є базовим принципом системно-ситуаційного підходу. Цей підхід набуває особливого значення в умовах воєнного стану. Формалізм та суворе дотримання процедур, які були домінуючими у традиційній системі публічного управління, мають поступитися місцем орієнтації на кінцеві якісні результати [11, с. 83-84].

У контексті розробки ефективних механізмів публічного управління, М. Мельник акцентує увагу на значущості просторово-функціонального аналізу. Зокрема, щодо метрополізаційних процесів. Ці процеси, що базуються на концентрації економічного, культурного та інформаційного потенціалу у великих містах та зонах їхнього впливу, відіграють критичну роль у розвитку суспільства. Головні міста-метрополіси виконують ключові функції на глобальному та макрорегіональному рівнях. Вони стають осередками продукування управлінських і технологічних інновацій. Також сприяють

трансляції передових культурних і матеріальних досягнень. Зокрема, це сприяє інтеграції регіонів у світовий соціально-економічний простір. Рівень розвитку цих міст має вирішальний вплив на прилеглі території. Зокрема, мова йде про їхнє функціональне навантаження та багатовимірність виконуваних завдань. Від їхнього статусу залежить інтенсивність генерації новітніх рішень у сфері управління. Також, залежить від здатності до поширення інноваційних технологій. Зокрема, мова йде про ефективність залучення регіонів до глобальних процесів. Аналіз динаміки метрополізаційних процесів дає змогу виявити потенційні точки зростання. Зокрема, у сфері охорони здоров'я, де концентрація ресурсів та інфраструктурних можливостей дозволяє впроваджувати нові стандарти медичних послуг. Зокрема, забезпечувати оперативне реагування на виклики, пов'язані з воєнним станом. [33, с. 87].

На думку В. Чечотки, в нинішніх умовах в Україні обов'язково має бути створена індивідуальна модель публічного управління. Завдяки цій моделі відбулося б задоволення потреб і запитів суспільства в якісному наданні публічних послуг. Причому, були б цілком виконані функції держави, суспільство успішно і стабільно розвивалося б [76, с. 433].

Запровадження воєнного стану завжди супроводжується глибоким впливом на всі сфери життєдіяльності держави і суспільства. Це зумовлюється інституційно-правовими змінами. Також це детерміновано наслідками зовнішньої військової агресії. Це провокує радикальні трансформації в структурі формальних та неформальних інститутів. Означені інститути регулюють функціонування держави. Зокрема системи публічного управління. Особливо критичними стають механізми реагування на виклики, що виникають у таких надзвичайних умовах. Аналіз міжнародного досвіду свідчить, що країни, які зазнали військових дій на своїй території, стикаються з аналогічними проблемами. Серед найбільш значущих викликів виділяються руйнування усталених механізмів управління. Також мова йде про різкі зміни в економічній структурі. Це супроводжується суттєвими втратами бюджетних надходжень.

Спостерігається загострення соціальних і демографічних проблем, зростання рівня бідності, інфляція та зниження інвестиційної активності.

Показовим у цьому контексті є досвід Грузії. Ця країна у 2008 році зіткнулася з військовою агресією з боку Росії. Грузія була змушена вирішувати проблеми, пов'язані з відновленням зруйнованої інфраструктури. Постали проблеми щодо забезпечення життєвих потреб численних переміщених осіб. Також слід було долати посилення політичного тиску з боку опозиції та населення. Ці обставини, зазначає Н. МакФарлейн, вимагали оперативного впровадження нових управлінських рішень для стабілізації ситуації [93].

Досвід Хорватії, яка пережила війну в 1991–1995 роках, демонструє, що такі обставини змушують держави здійснювати радикальні економічні та управлінські трансформації. Зокрема, Хорватія відмовилася від субсидування низки галузей. Ці галузі ще з часів соціалізму залишалися дотаційними. Хоча їх економічна неефективність була очевидною вже у 1980-х роках. Наприклад, суднобудівна галузь, яка не відповідала умовам ринкової економіки. Ця галузь зазнала кардинальних змін. Це дозволило оптимізувати розподіл обмежених державних ресурсів.

Крім того, воєнний конфлікт, зазначає С. Дяченко, прискорив проведення ліберальних реформ. Такі реформи спрямовані на адаптацію економіки до ринкових умов. Було здійснено дерегуляцію ціноутворення, а також знято частину обмежень у торгівлі. Такі кроки сприяли створенню передумов для економічного відновлення після завершення воєнних дій. Також вони підвищили конкурентоспроможність національної економіки. Хорватія стала прикладом того, як кризи можуть стати каталізатором реформ. Причому, реформ, необхідних для довгострокової стабільності та розвитку країни [17].

Цікавий досвід Ізраїлю, для якого війна 1950-х років, як і для Хорватії та України, стала боротьбою за незалежність. Цей досвід демонструє ефективність реалізації комплексних економічних реформ у період військових викликів. Починаючи з 1952 року, країна перейшла до впровадження «нової економічної політики». Така політика включала скасування розподільчої системи та

державного регулювання цін. Ці заходи сприяли лібералізації економіки. Також мова йшла про створення умов для розвитку приватного сектора. Одночасно Ізраїль ініціював масштабні інфраструктурні проєкти. Зокрема, такі як будівництво нових підприємств у галузі енергетики. Наприклад, мова йшла про створення Національного ізраїльського водопроводу, а також модернізацію портової інфраструктури. Значна частина державних інвестицій спрямовувалася в аграрний сектор і легку промисловість. Це забезпечило продовольчу безпеку. Також це забезпечило розвиток базових виробничих потужностей. Протягом наступного десятиліття особливу увагу приділяли розвитку військово-промислового комплексу. Цей комплекс став ключовим драйвером економіки. Військова промисловість, зазначає Н. Нечипоренко, перетворилася на одного з найбільших роботодавців у країні. Експорт озброєння став важливим джерелом наповнення державного бюджету. Як результат, Ізраїль закріпив за собою позицію одного зі світових лідерів у військовій галузі. Він продемонстрував, що інтеграція стратегічних інвестицій і реформ може забезпечити стабільність і розвиток навіть в умовах воєнного стану [42].

Важливе вдосконалення системи публічного управління в умовах воєнного стану. Зокрема, на етапі відновлення після війни. Це вимагає уважного вивчення міжнародного досвіду щодо мобілізаційних механізмів. Причому, тих механізмів, які забезпечують життєдіяльність держави під час збройних конфліктів. У цьому контексті особливу увагу заслуговує досвід Ізраїлю та Швейцарії. Ці країни успішно застосовують мобілізаційні стратегії для забезпечення обороноздатності та підтримки державних функцій.

Наприклад, Ізраїль має унікальну систему мобілізаційного резерву. Вона включає всіх колишніх військовослужбовців. Це дозволяє країні швидко збільшувати чисельність своїх збройних сил у разі необхідності. Призов на військову службу в Ізраїлі є обов'язковим для всіх здорових чоловіків віком від 18 до 29 років. Також призов є обов'язковим для незаміжніх жінок віком від 18 до 24 років. Усі призовники мають відповідати медичним стандартам. Такий підхід дозволяє значно збільшити чисельність армії. Зокрема, з початкових 200

тисяч військовослужбовців може бути швидко розгорнута до 800 тисяч осіб, добре підготовлених до бойових дій [3, с. 298].

Армія Швейцарії формується за змішаною системою. Ця система поєднує контрактників-офіцерів та призовників. Призовна служба є основою мобілізаційного резерву країни. Всі громадяни чоловічої статі підлягають службі. Служба триває зазвичай 260 днів, розподілених на 10 років. На сьогодні чисельність армії Швейцарії складає близько 140 тисяч осіб. З них, близько 25 тисяч є контрактниками – офіцерами. Однак, найбільш вражаючим є мобілізаційний потенціал країни. Добовий мобілізаційний резерв складає понад 600 тисяч осіб. Зокрема, за дві доби країна може поставити до строю майже два мільйони бійців. Це при тому, що загальна чисельність населення Швейцарії становить лише 8,6 мільйонів осіб. Важливою є ідея створення мобільної армії на основі резерву і озброєного населення. Ця ідея є ключовою для швейцарської оборонної стратегії. Військова служба здійснюється шляхом проведення тимчасових навчань. Це зручно для призовників та є малозатратним для держави. Така система дозволяє підтримувати зв'язок армії з населенням. Також сприяє швидкості і простоті мобілізації та зручності для військових. Важливою перевагою цієї моделі є постійний зв'язок між командувачами та підлеглими. Це підвищує ефективність управління у випадку виникнення воєнної необхідності. Швейцарія, відповідно, не утримує постійну армію в класичному розумінні. Натомість, вона спирається на загальну готовність населення до оборони. Це забезпечує швидку реакцію на загрози без надмірних фінансових витрат на утримання великих військових формувань [6, с. 32-33].

Важливо зазначити, що досвід закордонних країн не може бути повною мірою адаптований до українських реалій. Зокрема, в умовах активної фази бойових дій. Однією з ключових перешкод для ефективного застосування міжнародного досвіду є низка інституційних проблем. Означені проблеми суттєво ускладнюють перехід на нові стандарти публічного управління. Зокрема, в контексті посилення обороноздатності країни.

По-перше, однією з таких проблем є незавершеність адміністративно-територіальної реформи. Це створює значні інституційні диспропорції у взаємодії між органами державної влади та місцевого самоврядування різних рівнів. Зокрема, мова йде про прецедент, відомий як «Малехівський». Він продемонстрував проблеми в реалізації реформ на місцевому рівні. Це питання виникло після того, як суд ухвалив рішення про скасування приєднання Малехівської громади до Львівської об'єднаної територіальної громади. Однак, через відсутність чітко визначеного інституційного механізму для реалізації цього рішення, ситуація залишилася невизначеною. Це свідчить про недосконалість правових і організаційних аспектів проведених реформ.

Означені інституційні прогалини стають значним бар'єром для швидкого адаптування управлінських стандартів в умовах війни. Це потребує чіткої координації між різними рівнями влади. Також це потребує адекватної правової бази та здатності оперативно вирішувати суперечливі ситуації в межах територіальних одиниць [19]. Загострення ситуації на різних щаблях владної ієрархії призводить до поширення думок про можливість згортання процесу децентралізації. Причому, й до думок щодо посилення централізації влади. Це обговорення стосується періоду дії воєнного стану. Разом з тим, це розглядається як потенційний довгостроковий напрямок розвитку управлінської моделі в Україні. Такий підхід часто аргументується необхідністю зосередження більшої влади в руках центральних органів. Це потрібно для ефективнішого управління в умовах війни. Втім, виникає ризик повернення до менш гнучкої та динамічної моделі публічного управління. Це може загрожувати подальшому розвитку місцевого самоврядування. Також це може детермінувати зменшення рівня відповідальності місцевих органів перед громадянами.

По-друге, розподіл управлінських функцій між різними рівнями влади є недостатньо урегульованим. Причому, між органами державної влади, місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства в Україні. Це стосується не лише організації суспільного життя. Мова йде про ефективність економічних функцій, формування мобілізаційного резерву та забезпечення

безпеки. Невизначеність у цих питаннях ускладнює процеси управління в умовах воєнного стану. Це створює додаткові бар'єри для оптимальної координації та розподілу повноважень.

По-третє, система військового обліку та формування мобілізаційного резерву в Україні не зазнавала фундаментального перегляду з радянських часів. Це є критично важливими елементами обороноздатності держави. Це створює серйозні проблеми для оперативності і належного контролю з боку органів державної влади. Також з боку органів місцевого самоврядування, а також інститутів громадянського суспільства, які не були належним чином інтегровані в ці процеси. Тому, навіть такі інституції, як територіальна оборона, не були адекватно організовані і потребували введення нових нормативно-правових актів вже в умовах воєнного стану. Власне, територіальна оборона була започаткована тільки напередодні повномасштабного вторгнення російських військ.

По-четверте, в умовах воєнного стану ситуація ускладнюється інституційними проблемами. Зокрема, корупцією та іншими формами дисфункцій. Вони негативно впливають на ефективність публічного управління. Однією з найбільших проблем є опортуністична поведінка. Причому, як громадян, так і функціонерів державних органів. Так, спостерігаються численні випадки зловживань. Такі зловживання стосуються уникнення оподаткування, нецільового розподілу гуманітарної допомоги, маніпуляцій з земельними ресурсами. Також вони стосуються проблем, пов'язаних з виїздом чоловіків призовного віку за кордон.

Ураховуючи зазначене, на сучасному етапі особливе значення має підвищення ефективності публічного управління. Причому, шляхом впровадження інституційних стандартів. Такі стандарти відповідають найкращим практикам розвинених країн. Це насамперед стосується нових підходів до стратегічного планування розвитку держави в цілому. Також мова йде про підходи щодо її регіонів окремо. Це є важливим інструментом забезпечення стабільності в умовах воєнного стану.

Важливо, щоб Державна стратегія регіонального розвитку України чітко окреслювала стратегічні пріоритети для кожного з регіонів країни. Причому, з урахуванням їх специфіки. Це включає, зокрема, прикордонні з Європейським Союзом, Росією та Білоруссю регіони, прибережні території, центральні області, а також ті, які постраждали від бойових дій. Крім того, важливою складовою стратегічного планування є гармонізація процесу розробки стратегій розвитку на різних рівнях. Зокрема, на державному, регіональному, субрегіональному та локальному рівнях. Це забезпечить узгодженість між усіма рівнями управління та ефективну реалізацію поставлених завдань. Процес стратегічного планування розвитку регіонів повинен включати чітко визначений алгоритм. Він складається з п'яти основних етапів. Перший етап полягає у визначенні місця та ролі кожного великого регіону в Державній стратегії регіонального розвитку. Зокрема, західного, центрального, північного, південно-приморського та східного. Другим етапом є розробка стратегій розвитку для кожної окремої області. Причому, в межах цих великих регіонів. Третій етап передбачає створення стратегій розвитку для районів та територіальних громад відповідно до прийнятих обласних стратегій. Четвертий етап полягає в затвердженні щорічних планів розвитку для кожного регіону, також для району та громади. Завершальний, п'ятий етап, полягає у формуванні бюджетів на обласному, районному та місцевому рівнях. Вони повинні забезпечувати фінансування реалізації зазначених планів розвитку. Важливою умовою для успішної реалізації стратегії розвитку є узгодження стратегічних і операційних цілей на рівні територіальних громад. Причому, з відповідними планами розвитку районів і регіонів. Мова йде про те, щоб цілі та завдання громад не суперечили загальному стратегічному баченню розвитку регіону чи субрегіону.

Впровадження описаної моделі стратегічного планування передбачає інтеграцію зусиль усіх ланок системи публічного управління. Це включає органи державної влади, органи місцевого самоврядування та інститути громадянського суспільства. Для успішної реалізації цієї стратегії необхідне використання різних

механізмів інституційних змін. Зокрема тих, які сприятимуть досягненню поставлених цілей розвитку. Основними такими механізмами є наступні:

1. Фінансовий механізм. Він передбачає створення стабільної та ефективної системи фінансування заходів, які визначені у стратегічних документах і планах розвитку для конкретних територій та громад. Це включає забезпечення належного бюджетного фінансування. Також це включає оптимізацію розподілу коштів. Зокрема, залучення додаткових джерел фінансування, таких як інвестиції, гранти, приватні партнерства тощо.

2. Соціальний механізм. Цей механізм передбачає реформи соціальних інститутів. Зокрема, неформальних організацій та інститутів. Це необхідно для подолання існуючих інституційних дисфункцій, які перешкоджають розвитку держави та її регіонів. Це включає створення ефективних комунікаційних каналів між органами публічної влади та громадянами. Також мова йде про активізацію громадянської участі у процесах управління та розв'язання соціальних проблем, що виникають у період воєнного стану та післявоєнного відновлення.

3. Ринковий механізм. Цей механізм орієнтований на максимізацію ефективності використання наявних людських, природних та матеріальних ресурсів. Це передбачає впровадження відкритої конкуренції в ключових секторах економіки. Також це передбачає демонополізацію ринків, приватизацію державного та комунального майна, яке використовувалося недостатньо ефективно. Такий підхід дозволяє збільшити прозорість економічних процесів та залучити нові інвестиції та стимулювати інновації.

1.2 Публічне управління в сфері охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я є одним із найважливіших компонентів державного управління. Адже забезпечення здоров'я населення є основою для стабільного розвитку країни. Вона відіграє критичну роль для окремих громадян, які є її безпосередніми бенефіціарами. Також, у загальному контексті, вона

відіграє важливу роль для національної безпеки та розвитку держави. Забезпечення належних умов у цій сфері є обов'язком держави. Адже держава є відповідальною за підтримку здоров'я громадян і створення сприятливих умов для їхнього добробуту та розвитку. Цей аспект охорони здоров'я стає ще більш актуальним у період воєнного стану. Бо система охорони здоров'я має бути готовою до викликів, пов'язаних з підвищеними потребами населення в медичних послугах та ресурсах. Відповідно до сучасних вимог публічного управління, охорона здоров'я є пріоритетною сферою. У цій сфері держава має реалізувати комплексні заходи для гарантування доступу до медичних послуг. Причому, як для індивідуальних громадян, так і для суспільства в цілому. Це включає в себе медичну допомогу. Також це включає забезпечення ефективного управління ресурсами, підтримку санітарно-епідеміологічної безпеки. Зокрема, зміцнення інфраструктури охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій, таких як воєнні дії.

Обов'язком держави є створення сприятливих умов для ефективного та доступного для всіх верст населення якісного медичного обслуговування. В Україні медичну допомогу надають безоплатно в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Важливо, що наявну мережу державних закладів охорони здоров'я не може бути скорочено.

Кожна людина має вроджене та невід'ємне право на охорону власного здоров'я. Важливо, що суспільство і держава зобов'язані охороняти здоров'я і генетичну спадщину громадян України. Зокрема, на благо теперішнього і майбутніх поколінь. Крім того, держава повинна забезпечити, щоб охорона здоров'я була одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Вона повинна поліпшувати умови праці, навчання, побуту та відпочинку. Також мова йде про вирішення екологічних проблем, покращення медичного обслуговування. А також мова йде про сприяння формуванню здорового способу життя [29, с. 60].

Публічне управління в сфері охорони здоров'я є складним і багатогранним процесом. Він передбачає тісну взаємодію між державними, приватними та

громадськими секторами. Цей процес спрямований на ефективну реалізацію державної політики в цій критично важливій галузі. Метою такої взаємодії є забезпечення загальнодоступної та якісної медичної допомоги. Також метою є підтримка здоров'я населення. Зокрема, реагування на виклики, які виникають у зв'язку з надзвичайними ситуаціями, зокрема під час воєнного стану. Одним з ключових аспектів публічного управління є формування компетентної команди управлінців. Такі управлінці здатні ефективно керувати системою охорони здоров'я. Проте, представники органів державної влади не завжди мають достатній досвід та кваліфікацію. Вони здійснюють управлінські функції в цій сфері. Але через недостатній досвід це може негативно впливати на ефективність реалізації політики в галузі охорони здоров'я. В умовах воєнного стану це питання стає особливо актуальним. Адже навантаження на систему охорони здоров'я значно зростає. Не менш важливим є питання дотримання законодавчих норм та стандартів у сфері охорони здоров'я. Виявлення порушень законодавства та випадків неналежного виконання обов'язків посадовими особами повинно супроводжуватися відповідними заходами. Зокрема, притягненням винних до особистої відповідальності. У цьому контексті органи державної влади повинні значно посилити моніторинг і контроль за дотриманням законності. Причому, також за ефективністю управлінських рішень у галузі охорони здоров'я.

Публічне управління в сфері охорони здоров'я спрямоване на забезпечення рівного доступу громадян до медичних послуг. Також воно спрямоване на покращення ефективності системи охорони здоров'я. Зокрема, через низку ключових завдань:

- адаптація міжнародних практик у сфері охорони здоров'я задля модернізації системи.
- зменшення фінансових ризиків при отриманні та при наданні медичних послуг.
- поліпшення якості медичних послуг через інновації та через оновлення технологій.
- вдосконалення ресурсного забезпечення медичних установ.

- підвищення відповідальності населення за власне здоров'я та розвиток превентивної медицини.
- формування регіональних ринків медичних послуг з належною інфраструктурою та оптимальним логістичним супроводом.

Публічне управління в сфері охорони здоров'я в Україні базується на численних законодавчих та нормативно-правових актах. Вони формують правову основу для функціонування медичної системи. Ці акти регулюють різноманітні аспекти організації охорони здоров'я. Причому, починаючи від прав громадян на медичну допомогу до механізмів надання медичних послуг. Основним документом є Конституція України. Вона визначає загальні принципи правового забезпечення сфери охорони здоров'я. Також вона гарантує право громадян на отримання медичної допомоги. Важливу роль відіграють також міжнародні нормативно-правові акти. Зокрема ті, що ратифіковані Україною. Вони встановлюють міжнародні стандарти в галузі охорони здоров'я. Причому, у контексті прав людини і доступу до медичних послуг. Значним елементом є Цивільний кодекс та інші кодифіковані закони. Ці документи визначають правові засади щодо медичних контрактів. Також вони визначають правовідносин між медичними установами та пацієнтами. Крім того, закони України конкретизують регулювання організації та надання медичних послуг. Зокрема, Закон України "Про охорону здоров'я", що встановлює правила й стандарти в цій галузі. Мова йде й про Укази та розпорядження Президента України. Вони виконують роль нормативних актів, які сприяють реалізації державної політики в охороні здоров'я. Також мова йде про нормативно-правові акти Кабінету Міністрів України. Вони регламентують практичне виконання державних програм та забезпечення належного рівня медичних послуг. Важливими є також рішення Конституційного Суду України. Ці рішення дають тлумачення конституційних норм щодо прав громадян на медичну допомогу. Також вони встановлюють межі дії законів і нормативних актів. Важливі відомчі нормативно-правові акти, що видаються Міністерством охорони здоров'я України та іншими відомствами. Вони конкретизують державні стандарти й

процеси надання медичних послуг. Регулювання охорони здоров'я також здійснюється через нормативно-правові акти місцевих органів державної та виконавчої влади. Вони забезпечують організацію охорони здоров'я на місцевому рівні. Крім того, внутрішні нормативно-правові акти лікувально-профілактичних закладів регулюють порядок роботи в медичних установах. Зокрема, вони регулюють стандарти медичних послуг, етику роботи медичних працівників і забезпечення якості медичної допомоги [75, с. 278].

Насамперед потрібно згадати Конституцію України. Статтею 49 гарантується право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [81]. Основний закон нашої країни констатує, що на рівні держави повинні існувати необхідні умови. І ці умови повинні бути достатніми для ефективного і доступного для всіх громадян медичного забезпечення. В Україні медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безкоштовно. Причому, відповідно до законодавства, скорочення таких закладів, особливо в період воєнного стану, заборонено на законодавчому рівні.

Окрему увагу серед нормативно-правових актів слід приділити Цивільному кодексу України. Він регулює відносини публічного управління у сфері охорони здоров'я. Крім того, він визначає важливі правові аспекти, пов'язані з правом на охорону здоров'я. Зокрема, у статті 283 цього кодексу зазначено, що охорона здоров'я є результатом системної діяльності державних та інших організацій. Це реалізується відповідно до положень Конституції України [22] та законів. Ця норма відображає основні принципи, закріплені в Конституції. Вона є важливою для забезпечення права громадян на охорону здоров'я. Норма Цивільного кодексу прямо пов'язана з трактуванням основного закону держави. Мова йде про гарантування кожному дієздатному громадянину права на вибір законних засобів і шляхів досягнення фізичного, душевного та соціального благополуччя. Це право має бути реалізоване в межах конституційного забезпечення охорони здоров'я. Це створює правову основу для функціонування медичної системи та взаємодії пацієнтів із медичними установами [75, с. 279].

Поряд із цими нормативними документами варто згадати Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Цей закон визначає права громадян на охорону здоров'я (Ст. 6). Він регулює суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил громадян. Зокрема, їх високої працездатності і довголітнього активного життя. Також мова йде про усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я. Зокрема, про попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Наприклад, у цьому законі зазначається, що право на охорону здоров'я передбачає наступне [43]:

- життєвий рівень людини. Включно із їжею, одягом, житлом, медичним доглядом. Також включно із соціальним обслуговуванням і забезпеченням. Це необхідно для підтримання здоров'я людини.

- здорові і безпечні умови відпочинку, навчання, побуту та праці. Зокрема, також санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту.

- право отримувати кваліфіковану медико-санітарну допомогу. Причому, мова йде також про своєчасну та достовірну інформацію про здоров'я населення і про стан свого здоров'я.

- участь в обговоренні проектів законодавчих актів. Зокрема, внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я.

- участь в управлінні охороною здоров'я. Також включно з можливістю об'єднання в громадські організації з цією метою.

- оскарження неправомірних дій і рішень працівників закладів охорони здоров'я. Відповідно, мова йде про відшкодування заподіяної здоров'ю пацієнтів шкоди.

- правовий захист. Причому, від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я.

- безпечне для життя і здоров'я довкілля.

- можливість проведення незалежної медичної експертизи. Це у разі незгоди з висновками державної медичної експертизи. Зокрема, застосування до

нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути обмежені загальновизнані права людини і громадянина [43].

Треба згадати й інші основні законодавчі акти, які регулюють сферу охорони здоров'я в Україні. Це, зокрема, закони «Про лікарські засоби», «Про психіатричну допомогу», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». Також це закони «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення». Мова йде й про інші законодавчі акти, прийняті відповідно до них.

Оснoву державної політики у сфері охорони здоров'я визначає Верховна Рада України. Вона здійснює її формування відповідно до чинного законодавства. Цей процес включає закріплення конституційних та законодавчих принципів охорони здоров'я. Зокрема, визначення основних цілей, завдань, пріоритетів та напрямів державної політики. Крім того, важливим етапом є встановлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування в рамках цієї політики. Причому, створення механізмів регулювання через фінансові, податкові, митні та інші інструменти. Завдяки закріпленню у нормативних актах положенням, державна політика охорони здоров'я сприяє створенню правової та фінансової інфраструктури. Така інфраструктура необхідна для її реалізації. Важливою складовою є розробка та затвердження загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я. Вони координують і спрямовують державну діяльність у цій галузі. Відповідальність за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я несе Президент України. Він визначає стратегічний напрямок і забезпечує контроль за виконанням поставлених завдань. На практиці реалізація цієї політики покладається на органи державної виконавчої влади. Ці органи відповідають за безпосереднє впровадження законодавчих ініціатив. Зокрема, управлінських рішень та моніторинг ефективності функціонування системи

охорони здоров'я. Причому, в умовах постійно змінюваного середовища, зокрема у період воєнного стану [75, с. 281].

Система охорони здоров'я регулюється і на регіональному рівні. Причому, як загальнодержавними, так і місцевими нормативними актами. Місцеві органи влади розробляють програми охорони здоров'я. Вони визначають пріоритети та забезпечують фінансування медичних закладів. Це сприяє ефективному використанню ресурсів. А також сприяє покращенню доступу до медичних послуг на території регіону [75, с. 282].

Реформа системи охорони здоров'я України включає наступні положення:

1. Чітке розмежування між первинним, вторинним і третинним рівнями надання медичних послуг.
2. Закріплення за кожним рівнем надання медичної допомоги конкретного визначеного переліку медичних послуг.
3. Затвердження медичних стандартів, а також клінічних протоколів відповідно до європейських стандартів.
4. Ухвалення відповідних рішень про структурну реорганізацію системи охорони здоров'я. Зокрема, з боку місцевих та регіональних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я України.

Після проведення структурної реформи система охорони здоров'я має бути переоснащена. Це має відбутися відповідно до виконуваних функцій згідно з табелем оснащення. Такий табель затверджено центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я України [29, с. 60].

Запроваджена реформа системи охорони здоров'я в Україні передбачає перехід від радянської моделі Семашка до європейської системи. Вона орієнтована на принципи пацієнто-центричності. Також на принципи доступності, якості медичних послуг та ефективного управління ресурсами. Необхідно відмітити, що означена модель Семашка є системою обов'язкового медичного страхування. Причому, в рамках цієї системи медичне обслуговування безкоштовне для всіх. На відміну від моделі Беверіджа, де національна охорона здоров'я фінансується за рахунок спеціального

оподаткування населення. У моделі Семашка з державного бюджету фінансується охорона здоров'я [35].

Більшовики розпочали наприкінці 1917 року налагоджувати загальну систему охорону здоров'я, щойно прийшли до влади. Система названа на честь Семашка Миколи, який був у радянський період наркомом охорони здоров'я [35].

Державна політика щодо впровадження системи охорони здоров'я європейського зразка - це план поступового впровадження комплексних змін. Такі зміни передбачені Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [50].

Згідно з цим планом, у 2018 році розпочалась модернізація системи первинної медичної допомоги. Згодом, у 2019 році, тривала підготовка до трансформації спеціалізованих медичних послуг - поліклінік і лікарень. Це було у відповідності до державної політики в сфері охорони здоров'я.

Із 1 січня 2020 року нові механізми фінансування мали бути впроваджені вже на всіх рівнях медичної допомоги. Причому, від первинної ланки до стаціонару [29, с. 61-62].

В Основах українського законодавства з охорони здоров'я передбачено, що кожен пацієнт має право вільно обирати собі лікаря. Зокрема, за умови, що обраний лікар здатний надавати медичні послуги. Таке право вільного вибору лікаря є ключовою передумовою для впровадження в нашій країні системи сімейних лікарів. Однак існує «система сімейних лікарів», у якій лікарі закріплені за кожним регіоном. Це є незадовільним для пацієнтів.

У чинному законодавстві з охорони здоров'я закріплено, що первинну медичну допомогу можуть отримувати лише літні люди та діти. Тоді як здорові та працездатні люди отримують спеціалізовану та поглиблену допомогу. Це пояснюється тим, що за статистикою у розвинених країнах світу потреба в первинній допомозі сімейних лікарів є найвищою. А потреба в спеціалізованій допомозі – найнижчою. Власне, потреба у високоспеціалізованій допомозі є ще нижчою.

Водночас більшість захворювань можна діагностувати на рівні первинної медичної допомоги. Причому, без необхідності високоспеціалізованого втручання.

Сучасна вітчизняна фінансово-економічна реструктуризація системи охорони здоров'я базується на таких принципах:

- перерозподіл ресурсів між закладами охорони здоров'я з первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.
- концентрація бюджетів первинної медичної допомоги. Причому, включно з екстреною медичною допомогою. Зокрема, на районному та обласному рівнях. А бюджетів вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги – на обласному рівні.
- впровадження програмно-цільового методу у процес фінансування медичних послуг.
- розрахунок видатків на фінансування закладів охорони здоров'я. Тих закладів, що надають первинну медичну допомогу. Зокрема, на основі подушного фінансування закладів вторинної та третинної медичної допомоги на основі глобального бюджету [29, с. 62].

Таким чином, публічне управління в сфері охорони здоров'я в Україні здійснюється на достатній нормативно-правовій базі. Хоча суттєвий вплив на управлінські процеси накладає війна з росією та правовий режим воєнного стану.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

2.1 Нормативно-правові засади регулювання сфери охорони здоров'я

Стосовно аспектів, які торкаються нормативно-правового регулювання сфери охорони здоров'я населення в нашій країні, слід виділити важливі тези. У галузі охорони життя і здоров'я людини в Україні є ряд невирішених проблем і нерозв'язаних питань. Вони потребують вирішення в найближчий час. Зокрема, з огляду на те, що Україна претендує на вступ та членство в ЄС. Наша держава на сучасному етапі свого розвитку повинна вирішувати проблемні питання, які виникли і виникають у сфері забезпечення охорони здоров'я населення. Адже в європейських країнах життя та здоров'я людини є основним і найпріоритетнішим напрямком життєдіяльності суспільства і держави.

Наразі в нашій країні формування та реалізація нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я спрямоване на покращення фізичного та емоційного стану населення. Також воно спрямоване на надання доступної та якісної медичної допомоги. Зокрема, на стимулювання запиту на державні медичні послуги у сфері охорони здоров'я тощо.

Автори монографії “Інформаційні технології у сфері охорони здоров'я” зазначають, що ефективне функціонування закладів системи охорони здоров'я на ринку медичних послуг залежить від різних чинників. Зокрема, від узгодженого на всіх рівнях нормативно-правового забезпечення. Також від обраної стратегії розвитку медичних установ та організацій. Мова також йде про наявність висококваліфікованого персоналу, активної поведінки керівників різного рівня [2].

Важливим аспектом ефективного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я є сучасне, узгоджене, дієве нормативно-правове забезпечення, Причому, на всіх рівнях публічного управління. На сьогоднішній день

нормативно-правове регулювання сферою охорони здоров'я здійснюється на підставі Конституції України» [22]. Також регулюється Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [43]. Крім того, Галузевими Законами України, якими регулюються окремі напрями розвитку сфери охорони здоров'я. До таких документів можна віднести:

– Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб” від 06 квітня 2000 року № 1645-III [54].

– Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” від 23 грудня 2010 року № 2861-VI [52].

– Закон України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” від 03 грудня 2020 року № 1053-IX [61].

– Закон України “Про психіатричну допомогу” від 22 лютого 2000 року № 1489-III [60].

– Закон України “Про лікарські засоби” від 04 квітня 1996 № 123/96-ВР [56].

Також сфера охорони здоров'я регулюється іншими законодавчими актами. Зокрема, постанови КМУ, накази МОЗ, інструкції, стратегії розвитку, локальні нормативно-правові акти регіонального регулювання, статuti та регламенти окремих закладів охорони здоров'я та ін. Ці регулюючі акти прийняті на основі законодавчих документів [80, с. 142-143].

Одним із ключових нормативно-правових актів є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [43], прийнятий 19 листопада 1992 року під номером 2801-XII. Він визначає основи системи публічного управління охороною здоров'я в Україні. Цей закон став фундаментом для подальшого розвитку нормативно-правового забезпечення галузі охорони здоров'я. Разом з тим, протягом часу зазнав значних змін та доповнень. Ці зміни відображали еволюцію медичної сфери в умовах нових соціально-економічних реалій. Зокрема, оновлення цього законодавства в 2017 році було зумовлено підготовкою до впровадження медичної реформи. Реформа передбачала значні

структурні та організаційні зміни в системі охорони здоров'я. Одними з найважливіших аспектів Закону є визначення сучасної медичної термінології. Ця термінологія відповідає умовам ринкових відносин. Також вона корелює з регулюванням прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я. Крім того, відповідає встановленню економічних і організаційних засад функціонування медичної системи. Закон також охоплює різні аспекти забезпечення здоров'я та безпеки населення. Зокрема, включаючи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими засобами, охорону здоров'я матері та дитини. Крім того, включає також медичне обслуговування в санаторно-курортних установах. Орім того, він регламентує важливі напрямки: медична експертиза, фармацевтична діяльність та міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я.

Основним нормативно-правовим актом, який визначає процедури трансформації системи публічного управління охороною здоров'я в Україні, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [50]. Цей акт є основою для структурних змін у системі охорони здоров'я. Адже він регламентує реформування сфери медичного забезпечення на засадах програмного підходу. Закон містить основні положення щодо організації та реалізації медичних програм. Зокрема, програм фінансових гарантій медичних послуг. Одним із важливих аспектів цього законодавчого акту є регламентація механізмів контролю за виконанням програм медичного обслуговування. Визначена відповідальність за забезпечення фінансування медичних послуг. Вона покладається на центральні органи державної влади. Ці органи мають відповідні повноваження для регулювання фінансової складової медичної реформи. Контроль за якістю медичних послуг, в свою чергу, покладено на Міністерство охорони здоров'я України. Він є центральним органом, відповідальним за нагляд за стандартами медичного обслуговування. Продовженням цих змін у системі охорони здоров'я стало прийняття 14 листопада 2017 року Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській

місцевості». Цей закон був розроблений з метою усунення структурних та організаційних прогалин у медичному забезпеченні сільських територій. Ці території традиційно вважалися найменш забезпеченими у контексті надання медичних послуг. Закон включає низку заходів, які спрямовані на покращення доступу до медичного обслуговування для громадян. Зокрема, для громадян, які проживають у сільських районах. Також акцентовано увагу на підвищенні якості наданих послуг в цих умовах.

На думку А. Барзиловича, на яку посилається Р. Шевчук [80, с. 143], серед таких заходів важливо виокремити такі:

- створення умов для наближення якісного медичного обслуговування до населення. Зокрема шляхом розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільських районах, а також удосконалення медичної інфраструктури.

- впровадження інноваційних медичних технологій у сільську місцевість. Причому, включаючи використання телемедицини для покращення доступу до медичних послуг.

- розробка та реалізація комплексних програм з медичного обслуговування в сільських місцевостях. Зокрема, орієнтуючись на діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику захворювань, зокрема серед дітей, вагітних жінок та осіб похилого віку.

- забезпечення доступу до медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення в рамках державних програм медичних гарантій. Причому, за рахунок коштів державного бюджету, відповідно до чинного законодавства.

- розробка та реалізація програм для забезпечення сільського населення ефективними та необхідними лікарськими засобами, а також медичними виробами.

- запровадження ефективних механізмів для залучення кваліфікованих медичних та фармацевтичних працівників до роботи в сільській місцевості.

- створення необхідної телекомунікаційної інфраструктури для

забезпечення закладів охорони здоров'я. Зокрема, для лікарів загальної практики. Мова йде про сімейних лікарів і лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу в умовах реєстрації як фізичні особи-підприємці.

- розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для використання спеціальних санітарних транспортних засобів (авіаційних, водних, автомобільних), включаючи оснащення реанімаційними засобами для екстрених випадків;

- залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування сільських територій. Також мова йде про стимулювання державно-приватного партнерства та благодійної діяльності у галузі охорони здоров'я.

- активізація просвітницької діяльності серед сільського населення щодо здорового способу життя. Крім того, формування культури здоров'я, залучення до фізичної активності та спорту для підтримання здоров'я і забезпечення довголіття [2, с. 143].

Важливим нормативно-правовим актом, що регулює забезпечення населення лікарськими засобами, є Закон України від 4 квітня 1996 року “Про лікарські засоби”. Цей закон визначає правові та організаційні засади виробництва, обігу та контролю лікарських засобів на території України. Відповідно до цього законодавчого акта, встановлюються процедури створення лікарських засобів. Також мова йде про їх державну реєстрацію, а також про механізм забезпечення якості на всіх етапах. Зокрема, від виробництва до реалізації. Окрім того, Закон регламентує порядок ввезення та вивезення лікарських засобів. Це є важливим аспектом для інтеграції національної фармацевтичної системи в міжнародний ринок. Особливістю сфери виробництва та розповсюдження лікарських засобів є її висока централізація. Це обумовлює наявність чіткої державної моніторингової системи [56].

Одним із базових документів, що визначають напрямки реформування системи охорони здоров'я в Україні, є Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 роки. У цьому документі

здійснено детальний аналіз показників стану здоров'я населення. Також здійснено оцінку ефективності функціонування охорони здоров'я в Україні. Стратегія окреслює основні цілі, цінності та завдання, що мають забезпечити підвищення якості медичних послуг. Причому, розвиток системи в цілому. Однією з важливих складових стратегії є визначення нової архітектури системи охорони здоров'я. Вона спрямована на поліпшення доступності та якості медичних послуг для всіх громадян. Серед стратегічних пріоритетів особливу увагу приділено сфері надання медичних послуг. Зокрема, акцентовано на необхідності зміцнення первинної медичної допомоги. Також мова йде про реформування мережі лікарень, розбудову системи громадського здоров'я. Крім того, мова йде про модернізацію служби екстреної медичної допомоги. Важливим аспектом стратегії є також вдосконалення стоматологічної допомоги. Це має на меті забезпечити її доступність та підвищити ефективність надання відповідних послуг населенню. [41]. Серед основних напрямів реформування системи охорони здоров'я слід виокремити кілька ключових аспектів. Вони залишаються актуальними на сьогоднішній день і відображені в Стратегії. Зокрема, пропонується прийняти закони, що регулюють систему управління якістю медичних послуг. Причому, орієнтуючись на вимоги Європейського Союзу. Важливою частиною є розробка та імплементація низки законодавчих актів, що встановлюють стандарти, правила та норми. Зокрема, щодо забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських засобів відповідно до європейських стандартів. Також передбачено запровадження ліцензування діяльності лікарів і укладання угод із ними. Це сприятиме підвищенню відповідальності медичних працівників. Одним із стратегічних кроків є автономізація медичних закладів за новою схемою. Також мова йде про укладання угод з їх керівниками. Це дозволить посилити ефективність управління на місцях. Крім того, планується збільшити фінансування закладів охорони здоров'я. Це збільшення фінансування здійсниться через використання державних субвенцій на надання медичних послуг. Важливим кроком у забезпеченні високого рівня медичного обслуговування є продовження розвитку

системи безперервної освіти у сфері охорони здоров'я. Це дозволить медичним працівникам постійно удосконалювати свої навички. Зокрема, відповідати сучасним вимогам медичної практики [54].

Також важливим етапом у розвитку сфери охорони здоров'я України стало започаткування Урядом України трансформаційної реформи в 2015 році. Ця реформа мала на меті забезпечення рівного доступу всіх громадян країни до якісних медичних послуг. Зокрема, організаційну та концептуальну зміну системи охорони здоров'я. Основною метою реформування було зосередження уваги на споживачах медичних послуг. Це передбачає адаптацію медичних установ до потреб та інтересів пацієнтів. Також це передбачає покращення якості обслуговування та забезпечення доступу до медичних послуг на всіх рівнях системи [80, с. 144].

Правовий режим воєнного стану в Україні [59] суттєво змінює організацію та функціонування системи охорони здоров'я.

Адже воєнний стан - це особливий правовий режим. Він вводиться в Україні або в окремих її місцевостях у разі збройної агресії чи загрози нападу. Також в разі небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності. Він передбачає надання органам державної влади, військовим адміністраціям, органам місцевого самоврядування відповідних повноважень. Ці повноваження спрямовані на відсіч агресії [59]. На сьогодні це агресія з боку російської федерації.

Воєнний стан в Україні вимагає радикального перерозподілу ресурсів. Також він вимагає зміни пріоритетів та адаптації управлінських процесів до умов надзвичайної ситуації. У цих умовах система охорони здоров'я повинна забезпечувати медичне обслуговування цивільного населення. Також вона повинна ефективно виконувати специфічні завдання. Зокрема ті, що пов'язані з потребами збройних сил, внутрішньо переміщених осіб і загальними гуманітарними потребами.

Однією з основних особливостей воєнного стану є зміна структури управління охороною здоров'я. Це полягає в концентрації повноважень на

центральному рівні. Це дозволяє швидше реагувати на кризові ситуації та ефективніше координувати ресурси для надання допомоги в умовах бойових дій. Водночас, така централізація управлінських функцій вимагає термінового впровадження механізмів пріоритетного розподілу медичних і матеріальних ресурсів. Це забезпечить їх ефективне використання. Крім того, адаптація нормативно-правової бази до вимог кризового управління є ключовою умовою для забезпечення належної медичної допомоги в умовах воєнного стану. Це включає розробку спеціальних регламентів і процедур. Означені процедури сприятимуть організації надання медичних послуг. Причому, як для населення в зонах бойових дій, так і для переселенців. Важливим аспектом є розробка ефективних механізмів координації між центральними органами влади та місцевими адміністраціями. Це дозволить оперативно реагувати на зміни ситуації та забезпечити безперервний процес надання медичних послуг у складних умовах. Окремо важливо забезпечити юридичну підтримку медичних працівників, які працюють у складних умовах [3, с. 297].

Перспективним напрямом розвитку системи охорони здоров'я під час воєнного стану є впровадження уніфікованих стандартів для мобільних медичних пунктів. Вони можуть бути адаптовані до різних умов в залежності від інтенсивності бойових дій. Уніфікація таких стандартів дозволить значно зменшити адміністративні бар'єри при створенні тимчасових медичних установ. Причому, для тих, що функціонуватимуть у зонах конфлікту. Це також сприятиме підвищенню ефективності використання мобільних ресурсів. Адже забезпечить швидке реагування на зміну обставин та оптимізацію процесів надання медичної допомоги в умовах надзвичайної ситуації.

У таблиці 2.1 узагальнено дані щодо впливу воєнного стану на функціонування системи охорони здоров'я. Це дозволяє оцінити ключові виклики та визначити пріоритети для подальшого розвитку медичної інфраструктури в умовах війни.

Під час воєнного стану медичні заклади стикаються з різким збільшенням навантаження. Зокрема, через приплив пацієнтів із зон бойових дій. Це створює

значне навантаження на інфраструктуру та ресурси охорони здоров'я. Причому, це ускладнює надання медичних послуг.

Табл. 2.1

Вплив воєнного стану на функціонування охорони здоров'я [3, с. 296]

Аспект	Позитивні зміни	Негативні наслідки
Централізація управління	Швидкість прийняття рішень	Втрата регіональної гнучкості
Перерозподіл ресурсів	Підтримка критичних зон	Зниження доступності в мирних регіонах
Надання допомоги військовим	Створення мобільних медичних пунктів	Перевантаження медичної системи
Міжнародна допомога	Залучення гуманітарних ресурсів	Бюрократичні перешкоди

Крім того, частина лікарень може зазнати руйнувань внаслідок бойових дій. Це ставить перед органами влади завдання організації тимчасових мобільних медичних пунктів для забезпечення безперервного надання медичної допомоги. Це вимагає модернізації системи логістики охорони здоров'я. Зокрема, забезпечення швидкого транспортування медикаментів і пацієнтів до найближчих доступних лікувальних установ. Враховуючи досвід країн ЄС, особливо в умовах кризових ситуацій, важливою є концепція створення кризових резервів. Мова йде про мобільні медичні ресурси, які можуть бути оперативно розгорнуті у випадку воєнних дій чи інших надзвичайних обставин. Ці резерви можуть включати не лише медикаменти та медичне обладнання. Вони також можуть включати підготовлені мобільні медичні групи, що забезпечать швидке реагування на надзвичайні ситуації.

Цілком слушно зазначає К. Гао, що дієве публічне управління в кризових умовах базується на чітких адміністрованих алгоритмах прийняття рішень. Це дозволяє мінімізувати затримки у наданні допомоги, медичної зокрема [91]. Для посилення дієвості системи охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в умовах воєнного стану необхідно наступне:

1. Брати до уваги специфіку наявних ресурсів.

2. Соціально-економічні умови. Зокрема ті, що склалися на даний час і даному конкретному регіоні чи субрегіоні.
3. Відпрацювати чіткі механізми взаємодії між центральними, регіональними та місцевими органами публічної влади.

2.2 Організація публічного управління медичним закладом (на прикладі Клініки державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»)

Із початку повномасштабної війни Росія здійснила майже дві тисячі атак на медичну інфраструктуру України. Це є рекордним показником. Такий показник не має аналогів у гуманітарних надзвичайних ситуаціях у світі. На це вказують у Всесвітній організації охорони здоров'я. Атаки на об'єкти сфери охорони здоров'я стали регулярними. Причому, починаючи з грудня 2023 року, такі інциденти відбуваються майже щодня.

Це створює величезні виклики для забезпечення медичних послуг. Також постають виклики щодо відновлення зруйнованих закладів та захисту медичних працівників. Це підвищує важливість ефективного реагування на кризову ситуацію в умовах війни [68].

Станом на жовтень 2024 року російський агресор різними засобами повністю зруйнував 226 медичних закладів. Це ті заклади, що не підлягають відновленню.

У жовтні 2022 року таких установ було 144, за 2023 рік росіяни зруйнували ще 46 закладів, за 2024 рік – наразі їх 36.

Пошкоджено під час повномасштабної війни 1 тисячу 685 об'єктів. У жовтні 2022-го їх було 920. До жовтня 2023 року було пошкоджено ще 529 установ, а до жовтня 2024 року таких стало ще 236 [68].

Найбільше руйнувань у Харківській, Київській, Чернігівській, Донецькій, Дніпропетровській, Миколаївській, Херсонській та Запорізькій області. Оцінити

ступінь руйнування лікувальних установ на окупованих територіях наразі неможливо [68].

За час повномасштабного вторгнення внаслідок атак агресором було пошкоджено 1642 медичних об'єкти у 676 закладах охорони здоров'я. Причому, 214 об'єктів 99 медзакладів було зруйновано повністю. Росіяни цілеспрямовано атакують лікарні, пологові будинки, амбулаторії та поліклініки [72].

До початку військових дій у Харківській області у медичній сфері функціонувало 58 закладів обласного підпорядкування. Також було 69 міських закладів первинної та вторинної медичної допомоги та 69 районних лікарень.

Станом на 2024 рік на підконтрольній Україні території у Харківській області працює 164 заклади охорони здоров'я первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Зокрема: 47 медичних закладів обласного підпорядкування, 68 міських, 20 центральних районних лікарень, 29 центрів первинної медичної допомоги, амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів [31].

Станом на 19 листопада 2024 року понад 70% закладів охорони здоров'я в Харкові були пошкоджені. Причому, після початку повномасштабного вторгнення російської федерації [73].

Розглянемо організацію публічного управління на прикладі Клініки державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». Відповідно до Статуту, Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України» є науковою, неприбутковою установою. Вона заснована на державній власності і відноситься до відання Національної академії медичних наук України. Установу засновано 8 червня 1907 р. під назвою Медико-механічний інститут [71].

Відповідно до Положення, Клініка Державної установи «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України» є закладом охорони здоров'я. Він являється лікувально-

навчально-науковим структурним підрозділом державної наукової установи Національної академії медичних наук України [45].

Табл. 2.2

Лікарський штат

	Абсолютне число	%
Всього посад	66,5	100,0%
Зайнятих посад	60	90,2%
Фізичних осіб	61	91,7%
із них:		
– лікарів ортопедів-травматологів	32	53,3%
– лікарів інших спеціальностей	29	48,3%
Лікарі керівники	2	3,3%
– лікарів ортопедів-травматологів	32	53,3%
- анестезіолог	10	16,7%
- онколог	1	1,7%
- невролог	0	0,0%
терапевт	1	1,7%
Лікар ЛФК	1	1,7%
нейрохірург	1	1,7%
- стоматолог	0	0,0%
- фізіотерапевт	1	1,7%
- фізичний терапевт	0	0,0%
- педіатр	1	1,7%
- лікар-лаборант	7	11,7%
- патологоанатом	1	1,7%
- рентгенолог	2	3,3%
лікар медстатистик	0	0,0%
- епідеміолог	1	1,7%
	61	
із них:		
– лікарів стаціонару	54	90,0%
– лікарів поліклініки	7	11,7%
із них:		
– докторів наук	5	8,2%
– кандидатів наук	22	36,1%
із них мають категорію:		
– вищу	41	67,2%
– першу	3	4,9%
– другу	4	6,6%
Проатестовано наукових співробітників (на лікарські категорії)		
– вища - 15		
– перша - 1		
– друга - 2		

На сьогодні Клініка державної установи «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М. І. Ситенка НАМН України» має акредитаційний Сертифікат вищої категорії. У клініці висококваліфікований персонал (табл. 2.2).

Показники роботи дитячого та дорослого підрозділів консультативно-поліклінічного відділення за останні 5 років наведені у таблиці 2.3.

Табл. 2.3

Показники роботи консультативно-поліклінічного відділення.

Поліклініка:	Абсолютне число	%
Прийнято хворих	16544	100%
з них:		
із міста Харкова	12569	76,0%
з сільської місцевості	2308	10,2%
дітей	2613	15,8%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	10	0,1
військовослужбовців	1271	8,6%

В обстеженні хворих (табл. 2.4), які звертаються за консультативною допомогою, беруть участь лікарі та наукові співробітники. Причому, з різних клінічних підрозділів.

Табл. 2.4

Прийнято хворих (з консультаціями)

	2019р.	2020р.	2021р.	2022р.	2023р.
Разом по дорослому відділенню	20793	14630	15706	6465	14112
Разом по дитячому відділенню	11655	6038	6472	1082	2613
ВСЬОГО:	32448	20668	22178	7547	16544

Також беруть участь працівники усіх наукових лабораторій та відділів інституту: біохімії, імунології, патоморфології, патофізіології, біомеханіки, рентгенології, спеціалісти відділень відновного лікування та реабілітації.

Хворі, які звертались на прийом в консультативне відділення інституту (табл. 2.5), мали можливість пройти всебічне обстеження. Зокрема, в лабораторіях та відділах із застосуванням сучасних методів дослідження:

- рентгендіагностика.
- комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія.
- денситометрія.
- УЗ-діагностика.
- патофізіологічне обстеження. Зокрема, реовазографія з комп'ютерним аналізом, електрокардіографія, поверхнева електроміографія, стимуляційна електронейроміографія.
- біомеханічне дослідження. Зокрема, визначення центру ваги, функціональної опороздатності нижніх кінцівок, стійкості опорно-рухової системи, зміни сили й витривалості м'язів тулубу.
- клінічне і біохімічне дослідження крові і сечі. Причому, з визначенням метаболізму основних структурних компонентів сполучної тканини.
- дослідження в лабораторії патогістоморфології.

Основні задачі відділення:

- консультативний прийом. Зокрема, з участю провідних фахівців інституту, хворих із захворюваннями і наслідками травм опорно-рухової системи.
- відбір хворих із захворюваннями й наслідками травм хребта й суглобів. Зокрема, для стаціонарного (консервативного і оперативного) лікування.
- амбулаторне лікування хворих. Зокрема, із захворюваннями й наслідками травм хребта і суглобів.

Показники роботи стаціонару

	Кількість ліжок	Проліковано пацієнтів	Число днів роботи ліжка	Середня тривалість перебування хворого на ліжку	Середній обіг ліжка	Число операцій	Хірургічна активність, %
Ортопедичної артрології та ендопротезування	55	786	295,2	21,2	14,3	591	77,3
Дитячої ортопедії	51	285	124,8	21,9	5,9	181	62,4
Вертебології	67	1003	274,8	18,2	15,6	551	54,6
Невідкладної травматології та відновної хірургії	61	899	596,0	40,2	14,7	671	74,2
Анестезіології та ІТ	6						
Загалом	240	2973	326,2	26,3	12,6	1994	67,0

З них мешканці села – 599; Чорнобильці – 17; дітей до 18 років 214; військовослужбовці – 1270.

Клініка має стаціонар на 240 ліжок, містить в собі відділення ортопедичної артрології та ендопротезування на 55 ліжок, дитячої ортопедії на 51 ліжку, вертебології на 67 ліжок, невідкладної травматології та відновної хірургії на 61 ліжку та відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок. Можливість відвідувань лікарів поліклініки складає 31200 на рік.

У таблиці 2.6. наведено розподіл пацієнтів по областях України, які були проліковані в стаціонарних відділеннях установ НАМН України за 2023 рік.

В умовах Інституту використовується підхід комплексної етапної підготовки пацієнтів з вогнепальними пораненнями. Він полягає в етапних некректоміях із застосуванням ВАК терапії. Зокрема, із застосуванням ультразвукового дебрідменту CareMaster-E та супровідної таргетної фармакотерапії. У Клініці самостійно виконують заміщення дефектів м'яких тканим типу 3В, 3С за Gustilo-Anderson різними видами клаптів згідно концепції ангиосом.

Розподіл пацієнтів по областях України, які були проліковані в стаціонарних відділеннях установ НАМН України за 2023 рік

Область	Кількість хворих загальна
АР Крим	0
Вінницька	39
Волинська	58
Дніпропетровська	129
Донецька	67
Житомирська	16
Закарпатська	17
Запорізька	38
Івано-Франківська	15
Київська	15
Кіровоградська	19
Луганська	28
Львівська	52
Миколаївська	27
Одеська	30
Полтавська	64
Рівненська	35
Сумська	61
Тернопільська	28
Харківська	852
Херсонська	9
Хмельницька	28
Черкаська	27
Чернівецька	22
Чернігівська	12
м. Севастополь	0
м. Київ	31
м. Харків	1380

За необхідності, застосовується тимчасове заміщення кісткових дефектів металоцементними спейсерами. Є позитивний практичний досвід виконання заключних реконструктивних втручань на кістковому скелеті.

Наразі, ДУ «ПІХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ» є єдиним медичним закладом у м. Харкові, що має змогу надавати такий обсяг медичної допомоги. За необхідності спеціалісти Клініки надають професійну допомогу іншим медичним закладам.

Загалом, в період з 2022 по 2023рр було виконано 59 заміщень дефектів м'яких тканин різних локалізацій. Причому, без залучення суміжних спеціалістів.

На базі лабораторії нових матеріалів у звітному періоді почала працювати група 3D-друку. Дана методика дозволяє за допомогою попереднього КТ дослідження робити тривимірну модель ураженої ділянки. Зокрема, з подальшим 3D-друком з полімеру для кращої візуалізації та планування оперативного втручання. В подальшому планується за допомогою 3D-принтера виготовляти індивідуальні імпланти з титану задля заміщення дефектів кісток.

Враховуючи виклики сьогодення значна увага приділяється реабілітаційному лікуванню пацієнтів після поранень та травм.

У складі відділення відновного лікування та реабілітації є кабінети лікувальної фізкультури, механотерапії і водний підрозділ - лікувальний басейн, ванни. Для відновного лікування хворих всіх клінічних відділень використовуються різні методи (табл. 2.7).

Зокрема, активно використовуються наступні методи:

- різні види масажу м'язів, зокрема, за показаннями (зміцнюючий, розслаблюючий, сегментарний, точковий).
- різні види лікувальної фізкультури (такі, як дихальна гімнастика, що зміцнює м'язово-зв'язковий апарат, загальнозміцнююча).
- ручна розробка рухів в суглобах, причому, як при консервативному лікуванні, так і в післяопераційному періоді.
- механотерапія в такому ж аспекті, як і ручна розробка.
- сухе горизонтальне витягування всіх відділів хребта, зокрема, і великих суглобів за клінічними показаннями на столах для сухого витягування.
- вертикальне сухе витягування шийного відділу хребта в спеціальному кріслі.
- підводне витягування хребта і суглобів на похилій поверхні в ванні, зокрема, за допомогою спеціальних пристроїв і поясів, розроблених співробітниками відділення.

- підводне вертикальне витягування хребта в басейні з допомогою спеціальних пристроїв і поясів, розроблених співробітниками відділення, що дозволяє проводити тракцію шийного відділу.
- гідрокінезотерапія, зокрема, як у ванні (для дітей до 4 років), так і для пацієнтів інших вікових груп.
- перлинні кисневі ванни, зокрема, для поліпшення обмінних процесів організму.
- підводний душ-масаж (гідромасаж), який особливо показаний спільно з перлинними ваннами.

Відділення обладнане сучасною апаратурою. Зокрема, 1 стіл «Фінтрак» виробництва Фінляндія (відремонтований своїми силами в 2020 році). Також є апарати Густава Цандера для механотерапії, відновлені в 2023 році. Крім того, є пристрій «Коромисло» для усунення контрактур плечових суглобів і зміцнення м'язів плечового поясу.

За 2023 рік у відділенні проліковано 1288 пацієнтів. Це вже більше, ніж в 2 рази у порівнянні з 2022 роком (537 пацієнтів). З них 53 пацієнта – дитячого віку (2022р. – 26).

У Клініці проведена лікувальна фізкультура, в тому числі постізометрична, ізометрична, селективна, стабілізуюча гімнастика для 1288 хворих. У порівнянні із минулим роком хворі стали більш складні. Зокрема, точки зору відновного лікування та реабілітації. Більша частина хворих – це були військовослужбовці. Вони поступили в інститут для реабілітаційного лікування після травматичних пошкоджень кінцівок. Такі хворі потребують більше занять ручною розробкою рухів суглобів, занять по відновленню стереотипу ходьби 2-3 рази в день. А деякі потребують цього 4 рази в день. Таких пацієнтів було 751. Це спостерігається у збільшенні відсотку хворих, яких вчили ходьбі - 664 хворий із 1288. Кількість занять різними видами кінезіотерапії була 59561, що значно більше ніж в 2022 році.

Механотерапія була проведена 698 хворим. Втім, протягом більш тривалішого часу та декілька разів в день.

Впровадження нових методів в роботу клініки

№	Назва методу	Назва клінічного відділу чи лабораторії	Ефективність
1.	Перелом вертлюгової западини типу 62-B1.3 (AO/ASIF). Напружено-деформований стан системи «ендопротез - таз» (частина друга) /	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
2.	Біомеханічне обґрунтування алгоритму вибору варіанту коригуючої остеотомії V плеснової кістки в лікуванні деформації Тейлора	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
3.	Спосіб заміщення післярезекційного дефекту періацетабулярної ділянки тазу	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
4.	Хірургічне лікування періацетабулярних пухлинних дефектів кісток тазу	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
5.	Сучасна тактика лікування післятравматичної позасуглобової деформації стегнової кістки	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
6.	Підходи до хірургічного лікування та антибактеріальної терапії хворих на хронічну інфекцію після бойових поранень	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
7.	Реабілітація пацієнтів після хірургічного лікування статичних деформацій переднього відділу стопи	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
8.	Біомеханічне обґрунтування алгоритму вибору варіанта дистальної коригувальної остеотомії II-IV плеснових кісток при лікуванні метатарзалгії	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
9.	Проблемні питання лікування вогнепальних переломів діяфізу довгих кісток кінцівок	Відділення невідкладної травматичної та відновної хірургії	висока
10.	Ендопротезування за допомогою нових конструкцій ендопротезів колінного суглоба Covision (виробництво Великобританія)	Відділення ортопедичної артрології та ендопротезування	висока
11.	Ендопротезування за допомогою нових конструкцій ендопротезів кульшового суглоба Covision (виробництво Великобританія)	Відділення ортопедичної артрології та ендопротезування	висока
12.	Планування операцій ендопротезування із застосуванням показників сагітального балансу хребта та тазу, що виникають у хворих із поєднаною патологією з боку кульшового суглоба та поперекового відділу хребта	Відділення ортопедичної артрології та ендопротезування	висока
13.	Ендопротезування за допомогою нових ревізійних конструкцій ендопротезів кульшового суглоба Renova (виробництво Китай)	Відділення ортопедичної артрології та ендопротезування	висока
14.	Спосіб оцінки можливих запальних післяопераційних ускладнень у хворих із дегенеративними захворюваннями хребта, які потребують трінаспікулярної фіксації	Відділ вертебології	висока
15.	Ендопротез між хребцевого диска шийного відділу хребта	Відділ вертебології	висока
16.	Використання титанової сітки при інтрамедулярному остеосинтезі в хірургічному лікуванні переломів довгих кісток у дітей із недосконалим остеогенезом	Відділення дитячої ортопедії	висока
17.	Застосування адаптованих шкал для оцінки функціонального стану ураженої в/кінцівки у дітей з акушерським паралічем Дюшена-Ерба	Відділення дитячої ортопедії	висока
18.	Методика керованої гіпотензії під час оперативних втручань на хребті	Відділення анестезіології та ІТ	висока

Ручна розробка рухів у суглобах проведена 751 хворому (у минулому році - 90 хворим). Сухе горизонтальне та вертикальне витягування проведене - 195

хворим (у 2022 році – 56). Масаж було проведено 1156 хворому (2022р. - 400 хворим). Але середній курс складав 14 процедур, на відміну від минулого року, коли середній курс складав 16 процедур. Міофасціальний реліз було виконано 253 пацієнтам (у 2022 році - 43 пацієнтам). Гідрокінезотерапія, в тому числі підводна тракція була проведена – 74 хворим (72 хворих – у 2022 році). Це обумовлено ремонтом та заміною обладнання, перебоями у електроживленні.

За звітний рік в ургентному порядку надана допомога 177 пацієнтам. Це значно вище за показника минулого року (81) в умовах обмежень військового часу.

У приймальному відділенні прийнято та оформлено на стаціонарне лікування у підрозділі інституту 2973 пацієнтів. Це на 1734 пацієнтів більше, ніж у минулому році, тобто на 42,4 %. Це, окрім ургентних випадків. Серед усіх госпіталізованих пацієнтів до клініки інституту військовослужбовці склали 1270 пацієнтів. Вони були переведені з Військово-медичного клінічного Центру Північного регіону. Вони були направлені на лікування його амбулаторією, шпиталем МВС та Центральним госпіталем військово-медичного управління СБУ. В інституті було виконано 926 оперативних втручань військовослужбовцям.

Оснащення клінічних і лабораторних підрозділів інституту лікувально-діагностичними та допоміжними приладами дозволяє в повному обсязі виконувати обстеження. Зокрема, дозволяє виконувати лікування хворих на сучасному рівні. Саме тому на базі клінічних підрозділів фахівці Інституту продовжують успішно втілювати нові види оперативних втручань. Зокрема, використовувати нові види ендопротезів кульшового та колінного суглобів, нові фіксатори та конструкції для стабілізації хребта. Причому, виробництва провідних закордонних компаній. Також застосовуються нові методики ендоскопічної малоінвазивної хірургії хребта, плечового та колінного суглобів.

Атестація молодших спеціалістів з медичною освітою у звітному періоді не проводилась у зв'язку з військовим станом в Україні.

Атестація лікарів проводилась у Харківській філії атестаційної комісії НАМН України. За звітний період пройшли атестацію 8 лікарів. З них, 6 на вищу категорію, 1 на першу категорію та 1 на 2 категорію.

У 2023 році на клінічну діяльність Інституту впливали військовий стан в Україні та наближеність міста Харкова до лінії фронту. Через ці фактори 42,4 % пацієнтів стаціонару були військовослужбовцями Збройних Сил України з пораненнями та ушкодженнями опорно-рухової системи. За звітний період у стаціонарі проліковано 2973 пацієнта, з них прооперовано 1994 пацієнта. Хірургічна активність склала 67 %. Через постійні обстріли м. Харкова суттєво знизилась кількість госпіталізованих пацієнтів дитячого віку. У той же час відновила свою роботу група хірургічного лікування сколіотичної деформації. Відновила також свою діяльність до передвійськового рівня і робота амбулаторного-поліклінічного відділення. Зокрема, було прийнято 14412 дорослих пацієнтів. Співробітники Інституту активно працювали також у військовому шпиталі (ВКМЦПР) та у лікарнях прифронтових та деокупованих регіонів.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

3.1 Забезпечення перманентного підвищення кваліфікації працівників сфери охорони здоров'я

Звернемось до визначення напрямів покращення публічного управління в сфері охорони здоров'я. Важливо чітко сформулювати мету, цілі та завдання, які слід вирішити для досягнення основного завдання.

Важливою є мета досягнення ефективної оптимізації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я. Задля цього необхідно звернути увагу на основні напрямки та завдання. Вони визначаються в Додатку А. В цьому документі окреслено ключові аспекти. Ці аспекти включають раціональне використання наявних ресурсів, підвищення доступності і якості медичних послуг, зниження рівня захворюваності та смертності. Також вони включають створення належних умов для функціонування системи охорони здоров'я. Одним із важливих елементів таких умов є державна політика. Вона спрямована на перманентне підвищення кваліфікації працівників медичної сфери. Військова агресія Російської Федерації проти України, яка розпочалася 24 лютого 2022 року, стала значним викликом для національної безпеки держави. Крім того, ця агресія завдала серйозної шкоди сфері охорони здоров'я. Насамперед це виразилося у руйнуванні медичної інфраструктури. Це призвело до неможливості забезпечення належної профілактики та лікування. Також це призвело до зниження доступності медичних послуг, а також до дефіциту медичних кадрів у ряді регіонів. Крім того, значні порушення логістичних ланцюгів ускладнили своєчасне та повне постачання медичних засобів населенню. Окрім того, внутрішні та зовнішні міграційні процеси суттєво змінили попит на медичні послуги в різних регіонах країни.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) наразі вирішує медичні проблеми воєнного часу. Також воно повинно паралельно розробляти стратегію відновлення системи охорони здоров'я після закінчення війни. Таким чином, публічне управління в сфері охорони здоров'я має передбачати формування нової концепції охорони здоров'я в Україні. Це включає визначення стратегій для оптимальної організації охорони здоров'я на національному рівні. Також мова йде про поліпшення рівня здоров'я населення, пропагування здорового способу життя. Зокрема, про розробку комплексної медичної та соціальної профілактики захворювань, реабілітації постраждалих від війни. Ключовим завданням є забезпечення державою належного рівня медичних послуг для населення. Зокрема, на деокупованих територіях. Це повинно відповідати або перевищувати рівень послуг до початку воєнних дій. Введення воєнного стану в Україні суттєво вплинуло на діяльність системи охорони здоров'я. Це вимагає оперативного прийняття рішень для забезпечення її функціонування в умовах кризових ситуацій. Одним із перших таких кроків стало ухвалення Міністерством охорони здоров'я наказу від 25 лютого 2022 року. Назва цього наказу: «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил» [84].

В умовах воєнного стану система охорони здоров'я в Україні зазнала значних змін. Вони потребували оперативної адаптації на всіх рівнях управління:

- Міністерство охорони здоров'я України здійснює комплекс заходів для забезпечення готовності визначених закладів охорони здоров'я та інших необхідних сил і засобів. Зокрема тих, що здатні надавати медичну допомогу військовослужбовцям під час дії воєнного стану. Це включає організацію постійної готовності медичних установ до виконання своїх функцій в умовах бойових дій.

- Обласні державні адміністрації, за участю органів місцевого самоврядування, в рамках своєї компетенції визначають медичні заклади комунальної власності. Саме ті заклади, які можуть бути залучені для надання вторинної та третинної медичної допомоги. Цей процес відбувається за

пропозицією Міністерства оборони України. Це забезпечує узгодженість між цивільною та військовою медициною в умовах воєнного часу.

– Національна академія медичних наук України бере на себе функцію надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я. Саме тим закладам, що виконують медичні функції під час воєнного стану. Це включає розробку та імплементацію нових методичних рекомендацій, підвищення кваліфікації медичних працівників, а також надання наукової підтримки для удосконалення медичної практики в умовах війни [67, с. 144].

В умовах сучасних соціально-економічних викликів і загроз одним із основних напрямків ефективного управління медичними закладами в Україні є розробка та реалізація оптимальної кадрової політики. Це визначається наступними базовими аспектами.

По-перше, медичні кадри є найціннішим ресурсом галузі. Їхня кваліфікація та професіоналізм прямо впливають на збереження та покращення громадського здоров'я. У кризових умовах, зокрема, таких як воєнний стан, медичні працівники виконують надзвичайно важливу роль. Адже їхня робота визначає ефективність надання медичних послуг та рівень здоров'я населення.

По-друге, якість та доступність медичних послуг, наданих населенню, прямо залежить від рівня кадрового забезпечення медичних закладів. Відповідно, від професійної підготовки працівників. Висококваліфіковані фахівці можуть забезпечити високий рівень медичної допомоги. А належне кадрове забезпечення може зменшити навантаження на існуючі медичні установи.

По-третє, системні зміни в сфері охорони здоров'я вимагають формування нової генерації керівних кадрів. Вони будуть готові до управління в умовах змін, зможуть адаптуватися до сучасних викликів і забезпечувати сталий розвиток медичної галузі. Це підкреслює важливість кадрової політики. Вона спрямована на підготовку та постійне вдосконалення кваліфікації медичних та управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я.

Як зазначає А. Рачинський, проблематика кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я є багатопрофільною. Адже вона тим чи іншим чином пов'язана з різними видами державної політики, зокрема з такими:

1. державна кадрова політика. У контексті формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я загалом, зокрема враховуючи проблематику безперервного професійного розвитку (БПР) тощо.

2. державна освітня політика. У контексті створення умов для підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань “Охорона здоров'я” (зокрема, включаючи навчання в інтернатурі).

3. державна фінансова політика. Визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників тощо [67, с. 145].

Лікарі та медичні працівники, після завершення формальної освіти та початку практичної діяльності, мають постійну потребу в удосконаленні своїх професійних компетенцій. Це підкреслює важливість безперервного професійного розвитку. Це є ключовим елементом реформування медичної галузі. Безперервний професійний розвиток медичних працівників є аспектом особистого вдосконалення. Також це є інструментом підвищення загальної якості надання медичних послуг. Такий підхід передбачає, що освіта медичних працівників має бути безперервною. Причому, з урахуванням постійних змін у медичній практиці та технологіях.

Особливо важливою складовою цієї системи є державний стандарт післядипломної освіти. Він що забезпечує чіткі вимоги до підготовки фахівців вищої та середньої ланки в галузі охорони здоров'я. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України, безперервний професійний розвиток є процесом постійного навчання. Це дозволяє медичним працівникам підтримувати і підвищувати рівень своїх професійних компетенцій, відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та змін у її функціонуванні [46].

Під час дії воєнного стану медичні працівники звільняються від проходження атестації. Це є тимчасовим заходом у зв'язку з надзвичайними умовами функціонування системи охорони здоров'я. Однак це не означає, що

питання підвищення кваліфікації та накопичення балів БПР втрачають свою актуальність. Навпаки, в умовах воєнного стану необхідність у професійному вдосконаленні медичних працівників стає ще більш важливою. Адже зростає навантаження на медичну систему, з'являються нові виклики, а також постійно змінюються методи та технології надання медичних послуг.

Підвищення кваліфікації в цей період має враховувати специфіку надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій. Зокрема, адаптацію до нових стандартів і технологій. БПР повинно включати елементи, спрямовані на забезпечення медиків необхідними знаннями та навичками. Причому, необхідних для ефективної роботи в умовах обмежених ресурсів і підвищеного ризику.

В Україні система безперервного професійного розвитку лікарів передбачає підвищення кваліфікації та атестацію фахівців кожні 5 років. Це було затверджено на законодавчому рівні [53].

Згідно з нормативними вимогами, починаючи з 1 січня 2020 року, кожен лікар в Україні зобов'язаний набирати не менше 50 балів БПР щорічно. Бали нараховуються за різні форми навчання. Ці форми навчання лікар обирає на основі переліку діяльності, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України. Хоча загальна кількість балів не має обмежень, існує обов'язковий мінімум щодо 50 балів на рік. Ця вимога є складовою частиною системи безперервного професійного розвитку. Вона спрямована на підтримку високого рівня кваліфікації медичних працівників. Також вона спрямована на їх адаптацію до нових викликів. Зокрема, в умовах воєнного стану. Для лікарів, які перевищують встановлені кількісні й якісні вимоги до БПР, передбачена можливість отримати позачергову атестацію. Зокрема, для підвищення кваліфікаційної категорії.

У зв'язку з введенням воєнного стану в Україні в лютому 2022 року Міністерство охорони здоров'я України здійснило важливі зміни в нормативно-правовій базі. Зокрема, зміни внесено в наказ МОЗ України № 446. Внесені зміни регулюють вимоги до безперервного професійного розвитку лікарів та медичних

працівників у період воєнного стану. Так, у березні 2022 року було встановлено нові правила атестації медичних працівників. Відповідно до них, для атестації у 2023 році необхідно було подати не менше 100 балів БПР. Ці бали мали бути отримані за 2020 і 2021 роки, а також бали, набрані у 2022 році. Водночас для 2022 року було скасовано обов'язковий мінімум балів безперервного професійного розвитку. Це дозволяло медичним працівникам зосередитися на адаптації до нових умов роботи в період військової агресії. Зокрема, зменшуючи адміністративне навантаження на систему освіти медичних працівників у кризовий період [67, с. 149].

Крім того, було скасовано обмеження щодо дистанційного навчання до 2024 року. Це дозволило лікарям ефективніше отримувати необхідні знання та навички в складних умовах. Адже багато медичних установ не можуть працювати в звичному режимі через бойові дії чи інші труднощі.

Доцільно звернути увагу на два види атестації лікарів:

1. Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
2. Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії [13].

Атестація лікарів на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії проводиться за спеціальностями. Причому, як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом [67]. Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями: друга, перша, вища (табл. 3.1).

Звернемось до Додатку 4 “Критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку” [53]. Згідно з ним, бали БПР нараховуються за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я:

– формальна освіта у сфері охорони здоров'я. Отримується шляхом здобуття освітньо-наукового та наукового рівнів вищої освіти галузі знань “Охорона здоров'я” (доктор філософії, доктор наук). Нарахування балів у рік захисту дисертації.

– неформальна освіта. Отримується під час проходження: навчання на циклах тематичного удосконалення. Зокрема, професійного медичного

стажування за межами закладу, де працює такий працівник. Також під час майстер-класу, симуляційного тренінгу або тренінгу з оволодіння практичними навичками, тренінгу, семінару, фахової (тематичної) школи, наукової та/або науково-практичної конференції (у т.ч. конгресу, з'їзду, симпозіуму). БПР шляхом здобуття навчання з використанням електронних навчальних ресурсів тощо [53].

Таблиця 3.1

Кваліфікаційні категорії лікарів-спеціалістів
та вимоги до їх присвоєння [44, с. 25]

Категорія лікаря-спеціаліста	Вимоги до її присвоєння
Друга кваліфікаційна категорія	Присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад п'ять років
Перша кваліфікаційна категорія	Присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад сім років
Вища кваліфікаційна категорія	Присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад десять років

Безперервний професійний розвиток (БПР) лікарів має низку переваг. Вони суттєво покращують процес підвищення кваліфікації. Зокрема, сприяють підвищенню ефективності медичної практики. Основні переваги включають наступне:

1. Свобода у виборі теми та форми навчання. Нововведення в моделі безперервного професійного розвитку лікарів передбачають суттєву демонополізацію освітнього процесу. Лікар має можливість самостійно обирати місце та організацію навчання, що дозволяє йому адаптувати навчальний процес до власних потреб і професійних інтересів. Це сприяє розвитку персоналізованого підходу до професійного вдосконалення.

2. Постійний розвиток та конкурентоспроможність. БПР надає лікарям можливість постійно удосконалювати свої навички та знання. Це є важливим фактором для підтримки їхньої конкурентоспроможності на ринку праці. У час, коли медична галузь швидко розвивається, значно ефективніші будуть лікарі, які постійно оновлюють свої знання.

3. Інтеграція в світову медичну спільноту. Безперервний професійний розвиток дає лікарям можливість брати участь у міжнародних акредитованих заходах. Зокрема, як в Україні, так і за кордоном. Це покращує професійний рівень лікаря. Також це сприяє розвитку міжнародних контактів та обміну досвідом, що є важливим для впровадження сучасних медичних практик у національну систему охорони здоров'я.

4. Спрощення процедури атестації. Відповідно до нових змін, процедура атестації лікарів стала значно гнучкішою. Зокрема, лікарі більше не повинні подавати звіт про професійну діяльність за останні три роки або проходити співбесіду з комісією. Це значно спрощує процес атестації. Це дає можливість лікарям зосередитися на практичному розвитку та підвищенні кваліфікації, а не на формальних процедурах [36, с. 374].

Прикладом успішного симуляційного тренінгу є курс «Базова підтримка життєдіяльності» (Basic Life Support). Він відбувся в Черкасах 7 березня 2019 року. Цей одноденний захід, відповідно до «Порядку проведення атестації лікарів», нараховує 15 балів БПР. Разом з тим, завдяки сертифікації Європейською радою реанімації (ERC) лікареві зараховується подвоєна кількість балів у кількості 30 балів БПР. Такий підхід забезпечує високий рівень визнання якості професійного навчання та мотивацію лікарів. Зокрема, щодо проходження сертифікованих програм, що відповідають міжнародним стандартам [85]. Іншим прикладом є «Європейський курс підтримки життєдіяльності при травмі» (European Trauma Course). Він відбувся в Ліверпулі (Велика Британія) 20-22 березня 2019 року. Цей триденний симуляційний тренінг. У відповідності до стандартів нарахування балів БПР, він дає лікарю 30 балів за участь. Важливо, що захід проводився у країні з високим рівнем доходу. Тому згідно з рейтингом

Світового банку, лікареві зараховується подвоєна кількість балів у кількості 60 балів БПР. Це є яскравим прикладом того, як міжнародні критерії якості та рівень доходу країни організатора тренінгу можуть впливати на кількість нарахованих балів БПР. Це додає додаткової цінності для лікарів, які прагнуть отримати максимальний ефект від професійного навчання [85].

Із 01.01.2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані. Директор закладу займається питаннями господарської діяльності. Тоді як медичний директор – виключно питаннями медицини [15].

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс. Причому, як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою. Наприклад, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань “Управління та адміністрування” або “Публічне управління та адміністрування”, повинні будуть додатково здобути її. З цього приводу існує відповідний наказ від 31.10.2018 № 1977, який затвердили у МОЗ України [49, 16, 38].

З огляду на сучасні тенденції, спостерігається значне зростання попиту на управлінську освіту серед медичних працівників. Зокрема тих, хто займає керівні посади у сфері охорони здоров'я. Це стосується не тільки завідувачів кабінетів, але й керівників управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України. Така динаміка є позитивною. Вона набуває все більшого розвитку щороку. Зростаюче усвідомлення важливості формування управлінських компетентностей серед керівників організацій охорони здоров'я є основною причиною цієї тенденції. Процес розуміння необхідності управлінської підготовки поступово прогресує. Це, у свою чергу, зумовлює збільшення попиту на освітні програми з публічного управління в галузі охорони здоров'я. Це свідчить про важливість створення ефективних освітніх систем для підготовки висококваліфікованих керівників у

контексті управлінських завдань, що постають перед медичною сферою в умовах сучасних складних викликів.

3.2 Виокремлення стратегічних напрямів покращення публічного управління сферою охорони здоров'я

27 вересня 2021 року було підписано Міністром охорони здоров'я Наказ Про утворення міжсекторальної групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [64]. Цією групою було розроблено Проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [66].

У Вступі цього Проєкту говориться, що збереження, охорона та зміцнення здоров'я та благополуччя громадян є одним із ключових обов'язків та пріоритетів Уряду України. Здоров'я населення дуже важливе. Зокрема для того, щоб люди могли прожити життя якісно та повністю реалізувати свій потенціал. Вирішення проблем здоров'я населення – це обов'язок не тільки сектору охорони здоров'я. Він потребує консолідації зусиль суспільства, а також лідерства уряду на національному, обласному та місцевому рівні [66].

Термін стратегія походить з грецької мови та означає “мистецтво полководця”). На думку Ю. Шарова, стратегія - це опорне поняття й основний результат стратегічного планування. Зокрема, це засіб концептуалізації та програмування майбутньої діяльності. Адже на основі визначення пріоритетів він дає корисну основу для розподілу обмежених ресурсів. Доцільно розмежувати стратегію організації в цілому та стратегію розв'язання окремої проблеми. Бо стратегія організації в цілому має справу з багатомірним проблемним комплексом [78, с. 589].

На підставі вироблення стратегії у подальшому розробляється механізм стратегічного управління. Це формується для досягнення цілей стратегії. У результаті, такі заходи орієнтують всю діяльність на встановлення постійного зв'язку із зовнішнім оточенням. Зокрема, на внесення своєчасних змін для закріплення здатності організації до ефективного виконання своєї місії. Також

мова йде про забезпечення довгострокового виживання організації в мінливому середовищі. Крім стратегічного планування (планування стратегічне), яке є провідною функцією, існує ряд інших функцій. Це функції стратегічної організації, стратегічної мотивації і стратегічного контролю.

Ідеологія стратегічного управління. виходить з факту, що середовище буде активно змінюватися. Тому неможливо досить точно передбачити довгострокові тенденції. Тобто, воно є технологією управління за умови високої нестабільності й непередбачуваності зовнішнього середовища. З метою реалізації місії, організації потрібно прагнути до динамічного балансу із зовнішнім оточенням. Хоча не можна повністю контролювати майбутні зміни та керувати ними. Проте за умови готовності організації до передбачуваних та очікуваних змін, вона може адаптуватися до них. Також вона може певним чином впливати на небажані зміни середовища. Намагання впливати на оточення є важливою ознакою.

Тобто, стратегічне управління означає зосередженість на передбаченні, плануванні й впровадженні необхідних та найістотніших змін у всьому комплексі. Воно ухиляється від повсякденних проблем поточного управління. Адже воно діє в ритмі безперервності сьогоденних подій. Тому в кожному своєму циклі лише відтворює існуючу схему роботи, зберігаючи її суть. Таким чином, стратегічне управління суто за призначенням - це технологія управлінського прориву. Зокрема, технологія виходу за традиційні рамки, зламу старих схем [77, с. 590].

Стосовно медичної сфери необхідно виокремити стратегічні напрями. Зокрема, виокремити цілі покращення публічного управління в окресленій царині.

Можна визначити стратегічні напрями вдосконалення публічного управління в цій сфері. Причому, зважаючи на сучасні виклики, зокрема умови воєнного стану. Також, враховуючи дані, надані в Додатку А (Цілі покращення публічного управління в сфері охорони здоров'я). Кожен з цих напрямів необхідно оцінити з урахуванням специфіки нинішньої ситуації в Україні (Додаток Б).

Дані Додатку Б (Стратегічні напрями публічного управління у сфері охорони здоров'я) надають детальну інформацію про важливі ключові аспекти. Ці аспекти повинні бути розв'язані для ефективного покращення управління в охороні здоров'я в умовах війни та поствоєнного відновлення. Серед основних стратегічних напрямів можна виокремити:

- Розробка та впровадження моделей надання реабілітаційної допомоги для пацієнтів. Зокрема, для військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від бойових дій.

- Інтеграція психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги (ПМД). Це є критично важливим в умовах воєнного конфлікту та стресових ситуацій, з якими стикаються громадяни.

- Організація травматологічних та ортопедичних послуг у межах госпітальних кластерів. Це дає змогу зосередити ресурси та спеціалізовані послуги в найбільш ефективних ланках медичної допомоги.

- Удосконалення пакетів медичних послуг для ветеранів та осіб, які постраждали від війни. Зокрема, з акцентом на забезпечення їх доступністю та комплексністю.

Однак подана інформація потребує подальшої деталізації. Зокрема, для ефективного розвитку реабілітаційної допомоги. Також з огляду на її інтеграцію на всіх рівнях медичної і реабілітаційної допомоги в Україні. Для цього необхідно впровадити низку конкретних заходів. Ці заходи будуть сприяти покращенню доступності та якості реабілітаційних послуг. Зокрема:

- Створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд у кожному закладі охорони здоров'я. Це надає стаціонарну реабілітаційну допомогу. Це також дозволить забезпечити комплексний підхід до лікування та реабілітації пацієнтів, залучаючи фахівців різних профілів, таких як фізіотерапевти, психотерапевти, ортопеди, неврологи та інші.

- Аудит потреб пацієнтів у реабілітаційній допомозі з урахуванням змін в інфраструктурі та демографічній ситуації. Зокрема, які відбулися або можуть виникнути внаслідок активних бойових дій. Такий аудит дозволить

виявити актуальні потреби в реабілітаційних послугах. Особливо для осіб, що постраждали від війни, та спланувати належне забезпечення реабілітаційними ресурсами.

– Синхронізація з системою госпітальних округів розвитку мережі надавачів реабілітаційної допомоги. Важливо організувати реабілітаційні послуги в рамках госпітальних округів задля забезпечення доступності та раціонального розподілу ресурсів.

– Розробка додаткових пакетів реабілітаційних послуг у рамках ПМГ (первинної медичної допомоги). Це дозволить забезпечити надання спеціалізованої допомоги при специфічних станах здоров'я. Зокрема, при тих станах, які виникають внаслідок бойових дій, зокрема для ветеранів, постраждалих від війни, а також для осіб з інвалідністю.

– Створення спеціалізованих реабілітаційних відділень або закладів для пацієнтів з комплексними потребами. Це дозволить фокусувати увагу на найбільш складних випадках реабілітації. Наприклад, таких як лікування поранених військових або цивільних осіб, які потребують багатогранної допомоги.

– Розробка багаторівневої інтегрованої моделі надання реабілітаційної допомоги та її фінансового забезпечення. Це включатиме створення ефективної моделі взаємодії між різними рівнями медичних та реабілітаційних установ. Причому, сприятиме забезпеченню стабільного фінансування цих послуг з державного бюджету, що стане важливим кроком до стійкої та доступної реабілітації для всіх потребуючих.

Для розвитку медичних послуг з психічного здоров'я необхідно взяти низку комплексних заходів. Ці послуги враховують потреби громади в умовах воєнного стану. Вони сприятимуть забезпеченню доступу до якісної психіатричної допомоги та інтеграції психічного здоров'я в систему ПМД. До таких заходів відносяться:

1. Пілотування та впровадження перехідних послуг як альтернативи психоневрологічним інтернатам. Це дозволить надавати допомогу людям з

психічними розладами в складних умовах. Причому в умовах, які забезпечують їх гідність та права людини. Зокрема в партнерстві з Міністерством соціальної політики України та міжнародними партнерами. Такий підхід дозволить сприяти інтеграції пацієнтів у громаду та надавати послуги, які відповідають сучасним вимогам соціальної реабілітації.

2. Створення конкурентних умов та покращення умов перебування в стаціонарних закладах психіатричної допомоги. Це включає в себе модернізацію закладів психіатрії загального профілю задля забезпечення кращих умов перебування пацієнтів. Це сприятиме їх швидшому одужанню та інтеграції в суспільство після лікування.

3. Розширення спектру послуг через включення лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Враховуючи специфіку воєнного стану, особлива увага повинна бути приділена лікуванню ПТСР. Це один з основних психічних розладів, що виникають через пережиті травматичні події.

4. Створення пакету послуг ПМГ амбулаторної психіатричної допомоги. А також підтримка його впровадження в заклади охорони здоров'я загального профілю. Це дозволить пацієнтам отримувати психіатричну допомогу в амбулаторних умовах. Це є більш зручним і менш затратним для системи охорони здоров'я.

5. Забезпечення надання послуг з психічного здоров'я на рівні ПМД. Необхідно створити умови для надання базової психіатричної допомоги на рівні первинної медичної допомоги. Це дозволить лікарям ПМД своєчасно виявляти та надавати першу допомогу пацієнтам із психічними розладами.

6. Розробка пакету послуг з психічного здоров'я на рівні ПМД та забезпечення навчання фахівців ПМД. Зокрема в сфері психіатрії, спільно з міжнародними партнерами. Це включає в себе навчання лікарів правильному призначенню психотропних медикаментів, а також внесенню даних у систему eHealth згідно з міжнародною класифікацією ІСРС-2.

7. Інтеграція послуг у сфері психічного здоров'я в ПМД за допомогою

науково-доказових інструментів. Зокрема, таких як MHGAP (Mental Health Gap Action Programme), який був розроблений ВООЗ для покращення доступу до психіатричної допомоги в країнах з обмеженими ресурсами. Використання цього інструменту дозволить оптимізувати процес надання психіатричної допомоги на первинному рівні.

Враховуючи сучасні виклики в умовах воєнного стану, особлива увага повинна бути приділена розвитку спеціалізованих медичних послуг. Зокрема, таких як травматологічні, ортопедичні, опікові та інтенсивної терапії. Це необхідно для забезпечення надання своєчасної та якісної медичної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій. Для реалізації цього напрямку варто вжити наступні заходи:

- Розробка концепції регіоналізації та організація надання послуг інтенсивної терапії. Причому, на різних рівнях в рамках госпітального кластера. Це передбачає створення спеціалізованих закладів надання інтенсивної допомоги в межах госпітальних округів. Також це дозволить забезпечити швидке та ефективне реагування на надзвичайні ситуації та важкі травми.

- Створення національної мережі центрів реконструктивної хірургії задля забезпечення ефективного лікування поранених з важкими ушкодженнями. Ці поранені потребують довготривалого відновлення після травм або хірургічних втручань. Центри мають надавати висококваліфіковану допомогу за сучасними стандартами.

- Розробка концепції регіоналізації та створення національної мережі опікових центрів. Це дозволить забезпечити своєчасну медичну допомогу постраждалим від опіків, зокрема від бойових дій, з урахуванням специфіки лікування таких пацієнтів.

- Організація надання травматологічних та ортопедичних послуг в рамках госпітальних кластерів. Це забезпечить доступність високоспеціалізованої допомоги на рівні госпітальних округів та сприятиме більш ефективному розподілу ресурсів.

Іншим важливим стратегічним напрямом є розвиток медичних послуг. Зокрема, орієнтованих на потреби ветеранів війни та осіб, які постраждали від воєнних дій. В умовах воєнного стану необхідно забезпечити специфічний підхід до їх лікування та реабілітації. Адже чисельність таких осіб зростає. Для цього потрібно вжити ряд заходів:

- Вдосконалення пакетів ПМГ для врахування потреб ветеранів та постраждалих від воєнних дій. Це включає медичну та соціальну підтримку, враховуючи специфіку травм і розладів, які часто мають постраждалі.

- Визначення спектру особливих потреб ветеранів війни. Це дозволить розробити адаптовані медичні та соціальні програми. Причому, ці програми націлені на специфічні групи пацієнтів, зокрема, осіб з психічними травмами та інвалідністю.

Загалом, українська медична система вже має широкий спектр медичних послуг. Вони відповідають основним потребам пацієнтів. Проте нові виклики, зокрема, зумовлені війною, вимагають адаптації наявних медичних стратегій та ресурсів. Мається на меті покращення доступності та якості медичних послуг для всіх категорій постраждалих. Зокрема, для ветеранів та осіб, які стали жертвами воєнних дій.

Особливої уваги потребує, не зважаючи на воєнний стан, стратегічне бачення реформування закладів Національної академії медичних наук України.

Заклади Національної академії медичних наук (НАМН) України є державними установами. Їх метою створення (згідно статуту) є проведення наукових досліджень. Ці дослідження спрямовані на отримання та використання нових знань у відповідних напрямках медицини. Також вони спрямовані на доведення наукових знань до стадії практичного використання, підготовки висококваліфікованих наукових кадрів та здійснення медичної практики. Як видно, медична практика на останній позиції. Фінансування закладів НАМН проводиться окремо на науку та окремо на медичну практику. Реформа, яка згідно постанови КМУ має відбутись з 1 січня 2025 року, передбачає, що фінансування на медичну практику буде йти не з державного бюджету.

Фінансування буде здійснюватися з Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

Національна служба здоров'я України не співпрацює з державними установами. Вона співпрацює лише з некомерційними підприємствами. Тому першим кроком необхідно всім установами змінити форму власності з ДУ (державна установа) та ДНП (державне некомерційне підприємство).

Установи НАМН завжди лікували найскладніших пацієнтів. Це називалось згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» третинною (високоспеціалізованою) медичною допомогою. У 2022 році Закон змінили. Відтоді всю стаціонарну медичну допомогу (крім паліативної) назвали спеціалізованою (вторинною). Це призвело до утворення однієї ціни на всі стандартні медичні послуги. Причому, незалежно від того, чи надаються вони у районній лікарні чи у високотехнологічному науковому центрі, якими є заклади НАМН. Крім того, 70 відсотків пацієнтів установ НАМН є тематичними. Тобто, вони відповідають науковій тематиці конкретного Інституту. Мова також йде про методики лікування цих пацієнтів. Вони часто є експериментальними, що не покривається НСЗУ.

На практиці, коли започатковувалась дана реформа, усі заклади охорони здоров'я були перетворені на комунальні некомерційні підприємства. Мова йде про районні, міські та обласні лікарні. Їх власниками залишились територіальні громади. Якщо закладу не вистачає коштів НСЗУ, щоб покрити базові потреби, то власник (територіальна громада) зазвичай покриває нестачу. До базових потреб відносяться заробітна плата, комунальні платежі, закупка медикаментів тощо. Чи передбачено буде такий саме механізм для державних некомерційних підприємств – наразі невідомо.

Сьогодні реформування закладів НАМН зустрічає серйозний супротив. Особливо серед тих закладів, які мають за різних обставин мало пацієнтів. Наприклад, у нашому закладі до війни проводилось близько 800 унікальних операцій на рік дітям з усіх куточків України. У 2023 році ця кількість зменшилась до 200. І сьогодні продовжує падати цей показник через безпекові

моменти. Адже батьки не везуть дітей до Харкова. Такі заклади ризикують протягом перших двох місяців 2025 року стати банкрутами.

НСЗУ пред'являє серйозні вимоги до закладів, з якими співпрацює. Частина з них не може бути швидко виконана. Адже це потребує ремонтно-будівельних робіт, закупки дороговартісного обладнання. А коштів на це у НАМН немає.

І залишається головне питання: як в умовах нового механізму фінансування буде фінансуватися наука. Мова йде про діяльність, яка є основною метою закладів НАМН України, згідно діючого статуту.

Треба зауважити, що протягом написання магістерської роботи частина означених питань повинна бути вирішена. Адже до 1 січня 2025 року реформа має бути проведена.

ВИСНОВКИ

Отримані у процесі магістерського дослідження результати свідчать про досягнення поставленої мети, виконання поставлених завдань та дають підстави для формулювання низки узагальнюючих висновків та рекомендацій, що мають теоретичне та практичне значення:

1. Показано, що в умовах воєнного стану оптимізація процесів управління державою та її регіонами набуває особливої важливості, оскільки постає ціла низка нових викликів для системи публічного управління в Україні. Водночас, в умовах війни необхідно не лише підтримати стабільність функціонування державних інститутів, а й здійснити швидку адаптацію до змінюваних умов, зокрема, у сфері управління охороною здоров'я. Це вимагає ефективної координації та взаємодії між органами державної влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства, що є ключовим чинником для подолання існуючих інституційних проблем, які гальмують адаптацію країни до умов воєнного стану. Серед основних інституційних перешкод варто виокремити, зокрема, прогалини в нормативно-правовому забезпеченні адміністративно-територіальної реформи, що ускладнює реалізацію ефективних управлінських рішень. Крім того, важливою проблемою залишається опортуністична поведінка частини населення, що ускладнює процеси соціальної мобілізації та підтримки державних ініціатив. У цей період особливого значення набуває формування нової системи стратегічного управління розвитком держави та її регіонів з урахуванням актуальних викликів, які спричиняє війна. Для цього необхідно впроваджувати ефективні моделі стратегічного планування, орієнтовані на досягнення стійкого розвитку у післявоєнний період. Важливим елементом такої стратегії є використання фінансових, соціальних і ринкових механізмів для забезпечення стабільності та розвитку публічного управління в умовах війни. Зокрема, важливим завданням є оптимізація ресурсів, вдосконалення управлінських процедур та впровадження сучасних інструментів стратегічного планування, що

забезпечить більшу ефективність публічного управління. У цих умовах, основними механізмами розвитку публічного управління стають саме інструменти стратегічного управління, які повинні орієнтуватися на адаптацію до вимог воєнного часу та на забезпечення соціальної стабільності та економічного зростання в післявоєнний період.

2. Доведено, що публічне управління в галузі охорони здоров'я має вирішальне значення для ефективного втілення внутрішньої політики держави, орієнтованої на забезпечення доступної медичної допомоги для всіх громадян країни. Це досягається шляхом прийняття обґрунтованих державних управлінських рішень та реалізації концепцій медичного обслуговування, які відповідають соціальним, економічним і правовим вимогам. Управління закладами охорони здоров'я ґрунтується на принципах системності, юридичної відповідальності та професійного розвитку, що є необхідними для забезпечення належного функціонування медичних установ на всіх рівнях. Це також передбачає врахування численних зовнішніх та внутрішніх факторів, які можуть впливати на ефективність роботи медичних закладів, включаючи економічні умови, соціальні потреби, нормативно-правову базу та технологічні інновації. Завдяки інтеграції цих елементів, система управління охороною здоров'я забезпечує не тільки оптимізацію медичних послуг, а й справедливий доступ до них для усіх верств населення, незалежно від їхнього соціального статусу чи місця проживання.

3. Аналізуючи законодавче поле розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, можна зробити висновок, що нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я населення в умовах воєнного стану характеризується як системністю в реалізації, так і плановістю у формуванні діючого законодавства. Це дозволяє організувати ефективний процес адаптації медичної системи до викликів війни та забезпечити її стабільне функціонування в умовах кризових ситуацій. Важливим етапом у вдосконаленні законодавчого регулювання в цій сфері стало прийняття єдиної довгострокової державної програми реформування системи охорони здоров'я. Така програма створює чітку основу для розвитку

галузі, надаючи можливість комплексного підходу до вирішення проблем, зокрема, щодо доступності медичних послуг, удосконалення управління закладами охорони здоров'я та адаптації медичної інфраструктури до нових умов воєнного стану. Водночас вона має стати надійним інструментом для інтеграції міжнародних стандартів та новітніх медичних технологій у систему охорони здоров'я України.

4. Важливим аспектом впливу правового режиму воєнного стану є його подвійний характер. З одного боку, централізація управлінських процесів забезпечує оперативність у прийнятті рішень і виконанні завдань, що є необхідним для забезпечення стабільності в умовах війни. З іншого боку, така централізація знижує гнучкість регіонального реагування, обмежуючи можливості місцевих органів влади адаптуватися до специфічних потреб населення на локальному рівні. Зміна пріоритетів у системі охорони здоров'я, зокрема, орієнтація на підтримку військових та внутрішньо переміщених осіб, додатково збільшує навантаження на вже й без того перевантажену систему охорони здоров'я. Це зумовлює необхідність адаптації медичних послуг до нових викликів, таких як надання допомоги пораненим, забезпечення психологічної підтримки ветеранам та постраждалим від воєнних дій, а також забезпечення доступу до медичних послуг для величезної кількості переселенців. Тому вкрай важливо удосконалювати нормативно-правову базу та системи управління медичними установами, аби забезпечити ефективне функціонування сфери охорони здоров'я під час воєнного стану.

5. Необхідність трансформації післядипломної безперервної освіти медичних працівників в Україні є прямим наслідком вимог часу, зокрема актуальних викликів, що постають перед сферою охорони здоров'я в умовах воєнного стану. У сучасних умовах важливою є розробка нової концепції підготовки кадрів для медичної галузі, яка повинна охоплювати кілька взаємопов'язаних векторів: реформування системи охорони здоров'я, адаптацію системи освіти до нових вимог, удосконалення принципів надання медико-санітарної допомоги тощо. Ці вектори розвитку зумовлюють необхідність

застосування комплексного підходу до удосконалення системи безперервного професійного розвитку медичних кадрів, який має враховувати не лише національні потреби охорони здоров'я, а й відповідати світовим стандартам. У зв'язку з цим важливо створити таку модель професійної освіти, яка буде сприяти підвищенню престижу медичних професій, забезпечуючи медичних працівників знаннями та навичками, що відповідають вимогам сучасних викликів, зокрема в умовах військової агресії.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Аніщенко М. А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління / М. А. Аніщенко. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. N 34. С. 31-37.
2. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. № 2/2020. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=2>.
3. Баштанник В. Інституціональні механізми забезпечення стійкості системи охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне управління і адміністрування в Україні. Науковий журнал*. 2023. Вип. 23. С.292-298.
4. Безперервний професійний розвиток медиків/Temp. *Матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії*. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0B2/Temp>.
5. Белікова І. В. Громадське здоров'я, функції та послуги. *Здоров'я населення: основні детермінанти* / І. В. Белікова. Полтава, 2019. 39 с.
6. Борщевський В. Публічне управління в умовах воєнного стану: інституційні трансформації, стратегічне планування та механізми розвитку. *Держава та регіони*. 2022. № 2. С. 30-35.
7. Бюджетний кодекс України. URL: zakon.rada.gov.ua/go/2456-17.
8. Вашев О. Є. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я / О. Є. Вашев, О. В. Мазурок. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. X.* : Вид-во ХарPI НАДУ “Магістр”, 2015. Вип. 1 (48). С. 101-106.
9. Вашев О. Є. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права / О. Є. Вашев, О. Г. Рогова, Т. Б. Пустовойт. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. X.* : Вид-во ХарPI НАДУ “Магістр”, 2014. Вип. 4 (47). С. 197-204.
10. ВООЗ : веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-and->

evidence/european-health.

11. Гришко В. Квадрат ефективності публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 17–18. С. 81–84.
12. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
13. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ МОЗ України № 446 від 22.02.2019 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0293-19>.
14. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.
15. Дмитрук О. В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. URL : http://www.http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf.
16. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#n5>.
17. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_2_11
18. Дяченко С. Як нам відбудувати Україну. Успішні світові кейси повоєнного відновлення. Укрінформ. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3493522-ak-nam-vidbuduvati-ukrainu>.
19. Ейсмунт В. Апеляційний суд дозволив Малехову вихід зі складу Львівської ОТГ. *ZAXID.NET*. URL : https://zaxid.net/sud_dozvoliv_malehovu_viyti_zi_skladu_lvivskoyi.
20. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-

управлінські аспекти): монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

21. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев. *Університетські наукові записки*. 2006. №1 (17). URL: <http://univer.km.ua/visnyk/988.pd/>.

22. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Редакція від: 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

23. Концепція реформи системи екстреної медичної допомоги. URL: moz.gov.ua/uploads/1/5592-pro_20180615_1_dod.pdf.

24. Концепція розвитку системи громадського здоров'я. Схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>.

25. Кошова С. П., Михальчук В. М., Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. № 9, 2021 р. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf.

26. Лопаткіна О. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Публічне управління і політика*. 2024. № 2. С. 21–28.

27. Лопатченко І. М. Територіальна організація влади в Україні: конспект лекцій / І. М. Лопатченко. Харків : ФО-П Леонов Д. С., 2020. 102 с.

28. Малачинська М. Впровадження змін в системі охорони здоров'я на місцевому рівні: управлінські інструменти територіальних громад. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2022. Вип. 28. С. 44-54.

29. Мануїлова К., Мужайло В., Вербицька А. Особливості реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я України. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2022. Вип. 29. С. 59-67.

30. Мартинюк О. І., Жаліло Л. І. Державна політика у сфері охорони громадського здоров'я. *Енциклопедія державного управління* : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк

(голова) та ін. К. : НАДУ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління / наук.-ред. колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г Бодров (співголова) та ін. 2011. 648 с. С. 136-137.

31. Медицина в Харківській області в умовах війни. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/news/116375>.

32. Медична інформаційна система «Здоров'я нації». «NHealth» Vikisoft. URL: <https://medisun.com.ua/ua/p1078069961-meditsinskaya-informatsionnaya-sistema.html>.

33. Мельник М. Метрополізаційні процеси в регіоні: концептуальні підходи до просторового аналізу. *Регіональна економіка*. 2014. № 3. С. 87–97.

34. Методичні рекомендації щодо підготовки та захисту кваліфікаційної (магістерської) роботи зі спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування галузі знань 28 Публічне управління та адміністрування / уклад. С. В. Газарян. Х. : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2021. 32 с.

35. Модель Семашка. *Матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії*. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%B0>.

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

37. Надання екстреної медичної допомоги потребує вдосконалення: результати незалежної оцінки якості. URL: <http://moz.gov.ua>.

38. Назарко С. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf.

39. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2019. № 4 (20). С. 170–175.

40. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» : Указ Президента України № 42/2016. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/>.

41. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 року. URL : <https://uoz.cn.ua/strategiya.pd>.
42. Нечипоренко М. Відродження після війни. Світовий досвід економічного успіху для України. *The Page*. URL : <https://thepage.ua/ua/news/yaki-varianti-vidnovlennya-ukrayini>.
43. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
44. Пожевілова А., Пожевілова К. Безперервний професійний розвиток лікаря стоматолога у 2022 році. *Oral and General Health*. 2021. Том 2. № 4. С. 21-29.
45. Положення про Клініку державної установи «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України»». URL: https://sytenko.org.ua/wp-content/uploads/2024/09/regulations_clinic.pdf.
46. Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>.
47. Правило О. І. Правове регулювання охорони здоров'я в Україні. Аналітично-порівняльне правознавство. *Електронне наукове видання*. 2024. С. 391-395.
48. Пристая М. М. Система органів публічного управління закладами охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. http://lsej.org.ua/9_2023/63.pdf.
49. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я". Наказ МОЗ від 31.10.2018 № 1977. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#Text>.
50. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Редакція від 20.09.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
51. Про екстрену медичну допомогу. Закон України. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>.

52. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text>.

53. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я. Постанова КМУ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>.

54. Про захист населення від інфекційних хвороб. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.

55. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06 квітня 2000 № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1645-1>.

56. Про лікарські засоби. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

57. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21 трав. 1997 р. № 280/97-ВР : ред. від 21.09.2024 / Офіц. веб-сайт Верхов. Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр#Text>.

58. Про місцеві державні адміністрації. Закон України від 09.04.1999 № 586-14. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/586-14>.

59. Про правовий режим воєнного стану. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>.

60. Про психіатричну допомогу. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>.

61. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

62. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#top>.

63. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024–2026 роках. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-252938-rozrobleno-strategiyu-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku.

64. Про утворення міжсекторальної групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Наказ МОН. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%.pdf>.

65. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п>.

66. Проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%2024.2022.pdf>.

67. Рачинський А. Забезпечення безперервного професійного розвитку персоналу у сфері охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: публічно-управлінський аспект. Наукові перспективи. 2023. № 2. С. 143-156.

68. Скільки медичних закладів було зруйновано та відновлено під час повномасштабної війни. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2024/10/29/infografika/suspilstvo/skilky-medychnyx-zakladiv-bulo-zrujnovano-ta-vidnovleno-povnomasshtabnoyi-vijny>.

69. Соціальна медицина, громадське здоров'я. навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В. А. Огнєва. Харків : ХНМУ, 2023. Т. 2. Громадське здоров'я. 324 с.

70. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України : Логос, 2016. 536 с.

71. Статут Державної установи «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України». URL: https://sytenko.org.ua/wp-content/uploads/2024/09/regulations_clinic.pdf.

72. У МОЗ назвали кількість зруйнованих об'єктів медзакладів за час повномасштабної війни. URL: <https://novynarnia.com/2024/07/22/u-moz-nazvaly-kilkist-zrujnovanyh-obyektiv-medzakladiv-za-chas-povnomasshtabnoyi-vijny/>.

73. У Харкові понад 70% медзакладів пошкоджені російськими обстрілами. URL: <https://gwaramedia.com/v-hlukhovi-vnaslidok-rosiyskoi-ataky-zahynulo-12-liudey/>.

74. Філіпенко А. Концептуальний устрій цифрової економіки.

Діджиталізація сучасної системи міжнародних економічних відносин : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. 2019. № 20. Т. 1. URL : http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3751.

75. Черніховський Р. Публічне управління в сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. Випуск 6. С. 277-282.

76. Чечотка В. Етапізація розвитку публічного управління в Україні. *Наукові перспективи*. 2024. № 4 (46). С. 421-433.

77. Шаров Ю. П. Стратегічне управління. *Енциклопедія державного управління* : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692 с. С. 589-591.

78. Шаров Ю. П. Стратегія. *Енциклопедія державного управління* : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692 с. С. 591-592. 79.

79. Шевчук Л. Соціально-економічні завдання розвитку екстреної медичної допомоги в Україні. *Сталий розвиток економіки*. 2019. № 2. С. 100-111.

80. Шевчук Р. Нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я. Публічне управління і адміністрування в Україні. *Науковий журнал*. 2023. Вип. 23. С. 141-145.

81. Шелеміна н. особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-8>.

82. Шкільняк М. М., Скарлош Т. Я. Управління закладами охорони здоров'я регіону в умовах медичної реформи. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою

ред. д.е.н. Шкільняка М. М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с. С. 102-116.

83. Що таке медичні інформаційні системи та які послуги вони надають?
І. Демченко. *Український часопис міжнародного права*. 2016. № 4. С. 65–71.

84. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил: Наказ МОЗ України від 25.02.2022 р. №379. URL: [https:// moz.gov.ua/](https://moz.gov.ua/).

85. Як нараховуються бали безперервного професійного розвитку лікарям: приклади. URL: <https://moz.gov.ua/uk/jak-narahovujutsja-bali-bezperernogo-profesijnogo-rozvitku-likarjam-prikladi>

86. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №1 (21). С.95–100.

87. Abimbola S., Baatiema L., Bigdeli M. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*. 2019. № 34 (8). P. 78-84.

88. Biddle L., Wahedi K., Bozorgmehr K. Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*. 2020. № 35 (8). P. 34-41.

89. Charted: Healthcare Spending and Life Expectancy, by Country. Thrumman Du. URL: <https://www.visualcapitalist.com/cp/healthcare-spending-versus-life-expectancy-by-country/>.

90. Filip R., Gheorghita Puscaselu R., Anchidin- Norocel L., Dimian M., Savage W. K. Global challenges to public health care systems during the COVID-19 pandemic: a review of pandemic measures and problems. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. № 12 (8). 1295. URL: <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/8/1295>

91. Gao X., Yu J. Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID-19: information, decision-making and execution. *Journal of Chinese Governance*. 2020. № 5 (2). P. 178–197. URL: <https://>

www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23812346.2020.1744922.

92. Hassen N., Lofters A., Michael S., Mall A., Pinto A. D., Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. № 18 (6). 2993. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/299>.

93. McFarlane N. Is post-revolutionary Georgia on the brink? Criticism. <https://krytyka.com/ua/articles/postrevolyutsiyna-hruziya-na-mezh>

ДОДАТКИ

Додаток А

**Цілі покращення публічного управління
в сфері охорони здоров'я [75, с. 281]**

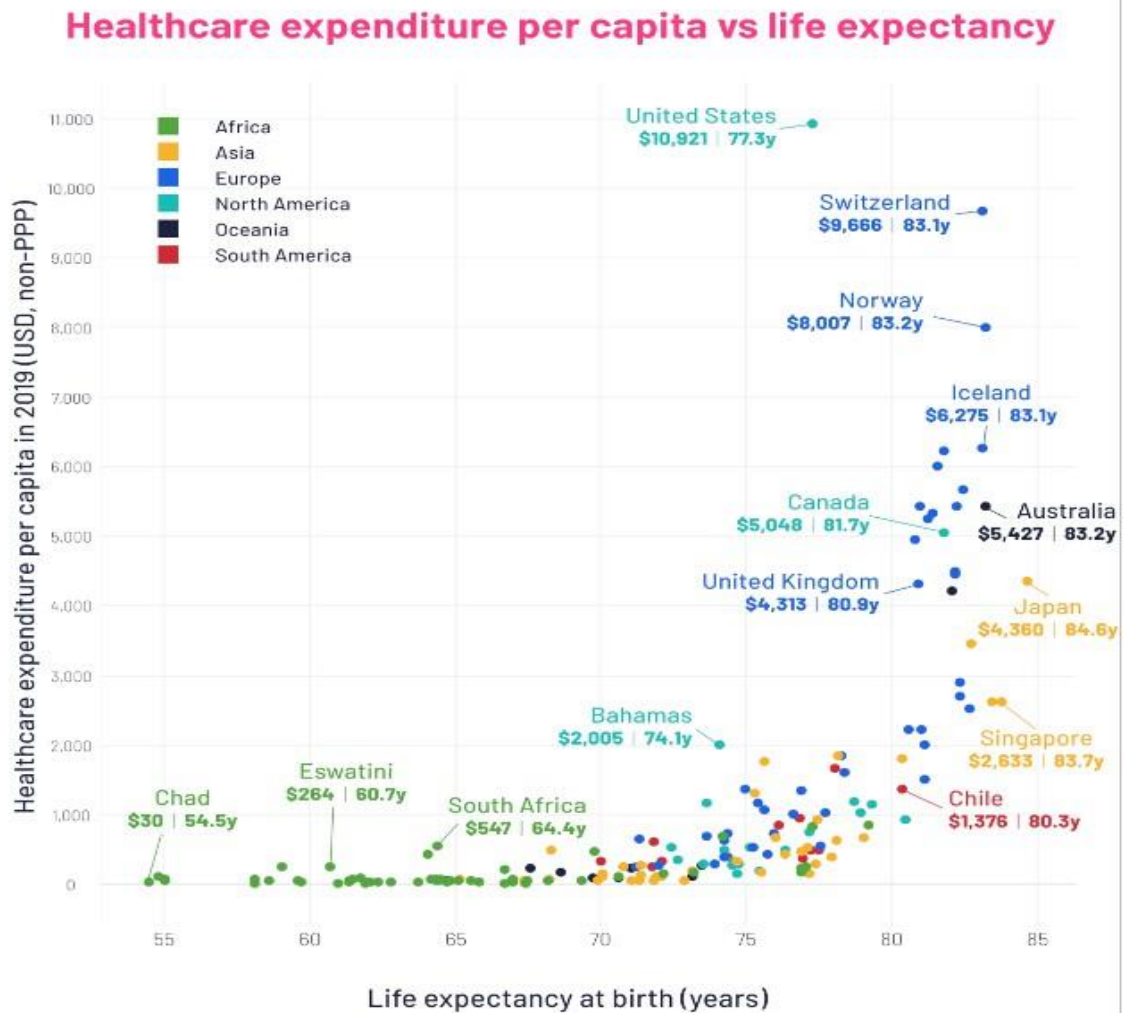
Мета	Цілі	Завдання
оптимізація системи публічного управління в сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – забезпечення ефективного використання ресурсів у галузі охорони здоров'я – підвищення доступності та якості медичних послуг 	<ul style="list-style-type: none"> – аналіз і усунення адміністративних та бюрократичних перешкод у роботі системи охорони здоров'я – впровадження ефективних систем моніторингу та оцінки результативності – розробка та впровадження стратегій оптимізації витрат та ресурсів
підвищення ефективності медичних послуг	<ul style="list-style-type: none"> – зменшення рівня захворюваності та смертності – збільшення тривалості та якості життя населення 	<ul style="list-style-type: none"> – розробка та впровадження превентивних програм та кампаній з попередження захворювань – підтримка наукових досліджень для вдосконалення методів лікування
забезпечення належних умов для функціонування системи охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – забезпечення доступності та рівномірного розподілу медичних ресурсів – забезпечення доступу до сучасних технологій у лікуванні та діагностиці 	<ul style="list-style-type: none"> – оптимізація системи постачання медичних препаратів та обладнання – розвиток інфраструктури та технологічних рішень для поліпшення діагностики та лікування

Додаток Б
Стратегічні напрями публічного управління
у сфері охорони здоров'я [75, с. 281]

Напря́м	Його характеристика
воєнний	<ul style="list-style-type: none"> – вдосконалити пакети ПМГ для врахування потреб ветеранів та постраждалих від воєнних дій; – визначити спектр особливих потреб ветеранів;
травматологічно-ортопедичний	<ul style="list-style-type: none"> – організувати надання послуг інтенсивної терапії за рівнями в рамках госпітального кластера. – створити національну мережу центрів реконструктивної хірургії; – створити національну мережу опікових центрів; – організувати надання травматологічних і ортопедичних послуг в рамках госпітального кластера;
психічного здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – пілотування та впровадження перехідних послуг, які є альтернативою психоневрологічним інтернатам. – покращення умов перебування в стаціонарних закладах психіатричної допомоги; – забезпечення надання послуг з психічного здоров'я на рівні ПМД; – розробка пакету послуг з психічного здоров'я на рівні ПМД; – інтеграція послуг у ПМД;
реабілітаційний	<ul style="list-style-type: none"> – функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд <ul style="list-style-type: none"> – аудит потреб пацієнтів; – синхронізація надавачів медичних послуг; <ul style="list-style-type: none"> – додаткові пакети ПМГ; – концепція реабілітації; – модель надання реабілітаційної допомоги

Додаток В

Витрати на охорону здоров'я та тривалість життя за країнами (на особу у тис. \$) [89]



Source: World Bank Global Health Expenditure Database 2019

Created by genuine impact

Додаток Г
Показники діяльності клініки
ДУ "ІХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМНУ" за 2023 рік

Ліжковий фонд	Число ліжок	240
Лікарський штат:	Абсолютне число	%
всього посад	66,5	100 %
зайнятих посад	60	90,2 %
фізичних осіб	61	91,7 %
З них: вищої категорії	46	69,1%
I категорії	3	4,5 %
II категорії	4	6,0 %
докторів наук	5	7,5 %
кандидатів наук	26	39,0 %
Поліклініка:	Абсолютне число	%
прийнято хворих	16544	100%
з них:		
із міста Харкова	12569	76,0 %
з сільської місцевості	2308	10,2 %
дітей	2613	15,8 %
постраждалих від аварії на ЧАЕС	10	0,1
учасників 2 Світової війни	-	-
учасників збройних конфліктів	1271	8,6 %
учасників АТО		
осіб пенсійного віку		
жінки старші 55 років		
чоловіки старші 60 років	-	
Число відвідувань в поліклініці	17891	107,6 %
Стационар:	Абсолютне число	%
проліковано хворих	2973	100%
з них: тематичних		
із міста Харкова	1380	43,2 %
з сільської місцевості	599	17,5 %