

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

До захисту
Завідувач кафедри публічного управління
та державної служби
к.держ.упр., доц. Л. В. Набока

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

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)-2

В. С. Конькова

Науковий керівник
д.держ.упр., проф.

Ю. О. Куц

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.....	8
1.1 Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління.....	8
1.2 Форми публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.....	18
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ.....	27
2.1 Нормативно-організаційне регулювання системи охорони здоров'я на регіональному рівні.....	27
2.2 Організаційний механізм публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні (на прикладі Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України»).....	34
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ.....	45
3.1 Утворення госпітальних округів і кластерних лікарень як напрям реформування у сфері охорони здоров'я (на прикладі Харківської області).....	45
3.2 Формування стратегії розвитку у сфері охорони здоров'я (на прикладі HR-стратегії Національного інституту терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України).....	53
ВИСНОВКИ.....	63
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	66
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми.

Наша країна демонструє світовій спільноті небачені незламність та стійкість перед кровавим обличчям агресора у ході україно-російської війни. З початком широкомасштабного та віроломного вторгненням росії 24 лютого 2022 року сфера та система охорони здоров'я нашої держави водночас опинилася під величезним тиском і зіткнулася з безпрецедентними викликами. Величезні людські втрати та чисельність травмованих фізично і психологічно громадян, широкомасштабні бомбардування соціальної та медичної інфраструктури пошкодили заклади охорони здоров'я та порушили систему та ритміку надання ними медичної допомоги та медичних послуг. Мешканці населених пунктів перестали відвідувати лікарів та проходити перманентні профілактичні огляди. Війна посатвила нові потреби в системі охорони здоров'я, зокрема щодо необхідності лікування важкотравмованих пацієнтів, більшої підтримки психічного здоров'я та посилення уваги щодо системи реабілітації.

Сучасний стан публічного управління у сфері охорони здоров'я, на регіональному рівні зокрема в Україні не задовольняє ні державу, як основну ланку управління галуззю, ні суспільство в цілому, ні конкретно взяту людину. Особливо це відчувається в час війни та воєнного стану. Існує низка факторів, котрі свідчать про незадовільний стан української медицини. Про її неспроможність реально забезпечити реалізацію прав, свобод та законних інтересів громадян у сфері надання медичних послуг закладами охорони здоров'я.

Значною мірою, по-перше, це недоліки безпосередньо медичної сфери, по-друге, – негарзди фінансування галузі. По-третє, недостатня увага публічного управління у сфері охорони здоров'я, на регіональному рівні зокрема.

Розв'язання даних проблем, необхідність надання конкретних пропозицій щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я, на

регіональному рівні зокрема в Україні обумовили вибір теми магістерського дослідження. За приклад обрано Харківський регіон, Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України зокрема

Проблеми державного, публічного управління та адміністрування, місцевого самоврядування, публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я ґрунтовно досліджуються в працях Харківських науковців, зокрема: В. Бульби, О. Вашева, С. Газарян, Ю. Дідок, І. Дунаєва, В. Дзюндзюка, В. Єлагіна, О. Жадана, Д. Карамішева, О. Коротич, О. Крутій, Ю. Куца, М. Латиніна, В. Мамонової, В. Мартиненка, В. Наконечного, О. Орлова, Н. Статівки, Ю. Ульянченка та ін.

Незважаючи на наявність чисельних наукових розробок щодо реалізації та удосконалення державної політики та публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я в Україні, окремі питання процесу поліпшення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні залишаються не вирішеними, що, в свою чергу, потребує їх подальшого наукового осмислення та надання конкретних рекомендацій щодо його оптимізації.

Мета дослідження. Метою магістерського дослідження є розробка теоретичних положень, методичних основ та практичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні. За приклад обрано клініку Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України». Для реалізації мети дослідження було передбачено вирішення таких завдань:

- розглянути сферу охорони здоров'я як об'єкт публічного управління;
- узагальнити форми публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні;
- визначити нормативно-організаційний механізм регулювання системи охорони здоров'я на регіональному рівні;

– проаналізувати організаційний механізм публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні (на прикладі клініки Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України»);

– обґрунтувати шляхи вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні.

Об'єктом дослідження є державна політика у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні.

Методи дослідження. Теоретичною і методологічною основою магістерської роботи є фундаментальні положення теорії публічного управління та адміністрування, місцевого самоврядування, розвитку сфери охорони здоров'я. Для досягнення поставленої у магістерській роботі мети використовувалися методологія та методика науки публічного управління та адміністрування.

Достовірність результатів дослідження досягнуто завдяки використанню сукупності філософських, загальнонаукових і спеціальних публічно-управлінських методів, які використовуються в науці публічне управління та адміністрування.

Узагальнення розвитку сучасних суспільних процесів було здійснено з урахуванням реальних умов воєнного стану, рівня соціально-економічного і політичного розвитку українського суспільства, його медичної сфери.

В основі методологічної конструкції магістерської роботи лежить системний аналіз. Завдяки йому визначено напрями дослідження адміністративно-організаційного механізму розвитку сфери охорони здоров'я на регіональному рівні. Діалектичний метод дав змогу встановити організаційну основу механізму розвитку сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. За допомогою логіко-системного методу узагальнено категорійний апарат, який використано в даному магістерському дослідженні.

За допомогою формального методу здійснено змістовий аналіз поняття публічне управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.. Застосування методів аналізу, моделювання та синтезу дало змогу сформулювати пропозиції щодо підвищення дієвості планування роботи Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України».

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 яким пов'язано і наукове дослідження, що проводилося кафедрою публічного управління та державної служби за темою «Розвиток персоналу публічної служби в Україні» (державний реєстраційний номер 0116U007131). Зокрема, у річищі цих досліджень магістрант обґрунтовує структурні складники системи діяльності органів публічного управління та адміністрування щодо управління у сфері охорони здоров'я, Харківського регіону зокрема.

Інформаційну базу дослідження склали законодавчі, нормативно правові акти, що регулюють механізми вирішення проблем публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні; законодавство України щодо регулювання сфери охорони здоров'я; нормативно-правові акти Харківської обласної військової адміністрації в частині регулювання та розвитку сфери охорони здоров'я та механізмів впровадження державної політики щодо розвитку даної галузі; офіційні статистичні та інформаційно-аналітичні матеріали, матеріали з мережі Інтернет.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблено теоретичні та методичні положення, які дають змогу підвищити ефективність публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні, можуть бути використані в практичній роботі, зокрема в діяльності клініки Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України», а також в

навчальному процесі ННІ «Інституту державного управління» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна при викладанні дисципліни «Територіальна організація влади».

Апробація результатів роботи. Основні положення магістерської роботи були впроваджені в практику під час практичної діяльності автора на посаді Завідувача відділення ускладнень артеріальних гіпертензій та коморбідних станів клініки Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої 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

ТЕОРЕТИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

1.1 Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Здоров'я громадян Української держави, особливо в умовах широкомасштабної агресії російської федерації, є одним із пріоритетних напрямків державної політики щодо соціально-економічного розвитку країни. Ця задача вирішується в сфері охорони здоров'я. Сфера «охорони здоров'я на законодавчому рівні визначена як - сукупність суспільних відносин, пов'язаних із впливом на здоров'я людини шляхом здійснення профілактичних та лікувальних заходів» [53]. Сферу охорони здоров'я В. Борщ пропонує розглядатися як стратегічну з урахуванням державного економічного потенціалу та пріоритетів соціальної політики, що забезпечують сталий розвиток держави в цілому [8].

Публічне управління, як категорію Д. Карамішев визначає як діяльність органів державного управління, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору та інститутів громадянського суспільства в межах визначених законом повноважень і функціональних обов'язків (планування, організації, керівництва, координації та контролю) щодо формування та реалізації управлінських рішень суспільного значення, політики розвитку держави та її адміністративно-територіальних одиниць [27, с. 144]. Воно дає можливість для підвищення ефективності управлінської діяльності. І, як наслідок, забезпечує суттєвий рівень громадської активності щодо підтримки та консолідації суспільства навколо спільних цілей. Публічне управління прямо пропорційно пов'язане з демократичними цінностями та принципами верховенства законності, поваги до гідності людини, справедливості, безпеки та ін.

Публічне управління автори словника-довідника «Публічне управління та адміністрування» (Київ, 2016) пропонують наступне. По-перше, у загальному значенні – поняття «публічне управління» відображає інтегральний системний механізм, підсистемами і елементами якого виступають політичні програмні орієнтири і пріоритети, нормативне регулювання, процедури, фінансовані державою або органами місцевого самоврядування централізовані. По-друге, також і «децентралізовані організаційно-управлінські структури та їх персонал, що відповідають за адміністрування діяльності у певній галузі суспільних відносин на національному, субнаціональному та місцевому рівнях» [70, с. 129].

Дж. М. Пріфінер та Р. Пристюс вважають, що публічне управління – це управління організацією та напрямком людських і матеріальних ресурсів для досягнення бажаних цілей.

Публічне управління – це вплив суб'єкта, що володіє публічною владою, на об'єкт з метою будь-яких суспільних інтересів. Такої думки дотримується Н. Аврамчикова. На публічне управління істотний вплив завжди надавали, надають і будуть надавати питання і проблеми як світової, так і внутрішньої політики, суспільного життя. Публічне управління завжди здійснюється в контексті відбуваються в суспільстві подій і в реальних соціально-економічних, політичних і культурних умовах, оскільки публічне управління не може бути ізольованим від суспільства, будучи реалізованим частиною цього суспільства (персоналом публічної адміністрації – політичними посадовими особами, державними і муніципальними службовцями) і реалізованим в тісному сполученні з суспільством.

Публічне управління – це щось більше, ніж просто набір загальних інструментів управління, публічне управління вивчає взаємодію між політичною системою, державним сектором, співвідношення муніципальних, державних та народних інтересів із залучення суспільства до механізму контролю всіх органів влади рівнях [70, с. 129].

М. Аніщенко публічне управління розглядає як «регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами діяльність суб'єктів публічного

управління, яку вони спрямовують на забезпечення відповідних заходів шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг» [1, с. 31].

У той же час вказаний науковець вважає, що публічне управління у медичній сфері «здійснюється за допомогою наступних складників – форми організації системи охорони здоров'я (держава формує систему публічного управління (централізовану, децентралізовану); методу управлінського впливу (застосування різних методів управління надає можливість визначити найбільш ефективні, а також окреслює напрям управлінського впливу (імперативний, диспозитивний); джерел фінансування (джерела фінансування мають вплив на кількість суб'єктів владних повноважень та обсяг їх правосуб'єктності)» [1, с. 33].

Публічне управління, вважають Н. Махначова і В. Бондар, являє собою «різновид суспільно корисної діяльності (впливу), який здійснюється певною сукупністю суб'єктів, у т. ч. органами державної влади, місцевого самоврядування тощо. Публічне управління має забезпечувати підвищення ефективності управлінської діяльності із залученням високого рівня громадської підтримки при впровадженні управлінських рішень» [46, с. 164].

Таким чином, вважає М. Аніщенко публічне управління у сфері охорони здоров'я це публічно-владна діяльність визначених суб'єктів адміністрування на різних рівнях, яка не може розвиватись та функціонувати ізольовано від проблем сьогодення, що виникають в системі охорони суспільного здоров'я [1].

Одним із основних завдань публічного управління медичною сферою в Україні в сучасних умовах є «розбудова орієнтованої на пацієнта системи, здатної забезпечити справедливе загальне охоплення послугами охорони здоров'я всього населення країни» [75].

До основних функцій публічного управління сферою охорони здоров'я Б. Логвиненко відносить:

- окреслення напрямів реалізації норм чинного медичного законодавства;

- захист прав пацієнтів; удосконалення та стовідсоткове упровадження електронного обміну даними в медичній діяльності;
- забезпечення доступності ресурсів державної та комунальної охорони здоров'я; формування єдиного медичного простору України [45, с. 56].

Публічне адміністрування в охороні здоров'я, за визначенням О. Фірсової, дане нею в термінологічному словнику «Публічне управління» (Київ, НАДУ, 2018) - це діяльність суб'єктів публічного адміністрування із забезпечення інтересів і свобод фізичних та юридичних осіб у контексті законодавчо визначених порядків реалізації своїх повноважень, шляхом прийняття адміністративних рішень і надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я [86]. До них вона відносить державну акредитацію закладів охорони здоров'я. Також атестацію лікарів та ліцензування господарської діяльності з медичної практики. До даної низки адміністративних рішень вона включає ліцензування господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів та виготовлення з них препаратів, а також ліцензування на проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об'єктах ветеринарного контролю). Ліцензування виробництва лікарських засобів та надання підтвердження про державну реєстрацію медичної техніки та виробів медичного призначення і реєстрацію оптово-відпускних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів також авторка пропонує включити до окресленого переліку адміністративних рішень [86].

Сфера охорони здоров'я не обмежується лише наданням медичних послуг та здійсненням медичної практики. Вона охоплює широкий спектр суспільної діяльності, який включає не лише медичну, але й фармацевтичну діяльність, реабілітацію (відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», реабілітація є окремим видом діяльності у сфері охорони здоров'я), а також роботу народних цілителів та інші напрямки [64]. У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» чітко визначено, що охорона здоров'я — це система заходів, спрямованих на підтримку та

відновлення фізіологічних і психологічних функцій людини, збереження її працездатності та соціальної активності, забезпечуючи при цьому максимально можливу тривалість життя з біологічної точки зору. Ці заходи реалізуються як органами державної влади та місцевого самоврядування, так і їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, що мають відповідну ліцензію на медичну діяльність, медичними та фармацевтичними працівниками, фахівцями з реабілітації, громадськими об'єднаннями та окремими громадянами [53].

До системи охорони здоров'я також інтегровані заклади вищої освіти, які забезпечують підготовку висококваліфікованих фахівців для медичної галузі та включають у свою структуру клінічні кафедри й університетські клініки. Зважаючи на це, виникає необхідність розширення кола суб'єктів публічного управління у сфері охорони здоров'я, що дасть змогу підвищити ефективність регулювання галузі. Зокрема, до цього переліку доцільно включити Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, яка виконує ключову функцію з ліцензування фармацевтичної діяльності, що відображає важливість багаторівневого підходу до управління охороною здоров'я.

Одним із таких «вмонтованих закладів» є Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України» в межах якої здійснює свою роботу Клініка [53].

Клініка Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України» є науково-практичним структурним підрозділом з питань охорони здоров'я, де здійснюються наукові дослідження, розробляються і впроваджуються нові методи діагностики, лікування і профілактики та надається висококваліфікована спеціалізована медична (лікувально - діагностична і профілактична) допомога профільним хворим.

Клініка здійснює всі види лікувально-діагностичної, консультативної та профілактичної допомоги населенню України у відповідності з основними напрямками діяльності і планом науково-дослідних робіт Інституту.

Вона надає високоспеціалізовану медичну допомогу особам, які направлені до Інституту, для вирішення експертних питань з встановленням діагнозу та лікуванням пацієнтів, які відносяться до груп спостереження. Діяльність клініки регламентується законами України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, Статутом інституту, наказами і розпорядженнями директора інституту, рішеннями Вченої ради, цим положенням. Клініка фінансується за рахунок Державного бюджету та інших джерел фінансування.

Клініка здійснює діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III), психотропних речовин (списку 2 таблиці II та списку 2 таблиці III), прекурсорів (списку 1 таблиці IV та списку 2 таблиці IV) «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» (придбання, зберігання, перевезення, реалізацію (відпуск), знищення, використання), а також діяльність, пов'язану з використанням джерел іонізуючого випромінювання згідно здійснення основної діяльності. Вона є базою для підготовки аспірантів, клінічних ординаторів згідно з профілем Інституту, разом з організаційно – методичним. інформаційно-аналітичним відділом здійснює керівництво з питань підвищення кваліфікації та спеціалізації медичних працівників [53].

На базі Клініки, у відповідності до загальних напрямлень діяльності, здійснюється розробка, апробація та впровадження інструктивних, методичних, інформативних матеріалів, призначених для здійснення діагностичних та лікувальних заходів.

У Клініці створюється та ведеться реєстр (реєстри) відповідних контингентів хворих, що лікуються та листків непрацездатності також вона надає організаційно-методичну допомогу лікувальним закладам територіального, обласного та Всеукраїнського рівня з питань лікування пацієнтів терапевтичного профілю. До складу клініки входять стаціонар та консультативна поліклініка.

Структура стаціонару складається з спеціалізованих клінічних відділень, які відповідають науковій тематиці Інституту, діагностичних, організаційних підрозділів та підрозділів загального медичного забезпечення.

Клініка працює в режимі, що забезпечує надання цілодобової медичної допомоги пацієнтам та надає екстрену медичну допомогу хворим при невідкладних станах, гострому коронарному синдромі та планову стаціонарну допомогу пацієнтам терапевтичного профілю. Режим роботи Клініки та всі наступні зміни доводяться до відома НАМН та МОЗ України [53].

Штати Клініки формуються з урахуванням положень, викладених в Наказі МОЗ України про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я.

Штатний розклад Клініки та зміни до нього затверджуються Президією НАМН за поданням директора Інституту і головного лікаря Клініки у встановленому порядку. Всі види лікувальної, консультативної допомоги здійснюються у відповідності з основними напрямками діяльності і планом науково-дослідних робіт Інституту.

Відділення, відділи, лабораторії та інші підрозділи Інституту беруть участь у забезпеченні ефективної роботи клініки по наданню спеціалізованої допомоги хворим терапевтичного профілю.

Госпіталізація до Клініки здійснюється на підставі відповідних документів за рішенням відбіркової комісії, яка працює щоденно, крім суботи та неділі, згідно положення [53].

Керівництво Клініки здійснює головний лікар, який призначається і звільнюється директором Інституту. Головний лікар забезпечує керівництво всіма лікувально-діагностичними відділеннями, кабінетами і клінічними лабораторіями, кабінету медичної статистики та несе відповідальність за:

- якість лікувально-діагностичної роботи, харчування і обслуговування хворих;
- раціональне і ефективне використання ліжкового фонду клініки, медичних кадрів та медичної техніки;
- забезпечення необхідного обсягу медикаментозного і інших видів

лікування хворих, раціональне використання асигнувань на придбання медикаментів, препаратів крові, кровозамінників та виробів медичного призначення;

- впровадження в практику діяльності клініки сучасних методів діагностики, лікування і профілактики та інформаційної системи бази даних;

- якість консультативної допомоги хворим в консультативній поліклініці;

- забезпечення належного порядку в організації роботи консультативної поліклініки, прийому і виписки хворих, а також при необхідності перевodu їх в інші лікувальні заклади;

- якість проведення експертизи тимчасової непрацездатності хворих;

- проведення аналізу показників діяльності консультативної поліклініки, клінічних відділень і обговорення його на апаратних нарадах;

- планування і організацію проведення Медичних Рад, клініко-анатомічних конференцій, клінічних розборів, семінарів, нарад для лікарів і середнього медичного персоналу;

- забезпечення чіткого статистичного обліку про діяльність підрозділів Інституту і своєчасне подання звіту в органи державної статистики, представлення звітних матеріалів у загальний звіт Інституту, до Управління лікувально - організаційної роботи НАМН України, Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації та заходів по поліпшенню діяльності клініки на майбутній рік.

- керує роботою тарифікаційної комісії, яка визначає заробітну плату працівникам Інституту [53].

Заступник головного лікаря з лікувальної роботи та трудової експертизи призначається директором інституту, займається питаннями трудової експертизи та тимчасової втрати непрацездатності, є головою ЛКК, слідкує за правильністю і своєчасністю обстеження та лікування хворих у клініці, за високим рівнем консультативної допомоги в умовах консультативної поліклініки, санітарно-

епідемічним станом, підвищенням кваліфікації співробітників, веденням медичної документації.

Завідувачі наукових підрозділів Інституту безпосередньо працюють із завідувачами клінічних відділень, керують науково-дослідною та консультативною роботою. Разом з головним лікарем клініки несуть відповідальність за рівень і якість діагностики та лікування, залучаючи до лікувальної роботи необхідний склад наукових співробітників, аспірантів та ординаторів.

Завідувачі відділень клініки призначаються директором Інституту.

Завідувачі відділень клініки:

- під керівництвом завідуючих наукових підрозділів розробляють порядок і показання для направлення хворих в консультативну поліклініку Інституту;
- в складі відбіркової комісії вирішують питання госпіталізації хворих в клініку Інституту;
- несуть відповідальність за рівень і якість діагностики і лікування хворих та виконання санітарно-гігієнічних та протиепідеміологічних заходів;
- впроваджують в практичну роботу клінічного відділення сучасні методи діагностики, лікування, профілактики та сучасні медичні інформаційні технології;
- несуть відповідальність за дотриманням стандартів якості надання медичної допомоги хворим з патологією відповідного профілю відділень;
- разом з завідуючими наукових підрозділів беруть участь в розгляді конфліктних випадків, проводять заходи щодо їх запобігання, лікарських помилок, беруть участь в розробці стандартів, клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим відповідного профілю та наглядають за неухильним дотриманням цих розробок;
- щороку проводять аналіз роботи клінічного відділення з аналізом летальності, контролюють якість ведення медичної документації і розробляють заходи подальшого покращення лікувально-діагностичного процесу.

Зовнішні консультації пацієнтів здійснюються за погодженням з головним лікарем клініки або його заступником з лікувальної роботи та трудової експертизи. Провідні і старші наукові співробітники поряд з науково-дослідною роботою здійснюють консультативну роботу у відділеннях клініки та консультативній поліклініці. Обсяг консультацій визначається характером наукової тематики. Обсяг внутрішніх консультацій не повинен перевищувати 50 % навантаження лікаря [53]. Наукові, молодші наукові співробітники виконують лікувально-діагностичну роботу в обсязі 50 % розрахункових норм навантаження лікарів відповідної спеціальності. Аспіранти виконують лікувально-профілактичну роботу у відповідності з індивідуальним планом їхнього навчання в обсязі 25 % розрахункової норми навантаження лікарів даної спеціальності.

Консультативна поліклініка Інституту здійснює свою діяльність по наданню консультативної, діагностичної допомоги населенню України відповідно до профілю діяльності Інституту. Відділення очолює завідуючий консультативною поліклінікою, який призначається директором інституту, і несе відповідальність за її діяльність і за виконання покладених на нього завдань і функцій згідно посадових інструкцій. Обстеження пацієнтів в консультативній поліклініці здійснюється у відповідності до протоколу обстеження, за результатами якого надається відповідний консультативний висновок. У процесі обстеження пацієнта в консультативній поліклініці всі дані обстежень заносяться до бази даних для підрахунків, аналізу і тривалого зберігання. Висновки фахівців про стан здоров'я і заходи, що рекомендувалися для оздоровлення, вносяться в амбулаторну карту, для наступного динамічного спостереження за хворим і контролем ефективності призначеного лікування.

Графік відпусток співробітників Клініки затверджується директором Інституту після погодження із головним лікарем та профспілковим комітетом. Графік відпусток наукових співробітників затверджується директором Інституту після погодження із заступником директора з наукової роботи, головним лікарем та профспілковим комітетом.

Клініка фінансується відповідно до затверджених кошторису видатків і плану асигнувань загального фонду бюджету на відповідний період, а також за рахунок коштів спеціального фонду згідно з діючим законодавством,

Критеріями оцінки діяльності клініки є статистичні показники, які містяться у річному звіті про роботу клініки і подаються до лікувально-організаційного управління НАМН України і територіальних статистичних організацій. Річний звіт складається і надається у відповідності до затверджених вимог у встановлений термін. Підсумки роботи клініки заслуховуються не рідше 2 разів на рік на відкритому засіданні Вченої Ради Інституту [53].

Організація праці в Клініці регламентується діючим законодавством України, розпорядженням, наказами НАМН України, Міністерства охорони здоров'я України, Статутом Інституту, Правилами внутрішнього трудового розпорядку Інституту, колективним договором з адміністрацією, який спільно з трудовим колективом інших підрозділів укладають за участю профспілкового комітету Інституту.

Таким чином, публічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні здійснюється як вищими органами державної влади, так і безпосередньо спеціалізованими органами публічного управління в охороні здоров'я на чолі з Міністерством охорони здоров'я України, а також органами місцевого самоврядування. На мікрорівні публічне управління в системі охорони здоров'я здійснюється безпосередньо в медичних закладах, зокрема таких як Клініка Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України».

1.2 Форми публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні

Стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначено, що розбудова цілісної та орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я може відбутися в разі «багатокомпонентної комунікативної стратегії, яка

охоплює населення країни, пацієнтів, медичних працівників та державні установи, а також забезпечення прозорості, актуальності та достовірності даних, які використовуються для публічного управління охороною здоров'я» [75, с. 92].

Державна політика у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі зазнає суттєвих реформ, спрямованих на оновлення та вдосконалення системи, що повинна забезпечувати збалансовану загальнодоступність усіх видів медичних послуг для населення. В умовах сьогодення реалізація права на охорону здоров'я займає ключову позицію у формуванні здорового рівня життя громадян. Сучасна держава, орієнтована на людину, функціонує в інтересах своїх громадян через всебічне забезпечення пріоритету їхніх прав і свобод як найвищої соціальної цінності, а також захисту їхніх законних інтересів. Основна роль держави полягає у наданні громадянам послуг, тому її основне завдання — забезпечити умови для реалізації особами своїх прав, зокрема у взаємовідносинах з державними органами. Одним із ключових прав, що надається державою, є право на охорону здоров'я, яке набуває особливої ваги як система заходів, реалізованих органами публічної влади. Це право потребує відповідного регулювання й ефективного управління через належні форми та механізми для забезпечення його належної реалізації.

Необхідно проводити роботу щодо подальшої автономізації закладів охорони здоров'я та розширення запровадженого децентралізованого підходу до ухвалення управлінських рішень в медичній сфері. Цей комплекс вирішених завдань призведе до покращення надання медичних послуг та підвищить дієвість системи захисту прав пацієнтів під час впровадження їх конституційного права на охорону здоров'я.

Суб'єкти, які здійснюють публічне управління у сфері охорони здоров'я, поділяються на суб'єктів:

- загальнодержавного значення (Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України);

- із спеціалізованими публічними повноваженнями (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Державна служба

України з лікарських засобів та контролю за наркотиками тощо);

- місцевого значення (місцеві військові адміністрації, сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст в сфері охорони здоров'я зокрема);

- заклади охорони здоров'я (як медичні заклади державної форми власності, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, так і медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, а також медичні заклади приватної форми власності);

- громадські об'єднання та організації [1].

Зазначені суб'єкти реалізують державну політику через державне регулювання. Внаслідок цього постає питання щодо співвідношення категорії «державне управління», «державне регулювання» та «публічне адміністрування».

Державне управління, подібно до будь-якого іншого виду управління, передбачає цілеспрямований вплив суб'єкта управління на відповідний об'єкт. Важливими характеристиками державного управління є підпорядкованість об'єкта управління суб'єкту, який втілюється в органах виконавчої влади. Суб'єкт державного управління наділяється державними владними повноваженнями, за допомогою яких реалізує волю держави, її функції та завдання.

Відмінною ознакою державного управління є наявність чітких відносин підпорядкування між суб'єктом і об'єктом управління, тоді як державне регулювання має справу з впливом на організаційно незалежні об'єкти. Державний управлінський вплив має безпосередню спрямованість на об'єкти управління, в той час як державне регулювання здебільшого фокусується на умовах функціонування суб'єктів, створюючи необхідне середовище для їхньої діяльності.

Державне регулювання значною мірою базується на застосуванні механізмів обмежувачого та стимулюючого характеру, таких як встановлення стандартів, нормативів, лімітів та тарифів. Незважаючи на відмінності, слід

значити, що державне управління та державне регулювання є взаємопов'язаними та взаємодоповнюючими процесами. Державне управління має більш широке охоплення та спрямоване на реалізацію загальних функцій держави й упорядкування суспільних відносин у різних сферах та галузях діяльності.

На зміну категорії «державне управління» приходять концепція «публічне адміністрування», що трактується як теорія та практика управління державою, де характерними особливостями виступає реалізація адміністративних процедур через публічну діяльність, застосування демократичних інструментів врядування, а також надання адміністративних послуг як засобу реалізації прав і свобод громадян.

Процес публічного адміністрування є комплексним і інтегрованим, що охоплює численні управлінські процеси, які конкретизуються на різних етапах управлінських циклів, визначаючи відповідні суб'єкти та об'єкти управління. Державне регулювання, у цьому контексті, є ширшим поняттям, ніж публічне адміністрування, оскільки воно охоплює сукупність дій, які здійснюються з певною періодичністю та мають здебільшого технічний характер. Державне регулювання виступає як система заходів, що впливає на конкретні сфери суспільних відносин через нормативно-правову основу.

Суб'єктами державного регулювання у сфері охорони здоров'я є держава, представлена законодавчими, виконавчими та судовими органами, місцевими органами державної влади, а також громадськими та політичними об'єднаннями. Ця система забезпечує нормативне управління ключовими аспектами охорони здоров'я, сприяючи сталому розвитку та забезпеченню прав громадян у цій сфері.

Основа державного регулювання у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад. Це включає визначення мети, завдань, напрямків, принципів і пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, а також затвердження комплексних і цільових

загальнодержавних програм охорони здоров'я. На відміну від цього, державне управління в охороні здоров'я реалізується органами виконавчої влади, зокрема Міністерством охорони здоров'я, відповідними державними службами тощо. Водночас, публічне адміністрування здійснюється на рівні закладів охорони здоров'я та медичних установ.

Коли йдеться про державне управління у сфері охорони здоров'я, мається на увазі діяльність органів виконавчої влади та місцевого самоврядування. Система охорони здоров'я включає різні форми управлінської діяльності державних органів, яка поділяється на відповідні галузі. Це можуть бути: санітарно-епідеміологічна сфера, сфера надання медичної допомоги, економічний сектор охорони здоров'я, а також координуюча, організаційна й контрольна сфери.

Суб'єкт державного управління у сфері охорони здоров'я реалізує свої повноваження через відповідні управлінські форми, які визначають характер відносин у цій сфері. Ці форми є результатом діяльності суб'єктів державного управління й зовнішнім вираженням конкретних видів управлінської діяльності, що в сукупності забезпечують функціонування та розвиток системи охорони здоров'я в цілому.

Форми державного управління у сфері охорони здоров'я, на думку Д. Горбатової можна поділити на дві основні групи – зовнішні та внутрішні, адже в цих формах відбивається зміст діяльності органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування з питань забезпечення охорони здоров'я [15, с. 169].

Зовнішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на забезпечення взаємодії з іншими державними органами з метою ефективної реалізації покладених на суб'єктів державного управління завдань та функцій. Ці форми включають адміністративні процедури, нормативно-правові акти та організаційні заходи, що сприяють координації діяльності між різними органами влади, підвищуючи ефективність управління та досягнення поставлених цілей у сфері охорони здоров'я.

Наприклад, Національна служба здоров'я України під час виконання

покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами та службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками й організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із підприємствами, установами й організаціями [68].

Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я пов'язані з організацією внутрішньої діяльності суб'єктів державного управління, що включає розподіл службових обов'язків, керівництво підрозділами нижчого рівня, а також проведення нарад і матеріально-технічні операції, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації, включаючи діловодство та матеріально-технічне забезпечення.

Цим формам притаманні певні характерні ознаки: підзаконний, виконавчо-розпорядчий та юридично-владний характер. Підзаконний характер свідчить про те, що діяльність суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я ґрунтується на законодавчих актах і здійснюється в межах, визначених законом, із метою, що передбачена законодавством. Виконавчо-розпорядчий характер проявляється в тому, що суб'єкти публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я зобов'язані дотримуватись приписів, встановлених нормами чинного законодавства.

Основною формою публічного управління у сфері охорони здоров'я є встановлення загальнообов'язкових норм і видання управлінських актів. Це означає, що органи виконавчої влади або їхні посадові особи видають нормативні акти, які конкретизують норми законів, що регулюють певні питання в цій сфері. Це пов'язано з тим, що загальні норми та правила поведінки, сформульовані в законах, не завжди здатні повністю охопити всі аспекти суспільних відносин, що існують у сфері охорони здоров'я.

Внутрішніми формами публічного управління у сфері охорони здоров'я

можна виокремити наступні:

1. Участь державних органів, органів місцевого самоврядування та громадських організацій у розробці та обговоренні нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я. Цей процес є критично важливим, оскільки забезпечує інтеграцію різних стейкхолдерів у формуванні політики у сфері охорони здоров'я, сприяючи таким чином врахуванню соціальних потреб і забезпеченню принципів прозорості та підзвітності.

2. Затвердження порядку ліцензійних умов для провадження господарської діяльності з медичної практики. Ліцензування, як інструмент державного зовнішнього контролю, відіграє ключову роль у регуляції медичної діяльності, гарантує дотримання стандартів якості та безпеки. Для удосконалення роботи в цій сфері пропонується спростити процедуру ліцензування, що дозволить зменшити бюрократичні перешкоди та створити сприятливі умови для розвитку сектора медичних послуг.

3. Затвердження порядку акредитації закладів охорони здоров'я та атестації лікарів і лікарів-фізичних осіб-підприємців (ФОП). В Україні роль акредитації закладів охорони здоров'я залишається заниженою, а сама процедура часто має формалізований характер, що може обмежувати можливості для реального поліпшення якості медичних послуг. Це вимагає перегляду чинного законодавства з метою вдосконалення акредитаційних процедур та їх адаптації до сучасних вимог, що можуть включати інтеграцію міжнародних стандартів якості та підвищення вимог до професійної підготовки медичних працівників [15, с. 171].

Атестацію медичного персоналу можна вважати ключовим елементом у системі управлінських послуг у сфері охорони здоров'я. У контексті реформування галузі охорони здоров'я було переглянуто умови проходження атестації лікарів, що відображає прагнення до підвищення стандартів якості медичних послуг. У 2019 році Міністерством охорони здоров'я України було затверджено наказ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», який визначає основи для реалізації безперервного професійного

розвитку медичних працівників [22]. Лікарі зобов'язані проходити щорічне атестаційне навчання, що підвищує їх конкурентоспроможність. Це дозволяє швидко впроваджувати нові технології та оновлювати знання у сфері охорони здоров'я.

Регулярне навчання дає доступ до актуальних методик лікування, що покращує якість медичних послуг.

Лікарі мають право самостійно вибирати теми та формати навчання, що є важливою складовою сучасної медичної освіти. Вони можуть обирати між дистанційною і стаціонарною формами навчання, а також між державними та приватними освітніми закладами. Головною метою оновленого порядку атестації є задоволення індивідуальних потреб лікарів у професійному розвитку. За кожен вид навчання лікар отримуватиме певну кількість балів, що зазначена в додатку до порядку проведення атестації лікарів.

Для успішного впровадження такого порядку атестації необхідно створити ефективні механізми залучення представників лікарського самоврядування та медичної громади до атестаційних процесів, що забезпечить підвищення рівня громадського контролю за цими процесами.

Серед інших важливих аспектів державного регулювання в охороні здоров'я можна виділити:

- Ведення реєстрів, таких як Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби, Державний реєстр медичної техніки та виробів медичного призначення, а також Державний реєстр лікарських засобів України.

- Затвердження порядку та реалізація медичного страхування, що є важливим елементом доступності медичних послуг.

- Утворення спільних консультативно-дорадчих органів, які сприяють забезпеченню прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема в процесі формування та реалізації державної політики.

- Виконання спільних проектів, що мають інформаційний та аналітично-дослідницький характер у питаннях охорони здоров'я.

- Видача дозволів на впровадження нових технологій, що необхідні для підвищення якості медичних послуг.

- Затвердження стандартів, регламентів і сертифікації медичних послуг, що сприяє підвищенню рівня безпеки та ефективності медичної діяльності.

- Проведення профінформаційних семінарів з метою розширення знань у сфері охорони здоров'я, що забезпечує підвищення кваліфікації медичних працівників.

Ще однією важливою внутрішньою формою публічного управління є матеріально-технічні дії (операції). Під такими діями розуміються дії, що регламентуються технічними нормами, які спрямовані на створення належних умов для функціонування управлінського апарату. До цих дій належать процеси отримання та обробки інформації, облік, діловодство, а також адресно-довідкова робота [15, с. 173].

Матеріально-технічні дії в публічному управлінні охорони здоров'я виконують допоміжну роль, підвищуючи ефективність адміністративно-правового регулювання. Прикладами таких дій є складання звітів про надання медичної допомоги різним категоріям населення, звіти щодо лікарських засобів, їх вартості та обсягу, а також розгляд заяв громадських організацій.

Ці дії забезпечують прозорість у функціонуванні системи охорони здоров'я, дозволяючи зібрати та систематизувати інформацію для управлінських рішень. Завдяки матеріально-технічним діям, державні органи можуть оперативно реагувати на зміни у сфері охорони здоров'я, що сприяє вдосконаленню адміністративних процесів.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ

2.1 Нормативно-організаційне регулювання системи охорони здоров'я на регіональному рівні

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» охорона здоров'я розглядається як система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Такі заходи здійснюють «органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни» [53].

Система публічного управління в сфері охорони здоров'я України має чітку ієрархічну структуру. Верховна Рада України виконує роль законодавчого регулятора, проте не займається безпосереднім управлінням медичним обслуговуванням населення, а впливає на цю сферу через реалізацію державних функцій. У складі Верховної Ради діє Комітет з питань охорони здоров'я, який відповідає за обговорення й аналіз законодавчих ініціатив у цій галузі.

Гарантом права громадян на охорону здоров'я, відповідно до Конституції та Основ законодавства про охорону здоров'я, є Президент України. Кабінет Міністрів України реалізує державну політику в рамках фінансових гарантій медичного обслуговування, координуючи діяльність міністерств і центральних органів виконавчої влади.

Міністр охорони здоров'я, у свою чергу, управляє діяльністю Національної служби здоров'я України. Для забезпечення інтересів пацієнтів у межах державного пакета медичних послуг функціонує Рада громадського контролю, яка відіграє ключову роль у відстоюванні прав населення.

Основним органом у системі центральних органів виконавчої влади, відповідальним за формування та реалізацію державної політики в медичній сфері, є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України).

Це провідний орган, який забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, розвитку медичних послуг, гарантування епідемічного благополуччя населення, впровадження електронної системи охорони здоров'я, а також забезпечення населення якісними лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Система МОЗ України складається з органів державного управління, таких як департаменти, управління, відділи та сектори, а також інших консультативних і дорадчих органів, що спільно формують управлінську структуру. Ця структура покликана забезпечити ефективність управління та реалізації державної політики в охороні здоров'я.

Наступним центральним органом виконавчої влади, відповідальним за публічне управління у медичній сфері, є Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Цей орган виконує кілька ключових функцій:

1. Узагальнення практики: НСЗУ аналізує застосування законодавства, що належить до її компетенції.

2. Підготовка пропозицій: Орган формулює рекомендації щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента та Кабінету Міністрів України, а також нормативно-правових актів міністерств, які потім виносяться на розгляд Міністра охорони здоров'я.

3. Аналіз потреб: НСЗУ проводить аналіз і прогнозує потреби населення у медичних послугах та лікарських засобах, що слугує основою для розробки програми медичних гарантій.

4. Закупівлі: Орган здійснює стратегічні закупівлі, пов'язані з наданням медичних послуг та реімбурсацією лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

5. Розробка програм: НСЗУ розробляє проекти програм медичних гарантій та специфікації і умови закупівлі медичних послуг.

6. Тарифи: Орган вносить пропозиції щодо тарифів та коригувальних коефіцієнтів.

7. Визначення закладів: НСЗУ визначає референтні заклади охорони здоров'я, які визнаються МОЗ незалежно від форми власності.

8. Аналіз витрат: Орган проводить аналіз витрат для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, які надаються за договорами про медичне обслуговування в рамках програми медичних гарантій .

Міжвідомча координаційна рада при Міністерстві охорони здоров'я України (МОЗ) виконує важливу роль у координації роботи закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління різних міністерств, а також центральних і місцевих органів виконавчої влади. Основними завданнями ради є:

1. Ефективне використання ресурсів: Сприяння раціональному використанню та концентрації матеріально-технічних ресурсів.

2. Поліпшення якості медичних послуг: Забезпечення підвищення якості надання медичного обслуговування населенню.

Окрім цього, при МОЗ створено кілька консультативно-дорадчих органів, які також виступають суб'єктами публічного управління в галузі охорони здоров'я. До них належать:

- Колегія МОЗ України: Відповідає за ухвалення рішень щодо ключових напрямків діяльності МОЗ, розгляд пропозицій щодо удосконалення законодавства та співпрацю з центральними органами виконавчої влади, місцевими держадміністраціями та органами місцевого самоврядування.

- Клініко-експертна комісія МОЗ: Колегіально розглядає звернення фізичних та юридичних осіб, що стосуються конкретних випадків у закладах охорони здоров'я.

- Медична рада закладу охорони здоров'я: Відповідає за внутрішній контроль якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, незалежно від їх форми власності.

- Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу: Формулює пропозиції щодо пріоритетів і реалізації державної політики у сфері протидії цим захворюванням.

У системі управління охороною здоров'я важливу роль відіграє Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. Цей комітет складається з кількох підкомітетів, серед яких:

- Підкомітет з питань медичного страхування
- Підкомітет з питань охорони здоров'я
- Підкомітет з питань фармації та фармацевтичної діяльності
- Підкомітет з питань сучасних медичних технологій та трансплантології
- Підкомітет з питань забезпечення епідемічної безпеки та боротьби з ВІЛ/СНІДом і соціально небезпечними захворюваннями
- Підкомітет з питань медичної техніки
- Підкомітет з питань оздоровлення та охорони материнства і дитинства
- Підкомітет з питань військової медицини
- Підкомітет з питань технічного регулювання та стандартизації у сфері охорони здоров'я
- Підкомітет з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями

Останній вказаний комітет відіграє ключову роль у запровадженні міжнародних стандартів, керуючись європейськими директивами та іншими нормами. Протягом поточного року він розглянув питання адаптації законодавства України до вимог Європейського Союзу (acquis ЄС) у сфері

громадського здоров'я. Особлива увага приділяється виконанню міжнародно-правових зобов'язань України в рамках європейської інтеграції, зокрема в контексті звітів Рахункової палати щодо ефективності використання коштів державного бюджету. Це підкреслює важливість контролю за фінансуванням у сфері охорони здоров'я та імплементації міжнародних стандартів у національну практику. Повноваження щодо санітарно-епідеміологічного нагляду розподілено між Міністерством охорони здоров'я, Державною службою України з питань праці та Державною службою з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів.

Звернемо увагу на те, що до 2017 року зазначені функції виконувала Державна санітарно-епідеміологічна служба України. Проте розподіл функцій не приніс ефективного результату, про що свідчить ситуація під час пандемії, пов'язаної з COVID-19. Усі повноваження щодо санітарно-епідеміологічного нагляду наразі мають Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з питань праці, Державна служба з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів.

З метою усунення дублювань окремих функцій суб'єктів публічного управління, а також покращення ефективності діяльності у частині, що стосується контролю та відповідальності у даному напрямі, необхідно на законодавчому рівні чітко визначити повноваження Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби України з питань праці, Державної служби з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні на всіх рівнях адміністрування.

На регіональному рівні публічне управління у сфері охорони здоров'я здійснюється, по-перше обласними військовими (в мирний час державними) адміністраціями та обласними радами. Окрім Автономної Республіки Крим, міст Київ і Севастополь, де, відповідно до чинного законодавства, регіональні органи публічного управління, в т.ч. і у сфері охорони здоров'я мають свою специфіку.

Так, структурним елементом Харківської військової адміністрації є Департамент охорони здоров'я, який здійснює свою діяльність на підставі Положення про Департамент охорони здоров'я Харківської державної адміністрації, розробленим Директором Департаменту охорони здоров'я Харківської державної адміністрації та затвердженим Розпорядження Голови Харківської обласної державної адміністрація [54].

Основними завданнями Департаменту є забезпечення реалізації у Харківській області державної політики у галузі охорони здоров'я [Там же].

Важливими суб'єктами публічного управління в сфері охорони здоров'я є органи місцевого самоврядування. Вони виконують функції управління, насамперед, комунальними некомерційними підприємствами, які складають найбільшу категорію закладів охорони здоров'я.

Від управлінських рішень органів місцевого самоврядування залежить формування мережі комунальних закладів охорони здоров'я. Рішення про реорганізацію, ліквідацію чи створення нових медичних закладів на території відповідних громад належить до їхньої компетенції, що підкреслює значущість їхнього впливу на доступність та якість медичних послуг для населення.

На регіональному рівні в обласних радах діють відповідні управлінські структури. Так, структурним елементом Харківської обласної ради є Комісія з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства [31].

Органи місцевого самоврядування мають можливість виділяти кошти на закупівлю медичного обладнання та ремонти будівель комунальних закладів охорони здоров'я. Вони можуть передавати нові будівлі та споруди комунальним закладам для здійснення їхньої статутної діяльності.

Крім того, органи місцевого самоврядування мають право затверджувати та виконувати місцеві програми соціально-економічного розвитку, зокрема в сфері охорони здоров'я, зміст яких може варіюватися.

Прикладом програм соціально-економічного розвитку, що фінансують заходи для покращення охорони здоров'я на території громади, є:

- Безоплатна або пільгова видача лікарських засобів соціально незахищеним категоріям населення.

- Надання в безоплатне користування приміщень, будівель і споруд приватним закладам охорони здоров'я, що працюють на території громади.

- Фінансова підтримка для закупівлі медичного обладнання приватними закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, які здійснюють медичну практику на території громади.

- Безоплатне надання житла лікарям, медсестрам, фельдшерам та іншим працівникам охорони здоров'я, що працюють у відповідній громаді, а також забезпечення їх пільговими комунальними послугами.

Здійснення цих та інших важливих функцій щодо публічного управління у сфері охорони здоров'я органами місцевого самоврядування гарантують Конституція України [32], Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» [63], інші акти чинного законодавства України.

Так, відповідно до ст. 13 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Автономної Республіки Крим, органами місцевого самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях. Водночас, відповідно до ст. 14 зазначеного Закону, виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону [53].

Таким чином, на регіональному рівні в Україні створена чітка та дієва система нормативно-організаційного регулювання системи охорони здоров'я, яка в умовах війни з агресором дає можливість долати чисельні труднощі в подоланні та ліквідації наслідків військових дій.

2.2 Організаційний механізм публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні (на прикладі Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України»)

Сьогодні реформа охорони здоров'я в Україні здійснюється за такими пріоритетними напрямками: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. Кожний з напрямів реформи потребує оновлення чи формування механізмів публічного управління та адміністрування.

Розглянемо організаційний механізм публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я на прикладі Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України».

Клініка інституту має вищу акредитаційну категорію на відповідність стандартам акредитації. Акредитаційний сертифікат від 03.01. 2020 № 014726, строк дії сертифікату з 03.01.2020 до 02.01.2023 року (на період дії воєнного стану акредитація закладів охорони здоров'я не проводиться Постанова від 13 травня 2022 р. № 592 (зміни до Постанови КМУ від 15 липня 1997 р. № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я», Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України Наказ від 22 грудня 2022 року № 309 «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією»).

Інститут має ліцензію Міністерства охорони здоров'я України на медичну практику від 06.06.2013 серія АЕ № 197294 зі спеціальностей: фізична та реабілітаційна медицина, акушерство і гінекологія, алергологія, анестезіологія, бактеріологія, гастроентерологія, дієтологія, ендокринологія, ендоскопія, епідеміологія, імунологія, кардіологія, клінічна біохімія, клінічна лабораторна діагностика, лікувальна фізкультура, неврологія, нефрологія, організація і управління охороною здоров'я, офтальмологія, отоларингологія, патологічна

анатомія, психотерапія, пульмонологія, ревматологія, рентгенологія, стоматологія, терапія, ультразвукова діагностика, урологія, фізіотерапія, функціональна діагностика; спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, сестринська справа, лабораторна справа, рентгенологія. Термін дії ліцензії – безстроково; має ліцензію Державного комітету ядерного регулювання України, що видана Східною державною інспекцією з ядерної та радіаційної безпеки на право провадження діяльності з використання джерел іонізуючого випромінювання, серія АА №ОВ 070083, термін дії ліцензії до 27.05.2031 року; ліцензію на придбання, зберігання, перевезення, реалізацію (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III), психотропних речовин (списку 2 таблиці II та списку 2 таблиці III), прекурсорів (списку 1 таблиці IV та списку 2 таблиці IV) «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», строк дії ліцензії з 17.12.2020 року до 17.12.2025 року (Ліцензійний реєстр від 23.12.2020 року) [24].

За результатами аудиту на відповідність вимогам ДСТУ ISO 10012: 2005 «Системи керування вимірюванням. Вимоги до процесів вимірювання та вимірювального обладнання» атестована клініко–діагностична лабораторія (Свідоцтво про відповідність системи вимірювань № 01-0045/2022 від 27 вересня 2022 року).

Клініка має Сертифікат на систему управління якістю, згідно з чинними в Україні нормативними документами відповідає вимогам ДСТУ ISO 9001:2015. Сертифікат № UA80072.04528465.1-2021, дійсний до 28 листопада 2024 року.

У зв'язку з створенням відділення фізичної та реабілітаційної медицини та мультидисциплінарної реабілітаційної команди, в 2024 році було розширено чинну ліцензію Міністерства охорони здоров'я України на медичну практику, а саме додана спеціальність фізична та реабілітаційна медицина.

Потужність поліклініки. Консультаційна поліклініка інституту розташована в окремому 5 – поверховому корпусі, розрахована на 350 відвідувань в день.

У консультативній поліклініці протягом 2024 року виконано 55688

лікарських відвідувань (Табл. 2.1), що складає 103,13 % плану (план 54000).

Таблиця 2.1

Кількість лікарських відвідувань

Рік	Кількість лікарських відвідувань	Отримали консультацію пацієнти в поліклініці			
		Всього %	Місто Харків	Харківська область	Інші області
2022	26324	24459	20416	3504	539
		100,0	83,47	14,33	2,2
2023	55688	52552	43621	7478	1453
		100,0	83,01	14,23	2,76

У 2023 році прийнято 52552 пацієнтів, що на 56 % більше, ніж у 2022 році [24].

Розподіл пацієнтів з міст розташування в відсотковому відношенні склало: з міста Харкова 83,01%, з Харківської області – 14,23%, кількість пацієнтів з інших областей України збільшилось у порівнянні з 2022 році на 0,56%.

Мешканців села проконсультовано в поліклініці 3672 осіб (6,98%); постраждалих від аварії на ЧАЕС – 46 особи (0,09%), учасників Другої світової війни – 7 (0,01%), учасників збройних конфліктів – 45 (0,08%), учасників АТО/ООС, військових дій на території України – 1014 (1,93%),

Осіб пенсійного віку: жінок, як старші 60 років – 6947 (13,29%), чоловіків що старші 60 років – 6876 (13,08%) [55].

Діагностичні можливості поліклініки.

У консультативній поліклініці хворим проводяться всі необхідні методи обстеження пацієнтів терапевтичного профілю, як електрокардіографія, холтеровське моніторування електрокардіограм і артеріального тиску, навантажувальні проби – велоергометрія і тредміл, рентгенологічні, ультразвукові обстеження, ендоскопія, колоноскопія, денситометрія, комп'ютерна томографія, спірометрія та інші.

Так, протягом 2023 року амбулаторним хворим зроблено 33234 лабораторних аналізів, проведено ультразвукових досліджень – 6068, електрокардіограм – 5840, велоергометрій – 49, рентгенологічних досліджень – 3972, комп'ютерних томографій – 795, ендоскопій – 427, колоноскопій – 92, денситометрій – 74, спірометрій – 3594, Холтерівських моніторингувань: ЕКГ – 355, АТ – 238, тредміл – 127 та інші [24].

Спеціалізовані прийоми: протягом 2023 року виконано відвідувань – 55688 (100,0%), з яких до лікарів терапевтів – 10204 (18,32%), до кардіологів – 6751 (12,12%), гастроентеролога – 7370 (13,23%), офтальмолога – 6522 (11,71%), отоларинголога – 2912 (5,23%), невропатолога – 4877 (8,76%), гінеколога – 3442 (6,18%), стоматолога – 1131 (2,03%), ендокринолога – 4615 (8,29%), ревматолога – 2001 (3,59%), пульмонолога – 3308 (5,94%) [24].

Переважна більшість консультацій була виконана терапевтами, гастроентерологами, кардіологом та офтальмологом.

Найбільш складні у діагностичному плані хворі консультувалися завідувачами науковими і клінічними підрозділами, провідними науковими співробітниками інституту, доцентами і професорами. Так, протягом 2022 року цими спеціалістами було проконсультовано 2356 (4,48%) особи від загальної кількості виконаних відвідувань в консультативній поліклініці, з них співробітниками відділу артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень – 555, відділу профілактики та лікування хвороб нирок при коморбідних станах – 282, відділу ішемічної хвороби серця, метаболічних і кардіопульмонологічних порушень – 404, відділу вивчення захворювань органів травлення та їх коморбідності з неінфекційними захворюваннями – 213, відділу клінічної фармакології та фармакогенетики неінфекційних захворювань – 237, відділу профілактики та лікування невідкладних станів – 101, відділу вивчення процесів старіння і профілактики метаболічно-асоційованих захворювань – 564. Відсоток проконсультованих науковими співробітниками від загальної кількості хворих терапевтичного профілю склав 7,95 % [24].

На консультацію до інституту направляють обласні та міські управління охорони здоров'я регіонів України, лікарі лікувально-профілактичних установ МОЗ, науково-дослідних інститутів (Табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Кількість хворих, які звернулись за направленнями

Рік	МОЗ України	Управління ОЗ обласних держадміністрацій	Управління ОЗ міських держадміністрацій	Обласні лікарні	По санітарній авіації
2022	0	5	6	1	0
2023	0	4	5	9	0

З метою упорядкування госпіталізації та покращання відбору хворих, які підлягають обстеженню та лікуванню в умовах стаціонару відповідно до наукової тематики відділів інституту, пацієнти консультувались головним лікарем, завідувачем консультативної поліклініки, заступником головного лікаря з лікувальної роботи та трудової експертизи, представниками наукових підрозділів.

При необхідності хворим надавалась екстрена медична допомога в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Також пацієнтам надавалась консультативна медична допомога з використанням засобів дистанційного зв'язку, для чого в приймальному відділенні функціонував кабінет дистанційного консультування. В 2023 році було надано більше 10000 дистанційних консультацій з питань терапевтичної допомоги населенню.

Планова госпіталізація проводилась за умови дотримання відповідних санітарних та протиепідемічних заходів. Відсоток госпіталізованих хворих від числа звернень до консультативної поліклініки інституту склав 8,30 %.

Проліковано пацієнтів в стаціонарі (всього, тематичних, по відділеннях, по областях, для Київських установ – із Києва, для інших – мешканців міст їх розташування, мешканців села, постраждалих від аварії на ЧАЕС, учасників

Другої світової війни, учасників бойових дій на території України, прийнятих по санітарній авіації, розподіл хворих по категоріях складності) – в абсолютних числах та у відсотках.

У клініку інституту госпіталізовано 4654 хворих. Основним шляхом госпіталізації була планова госпіталізація по талонах – 4033 (86,7%) хворих. Ургентна госпіталізація пацієнтів в клініку інституту проводилась швидкою допомогою – 174 (3,7%) і 149 (3,2%) – безпосередньо з консультативної поліклініки.

По самозверненню через приймальне відділення у нічний час та вихідні дні госпіталізовано 298 (6,4%) хворих. Серед госпіталізованих в ургентному порядку були хворі з гострим інфарктом міокарду, нестабільною стенокардією, тромбоемболією легеневої артерії, ішемічною хворобою серця III ст., гіпертонічними кризами, гострою лівошлуночковою недостатністю, зі складними порушеннями серцевого ритму та інші [24].

Проліковано в стаціонарі 4610 пацієнтів, з них тематичних - 2224, або 48,20% (Табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Проліковано пацієнтів в стаціонарі (всього, по відділеннях)

Рік		Всього	Відділення гіпертензій та захворювань нирок	Відділення ішемічної хвороби серця	КДТ та реабілітаційне відділення	Відділення гастроентерології та терапії	ВРІТ
2022	Кількість	2267	476	815	628	152	196
	%	100,0	21,00	32,95	27,70	6,70	8,65
2023	Кількість	4610	1399	1283	1063	646	219
	%	100,0	30,35	27,83	23,06	14,01	4,75

У 2023 році кількість пролікованих пацієнтів в стаціонарі (Табл. 2.4) склала 4610, або 79,76 % від плану (план 5780). Найбільше пацієнтів проліковано у відділенні гіпертензій та захворювань нирок - 1399 або 30,35 % та у відділенні ішемічної хвороби серця – 1283 або 27,83 %. Також значна кількість пацієнтів була пролікована у клініко-діагностичному терапевтичному та реабілітаційному відділенні – 1063 або 23,06% та у відділенні гастроентерології та терапії - 646 пацієнта або 14,01 % [24].

Таблиця 2.4

Проліковано пацієнтів в стаціонарі (за місцем проживання)

Рік		Всього	Місто Харків	Харківська область	Інші області України	Мешканці села
2022	Кількість	2267	1491	681	95	459
	%	100,0	65,77	30,04	4,19	20,25
2023	Кількість	4610	2847	1480	283	1142
	%	100,0	61,76	32,10	6,14	24,77

Згідно таблиці, 61,76 % пролікованих в клініці інституту склали мешканці міста Харкова і цей показник на 4,01% нижче, ніж у 2022 році. Відповідно збільшилась кількість пацієнтів з Харківської області на 2,06 % та з інших областей України на 1,95% (Табл. 2.5).

Мешканців села проліковано в стаціонарі 1142 особи (24,77%); постраждалих від аварії на ЧАЕС – 15 осіб (0,32 %), учасників Другої світової війни – 3 (0,06 %), учасників збройних конфліктів – 28 (0,61 %), учасників АТО/ООС, військових дій на території України – 198 (4,30%), по санітарній авіації - 0 (0 %).

Таблиця 2.5

Розподіл хворих по категоріях складності (в абсолютних числах та %)

Категорія складності	2022		2023	
	Кількість	%	Кількість	%
I	0	0	5	0,1
II	30	1,3	154	3,3
III	561	24,7	1102	23,9
IV	902	39,8	1676	36,4
V	774	34,1	1673	36,3
Всього	2267	100,0	4610	100,0

У 2023 році, як і в попередні роки, основний контингент хворих в клініці склали хворі IV і V категорій складності – 36,4%, 36,3% відповідно (Табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Число днів роботи ліжка (всього, по відділеннях)

Рік	Всього	ВРІТ	Відділення ішемічної хвороби серця	КДТ та реабілітаційне відділення	Відділення гастро-ентерології та терапії	Відділення гіпертензій та захворювань нирок
2022	111,78	425,80	139,85	224,63	22,85	80,73
2023	271,40	507,60	278,00	222,88	221,43	292,54

У 2023 році число днів роботи ліжка збільшилось (Табл. 2.7), в порівнянні з 2022 роком на 159,62 дня і становить 271,40 або 74,36 % від плану (план 333) [24].

Таблиця 2.7

Використання ліжко-днів (всього, по відділеннях)

Рік	Всього	ВРІТ	Відділення ішемічної хвороби серця	КДТ та реабілітаційне відділення	Відділення гастро-ентерології та терапії	Відділення гіпертензій та захворювань нирок
2022	23474	2129	8391	6739	1371	4844
2023	48852	2538	13900	11144	6643	14627

У 2023 році показник використання ліжко-днів (Табл. 2.8) збільшився на 48,05 %, у порівнянні з 2022 роком і складає 76,88 % від плану (план 63540).

Таблиця 2.8

Середня тривалість перебування хворого на ліжку (всього, по відділеннях)

Рік	Всього	ВРІТ	Відділення ішемічної хвороби серця	КДТ та реабілітаційне відділення	Відділення гастро-ентерології та терапії	Відділення гіпертензій та захворювань нирок
2021	10,44	5,31	10,24	11,04	10,51	10,35
2022	10,35	6,67	10,30	10,73	9,02	10,18
2023	10,60	6,00	10,83	10,48	10,28	10,46

Показник середньої тривалості перебування хворого на ліжку в клініці у 2023 році збільшився на 0,25 дня у порівнянні з 2022 роком, за рахунок надходження в стаціонар більше складних та важких хворих (Табл. 2.9). Найменша тривалість перебування хворого на ліжку у 2023 році становила у відділенні реанімації та інтенсивної терапії - 6,00 [24].

Таблиця 2.9

Середній обіг ліжка (всього, по відділеннях)

Рік	Всього	ВРІТ	Відділення ішемічної хвороби серця	КДТ та реабілітаційне відділення	Відділення гастро-ентерології та терапії	Відділення гіпертензій та захворювань нирок
2021	16,43	34,50	15,13	18,43	11,90	17,80
2022	10,80	39,20	13,58	20,93	2,53	7,93
2023	25,61	43,80	25,66	21,26	21,53	27,95

У 2023 році показник середнього обігу ліжка (Табл. 2.11) збільшився на 14,81 у порівнянні з 2022 роком.

Таблиця 2.11

Летальність (всього, по відділеннях)

Рік	Всього по клініці летальність	Кількість летальних випадків у відділеннях					
		ВРІТ	ІХС	КДТВ та реабілітації	Г/Е та терапії	АГ	Всього летальних випадків
2021	0,61	17	0	0	2	2	21
2022	0,57	11	2	0	0	0	13
2023	0,30	13	1	0	0	0	14

Показник летальності у клініці у 2023 році склав – 0,30 (14 померлих з 4610 пролікованих хворих), зменшився у порівнянні з 2022 роком на 0,27.

Протягом року померло 14 хворих, з них 13 у відділенні реанімації та інтенсивної терапії та 1 у відділенні ішемічної хвороби серця. На підставі клінічних даних і результатів патологоанатомічних досліджень виявлена

наступна картина розподілу нозологічних одиниць померлих: від ускладнень гострого інфаркту міокарда – 4 (летальність 2,70%), ускладнень хронічної ішемічної хвороби серця – 7 (летальність 2,04 %), рак печінки – 1, молочної залози – 1 та ускладнення ішемічного інсульту – 1 пацієнт.

Показник госпітальної летальності від гострого інфаркту міокарда склав 2,70 % [24].

В умовах поліклініки ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» отримали консультативну медичну допомогу 1056 пацієнтів, стаціонарну допомогу надано 226 хворим, які постраждали у зоні АТО/ОО, військових дій на території України.

Таким чином, на прикладі клініки Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України» ми розглянули організаційний механізм публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. Треба відмітити, що він є дієвим і в доволі високій мірі відповідає умовам воєнного стану в Україні.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ

3.1 Утворення госпітальних округів і кластерних лікарень як напрям реформування у сфері охорони здоров'я (на прикладі Харківської області)

У сфері охорони здоров'я в Україні реалізується комплексний підхід, що охоплює законодавчі, науково-теоретичні, організаційні та медично-інфраструктурні заходи, спрямовані на забезпечення громадян належною медичною допомогою. Наразі активно реалізується інфраструктурний етап медичної реформи.

Міністерство охорони здоров'я прагне забезпечити широкий доступ до високоякісної медичної та реабілітаційної допомоги на всій території країни. У зв'язку з цим розглядається концепція створення госпітальних округів, що передбачає їх подальший розподіл на кластери. Органи місцевого самоврядування відповідають за розвиток комунальних медичних закладів йдеться у Законі України «Про місцеве самоврядування в Україні» [63].

Варто зазначити, що парламент ухвалив поправки до кількох законодавчих актів, зокрема до Основ законодавства про охорону здоров'я України, які передбачають формування госпітальних кластерів на основі госпітальних округів. Ці зміни мають на меті підвищення ефективності медичного обслуговування шляхом оптимізації ресурсів, координації медичних послуг та покращення доступності для населення. Госпітальний округ це територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я, визначено у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [53]. Таке ж визначення дублюється і в Законі України «Про внесення змін до деяких

законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України» [59].

Регулювання цього процесу покладено на Кабінет Міністрів України. Міністерство охорони здоров'я вже на етапі розробки визначило відповідний порядок, який пройшов експертний розгляд. Після цього були зібрані пропозиції, узгоджені в єдиний документ та направлені на публічне обговорення. Цей процес також передбачає затвердження центральними органами виконавчої влади та отримання згоди голів обласних державних адміністрацій, оскільки проєкт має безпосереднє відношення до регіонального розвитку.

Так С. Кошова, В. Михальчук та Я. Радиш вважають, що вказаний порядок визначає процедуру створення ефективної мережі на основі кластерного принципу в охороні здоров'я. Він регламентує приналежність лікарень до над кластерних, кластерних та загальних, враховуючи різні аспекти цього процесу [36].

Згідно з цим порядком, обласні державні адміністрації зобов'язані протягом визначеного строку розробити свої пропозиції щодо створення життєздатної мережі, враховуючи думку органів місцевого самоврядування, і передати їх Міністерству охорони здоров'я для затвердження. Обласні військові адміністрації також мають представити МОЗ своє бачення плану госпітального округу та формування життєздатної мережі протягом двох місяців, акцентуючи увагу на розвитку закладів первинної медичної допомоги та пунктів базування екстреної медичної допомоги. Реформа вже розпочалася в 18 областях та місті Київ, однак через активні військові дії їй ще не вдалося впровадити в Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території Автономної Республіки Крим.

Кожна область стала окремим госпітальним округом, який своєю чергою поділяється на кластери. У межах одного госпітального округу лікарні розділені на надкластерні, кластерні та загальні. Загалом реформа передбачає, що найпростіші захворювання лікуватимуться якомога ближче до пацієнта, в загальних лікарнях. У разі складніших проблем зі здоров'ям – пацієнт

потраплятиме у кластерні та надкластерні лікарні, які надаватимуть високоспеціалізовані послуги.

Реалізація реформи дозволить раціонально розподіляти ресурси в заклади охорони здоров'я відповідно до їхньої ролі у спроможній мережі госпітального округу, зокрема, на відновлення та модернізацію інфраструктурні, проведення закупівель дороговартісного обладнання тощо.

Протягом червня-липня 2023 року був погоджений і затверджений перелік надкластерних, кластерних та загальних лікарень спроможної мережі (станом на 20.12.2023 р.). Зараз у 19 областях до спроможної мережі включено 562 заклади, з яких 123 – надкластерні заклади, 157 – кластерні заклади та 282 – загальні заклади [79].

Згідно з реформою, до процесу залучені лише ті області, де відсутні активні бойові дії. В даний час впровадження спроможної мережі не здійснюється в Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території Автономної Республіки Крим. Однак, протягом шести місяців після припинення воєнного стану зазначені регіони зобов'язані подати пропозиції щодо формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я.

Забезпечення якісної та доступної реабілітаційної допомоги є пріоритетом державної політики. Кожна особа, незалежно від соціального статусу чи групи інвалідності, має право на безкоштовне отримання таких послуг. Для наближення реабілітаційних послуг до пацієнтів реалізується програма розвитку реабілітаційної мережі на основі кластерних та надкластерних лікарень. Завершення цього процесу заплановано на кінець 2024 року, що свідчить про зобов'язання держави покращити доступ до медичних послуг.

Хоча в Харківській області ведуться активні бойові дії процес творення медичних кластерів проходить активно. Наразі Харківський госпітальний округ складається з 7 кластерів. Це Богодухівський; Ізюмський; Красноградський; Куп'янський; Лозівський; Харківський та Чугуївський. До спроможної мережі округу окрім закладів первинної медичної допомоги та екстреної медичної

допомоги увійшли 43 заклади спеціалізованої медичної допомоги, з них з таким статусом: Надкластерні – 7; Кластерні – 15; Загальні – 21 [79].

Необхідно підкреслити, що госпітальні кластери визнають значущість концепції формування медичної мережі, що орієнтується на специфічні функціональні завдання та відповідні технологічні ресурси. Головна мета полягає в забезпеченні населення всім спектром медичних послуг безпосередньо у місцях їхнього проживання, а також інтеграції медичних закладів в єдину функціональну структуру. Ключовим аспектом є ефективне розгортання мережі в межах госпітального округу, що дозволяє забезпечити доступність медичної допомоги, а також гарантує високу якість та безоплатність медичних послуг, що передбачені програмою медичних гарантій (далі – ПМГ). Це сприяє не лише оптимізації ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, але й підвищенню загальної ефективності управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я. Окрім того, такий підхід забезпечує більш ефективне реагування на потреби населення та адаптацію медичних послуг до демографічних та епідеміологічних змін [89].

Варто підкреслити, що зазначений підхід передбачає, що госпітальний округ відповідає території області, в той час як госпітальний кластер формуються на основі території новоствореного району. При формуванні цих адміністративних одиниць враховуються різноманітні аспекти, зокрема транспортне сполучення, що має на меті забезпечити кожному громадянину України зручний доступ до якісної медичної допомоги.

У кластерних лікарнях повинні бути присутніми всі необхідні діагностичні засоби, такі як ультразвукові апарати, цифрові рентген-апарати, аналізатори крові та інші технології, а також кваліфіковані спеціалісти. Це дозволяє пацієнту, який отримав направлення від сімейного лікаря, звернутися до відповідної клініки для отримання всього спектру діагностичних послуг. У разі потреби госпіталізації або розширеного обстеження пацієнт має можливість отримати ці послуги в межах кластерних лікарень.

Необхідно відзначити думку науковця Л. Криничко, яка підкреслює, що багатопрофільні лікарні, властиві європейським країнам та США, виявляються більш ефективними у вирішенні завдань, що перед ними стоять. Такі заклади об'єднують значну кількість фахівців і мають доступ до різноманітних медичних програм, що забезпечує можливість консультивання між собою або залучення додаткових консультацій в межах одного закладу для вирішення різноманітних клінічних питань.

На відміну від цього, вузькопрофільні заклади зазвичай функціонують на національному рівні. Під час процесу групування допускається збереження таких установ, але в обмеженій кількості та з визначеною спеціалізацією, такою як онкологія, кардіологія, хірургія, інфекційні хвороби, залежно від існуючих профільних потреб.

Крім того, варто зазначити, що групування закладів охорони здоров'я сприяє вивченню проблем, пов'язаних із функціонуванням та потребою у спеціалістах. Основними досягненнями децентралізації медичних закладів можна вважати три ключові поняття: доступність, високу якість та безкоштовність медичних послуг.

Визначено три основні механізми, через які децентралізація впливає на доступність, ефективність та якість системи охорони здоров'я:

1. “Голосування ногами” – цей механізм ілюструє, як децентралізація може як посилити, так і пом'якшити існуючі моделі нерівності в розподілі населення, ресурсів і результатів в межах юрисдикції. Громадяни можуть обирати більш зручні для них території для отримання медичних послуг, що може спонукати місцеві органи влади до покращення якості та доступності медичних послуг.

2. “Близько до землі” – цей механізм демонструє, як наближення управління до населення дозволяє використовувати місцеву ініціативу, інформацію, зворотний зв'язок, внесок та контроль. Це сприяє більш ефективному вирішенню проблем, оскільки місцеві органи влади краще розуміють потреби своїх громад.

3. “Спостереження за спостерігачами” – цей механізм відображає взаємні відносини відповідальності та підтримки між різними центрами управління, які множаться на децентралізацію. До них відносяться уряди на різних рівнях, а також громадські комітети охорони здоров'я та ради охорони здоров'я, які сприяють контролю та підзвітності в системі охорони здоров'я.

Важливо зазначити, що оптимізація впливу децентралізації вимагає виходу за рамки загальноприйнятих висновків, які часто формуються на основі оцінок та систематичних оглядів, що вказують на неоднозначний вплив децентралізованого управління на ефективність системи охорони здоров'я. Цей вплив може бути як позитивним, так і негативним. Замість пошуку однозначних та остаточних доказів важливо виявити розбіжності в результатах так, щоб вони стали основою для розробки стратегій впровадження, що враховують специфічні умови та контекст.

У літературі, що аналізує системи охорони здоров'я, термін "децентралізація" часто використовується для позначення процесу, при якому влада, ресурси або відповідальність передаються від центральних суб'єктів до периферійних. З точки зору "зверху вниз", різні форми децентралізації можуть бути класифіковані залежно від того, кому центральні актори передають контроль:

1. Зворотний розвиток – цей підхід передбачає передачу повноважень автономним урядам, які діють незалежно від центрального уряду. Це може включати створення регіональних адміністрацій з можливістю самостійного прийняття рішень у сфері охорони здоров'я.

2. Розсіювання влади – у цьому випадку контроль передається до периферійних офісів у адміністративній структурі центрального уряду. Це може включати делегування певних функцій або повноважень на місцеві рівні, але під контролем центральних органів.

3. Делегування – це форма децентралізації, при якій повноваження передаються юридичним особам чи організаціям, що діють поза межами центрального уряду чи його міністерств і відомств. Незважаючи на те що ці

організації можуть діяти автономно, центральний уряд зберігає можливість контролю та моніторингу їхньої діяльності.

4. Приватизація – цей процес полягає у передачі відповідальності за надання медичних послуг приватним комерційним або некомерційним організаціям на основі укладених договорів. Це може включати контрахтування послуг або управлінських функцій, що дозволяє зменшити навантаження на державні заклади [41, с.10].

Слід підкреслити, що різні форми децентралізації передбачають, що цей процес відбувається зверху вниз і виникає від центральних органів влади. Теоретичні переваги децентралізації, такі як управління невеликими адміністративними одиницями, часто слугують джерелом натхнення для реформ децентралізації в країнах, які раніше функціонували за централізованою моделлю. Зокрема, існує надія, що місцеві чиновники краще розумітимуть специфічні потреби своїх громад і матимуть більший стимул реагувати на них, а також що громадяни будуть краще поінформовані про якість медичних послуг та рівні влади, необхідні для їх забезпечення.

Додатково, система з багаторівневою структурою управління визначає управлінські функції на трьох рівнях, що дозволяє компенсувати слабкі точки на одному рівні за рахунок управління на іншому. Ці рівні включають:

1. "Конституційний" рівень – органи влади, що діють на різних рівнях, зокрема служби охорони здоров'я на місцях, які забезпечують безпосереднє надання медичних послуг.

2. "Колективний" рівень – громадські групи, такі як місцеві ради та громадські комітети з питань охорони здоров'я, які здійснюють моніторинг та оцінку діяльності медичних закладів і сприяють залученню громади до процесу прийняття рішень.

3. "Оперативний" рівень – окремі особи та постачальники послуг на ринку охорони здоров'я, які беруть участь у забезпеченні медичних послуг.

В контексті цієї багаторівневої системи управління, концепція "вихід-голос-лояльність" є особливо важливою. Вона дозволяє громадянам або

національним юрисдикціям здійснювати "вихід" у відповідь на несприятливі умови життя або недостатню якість медичних послуг. У випадку, коли "вихід" є недоступним, люди змушені залишатися "лояльними" до існуючої системи та використовувати "голос" для вимагання покращення якості послуг, що надаються.

Необхідно зазначити, що усунення ієрархічного зв'язку між рівнями влади (національним/центральним, провінційним/штатним та районним/місцевим) включає в себе скасування повноважень вищих урядів щодо контролю за діяльністю урядів нижчого рівня. Це означає, що уряди нижчого рівня не мають обов'язку звітувати перед вищими органами влади. Водночас постійний контроль витрат на охорону здоров'я в бідніших місцевих юрисдикціях часто використовується вищими урядами як виправдання для перекладання відповідальності за погану роботу на нижчі рівні, що, в свою чергу, призводить до уникнення відповідальності перед населенням.

Однак наявність місцевих рад з питань охорони здоров'я або громадських комітетів з охорони здоров'я сприяє відповідальності знизу вгору, незалежно від того, чи спрямована їхня діяльність на органи місцевого самоврядування, чи на місцевих постачальників послуг.

Особливо важливим є механізм "Спостереження за спостерігачами", який впливає на ефективність, коли уряди вищого рівня ставлять уряди нижчого рівня під звітність за ефективне використання коштів. Цей механізм також включає колективні органи управління, які притягують уряди до відповідальності за боротьбу з корупцією. Застосування концепції "Спостереження за спостерігачами" забезпечує стійкість системи, оскільки наявність кількох центрів управління створює резерв можливостей, що дозволяє різним рівням управління втручатися в ситуацію, коли один із них стає вразливим або зазнає невдачі.

Ці елементи вказують на необхідність впровадження інтегрованих механізмів управління для забезпечення відповідальності та стійкості системи

охорони здоров'я, що, в свою чергу, підвищує якість медичних послуг та сприяє досягненню більшого соціального добробуту.

3.2 Формування стратегії розвитку у сфері охорони здоров'я (на прикладі HR-стратегії Національного інституту терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України)

В Україні йде повномасштабна війна. Але, незважаючи на цю суттєву обставину збереження, охорона та зміцнення здоров'я та благополуччя громадян — один із ключових обов'язків та пріоритетів Уряду України. Здоров'я населення дуже важливе для того, щоб люди могли прожити життя якісно та повністю реалізувати свій потенціал. Вирішення проблем здоров'я населення не є обов'язком лише сектора охорони здоров'я, а потребує консолідації зусиль суспільства та лідерства уряду на національному, обласному та місцевому рівнях [80]. Міністерством охорони здоров'я України на громадське обговорення пропонується проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024-2026 роках» [67].

Серед основних очікувань від реалізації Стратегії до 2030 року заплановано: зменшення власних витрат пацієнта на медицину, збільшення тривалості життя чоловіків та жінок на 3 роки (до 70 та 80 років відповідно), зниження материнської та дитячої смертності до середнього рівня Європейського Союзу, зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину, зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти, зниження захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С, зниження смертності від дорожньо-транспортного травматизму на третину зменшення споживання тютюну, алкоголю та солі [14]. Пріоритетами (у проєкті) Стратегії-2030 визначено [81]:

- ефективне врядування;
- універсальне охоплення медичними послугами;

- громадське здоров'я та можливість реагування на надзвичайні ситуації;
- залученість людей та громад у систему;
- кадрові ресурси [37].

Зупинимося на пріоритеті «кадрові ресурси» і розглянемо його на прикладі HR-стратегії Національного інституту терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України.

Провівши SWOT-аналіз автором визначено:

- сильні сторони Клініки організації в управлінні персоналом – багаторічний досвід керівника організації, згуртований колектив, можливості та допомога у професійному зростанні персоналу, мотивованість працівників (фінансова підтримка, робота профспілки);

- слабкі сторони в управлінні персоналом – проведений аналіз свідчить про зниження кількості фахівців (кандидатів медичних наук, працівників з вищою кваліфікаційною категорією) за останні 2 роки, показує, що у теперішній (воєнний) час має місце висока плинність кадрів, «старіння» кадрового потенціалу (середній вік працівників > 47 років), «слабкість» інженерно-технічного та ІТ-сектору.

Виходячи з аналізу «слабких сторін» - в цьому випадку стратегія управління персоналом буде спрямована на покращення іміджу організації (роботодавця) та підвищення зусиль щодо підбору персоналу.

Стратегія має бути спрямована на покращення утримання співробітників за допомогою програм навчання та розвитку, можливостей кар'єрного зростання, гнучкого графіка роботи, фінансової мотивованості (доплата за розширений обсяг роботи та ін.).

Всього штатних посад (Табл. 3.1) в клініці інституту – 64,25, 1- біохіміка, 1- біолога, 2-фармацевта; 1- фізичний терапевт; зайнято посад – 62,75 (97,67%), фізичних осіб – 68 (57 штатних лікарів клініки, 1-біохімік, 1-біолог, 1-фармацевт, 1- фізичний терапевт і 7 лікарів - зовнішніх сумісників), з них вищу кваліфікаційну категорію мають – 43 (63,24%) осіб, (з них 2 зовнішніх сумісників), I категорію – 9 (13,24%) осіб (з них 1 зовнішній сумісник), II

категорію – 2 (2,94%) осіб; кандидатів медичних наук – 15 (22,06%) осіб, (з них 1 зовнішній сумісник), докторів медичних наук – 1 (1,47%).

Таблиця 3.1

Перелік лікарів за спеціальностями

Лікарі – спеціалісти	Всього		Вища категорія		1 категорія		2 категорія		Канд. мед. наук		Докт. мед. наук	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Організатори ОЗ	2	2,78	2	100,00					1	50,00		
Терапевт	12	16,67	4	33,33	2	16,7	1	8,33	2	16,67	1	8,33
Кардіолог	7	9,72	5	71,43	1	14,3			3	42,86		
Гастроентеролог	4	5,56	4	100,00					3	75,00		
Пульмонолог	2	2,78	2	100,00					1	50,00		
Ендокринолог	1	1,39	1	100,00								
Фізіотерапевт	1	1,39	1	100,00								
Лікар з фіз. та реаб. медицини	1	1,39			1	100,0						
Лікарі з ФД	3	4,17	2	66,67	1	33,3			1	33,33		
Лікарі з УЗД	5	6,94	3	60,00	1	20,0			1	20,00		
Анестезіологи	8	11,11	6	75,00					2	25,00		
Ендоскопісти	2	2,78	1	50,00	1	50,0						
Стоматологи	2	2,78	2	100,00					1	50,00	1	50,00
Гінеколог	1	1,39			1	100,0						
Офтальмолог	1	1,39	1	100,00								
Отоларинголог	0	0,00										
Невропатолог	1	1,39	1	100,00								
Ревматолог	1	1,39										
Патологоанатоми	2	2,78	1	50,00					1	50,00		
Бактеріолог	1	1,39	1	100,00								
Лікарі-лаборанти	3	4,17	1	33,33			1	33,33				
Рентгенологи	3	4,17	2	66,67	1	33,3						
Епідеміолог	1	1,39	1	100,00								
Лікар-методист	1	1,39	1	100,00								
Лікар-статистик	1	1,39	1	100,00								
Біолог	1	1,39	1	100,00								
Нефрологи	2	2,78	1	50,00			1	50,00	1	50,00	1	50,00
Фармацевт	1	1,39										
Фіз. терапевт	1	1,39										
Біохімік	1	1,39	1	100,00								
Всього	72	100,0	46	63,89	9	12,5	3	4,17	17	23,61	3	4,17

Заслужених лікарів України -1 (1,47%), без категорії – 14 (20,59%) (з них 4 зовнішніх сумісника) [24].

З 72 лікарських осіб, які працюють у клініці (із зовнішніми та внутрішніми сумісниками), організаторів охорони здоров'я – 2, терапевтів – 12, кардіологів – 7, гастроентерологів – 4, пульмонолог – 2, ендокринолог – 1, фізіотерапевт – 1, лікар з фізичної та реабілітаційної медицини – 1, лікарів з функціональної діагностики – 3, лікарів з ультразвукової діагностики – 5, лікарів анестезіологів – 8, ендоскопістів – 2, стоматолог – 2, гінеколог – 1, офтальмолог – 1, невропатолог – 1, ревматолог – 1, патологоанатомів – 2, бактеріолог – 1, лікарів-лаборантів - 3, рентгенологів – 3, епідеміолог - 1, лікар-методист – 1, лікар – статистик – 1, біолог - 1, нефролог – 2, біохімік – 1, фармацевт – 1, фізичний терапевт – 1 [24].

Із загальної кількості лікарів клініки (Табл. 3.2) у поліклініці згідно штатного розкладу всього посад – 16,00; зайнято посад – 15,5; фізичних осіб – 19 (з них: 2 зовнішніх сумісників та 2 внутрішніх сумісників), в тому числі: терапевтів – 4, кардіологів – 3, гастроентерологів – 2 (1 зовнішній сумісник), ендокринолог – 1, пульмонолог - 2, гінеколог – 1 (зовнішній сумісник), стоматолог – 2 (внутрішні сумісники), офтальмолог – 1, невропатолог – 1, ревматолог – 1, ендоскопіст – 1. З них вищу кваліфікаційну категорію мають 13 лікарів (68,42%), I категорію – 3 (15,79%), II категорію – 1 (5,26%), кандидатів медичних наук - 3 (15,79%), докторів медичних наук – 1 (5,26%) осіб, без категорії – 2 (10,53%) [24].

Наукові співробітники клінічних підрозділів інституту атестуються по передбаченим національною номенклатурою лікарським спеціальностям з урахуванням профілю інституту і підрозділу: «Терапія», «Кардіологія», «Гастроентерологія», «Пульмонологія», «Нефрологія», «Ультразвукова діагностика», «Клінічна біохімія», «Рентгенологія», «Функціональна діагностика» та інші.

Лікарі поліклініки інституту (з числа лікарів клініки)

Лікарі – спеціалісти	Всього		Вища кат.		1 кат.		2 кат.		К.м.н.		Д.м.н.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Аб. с	%
Терапевти	4	21,05	2	50,00	1	25,0	1	25,00				
Кардіологи	3	15,79	2	66,67								
Гастроентерологи	2	10,53	2	100,00					1	50,00		
Пульмонолог	2	10,53	2	100,00					1	50,00		
Ендокринолог	1	5,26	1	100,00								
Ендоскопіст	1	5,26			1	100,0						
Стоматологи	2	10,53	2	100,00					1	50,00	1	50,00
Гінеколог	1	5,26			1	100,0						
Офтальмолог	1	5,26	1	100,00								
Отоларинголог	0	0,00										
Невропатолог	1	5,26	1	100,00								
Ревматолог	1	5,26										
Усього	19	100,00	13	68,42	3	15,8	1	5,26	3	15,79	1	5,26

Із 75 наукових співробітників, які мають медичну освіту атестовано на лікарські спеціальності 56 особи (74,67%), з них 22 співробітника проатестовано у 2023 році. З 56 проатестованих наукових співробітників 40 осіб мають вищу кваліфікаційну категорію (71,43%), з них 17 отримали або підтвердили вищу кваліфікаційну категорію у 2023 році; I кваліфікаційну категорію мають 11 наукових співробітників (19,64%), II кваліфікаційну категорію мають 5 співробітників (8,93 %).

Одним із важливих напрямків діяльності ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» є підвищення кваліфікації лікарів з проблем сучасної діагностики, лікування і профілактики захворювань внутрішніх органів. Ця робота проводиться під час проведення науково-

практичних конференцій, «Днів гастроентеролога», засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів, вебінарів, клінічних розборів, симпозіумів, на яких співробітники установи приймали участь у якості доповідачів:

9-10 лютого 2023 р. 37-а річна наукова сесія, присвячена підсумкам заключних та перехідних етапів науково-дослідних робіт.

17 травня 2023 р. науково-практична конференції з міжнародною «Новітні діагностичні можливості в лікуванні серцево-судинних захворювань в умовах воєнного часу», присвяченої Дню науки в Україні.

24 травня 2023 р. науково-практична онлайн конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини під час воєнного стану: погляд молодих науковців», присвяченої Дню науки та 30-річчю Національної академії медичних наук України.

19-22 вересня 2023р. XXIV Національний Конгрес кардіологів України.

15 листопада 2023р. науковий онлайн-семінар «Неінфекційні захворювання в умовах сучасних викликів: від теорії до практики» 6-7 жовтня 2023р. «III Харківський Курс з серцевої недостатності».

Підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою інституту проводиться у відповідності з планом.

У 2023 році підвищили кваліфікацію на базах Харківського Національного медичного університету ННПО, Навчально-наукового медичного інституту Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут» 8 лікарів.

Проатестовано у 2023 році на лікарські спеціальності 42 медичних працівника установи, з них 20 лікарів клініки і 22 наукових співробітника. З 20 лікарів клініки отримали першу категорію - 2, підтвердили вищу кваліфікаційну категорію – 13 лікарів. З 22 наукових співробітників отримали вищу кваліфікаційну категорію – 6 та підтвердили вищу кваліфікаційну категорію 11 осіб.

Кількість лікарів клініки які не пройшли атестацію – 8 осіб у зв'язку з воєнним станом в Україні згідно Наказу МОЗ № 1415 від 04.08.2022 року «Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про атестаційну категорії на період дії воєнного стану».

Всі молоді спеціалісти мають сертифікати лікаря з спеціалізації «Внутрішні хвороби».

За кордоном лікарі інституту у 2023 році навчання не проходили.

У 2023 році удосконалення молодших спеціалістів з медичною освітою здійснювалося у КЗОЗ «Харківський обласний медичний фаховий коледж». Всього працює в клініці інституту 94 молодших спеціалістів з медичною освітою, з них мають кваліфікаційну категорію 71 особа. Вищу кваліфікаційну категорію мають 59 (83,1%) спеціалістів, першу кваліфікаційну категорію – 7 (9,86%) осіб, другу категорію – 5 (7,04%) осіб. Не мають кваліфікаційної категорії 13 спеціалістів [24].

У 2023 році молодші спеціалісти з медичною освітою не виконали план атестації, атестацію призупинено у зв'язку з воєнним станом в Україні згідно Наказу МОЗ № 1415 від 04.08.2022 року «Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про атестаційну категорії на період дії воєнного стану»

Участь лікарів у науковій роботі. Протягом 2023 року лікарі клініки приймали активну участь у науковій роботі інституту: лікарі консультативної поліклініки проводили відбір тематичних хворих з захворюваннями внутрішніх органів для стаціонарного обстеження і лікування у клінічні відділення інституту з урахуванням профілю та наукових розробок. Також приймали участь у науковій роботі як співвиконавці науково-дослідних робіт, а саме:

«Фундаментальні дослідження у сфері теоретичної та клінічної медицини»: «Визначити вплив епігенетичних факторів в умовах воєнного та післявоєнного стану на зміни в прогресуванні темпів старіння при метаболічно-асоційованих захворюваннях», «Вивчити роль епігенетичних механізмів у

прогресуванні імунометаболічних порушень при поєднанні ішемічної хвороби серця з цукровим діабетом 2 типу в умовах стресу, викликаного воєнними діями та їх наслідками».

«Прикладні наукові дослідження»: «Розробити мікробіом-орієнтовану стратегію проти прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки під впливом стресу воєнного часу та його наслідків», «Розробити диференційовані підходи до зниження серцево-судинного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу», «Прогнозування та розробка шляхів попередження хронічної серцевої недостатності у хворих на гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST на основі оцінки системних імунозапальних процесів в умовах військової агресії», «Розробити фармакогенетичні методи профілактики декомпенсації серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли COVID-19», «Розробити методи персоніфікованого лікування та профілактики діабетичної нефропатії з урахуванням генетичної детермінованості».

Лікарі клінічних підрозділів проводили клінічне, інструментальне обстеження пацієнтів, здійснювали контроль відповідності критеріям програмної терапії; брали участь у підготовці та виданні тез науково-практичних конференцій, статей у фахових журналах за матеріалами наукових робіт; впроваджували в роботу клінічних відділень нові методи лікування, діагностики та профілактики, які розроблені у наукових підрозділах інституту.

Виходячи з проведеного нами аналізу визначено 4 цілей щодо реалізації HR-стратегії Національного інституту терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України.

Стратегічна ціль № 1. «Забезпечення організації необхідними спеціалістами з урахуванням розширення штату».

Завдання:

- створення «цільової групи» на період жовтень-листопад 2023 року в організаційно-методичному відділі з метою проведення аналізу існуючих та

надання перелік необхідних додаткових «пакетів медичних послуг» у відповідності до профілю відділень та медичного закладу в цілому

- підготовка нормативних документів та підписання договору з НСЗУ.

Стратегічна ціль № 2. «Відкриття відділення реабілітації».

Завдання:

- розробка штатного розкладу відділення реабілітації
- підготовка (або залучення) кадрів: психолог, реабілітолог, масажист, фізіотерапевт, лікар-терапевт
- закупівля реабілітаційного обладнання (апаратура для реабілітації пацієнтів після інфарктів, інсультів, вибухових травм)
- проведення підготовчої роботи (оформлення нормативно-правової документації) та безпосереднє проходження процедури ліцензування в МОЗ.

Стратегічна ціль № 3. «Диджиталізація робочого процесу і ведення документації».

Завдання:

- організація персональних робочих місць лікаря, старшої медичної сестри, постової медичної сестри, процедурної медичної сестри у відділеннях
- придбання та установка комп'ютерів на робочі місця (15 точок), та підключення їх до локальної мережі
- введення нової структурної одиниці ІТ-профіля в кожному відділенні
- навчання персоналу роботі з програмним забезпеченням

Стратегічна ціль № 4. «Модернізація та оновлення медичного обладнання, впровадження нових технологій діагностики і лікування хворих, удосконалення матеріально-технічної бази (зокрема, проведення капітальних ремонтних робіт)»

Завдання:

- аналіз наявної матеріально-технічної бази та звіт (виконавець - заступник директора з господарської роботи, головний бухгалтер)
- складання запиту на недостатнє сучасне медичне обладнання (завідуючі відділеннями)

- пошук спеціалістів для виконання ремонтних робіт
- пошук можливих джерел фінансового забезпечення для досягнення цілі
- проведення ремонтних робіт у відділеннях інституту згідно вимог НСЗУ до санітарно-гігієнічного стану закладів охорони здоров'я (постанова Кабінету Міністрів від 28 березня 2018 року № 391) [24].

ВИСНОВКИ

Отримані в результаті проведеного магістерського дослідження дані підтверджують досягнення основної мети та виконання поставлених завдань, що дозволяє зробити низку узагальнених висновків і сформулювати рекомендації, які мають як теоретичне, так і практичне значення. Зокрема, результати дослідження роблять внесок у розвиток наукових підходів до вирішення окреслених проблем та відкривають нові перспективи для їх подальшого дослідження і практичної реалізації. На основі отриманих даних доцільно сформулювати наступне:

1. Показано, що публічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні здійснюється як вищими органами державної влади, органами публічного управління регіонального рівня (державна військова адміністрація, обласна рада) так і безпосередньо спеціалізованими органами публічного управління в охороні здоров'я на чолі з Міністерством охорони здоров'я України, відповідними структурами в обласних, районних військових адміністрація також органами місцевого самоврядування. Тому з метою поліпшення дієвості реалізації завдань та стратегічних напрямів щодо підвищення ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні необхідно удосконалювати його на всіх щаблях забезпечення.

2. Визначено, що публічне управління у сфері охорони здоров'я характеризується діяльністю державних органів, яка здійснюється через конкретні форми, що виражають зміст функцій органів публічної влади. Основним механізмом реалізації публічного управління в охороні здоров'я є органи виконавчої влади та місцевого самоврядування. Сьогодні спостерігається активний процес зміни управлінських механізмів у цій сфері, спрямований на підвищення ефективності надання медичних послуг. Реформування публічного управління у сфері охорони здоров'я базується на кількох ключових засадах. Перш за все, децентралізація, яка полягає в розширенні адміністративно-

фінансових можливостей регіонів для більш гнучкого управління на місцевому рівні, що дозволяє оперативніше реагувати на місцеві потреби. Другою важливою засадою є автономізація медичних закладів, що передбачає надання лікарням більшої самостійності у прийнятті рішень, що сприяє їх ефективнішому функціонуванню. Крім того, субсидіарність і розвиток партнерських відносин між органами виконавчої влади та місцевого самоврядування забезпечують більш збалансований розподіл повноважень та відповідальності.

3. Аналіз зазначених аспектів дозволяє зробити висновок, що децентралізація в сучасних умовах сприяє зближенню керівників медичних закладів, які відповідають за прийняття фінансових рішень, з медичним персоналом та пацієнтами. Така інтеграція значно підвищує ефективність управління всіма аспектами системи охорони здоров'я, що, своєю чергою, позитивно позначається на якості наданих медичних послуг. Одним із пріоритетних завдань сьогодення є забезпечення військовослужбовців та поранених внаслідок бойових дій необхідними ресурсами для отримання високоспеціалізованої хірургічної допомоги, а також удосконалення системи екстреної медичної госпіталізації, що є критично важливим у період дії воєнного стану.

4. Зважаючи на воєнний стан, і орієнтуючись на приклади повноважень суб'єктів публічного управління охороною здоров'я на регіональному рівні в Україні, ключовими повноваженнями департаментів охорони здоров'я обласного рівня є розподіл функцій, що охоплюють різні аспекти медичного забезпечення. Керуючись авторським баченням розподілу повноважень між різними рівнями публічного управління, особливу увагу слід приділити загальноорганізаційним повноваженням, які стосуються управління ресурсами, бюджетування та координації діяльності медичних закладів на місцевому рівні. Крім того, департаменти відіграють важливу роль у впровадженні заходів профілактичної спрямованості, зокрема масових програм вакцинації та моніторингу здоров'я населення. Окрему значущість мають лікувальні

повноваження, які полягають у координації спеціалізованої медичної допомоги та оперативному реагуванні на випадки масових травм або захворювань.

5. Проаналізувавши роботу клініки Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України» пропонуємо посилити вивчення особливостей перебігу терапевтичних захворювань від тривалості воєнних дій, як в м. Харкові, так і в Україні в цілому. Продовжити залучати приватні організації для відкриття нових кабінетів та відділень, що дозволить розширити діагностичні та лікувальні можливості роботи клініки, а саме відділення інтервенційної кардіології та інше. Продовжити впровадження в роботу клініки новітніх технологій та розробок наукових підрозділів інституту з метою удосконалення лікування і діагностики терапевтичних захворювань в клініці інституту. Створити умови для отримання грантів різних організацій та фондів для подальшого розвитку матеріально-технічної бази інституту, проведення поточного і капітального ремонтів та інше.

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. Бабак О. Я., Фадєєнко Г. Д., Бенько Е. Г., Грідасова Л. М. Вітчизняна терапевтична школа і здобутки Інституту терапії імені Л. Т. Малої АМН України. Харків, 2008. 36 с.
3. Бакуменко В. Д. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні. *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. С. 571-573.*
4. Бальцій Ю. Проблемні питання визначення системи місцевого самоврядування. *Юридичний вісн.* 2018. № 3. С. 22–28.
5. Безуглий О. В. Територіальна громада в Україні: напрями та чинники сталого розвитку: автореф. дис. ...канд. наук з держ. упр.: 25.00.04 / О.В. Безуглий; Харків. регіон. Ін-т держ. упр.; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Харків, 2008. 20 с.
6. Білинська М. М., Васюк Н. О., Жаліло Д. І. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я: підручник. У 2 т. Т. 1. Київ: НАДУ, 2017. 284 с.
7. Борденюк В. І. Місцеве самоврядування та державне управління: конституційно-правові основи співвідношення та взаємодії. Київ : Парламентське вид-во, 2017. 576 с.
8. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2019. Вип. 23. Ч. 1. С. 20-27. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/23_1_2019ua/6.pdf.
9. Бюджетний кодекс України. URL: zakon.rada.gov.ua/go/2456-17.

10.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. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2015. Вип. 1 (48). С. 101-106.

11.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. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2014. Вип. 4 (47). С. 197-204.

12.Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія/ С. М. Вовк. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг : вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.

13.ВООЗ : веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health>.

14.Галай В. О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079>.

15.Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. № 4. С. 166-173.

16. Департамент охорони здоров'я Харківської військової адміністрації. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/oblasna-derzhavna-adm/141/295>.

17.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.

18.Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» до 25-річчя НАМН України (2013-2018 рр.) / Національна академія медичних наук України. Харків : Стиль-Издат, 2018. 238 с.

19.Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ

: НАДУ, 2013. 424 с.

20. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. В., Кутуза А. С., Ціборовський О. М., Істомин С. В., Кондратюк Н. Ю., Кучеренко Н. Т., Тяпкін Г. М. К. : АМ+, 2018. 312 с.

21. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / за заг. ред. М. М. Білинської. Київ - Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

22. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19>.

23. 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>.

24. Звіт про діяльність Клініки Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України».

25. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): монографія. Харків : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

26. 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/>.

27. Карамішев Д. В. Публічне управління. *Публічне управління : термінол. слов.* / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. 224 с. С. 144.

28. Коваленко М. А., Швороб Г. М. Концепції і стратегії розвитку сільських територіальних громад. *Державна політика щодо місцевого самоврядування: стан, проблеми та перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. Харків : ХНТУ, 2017. С. 31–33.

29. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. *Бізнесінформ*. 2024. № 2. С. 36-46.

30. Колісніченко, Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. № 2 (12). С. 38–52. URL: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2\(12\)-38-52](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2(12)-38-52).

31. Комісія з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства Харківської обласної ради. URL: <https://oblrada-kharkiv.gov.ua/committee/committee-on-health-care/>.

32. 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>.

33. Концепція Загальнодержавної програми “Здоров'я —2020: український вимір”. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/244717787>.

34. Концепція розвитку системи громадського здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws%80>.

35. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: «Економіка і менеджмент»*. 2017. Вип. 24 (2). С. 40-45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29.

36. 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.

37. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/stratetiia-okhorony-zdorov>.

38. Кризь призму часу. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України». 1980-2020 / за ред. Г. Д. Фадєєнко. Харків: ТОВ «Дім Реклами», 2020. 252 с.

39. Куц Ю. О. Концептуалізація територіальної громади в проблемному полі державного управління / Ю. О. Куц, О. В. Решеvecь *Територіальна громада: управління розвитком* : за заг. ред. Ю. О. Куца. Харків : Констант, 2013. С. 5-14.

40. Л. Т. Мала та її спадщина: До 100-річчя з дня народження академіка Л. Т. Малої (1919-2003). Київ : ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», 2019. 128 с.

41. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January*, № 4 (52), 2018 р. С.5-15.

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

43. Мамонова В. В. Система місцевого самоврядування. *Енциклопедія державного управління* : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. При Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Т. 5 : Територіальне управління / наук.-ред. колегія: О. Ю. Амосов (співголова), О. С. Ігнатенко (співголова) та ін. ; за ред. О. Ю. Амосова, О. С. Ігнатенка, А. О. Кузнецова. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2011. С. 342-343

44. Мамонова В. Державна регіональна політика: проблеми формування правової бази / В. Мамонова. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/putp/>.

45. 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.

46. Махначова Н. М. Бондар В. О. Суб'єкти публічного управління: понятійно-категоріальний аналіз законодавчих норм. *Право та державне управління*. 2022 р. № 2. С. 160-169.

47. МОЗ запроваджує використання оцінки медичних технологій. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-zaprovadzhuye-vikoristannya-ocinki->

medichnih-tehnologij.

48.Морозова М. Е. Управління людськими ресурсами: сучасні HR-стратегія і технології. *Economy latest directions of modern science*. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/B0.pdf>

49.Муляр Г. В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 97-101.

50.Наконечний В. В. Основні світові моделі місцевого самоврядування: порівняльний аналіз / В. В. Наконечний. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2014-1/doc/5/03.pdf>.

51.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/>.

52.Ніколюк О., Бондар В., Цветкова Н. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. *Food Industry Economics*. 2021. № 13 (3). URL : <https://doi.org/10.15673/fie.v13i3.2137>

53.Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

54.Положення про Департамент охорони здоров'я Харківської державної адміністрації. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/3/295/files/190131-01-11-zagal-41-rozp.pdf>.

55.Положення Про клініку Державної установи «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України». URL: <https://therapy.org.ua/index.php?lang=uk>

56.Порядок створення госпітальних округів. Затверджений Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text>.

57.Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.

58.Примірне положення про госпітальний округ. Затверджене Наказом Міністерства охорони здоров'я 20.02.2017 № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17>.

59.Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

60.Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 25 травня 2011 р. № 559 від 21 жовтня 2015 р. № 835 : Постанова Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 р.

61.Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 6 серп. 2014 р. № 385. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-%D0%BF>.

62.Про затвердження Порядку створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text>

63.Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України. Редакція від 30.10.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.

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

65.Про співробітництво територіальних громад. Закон України від 17.06.2014 №1508-УІІ. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show18>.

66.Про схвалення Загальнодержавної програми "Здоров'я — 2020": розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164'р URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>.

67.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.

68. 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-p>.

69. Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. 224 с

70. Публічне управління та адміністрування : словник-довідник / Укладники: Руденко О. М., Шершньова О. В., Бакуменко В. Д., Філіпова Н. В., Ткаленко Н. В. К.: Кондор-Видавництво, 2016. 178 с.

71. Регіональна політика та місцеве самоврядування : підручник / Ю. О. Куц, В. В. Мамонова, В. В. Наконечний, О. В. Ольшанський ; за заг. ред. д. держ. упр., проф. В. В. Мамонової. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2018. 208 с.

72. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія. Київ: Право, 2019. 298 с.

73. Розпорядження Голови Харківської обласної державної адміністрація щодо затвердження Положення про Департамент охорони здоров'я Харківської державної адміністрації. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/3/295/files/190131-01-11-zagal-41-rozp.pdf>.

74. Розроблено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-252938-rozrobleno-strategiyu-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku.

75. Самофалов Д. О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 1 (44). С. 92-99. URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01\(44\)/14.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01(44)/14.pdf).

76.Слабкий Г. Госпітальні округи: реальність і ризику їх створення / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, А. І. Зозуля. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2-3. С. 261-265.

77.Слабкий Г. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. А. Русняк, С. В. Істомин. *Сучасні медичні технології*. 2013. № 2. С. 109-112.

78.Словники української мови онлайн. URL: <https://uk.worldwidedictionary.org/> (дата звернення: 11.01.2019).

79.Спроможна мережа медзакладів. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha>.

80.Стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 р.: очікування та пріоритети. 19 січня 2022 року. URL: <https://www.apteka.ua/article/62528>.

81.Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Проект. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/2024.2022.pdf>.

82.Територіальна організація влади в Україні : консп. лекцій / укл. Ю. О. Куц, В. В. Мамонова. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2013. 40 с.

83.Територіальна організація влади в Україні : навч. посіб. / Ю. О. Куц, В. В. Мамонова ; за заг. ред. д.держ.упр., проф. В. В. Мамонової. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2013. 212 с.

84.Ткачова Н. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83 – 86.

85.Феденько С. М. Програмно-цільовий метод у ресурсному забезпеченні охорони здоров'я. *Інноваційна економіка*.2013. № 7 [45]. С. 53-59.

86.Фірсова О. Д. Публічне адміністрування в охороні здоров'я. *Публічне управління : термінол. слов.* / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. 224 с.

87.Чурпій І. К., Мельник І. В., Чурпій Н. В. Теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я. *Art of Medicine*. 1(13) січень – березень, 2020. С. 179–174.

88.Шевченко С. О., Бутковська Н. М. Особливості реформування системи охорони здоров'я України в умовах децентралізації. Проблеми формування громадянського суспільства в Україні: виклики та колізії : *матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції ДДУВС* , 15.05.2020. С. 284–288.

89.Шевчук Р. В. Завдання і виклики реформування системи управління сферою надання медичних послуг в умовах децентралізації. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2023. Вип. 5. С. 87-91. URL: <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2023/35-2023/16.pdf>.

90.Шевчук Р. Система охорони здоров'я України як об'єкт державного контролю. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 3 (63). С. 128-132. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3\(63\)-17](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3(63)-17).

91.Шелєміна Н. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>.

92.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.

93. *Acting on the Evidence*. Birmingham : National Association of Health Authorities and Trusts, 1995. P. 248.

94.Kolluru R., Bartell S., Pitblado R., Stricoff S. Risk assessment and management handbook. For environmental health and safety professionals. New York: McGraw-Hill, 1996. 324 p.

95.Kolluru R., Bartell S., Pitblado R., Stricoff S. Risk assessment and management handbook. For environmental health and safety professionals. New York: McGraw-Hill, 1996. 324 p.

96.Maddison A. *The World Economy: Historical Statistics*, Paris, OECD, 2003. URL: <http://www.ggdc.net/maddison>.

97.Miller S. M., Moulton S. Publicness in policy environments: a multilevel

analysis of substance abuse treatment services. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2013. №7. C. 265- 269.

98.Reynaers A.M., De Graaf G. Public Values in Public–Private Partnerships. *International Journal of Public Administration*. 2014. T. 37. № 2. P. 120–128.

99.Risk, Analysis, Assessment and Management / Edited by Jake Ansell and Frank Wharton. N.Y.: J. Wiley & Sons Ltd., 1992. 482 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні

