



СТАБІЛЬНІСТЬ • ДОСКОНАЛІСТЬ • ВІДДАНІСТЬ
VIRTUS • EXCELLENTIA • FIDELITAS

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «ВЗАЄМОДІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В МЕЖАХ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТА ІННОВАЦІЙНІ АСПЕКТИ»

9 ГРУДНЯ 2021 Р.
ЧАСТИНА I





СТАБІЛЬНІСТЬ • ДОСКОНАЛІСТЬ • ВІДДАНІСТЬ
VIRTUS • EXCELLENTIA • FIDELITAS

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах
госпітального округу: актуальні питання та
інноваційні аспекти»**

(9 грудня 2021 р.)

Частина I

Вінниця
Європейська наукова платформа
2021

UDC 001.891:614.21

B 11

Рішення Вченої Ради Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика від 08.12.2021 № 10.

B 11 **Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти** : матеріали науково-практичної конференції (м. Київ, 9 грудня 2021 р.) / Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. — Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. — 100 с.

ISBN 978-617-8037-56-7

DOI 10.36074/vzozmgoapia-conference.2021

У збірнику представлені матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти». Розглядаються загальні питання з проблематики у всіх сферах публічного управління та адміністрування, державного управління, економіки, політики та інші.

Збірник призначений для науковців, викладачів, аспірантів та студентів, а також для широкого кола читачів.

УДК 001.891:614.21

© Колектив авторів, 2021

© Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, 2021
ISBN 978-617-8037-56-7 © ГО «Європейська наукова платформа», 2021

ЗМІСТ

Секція 1.

РЕФОРМУВАННЯ ТА ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

РЕЗУЛЬТАТИ РЕФОРМУВАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ Гбур З.В., Толстанов О.К., Михальчук В.М.	6
ДОСВІД ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ КРАЇН ЄВРОПИ, ЯК ЗАПОЗИЧЕННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ Ратушняк Н. Я., Радиш Я.Ф.	13
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ Діденко Н.Г.	14
ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ: АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ Стовбан М.П., Кошова С.П.	17
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСУ УТВОРЕННЯ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ Кушніренко Р.В.	20
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ: ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ Коломоєць А.В., Акімов О.О.	24
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ КОСМІЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ Кошова С.П.	27

Секція 2.

КООРДИНАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ПІДХОДИ ДО ПІДТРИМКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ГРОМАДИ Круть А.Г.	33
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В МЕЖАХ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ Дубич К.В., Данилюк К.В., Серьогіна Н.О.	35
СУЧАСНИЙ СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЛІАТИВНОЮ ТА ХОСПІСНОЮ ДОПОМОГОЮ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ Писаренко В.П., Дубич К.В., Данилюк К.В.	37
ПРОБЛЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ З ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ГАРАНТІЙ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ Михальчук В.М., Микитин Т.М., Магльона В.В.	40

КООРДИНАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Мостепан Т. В., Горачук В. В.	43
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНІ В МЕЖАХ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ Стовбан М.П., Щиріна К.В.	45
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДИТЯЧОГО ВІКУ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Мойсеєнко Р.О., Бондарук Н.М., Гойда Н.Г.	50

Секція 3.

СКЛАДОВІ НАЦІОНАЛЬНІ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ПОТРЕБ СФЕРИ ВОДОПОСТАЧАННЯ ТА ВОДОВІДВЕДЕННЯ В УКРАЇНІ Крилова І.І.	54
СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ Михальчук В.М., Кравченко О.О.	57
КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ НАДАННІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ Клименко І. А., Толстанов О.К.	59
СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ БЕЗПЕКОВОЇ СФЕРИ В УМОВАХ ГЛОБАЛЬНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ Фірсов Л.Ф., Радиш Я.Ф.	61
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ І СВОБОД ЛЮДИНИ В СИСТЕМІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ Коломоець Ю.О.	64
ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ВИЩОГО АНТИКОРУПЦІЙНОГО СУДУ УКРАЇНИ Пархоменко – Куцевіл О.І.	68
ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ Завада О.Г., Галушкіна Л.В.	70
УДОСКОНАЛЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ ТА ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ Дуніна І.Ю.	73
СУТНІСТЬ, ВИДИ ТА ПРИЗНАЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТРУКТУР Гризлов Е.Е.	76

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ Щуревська О.Д.	80
ПОНЯТТЯ, СУТНІСТЬ І ЗМІСТ ДЕРЖАВНОЇ АНТИКОРУПЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ Вдовиченко С.Ю.	83
СУТЬ ТА ЗМІСТ ПОНЯТТЯ ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, ЙОГО СУБ'ЄКТИ У СФЕРІ ЗАЙНЯТОСТІ НАСЕЛЕННЯ Тесленко Д.	86
ОСНОВНІ НАПРЯМИ ВИКОРИСТАННЯ SIRI В СИСТЕМІ ОБОРОНИ УКРАЇНИ Гбур З.В.	90

Секція 4. ПСИХОЛОГІЯ

ОБРАЗ ТІЛА В КОНТЕКСТІ СЕКСУАЛЬНОСТІ У МОЛОДИХ МАТЕРІВ Завада Т.Ю., Панчишин А.	95
---	----

Секція 1. РЕФОРМУВАННЯ ТА ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

Гбур З.В., д.н. держ.упр., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони
здоров'я імені України П.Л. Шупика
<https://orcid.org/0000-0003-4536-2438>

Толстанов О.К., д. мед. н., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
проректор з науково-педагогічної роботи Національний університет охорони
здоров'я України імені П.Л. Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-7459-8629>

Михальчук В.М., д. мед. н., професор,
завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я імені України П.Л. Шупика,
Заслужений працівник охорони здоров'я України
<https://orcid.org/0000-0002-5398-4758>

УДК 351.77

Результати реформування фінансування охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції

Забезпечення безпеки людей та їх здоров'я є основним завданням сучасних демократичних держав. Не випадково у своїй фундаментальній праці «Про дух законів» Ш. Монтеск'є вказав, що безпека та здоров'я населення – це перша форма незалежності держави. Безпека створює необхідні передумови для споглядальної діяльності людей, а здоров'я надає можливість для покращення їхнього добробуту та збільшення, в свою чергу, суспільного багатства [1].

Події, що настигли Україну та світ в цілому в 2020 – 2021 роках, а саме, пандемія, що спричинена розповсюдженням вірусу COVID-19 зі всіма супроводжуваними її наслідками, ще раз довели і вказали, що проблема забезпечення державної системи охорони здоров'я є фундаментальною цінністю держави, яка впливає на рівень розвитку та ефективність функціонування державного механізму. Оскільки розвиток системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на найважливіші показники життя, то останній має приділятися значна увага з боку держави, суспільства та міжнародного співтовариства.

Україна, обравши європейський вектор розвитку та ставши на стежину євроінтеграції, в 2014 році взяла на себе зобов'язання щодо реформування системи охорони здоров'я відповідно до європейських стандартів, згідно з Угодою про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Однією з ключових умов вищезазначеної угоди є саме положення про необхідність реформування системи фінансування охорони здоров'я [2].

Так, у 2015 році на виконання умов Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування. Споглядаючи сьогодні на результати реформування системи охорони здоров'я можемо говорити, що загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Впровадження реформи відбувається успішно, створено Національну службу здоров'я України як найважливішого провідника змін у системі охорони здоров'я, а також починають з'являтися відчутні результати на рівні первинної медичної допомоги. Однак, на горизонті присутні також серйозні виклики, які набувають сьогодні важливого наукового значення та потребують дослідження сутності та змісту результатів реформування фінансування охорони здоров'я, що відбувається у Україні в умовах євроінтеграційних процесів.

Конституція України закріпила, що Україна є суверенна і незалежна, демократична, соціальна, правова держава. Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави [3].

Ключовим у вказаному визначенні є місія збереження життя та здоров'я людини, саме тому, одним з найважливіших завдань сучасної держави є охорона здоров'я населення. Це питання повинне займати пріоритетне місце в державному управлінні та політиці країни. На сьогодні, у зв'язку з необхідністю адаптації законодавства України до стандартів Європейського Союзу відбулися колосальні зрушення у досліджуваному нами напрямку, а саме, було затверджено концепцію вдосконалення національної системи охорони здоров'я, яка, в свою чергу встановлювала зразкову стратегію розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вказана стратегія чітко і зрозуміло визначила головні принципи, напрямки та пріоритети, що необхідні для проведення реформування системи охорони здоров'я. Серед основоположних цілей стратегії можна виокремити закріплення європейського вектору реформування, зміна та удосконалення законодавчих засад охорони здоров'я і звичайно ж встановлення нормативів і обсягів фінансування галузі охорони здоров'я в Україні.

Згідно зі статтею 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, кожна людина має право на медичну допомогу та медичний догляд у разі хвороби. Ключовою ж статтею українського законодавства, яка регулює основоположні засади питання прав людини у сфері охорони здоров'я та закріплює основи національної системи охорони здоров'я є стаття 49 Конституції України [4].

Відповідно до Глави 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом визначені європейські бажання нашої держави до належного реформування, осучаснення та зміцнення системи охорони здоров'я, підвищення рівня її корисного потенціалу, покращення безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, розбудови розвинутої і сильної демократичної держави. Варто вказати, що саме галузь охорони здоров'я, а особливо належне фінансування останньої визнані одними з найбільш стратегічних та важливих напрямків співробітництва в рамках інтеграційних процесів між Україною та Європейським Союзом [1].

Враховуючи вказане вище, варто вказати, що Україна обрала правильний шлях щодо провадження політики у сфері реформування охорони здоров'я, оскільки тяжіння до уніфікації та гармонізації національного законодавства з міжнародною універсальною нормативно-правовою базою на рівні ООН чи то на рівні законодавства Європейського Союзу надасть можливість провести правильну, повноцінну і комплексну процедуру реформування за всіма напрямками охорони здоров'я. Більше того, тяжіння до таких високих стандартів надасть можливість побудувати сильний інститут фінансування та контролю у сфері охорони здоров'я. Урядом України за підтримки міжнародної спільноти ніби активно здійснюється реформування фінансування національної системи охорони здоров'я, однак, на жаль, оцінити ефективність реформування практично неможливо через повне розбалансування законодавства у сфері охорони здоров'я, відсутність чітко визначеної системи охорони здоров'я та її цілей, а також індикаторів досягнення результату, які б кореспондувались з індикаторами встановленими ООН, ВООЗ та іншими міжнародними організаціями для системи охорони здоров'я. Все зазначене вище є дуже великою проблемою на шляху до проведення ефективного реформування галузі. Більше того, варто вказати ще на одну величезну проблему – це неможливість об'єктивного розуміння та сприйняття українцями процедури реформування через відсутність чіткості у вказаному процесі, а це, в свою чергу, веде до розбалансування і порушення стратегії реформи охорони здоров'я [5].

Відповідно до ст. 12 Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. Ці положення повністю відповідають нормі ст. 49 Конституції України і, беззаперечно, є соціальними, такими, які повинні бути у цивілізованій європейській державі. Однак, якщо говорити про безоплатну медичну допомогу, то це, звичайно, не мається на увазі безоплатну повністю для держави, так як надання медичних послуг та лікування мають оплачуватися, однак за рахунок державного та місцевих бюджетів

чи фондів загальнообов'язкового медичного страхування. Тобто, як бачимо, необхідно зібрання і акумулювання коштів задля цільового використання громадянами держави.

Так, у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який поклав початок практичної реалізації реформи фінансування охорони здоров'я в Україні, а саме у п. 1 ст. 4, зазначено, що у межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів [6].

Варто також звернути увагу на той факт, що за нормами вищезазначеного закону фінансування розповсюджується на медичні послуги, а не на ліжкомісця наприклад. Існує багато точок зору і науковців і практиків про те, що ніби то з впровадженням в систему охорони здоров'я інституту сімейних лікарів порушується право особи вільний вибір лікаря та лікарень незалежно від місця реєстрації. Однак, відповідно до положень ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я: «...кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування» [6].

Крім того, реформована законодавча база встановлює обов'язковість якісних медичних послуг, високу офіційну заробітну плату для лікарів та медичних працівників. Однак, важливим також є факт того, що з впровадженням реформи здійснюється повне руйнування так званої «системи Семашка», яка звичайно має ряд недоліків, проте визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я найвищим рівнем еволюції системи охорони здоров'я і таке різке руйнування в українських реаліях може спричинити колапс системи охорони здоров'я, що, на жаль, ми і спостерігаємо сьогодні. Звичайно, колапс в сфері надання медичних послуг в зв'язку з поширенням корона вірусної інфекції має місце навіть у розвинених європейських країнах, однак для України така ситуація може бути занадто загрозливо. Водночас, для забезпечення в Україні повністю безоплатної медичної допомоги (надання медичних послуг), як, наприклад, у Великобританії чи на Кубі, необхідно виконати три обов'язкові умови: збільшення обсягів фінансування з 2,5% від ВВП (як в Україні) до 9% (як у Великобританії) чи 11% (як на Кубі); зменшення у 4 рази чисельності населення України, як на Кубі (оскільки обсяг ВВП у двох країнах орієнтовно однаковий); і третє – це збільшення обсягу ВВП у 28 разів, щоб досягнути показника Великобританії [7, с. 39].

Важливо відмітити, що останніми роками часто постає питання про можливість обійтися у сфері охорони здоров'я без співоплати пацієнтів (яка, до речі, передбачена Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я [9]) і наскільки її залучення є конституційним.

Розглядаючи в цьому ракурсі законодавство зарубіжних країн варто вказати, що у Чехії громадяни (незалежно від функціонування страхової медицини) сплачують кошти за виклик швидкої допомоги, перший візит до лікаря і за перебування у госпіталі; у Латвії є співплата щодо всіх медичних послуг на рівні 15–25%. В Угорщині Конституцією гарантовано громадянам право на безоплатну медичну допомогу (через медичне страхування), проте ними покривається вартість ліків та може сплачуватися візит до вузького спеціаліста без направлення [8].

Враховуючи все вищезазначене, можемо сьогодні з впевненістю говорити, що імплементація європейського досвіду у вітчизняне законодавство дозволить вирішити проблему суперечності ст. 49 Конституції України та залучення у сферу охорони здоров'я коштів громадян. Крім того, у сфері охорони здоров'я України існують інші проблеми, пов'язані зі: скороченням фінансування капітальних видатків; застосуванням програмно-цільового методу у бюджетному процесі; розподілом видатків між державним і місцевим бюджетами в умовах децентралізації, адже не всі місцеві бюджети будуть спроможні утримувати матеріально-технічну базу сфери охорони здоров'я, що може призвести до її нищення і т. ін. Щодо розширення джерел фінансування сфери охорони здоров'я, то одним із останніх може бути обов'язкове соціальне медичне страхування. Так, обов'язкові внески на медичне страхування повинні будуть сплачувати роботодавці, які зацікавлені у здоров'ї своїх працівників. Вказана ініціатива щодо альтернативних та доповнюючих джерел фінансування системи охорони здоров'я має право на життя і, як показала практика розвинути країн дуже допомагає тримати сферу охорони здоров'я на досить високому рівні.

Отже, як вбачається зі всього вищезазначеного, першим кроком перебудови, удосконалення та реформування системи охорони здоров'я повинно стати укріплення фінансової основи галузі, яке обов'язково має супроводжуватись зміною загальної схеми фінансування, а саме: перехід від системи фінансування з державного бюджету до змішаної системи фінансування (страхування, бюджет, бізнес). Необхідним кроком є розвантаження бюджету та залучення до фінансування системи охорони здоров'я підприємств, установ та організацій, а також запровадження медичного страхування осіб, які виявили на це бажання.

Говорячи безпосередньо про результати реформування фінансування охорони здоров'я які має Україна на сьогодні, то можемо зазначити, що реформування розпочалось з прийняттям законодавчих та нормативно-правових актів, що форсують впровадження нової системи фінансування охорони здоров'я. Так, 1 квітня 2018 року Кабінетом Міністрів України було створено та затверджено положення про функціонування Національної служби здоров'я України, яку визнано національним страховим органом, що покликаний забезпечувати охоплення населення визначеним гарантованим пакетом медичних послуг у межах доступного фіскального простору. Також, разом зі створенням служби було призначено Голову останньої та розподілено функціональні обов'язки щодо практичної реалізації стратегії функціонування системи охорони здоров'я в Україні [9].

Укладання договорів із надавачами медичної допомоги розпочалося через кілька місяців після створення НСЗУ, у липні 2018 року. Договори сьогодні

укладаються із застосуванням формули фінансування на основі особливої ставки, тобто населення має право вільного вибору надавачів медичної допомоги, і може підписати декларацію з будь-яким надавачем медичної допомоги. Для підписання відповідних договорів надавачі медичної допомоги змінили свій юридичний статус і стали автономними суб'єктами господарювання. Дев'яносто сім відсотків усіх комунальних закладів охорони здоров'я первинної ланки та понад 100 приватних практик медичної допомоги підписали договори з Національною службою здоров'я України.

За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на лютий 2019 року понад 26 мільйонів українців підписали декларації зі своїми лікарями з надання медичної допомоги. Результати нещодавнього опитування показують, що 76% населення задоволені якістю медичної допомоги на первинній ланці. Паралельно з цими зусиллями уряд розпочав в 2017 році забезпечувати основними лікарськими засобами для амбулаторного лікування у рамках Програми «Доступні ліки». Впровадження вищезазначеної програми дало можливість мільйонам людей користуватись безкоштовними та пільговими лікарськими засобами, такими як лікарські засоби на рівні надання первинної допомоги. Національна служба здоров'я України взяла на себе адміністрування Програми з 2019 року з метою коригування відмінностей у регіональному охопленні. Позитивний перелік основних лікарських засобів для амбулаторного лікування, які підлягають реімбурсації в рамках Програми, стане частиною програми медичних гарантій (ПМГ) [10].

Тож, як бачимо, метою реформи є запровадження нової європейської системи охорони здоров'я і її функціонування. Вказана модель характеризується наявністю чітких, якісних та зрозумілих для громадян гарантій, які надає держава у сфері медичної допомоги, наприклад: фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів. Враховуючи все вищезазначене вдається можливим виокремити основоположні засади на яких будується та функціонує нова модель фінансування сфери охорони здоров'я:

- фінансовий захист – це означає, що система охорони здоров'я має бути побудована таким чином, щоб кожен громадянин не зазначав величезних витрат у випадку хвороби чи в ще гіршому випадку, змушений був відмовлятися від медичної допомоги через відсутність матеріальної можливості відшкодувати останню;
- справедливість доступу до медичної допомоги, тобто наявність рівного доступу до будь-якої медичної допомоги для всіх осіб, які її потребують, не дивлячись на стан фінансової спроможності отримати останню;
- чесність, відкритість та збалансованість у прийнятті ключових рішень щодо розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я: хто саме, які саме послуги і за яку ціну отримує;
- прозорість і підзвітність, тобто відкритість інформації про використання фінансування (зменшення, а в подальшому повне анулювання корупційної складової);
- ефективність, тобто безпосередній ефективний коефіцієнт надання медичних послуг (задоволені отримувачі послуг і задоволені надавачі послуг). Все

вищезазначене не може, звичайно оминати отримання медичними працівниками ефективного, достойного і достатнього рівня заробітної плати;

- конкуренція постачальників як інструмент ефективності та зростання якості медичної допомоги. Вказана засада є досить важливим і викоринить монополізм на фармакологічному ринку, адже долучення різноманітних надавачів матеріалів, ліків, їх чесна конкуренція буде створювати мотивацію надавати якісні послуги. Важливу роль в даному випадку підіграє застосування та пропозиція нових наукових концепцій чи економічно-ефективних способів роботи, що, в свою чергу забезпечить виконання протоколів лікування та дотримання національних та міжнародних стандартів надання медичних послуг;

- стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї, тобто повне та чітке прогнозування в державному бюджеті витрат на медицину та охорону здоров'я і їх нормальне функціонування.

Як зазначають сьогодні міжнародні експерти, одним із ключових викликів реформи фінансування охорони здоров'я в Україні є необхідність уніфікації коштів в одній установі. Такою установою на сьогодні є НСЗУ. Вказане вище допоможе зменшити фрагментацію розподілу ресурсів, тобто ресурси на центральному рівні в одних руках, а далі покладаються на органи місцевого самоврядування. Така система підвищить якість надання медичних послуг за рахунок достатнього та постійно наявного фінансування. Вищезазначена система так званої «фіскальної децентралізації» надає широкі можливості та автономію місцевим органам влади, що є ефективним і дієвим механізмом для правильного фінансування охорони здоров'я на місцях і в цілому в державі. Вказане підтверджується тим, що по-перше, органи місцевого самоврядування зобов'язані дозволити собі витрати на охорону здоров'я, які перевищують програму медичних гарантій. Вказане можливо у разі використання та впровадження власних програм заохочення та преміювання медичних працівників. Заохочення можуть відбуватися різними способами, від купівлі обладнання до прямого преміювання працівників медицини. По-друге, враховуючи принцип географічної справедливості всі райони і міста мають отримувати рівне фінансове забезпечення. Однак, таки існує питання чи зможуть не дуже великі і забезпечені райони здійснити хоча б самообслуговування, наприклад, оплата комунальних платежів, не говорячи про впровадження реформи.

Звертаючи увагу на оригінальне комплексне дослідження Організації економічного співробітництва та розвитку (Organisation for Economic Co-operation and Development), місцеві органи влади не витягують тягар обслуговування місцевої системи охорони здоров'я, адже останній є настільки високим, що блокує роботу всіх інших галузей суспільного життя. Щодо можливості залучення інвестицій, то нажалі при сьогоднішніх реаліях питання про інвестиції є досить складним та спірним.

Крім того, існують і інші проблеми, які нажалі, поки що не вдалось викоринити навіть гарною європейською реформою охорони здоров'я. До таких можна віднести різниця в оплаті праці медичних працівників, наявності поганих лікарських засобів, поставок та обладнання. Все зазначене, нажалі, на практиці має дуже велику популярність і цим самим викликає величезну хвилю нігілізму у населення щодо впровадження нової реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел та літератури:

1. Монтескье Ш. О духе законов. Электронная библиотека. URL: https://www.civisbook.ru/files/File/Monteskye_0%20dukhe.pdf
2. Угода про асоціацію між Україною з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Документ № 984-011. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
3. Конституція України. Документ 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>
4. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Документ 995-042. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text
5. Новікова О. Ф., Сидорчук О. Г., Панькова О. В. Стан та перспективи соціальної безпеки в Україні. Львівський регіональний інститут державного управління НАДУ; НАН України, Інститут економіки промисловості . Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2018. 184 с.
6. Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я». Документ № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
7. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. С. 39-43.
8. Клименко М. О. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування. Чернігівський науковий часопис Чернігівського державного інституту економіки і управління. Сер. 1 : Економіка і управління. 2011. № 1. С. 104–112.
9. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України». Документ № 1101-2017-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
10. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільна доповідь ВООЗ та Світового Банку. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf

Ратушняк Н.Я., здобувачка магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Радиш Я.Ф., д.н.держ.упр., професор
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-8374-5424>

Досвід децентралізації влади країн Європи, як запозичення для України

Метою дослідження було представити аналіз наукових джерел, щодо процесу децентралізації у демократичних країнах Європи, та спосіб її реалізації в Україні.

У роботі представлено аналіз наукових джерел, щодо процесу децентралізації у демократичних, розвинених країнах, та спосіб її реалізації в Україні. У роботі використано: історичний, логічний та методи аналізу наукових даних.

Децентралізації публічної влади є етапом розвитку більшості розвинутих держав світу. Це дозволило підвищити ефективність публічної влади у багатьох демократичних державах на якісно новий рівень. Водночас реалізація цієї ідеї в Україні повинна бути виваженою. Децентралізація здійснює вплив на: адміністративно-територіальний устрій держави, систему органів публічної адміністрації, розподіл між ними функцій, повноважень та фінансових ресурсів.

У сучасних дослідженнях з адміністративного права децентралізацію визначено, як спосіб організації публічної влади в державі, за якого адміністративно-територіальні одиниці або інші територіальні утворення мають право самостійно вирішувати питання місцевого значення і реалізувати власні завдання у межах, встановлених законодавством та під відповідальність уповноважених органів і посадових осіб, а втручання у їх діяльність може відбуватись винятково з метою нагляду за законністю в передбачених законом випадках і відповідних формах [1, 2].

Децентралізація передбачає відхід від ієрархічної системи управління й організації влади, високий рівень самостійності низки суб'єктів з одночасним обмеженням сфери нагляду та контролю за їх діяльністю [3]. Контроль застосовують винятково у випадках та у спосіб, передбачені законом.

У висновках хочемо зазначити, що при реалізації децентралізованої моделі влади, орган вищого рівня не може втручатися в діяльність органу нижчого рівня та не може здійснювати управління щодо нього.

Список використаних джерел та літератури:

1. Баймуратов М. Правовий статус територіальної громади в Україні: теоретичні та практичні проблеми / М. Баймуратов // Муніципальний рух: новий етап розвитку : Матеріали VII Всеукр. муніцип. слухань «Муніципальний рух в Україні - 10 років розвитку» (6-8 верес. 2001 р., Бердянськ). - К. : Логос, 2002. - С. 368 - 371.
2. Батанов О. В. Функції територіальних громад як суб'єктів місцевого самоврядування в Україні: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Батанов Олександр Васильович; Нац. акад. наук України Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького. - К., 2000. - 20 с.
3. Бориславська О., Заверуха І., Захарченко Е., та ін. Децентралізація публічної влади: досвід європейських країн та перспективи України / [Бориславська О., Заверуха І., Захарченко Е., та ін.]; Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні - DESPRO. - К. : ТОВ «Софія». - 2012. - 128 с.

Діденко Н.Г., д.н.держ.упр., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-7365-9370>

Ефективність діяльності закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації

Децентралізація як процес передачі повноважень та відповідальності місцевій владі щодо надання медичних послуг зумовлює необхідність підвищення

ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, які мають забезпечити підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів при зростаючій конкуренції на ринку медичних послуг.

Наразі існує шість вимірів якості медичної допомоги (безпека, медична ефективність, пацієнто-центричність, своєчасність, економічна ефективність, загальнодоступність), які визначають конкурентоспроможність медичного закладу. Це актуалізує питання щодо постановки управлінських завдань, які стосуються недопущення банкрутства та ліквідації закладу, орієнтації на вирішення конкретних проблем для різних груп пацієнтів, територіальної доступності надання медичних послуг, підвищення професійної кваліфікації персоналу.

Перспективні напрям діяльності медичних закладів, актуальність яких значно зросла через виклики у сфері охорони здоров'я, передбачають кардинальну зміну моделі надання медичних послуг на основі переходу до інтегрованої пацієнто-центричної моделі, яка ґрунтується на таких принципах як: забезпечення доступу до медичної допомоги; координація та інтеграція надання медичної допомоги; повага до потреб та очікувань пацієнтів; надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування; емоційна підтримка; залучення сім'ї до процесу надання медичної допомоги.

Для управління якістю медичної допомоги в рамках інтегрованої пацієнто-центричної моделі обов'язково здійснюється моніторинг за визначеними індикаторами, їх аналіз та пропонуються заходи з удосконалення діяльності медичних закладів. У сфері охорони здоров'я для моніторингу використовують, як правило, індикатори структури, індикатори процесу та індикатори наслідків (результатів).

Прикладом реалізації цього процесу може бути досвід зарубіжних країн у впровадженні інтегрованого управління якістю, що дозволяє об'єднувати діяльність медичних закладів, які розташовані на одній адміністративній території. Вони запроваджують спільну документацію для ефективного робочого партнерства, розробляють узгоджені клінічні та неклінічні індикатори, встановлюють спільні протоколи управління, етикет та цінності, що дозволяє інтегрувати і узгоджувати фінансові, клінічні та робочі ресурси.

Важливість такого підходу особливо посилилася в умовах пандемії коронавірусу, коли потрібно було ефективно реагувати на надзвичайні події та виклики.

В Україні інтегроване управління може здійснюватися в рамках міжмуніципального співробітництва для вирішення таких проблем як розвиток дорожньої, транспортної інфраструктури, зв'язку для забезпечення доїзду й консультативного супроводу; формування парку автомобілів швидкої допомоги, обладнаних найновішим устаткуванням; придбання сучасного високотехнологічного медичного обладнання для комунальних медичних закладів; матеріально-технічне оснащення закладів охорони здоров'я, що підлягають перепрофілюванню.

Для підвищення ефективності діяльності медичного закладу доцільно також розробити так звані процесні карти (це стандарт роботи у лікарнях розвинених країнах світу), щоб розуміти, на якій ділянці можуть виникати проблеми, що допоможе визначити ефективність процесу надання медичної допомоги і подальші управлінські завдання.

Важливе значення в цьому плані має розробка стратегії медичного закладу, що дає можливість виявляти можливості і загрози, сильні і слабкі сторони внутрішнього середовища, оцінює перспективи майбутнього розвитку закладу охорони здоров'я. Для цього може використовуватися опікунська рада як дорадчий орган, який бере участь у розробці стратегії розвитку лікарні та її реалізації, ухваленні бізнес-рішень, побудові команди, залученні матеріальних ресурсів тощо. Метою такого органа є не контроль, а навпаки – сприяння діяльності медичного закладу та допомога.

Крім того, стратегія розвитку медичного закладу має відповідати вимогам загальнонаціональної стратегії розвитку медичної галузі, яка визначає основні орієнтири й напрями розвитку ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я, а також стратегіям розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та муніципальному рівнях, які враховують інфраструктурні й ресурсні можливості того чи іншого регіону та орієнтовані на специфічні потреби населення в медичному обслуговуванні.

Безумовно, що кожен медичний заклад має застосовувати суто індивідуальний підхід до вибору технологій та інструментів стратегічного управління, який враховуватиме його специфічні особливості та стратегічну орієнтацію. Але в цілому, стратегічне планування стає обов'язковим елементом для посилення автономізації закладу, переходу від жорсткого до гнучкого управління, делегування повноважень та командної роботи, стимулювання інноваційної діяльності, розвитку мотивації медичного персоналу, формування корпоративної культури і корпоративної етики.

Не менш важливо, що система менеджменту закладів охорони здоров'я ґрунтується на сучасних інформаційних технологіях, серед яких електронна система охорони здоров'я eHealth, що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 [2].

Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, яким детально визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я, є одним з основних операційних документів діяльності медичного закладу.

Наразі в країнах ЄС здійснюється впровадження ведення в електронній формі базових медичних даних та передача їх до інших медичних установ, у т.ч. за кордоном; виписка електронних рецептів на ліки, а в більш тривалій перспективі – можливість електронної передачі всієї медичної історії пацієнта з використанням технологій великих даних. Це створює можливості долучення України до роботи

створюваних з 2017 р. Європейських довідкових мереж (European Reference Networks), які дозволяють об'єднати процеси проведення медичної експертизи та інтегрувати діяльність вітчизняних медичних закладів до європейських мереж..

Таким чином, ефективна діяльність медичних закладів в сучасних умовах передбачає: використання нових моделей управління; підвищення якості медичних послуг; вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ; професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів; інформаційно-аналітичне забезпечення; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг, здійснення аудиту якості медичної допомоги.

Список використаних джерел та літератури:

1. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1(5). С. 39–46.
2. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua> ›
3. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
4. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна». К., 2018. 368 с.

Стовбан М. П., к. мед.н., доцент,
в.о.директора комунального некомерційного підприємства "Івано-Франківська
обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради"
<https://orcid.org/0000-0002-6576-7494>

Кошова С.П., к.держ.упр., доцент,
доцент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-7637-4311>

УДК 336.61:614.2

Госпітальні округи: аспекти державного управління

Підвищення ефективності діяльності являє собою вихідний момент розвитку кожної установи. Оцінка ефективності представляє собою актуальну з наукової та практичної точки зору проблему у всіх галузях практичної діяльності людини. Особливе значення вона має для установ у тих сферах, де головну роль відіграють не ринкові, а соціальні механізми взаємодії. До таких сфер відноситься й сфера охорони здоров'я [3, с. 77].

На даний час розробка та впровадження систем оцінки ефективності діяльності медичної установи визнається як дієвий захід, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги і визначає напрями здійснення організаційних змін. Аналіз ефективності діяльності є необхідною економічною ланкою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів та структур, а також економічним обґрунтуванням заходів із забезпечення достатнього рівня здоров'я населення [1, с. 140].

В цілому ефективність закладу охорони здоров'я виражається як ступінь його впливу та дії на збереження та покращення здоров'я населення, що, в свою чергу, сприяє підвищенню продуктивності праці, зменшенню витрат на охорону здоров'я й витрат на соціальне забезпечення. Ефективність діяльності закладу охорони здоров'я вимірюється сукупністю показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу медичної діяльності [3, с. 78].

Ефективність є підґрунтям для встановлення належної якості послуг, яке має слугувати відправним пунктом для проведення оцінки всієї діяльності галузі в сфері охорони здоров'я. Здійснити оцінку діяльності охорони здоров'я неможливо лише з однієї точки зору, оскільки дана сфера має значення в декількох галузях життя суспільства та держави, а це означає необхідність комплексного вивчення діяльності за багатьма показниками, в тому числі за ключовими, узагальнюючими [4, с. 178]. Удосконалення системи охорони здоров'я повинно розвиватися у напрямку підвищення якості надання послуг, яке може бути досягнуто через підвищення ефективності діяльності.

Перешкодою динамічного розвитку медичної сфери є недостатньо ефективно використання ресурсів, зростання витрат, пов'язаних з об'єктивними причинами, такими, як старіння населення, зв'язане з цим зростання кількості хронічних захворювань, підвищення попиту на послуги, що повинні надаватись на некомерційній основі. Соціальна складова в діяльності системи охорони здоров'я накладає обмеження на ресурси галузі [6, с. 23].

В умовах загострення протиріч, обумовлених дисонансом між нормативною базою та регіональними умовами розвитку стаціонарна медична допомога є важливим ресурсом в системі медичного забезпечення населення. Розвиток медичної допомоги призводить до постійного пошуку заходів, здатних забезпечити покращення показників медичного закладу за менших матеріальних витрат. Аналіз даних дозволяє прийняти правильне управлінське рішення, сприяє кращій організаційній роботі медичної установи.

Забезпечення якості послуг є важливим структурним елементом системи охорони здоров'я, а в умовах обмежених фінансових ресурсів важливу роль відіграє чинник економічності та раціональності їх використання. Підвищення якості надання медичної допомоги залежить від фінансових ресурсів. Придбання сучасного обладнання, лікарських засобів, проведення капітального та поточного ремонту сприяє вдосконаленню роботи медичної установи. Оцінка ефективності потрібна для більш результативної роботи установи, а також для звітності перед державними органами.

Ефективність діяльності медичної установи розглядається в двох аспектах:

- Внутрішня ефективність – економічне обґрунтування раціональних форм організації праці медичного персоналу, нормативів потреби в медичній допомозі, фондоозброєність, фондооснащеність, експлуатація матеріально-технічної бази, використання фінансових коштів та кадрів, витрати на медичну допомогу та ін.

- Зовнішня ефективність – вплив системи охорони здоров'я на суспільне відтворення: відтворення робочої сили, суспільного продукту та суспільних відносин.

В сучасних умовах установи охорони здоров'я стикаються з проблемою неефективного фінансування. Наслідком цього є неякісне обслуговування, тобто застаріла апаратура, приміщення, які потребують капітального ремонту. Причиною неефективного фінансування є неправильний розрахунок показників, нераціональне використання джерел фінансування, неточна оцінка можливостей медичної установи [8, с. 81].

Комунальне некомерційне підприємство «Надвірнянська центральна районна лікарня» Надвірнянської міської ради заснована в 2003 році. Статутний капітал становить 50 000 грн. Власником є Надвірнянська міська рада.

Надвірнянська ЦРЛ є лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я, призначеним для надання в необхідному обсязі вторинної медичної допомоги населенню Надвірнянського району Івано-Франківської області [2].

Основною метою діяльності ЦРЛ є:

- згідно вимог відповідних нормативно-правових актів надання населенню медичних послуг та допомоги, спрямованих на відновлення та покращення здоров'я населення в межах бюджетного фінансування;

- здійснення діяльності щодо діагностики, профілактики та лікування розладів здоров'я населення;

- надання медичної допомоги при пологах та медичний контроль за перебігом вагітності;

- взаємодія з іншими закладами сфери охорони здоров'я з метою забезпечення надання медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування [2].

З 2014 р. у Надвірнянській ЦРЛ розпочали роботу над створенням потужної первинної ланки медицини, зокрема розукрупненням дільниць для покращення роботи сімейних лікарів. На окремих дільницях обслуговувалось понад 2 тисячі осіб, що не відповідає нормам та негативно позначалось на якості надання медичної допомоги.

Охорона здоров'я є сукупністю організаційних заходів та процесів щодо підтримки рівня життя та здоров'я населення, що дозволяє забезпечувати соціально-економічний розвиток суспільства. В міру цього охорона здоров'я є однією з ключових сфер життєдіяльності суспільства, без стійкого та ефективного функціонування якої неможливий його розвиток. Функціонування системи охорони здоров'я торкається інтересів кожної людини та чинить вплив на всі сфери

життєдіяльності суспільства, оскільки людські ресурси є невід'ємною частиною кожної з них.

Система показників оцінки ефективності діяльності установи охорони здоров'я дозволяє проводити оцінку раціональності використання таких функціональних елементів медичного закладу як матеріальні, фінансові та кадрові ресурси. Ефективне використання даних ресурсів забезпечує надання якісних медичних послуг, необхідних для отримання конкретного медичного результату та досягнення певного соціального ефекту.

Вдосконалення управління системою охорони здоров'я повинно передбачати забезпечення тактики, стратегії розвитку та підвищення ефективності всіх ланок системи охорони здоров'я, модернізацію матеріально-технічної бази медичних установ, впровадження нових лікувально-профілактичних заходів, сприяння інвестиціям в медичну галузь.

Список використаних джерел та літератури:

1. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136–142.
2. КНП «Надвірнянська ЦРЛ Надвірнянської міської ради». URL: <http://nadvirna-hospital.if.ua/> (дата звернення: 24.05. 2021).
3. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75–79.
4. Мокрицька А.Б. Фінансове забезпечення охорони здоров'я України: теоретична концептуалізація та проблеми організації. *Наука й економіка*. 2014. 4 (36). С. 177–179.
5. Надвірнянська районна державна адміністрація. URL: <http://nadrda.gov.ua/> (дата звернення: 24.05. 2021).
6. Попченко Т.П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. Київ : НІСД, 2011. 41 с.
7. Сазонець І. Л. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12.
8. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

Кушніренко Р.В., здобувач магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Державне управління процесу утворення та діяльності госпітальних округів

Державне управління процесу утворення та діяльності госпітальних округів на ринку медичних послуг являється системою заходів, спрямованих на підвищення

адаптивності, результативності та ефективного функціонування сфери охорони здоров'я, і сконцентроване, в першу чергу, на збереження соціальної справедливості в умовах ринкових відносин, тобто гарантування та асекурація надання якісної та доступної медичної допомоги всім громадянам країни. Ринковий механізм функціонування економіки орієнтований на отримання прибутку, котрий повністю не здатен вирішувати всі соціально-економічні проблеми, в результаті чого необхідне різного ступеню державне втручання. Особливо потребує регулювання така соціально значуща сфера, як охорона здоров'я, де держава повинна контролювати, щоб економічні перетворення в даній сфері мали соціальну спрямованість.

Оскільки сфера охорони здоров'я повинна забезпечувати задоволення потреб громадян у якісних і доступних медичних послугах, що є вкрай важливим завданням для України, проте у зв'язку з обмеженими фінансовими можливостями, повноцінне вирішення новітніх викликів є викликом для імплементації відповідного державного управління процесу утворення та діяльності госпітальних округів.

Тому наступним етапом задля подальшої оптимізації сфери охорони здоров'я являється забезпечення відповідного державного управління процесу утворення та діяльності госпітальних округів, що являється новітньою практикою для нашої держави, та потребує вдосконалення нормативно-правових актів в частині реформування сфери охорони здоров'я та регулювання діяльності госпітальних округів, а отже, зумовлює актуальність проведення даного дослідження.

При проведенні дослідження були використані загальнонаукові й спеціальні методи дослідження, зокрема аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, системно-структурний аналіз та статистичний аналіз.

На сучасному етапі в рамках імплементації наступного етапу медичної реформи для оптимізації сфери охорони здоров'я формуються госпітальні округи, для затвердження рішень стосовно установ вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та об'єднаних територіальних громад [1].

Оскільки Уряд країни у 2015 році вирішив ініціювати реалізацію трансформаційної реформи в системі охорони здоров'я, задля покращення загального стану здоров'я населення та формування фінансового захисту від надлишкових витрат, де основою реформи являється підвищення ефективності діяльності медичних закладів, оновлення віджилої системи у сфері надання послуг та надання ефективного доступу до якісних медичних послуг.

Оскільки система охорони здоров'я являється тією галуззю діяльності, у котрій головну роль відіграє надання, гарантування та забезпечення належної якості медичних послуг та медичного обслуговування, задля покращення рівня життя населення, як наслідок основною найважливішою державною внутрішньою функцією України являється охорона здоров'я громадян країни [2, с. 25]. Процес втілення даної реформи передбачає поетапну реалізацію, де перший етап передбачав втілення новітніх механізмів у первинній медичній допомозі, а другий – на вторинній і третинній, а імплементацію другого етапу запланували на 2020 рік [3].

На теперішній час реформа галузі охорони здоров'я дала позитивні результати, які стосуються переважно первинної ланки медичної галузі. Але не варто забувати про не менш важливу вторинну (спеціалізовану) допомогу, реформа якої стартує 1 квітня 2020 року та потребує відповідного врегулювання в політичному плані, стратегії і менеджменту в системі охорони здоров'я з метою досягнення доступності медичної допомоги, формування якісної, високотехнологічної та ефективної сфери охорони здоров'я громадян [4, с. 36].

Головними органами, що гарантують забезпечення виконання першочергових завдань і запланованих заходів у галузі регулювання, залишаються частково підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Деякими регуляторними функціями опосередковано займається новостворена у 2017 р. у межах заходів із реалізації медичної реформи Національна служба здоров'я України, яка являється національним страховим органом та забезпечує населення відповідним гарантованим пакетом медичних послуг в діапазоні визначеного фінансового простору [5, с. 88].

Відповідно до обраного курсу створення одностайного медичного простору та підвищення якості державних медичних установ [6, с. 602], у законодавстві про охорону здоров'я у статті 16 зазначається, задля асекурації територіальної доступності до якісної медичної допомоги та покращення системи медичного забезпечення населення [7, с. 170], та стартував проект з формування госпітальних округів (далі – ГО), котрі являються діючою конфедерацією медичних установ, котрі знаходяться на доцільному регіоні, котрий гарантує надання спеціалізованої медичної допомоги населенню даного регіону [8, с. 18].

У науковій думці існує чимало визначень госпітального округу, де серед них, найбільш влучними, на нашу думку, є:

1. комплекс медичних установ, котрі зареєстровані в установленому законодавчому порядку та отримали ліцензію на право здійснення діяльності з медичної практики, котрі гарантують медичне обслуговування населення належної території [7, с. 170];

2. функціональне об'єднання установ охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, котрі асекурують надання вторинної та екстреної медичної допомоги населенню такої території;

3. територіальне об'єднання закладів установ здоров'я декількох районів у єдиний медичний простір за критерієм доступності, кількості населення, наявних лікувальних закладів;

4. добровільне об'єднання громад як система технологічно пов'язаних, але юридично і фінансово автономних медичних установ розміщених в межах території усієї області або частини, що формується з метою збільшення доступності до медичних послуг та медичної допомоги для пацієнтів [9];

5. впорядкована на певній території мережа медичних установ оптимальної кількості та складу, з раціональним розподілом навантаження на лікарів і максимально ефективним використанням медичного обладнання, яка відповідає практичним потребам і спроможності місцевої громади.

У дослідженні будемо спиратися на останнє з наведених трактувань яке, на нашу думку, є найбільш загальним та влучним [6, с. 602].

З огляду на зазначене та з урахуванням ступеня розвитку ринку медичних послуг, рівня надання медичних послуг, політичної й економічної ситуацій в Україні, а також економіко-соціального становища населення, удосконалення вітчизняного ринку медичних послуг та процесу формування госпітальних округів має здійснюватися шляхом поступової реалізації передбачених заходів на базі наявної інфраструктури ринку надання медичних послуг, а не різких, масштабних і затратних дій, як наразі плануються. Забезпечення населення країни якісною медичною допомогою залежить від вирішення таких економічних завдань, як визначення обсягів бюджетного фінансування та розвитку добровільного медичного страхування, вдосконалення системи надання платних медичних послуг, підготовка кадрів, впровадження нових технологій у сфері охорони здоров'я. Рішення цих завдань можливо тільки при створенні досконалого державного механізму, що дозволить об'єктивно аналізувати та оцінювати потреби у фінансових ресурсах, планувати та оптимізувати потоки їх формування та використання, яке забезпечуватиме ефективне державне управління. Отже, перед державним управлінням у сфері охорони здоров'я, яка пов'язана з використанням обмежених ресурсів, стоять два основні завдання: забезпечення процесу формування госпітальних округів та деталізованого механізму взаємодії медичних установ одного госпітального округу та асекурація ефективності та якості у забезпеченні та наданні медичних послуг.

Список використаних джерел та літератури:

1. Михальчук В. М., Стовбан М. П. Особливості взаємодії медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної ситуації. Наукові перспективи. 2020. №2 (2). DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2\(2\)-158-176](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2(2)-158-176) (дата звернення 22.11.2020).
2. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. вип.19. С.22-29.
3. ВООЗ. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019 : офіц. сайт. URL: <https://www.euro.who.int/en/home> (дата звернення 22.11.2020).
4. Лужецька Н. Державне управління медичною реформою: аспект трансформації вторинної допомоги. Науково-практичне забезпечення надання публічних послуг в умовах децентралізації: збірн. матер. доповідей та тез III-ої Всеукраїнської інтернетконференції, Київ, 15 квітня 2020 року / за заг. наук. ред. Р. В. Войтович, П. В. Ворони. Київ, ТОВ «Видавничий дім «АртЕк», 2020. С. 36-39.
5. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. Публічне управління та митне адміністрування. Серія: Державне управління. 2020. № 1 (24). С. 86-90.
6. Чернявська Н. А. Вдосконалення механізму управління медичною галуззю України. Інтелектуальна економіка в умовах суспільних трансформацій : Матеріали V Міжнародного науково-практичного форуму, 25 жовтня 2019. Житомир : ЖНАЕУ, 2019. С.601-604.

7. Сіделковський О. Л. Комунальні та відомчі медичні заклади в системі єдиного медичного простору: невирішені проблеми адміністративно-правового регулювання. Прикарпатський юридичний вісник. 2019. Випуск 4(29). Том 2. С. 169-172.

Коломоєць А.В., к.мед.н., здобувач магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-1205-9419>

Акімов О.О., д.н.держ.упр. професор
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-9557-2276>

Державне управління: госпітальні округи

Згідно з чинним законодавством у діапазоні однієї адміністративно-територіальної одиниці дозволено сформувати більше ніж один госпітальний округ, де медичні установи можуть входити до складу госпітальних округів за погодженням з органами, уповноваженими згідно з чинним законом управляти майном даних закладів, де до складу госпітального округу (далі – ГО) може вступати не менше однієї багатoproфільної медичної установи інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші установи. В основному адміністративним центром ГО встановлюється населений пункт, в якому проживає понад 40 тис. осіб, а також знаходиться багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня [5], і кількість населення не має перевищувати 120 тис. осіб та відстань доїзду до центру округу, яка не має перевищувати однієї години. Встановлення територіальних меж ГО формується наступним чином, де населення певної території користується доступом до спеціалізованої медичної допомоги [6, с. 110].

Відповідно до встановленої методики організації ГО формулюють основні принципи діяльності багатoproфільної медичної установи, але не зазначено, які структурні підрозділи функціонуватимуть в межах даної установи та які функції повинна здійснювати дана установа тощо. На даний момент не визначено поточний обсяг надання спеціалізованої медичної допомоги, котра повинна забезпечуватися багатoproфільними медичними установами інтенсивного лікування першого та другого рівнів [7, с. 297]. Вагоме значення для створення мережі ГО має міжрегіональна нерівність у асекурації відповідних регіонів лікарями та ліжко – місцями в медичних установах [2, с. 603].

У випадку формування ГО, до складу якого входитиме декілька районів та міст обласного значення, у результаті чого існує імовірність зменшення поточних обсягів медичної субвенції з Державного бюджету районам, у котрих не було сформовано багатoproфільної медичної установи інтенсивного лікування, у

наслідок чого відбудеться перепрофілювання, зменшення чи навіть закриття районних лікарень. Негативним наслідком у даному випадку, може бути ситуація, яка призведе до чималої комерціалізації даної галуззі, у результаті чого зросте чисельність приватних медичних установ, де пацієнт зуміє потрапити до відповідної медичної установи лише за направленням сімейного лікаря, або у супроводі бригади екстреної медичної допомоги, тому плановим недужим пацієнтам потрібно буде чекати на свою чергу, у зв'язку із малою кількістю спеціалізованих місць, чи звернутися до приватного медичного закладу [3, с. 20].

Визначальними принципами з реформування являється встановлення одностайного понятійного простору, де сімейний лікар являється основною ланкою медичної допомоги, проте у значній чисельності медичних установ відсутні відповідні можливості задля надання відповідної медичної допомоги вторинного рівня, котре має відношення до забезпечення відповідним обладнанням та медичними кадрами.

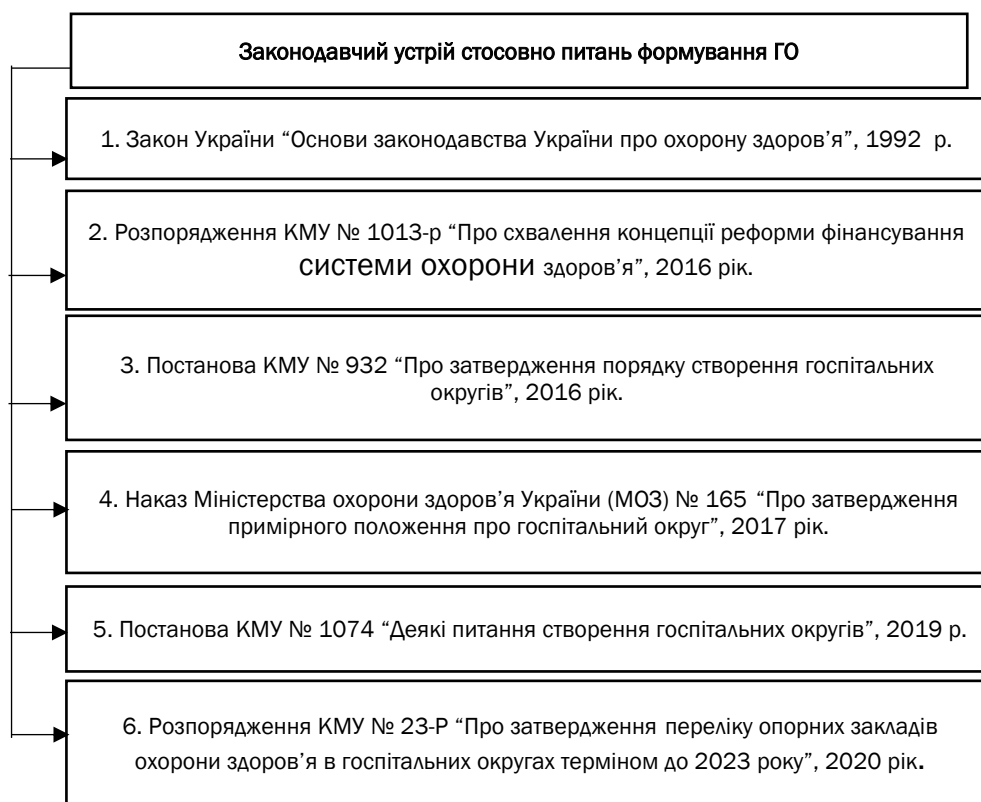


Рис. 1. Законодавчий устрій стосовно питань формування ГО.

Примітка: сформовано на основі джерела: [8].

27 листопада 2019 року урядом країни було ініційовано та затверджено новітню систему зі створення ГО, де до даної категорії ГО внесено спеціалізовану ланку та екстрену медичну допомогу в частині госпіталізації. Однак процедура створення ГО на території України почалася ще задовго до імплементації вищенаведеної постанови КМУ та охоплювала затвердження ряду законів та постанов, а поточний законодавчий устрій стосовно створення ГО відображено на рис. 1.

Отже, першопочатковим вважається закон який набрав чинності у 1992 році, в якому було визначено процедуру формування ГО, проте практична реалізація відбувалася набагато пізніше, тільки після набуття чинності розпорядження КМУ № 1013-р, у якому було прописано головні шляхи реформування та оптимізації даної галузі задля надання якісних медичних послуг, які надаються шляхом пропорційного фінансування на відповідну чисельність пацієнтів [9].

У відповідності до Постанови КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 було затверджено оновлений порядок формування ГО, котрий створюватиметься один для всієї області, задля максимальної можливості залучення всіх ресурсів для асекурації доступності медичних послуг. Для гарантованої асекурації надання вторинної та госпітального етапу екстреної медичної допомоги у відповідності до вимог та потреб пацієнтів ГО та суміжних ГО, поступового створення спроможної мережі надавачів медичних послуг виокремлюються опорні установи охорони здоров'я на період до трьох років. Процедура та порядок формування ГО встановлюється КМУ і передбачає формування та функціонування в межах АРК та області. Учасниками ГО являються міські, районні ради та ради об'єднаних територіальних громад, що реалізують співробітництво у галузі охорони здоров'я. Дані учасники ГО здійснюють свою діяльність у відповідності до Конституції, Господарського та Бюджетного кодексів України, законів України, та інших нормативно-правових актів стосовно питань охорони здоров'я [1, с. 37].

Тому, урядом у 2020 році було імплементовано розпорядження, у відповідності до якого до 2023 року планується створити мережу опорних медичних установ задля надання гарантованих своєчасних комплексних медичних послуг пацієнтам. Відповідно до постанови КМУ імплементованої у 2019 році, визначено наступні принципи формування ГО:

1. Принцип своєчасності доступу до медичної допомоги.

2. Принцип безпечності та якості медичної допомоги на базі доказової медицини.

3. Економічна результативність, котра полягає в асекуванні найбільшої якісної медичної допомоги за кондицій раціонального та ощадливого застосування ресурсів [4].

Дані принципи визначають відповідні економічно доцільні елементи зі створення ГО, оскільки з метою результативного керування ГО, визначення відповідних проблемних викликів стосовно діяльності даних установ, додання рекомендацій стосовно покращення функціонування ГО, визначення перспективних векторів розвитку даних установ при обласних державних адміністраціях було створено госпітальні ради.

Поточні реформи в галузі охорони здоров'я вимагають законодавчого унормування широкого кола питань. Урядом було ініційовано прийняття Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я», котрим передбачено впровадження заходів стосовно формування мережі медичних установ з відповідним рівнем самостійності задля результативного та своєчасного медичного асекування населення [10].

Держава повинна забезпечити прозорість і підзвітність у використанні публічних коштів: закупівлі медичних послуг здійснюються на основі відповідності потребам, якості та доказовості їх ефективності; чіткий та вичерпний перелік вимог до надавачів медичних послуг, для проходження процедури контракування з органом, що реалізує державну політику з гарантування державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; рівний доступ до ринку всіх надавачів медичних послуг, що відповідають критеріям якості; впровадити систему діагностично-споріднених груп для розрахунку вартості наданих послуг.

Список використаних джерел та літератури:

1. Лужецька Н. Державне управління медичною реформою: аспект трансформації вторинної допомоги. Науково-практичне забезпечення надання публічних послуг в умовах децентралізації: збірн. матер. доповідей та тез III-ої Всеукраїнської інтернетконференції, Київ, 15 квітня 2020 року / за заг. наук. ред. Р. В. Войтович, П. В. Ворони. Київ, ТОВ «Видавничий дім «АртЕк», 2020. С. 36-39.
2. Чернявська Н. А. Вдосконалення механізму управління медичною галуззю України. Інтелектуальна економіка в умовах суспільних трансформацій : Матеріали V Міжнародного науково-практичного форуму, 25 жовтня 2019. Житомир : ЖНАЕУ, 2019. С.601-604.
3. Дорошенко О. О., Шевченко М. В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1. С. 16-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_5 (дата звернення 22.11.2020).
4. Деякі питання створення госпітальних округів: Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074. // Відомості Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.11.2020).
5. Юридичні аспекти функціонування лікарень в межах госпітальних округів. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». URL: <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/02/госпіт.-округи-юридичні-питання-1.pdf> (дата звернення 22.11.2020).
6. Карп'як М. О., Шульц С. Л. Організаційно-інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації. Науково-практичний журнал «Регіональна економіка». Львів, 2017. №3 (85). С. 108-115.

Кошова С.П., к.держ.упр., доцент,
доцент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-7637-4311>

Нормативно-правове забезпечення державного регулювання космічної галузі в Україні

В Україні відсутність ефективного та послідовного державного регулювання, скорочення бюджетного фінансування призвели до того, що стан вітчизняної

космічної галузі характеризується високим ступенем невизначеності, що як наслідок ставить під загрозу стратегічні інтереси держави в сфері науково-технологічної та інноваційної політики.

Космічна галузь України мала б зосереджувати в собі сучасні науково-технічні розробки та бути рушійною силою для зростання високотехнологічного сектору економіки. Тому, нормативно-правове забезпечення з метою проведення ефективного державного регулювання космічної діяльності є актуальним та важливим питанням для забезпечення сталого розвитку даної галузі, що здатна забезпечити підґрунтя для технологічного лідерства та довгострокових стратегічних переваг в глобалізаційних умовах.

Проблемі державного регулювання, розвитку та нормативно-правового забезпечення космічної галузі присвячені праці вітчизняних вчених, зокрема, Ю. Алексєєва, В. Горбуліна, О. Дегтярьова, О. Джур, С. Конюхова, О. Пилипенко, В. Присяжного, В. Семеняка, Л. Сороки, Ю. Шемшученко, А. Шевцова та інших. Проте, не зважаючи на значну кількість наукових праць, на сучасному етапі залишається багато невирішених проблем у питаннях законодавчого забезпечення державного регулювання як ефективного інструменту розвитку вітчизняної космічної галузі, що обумовлює актуальність та потребує подальшого дослідження й систематизації.

Нормативно-правові відносини у космічній галузі склалися практично одночасно із дослідженням космічного простору. Але необхідно зауважити, що основні тенденції їх розвитку визначалися двома космічними державами – Радянським Союзом та США, що володіли до того часу достатньо розвинутою інфраструктурою. Багато положень прийнятих в ті роки нормативно-правових документів відрізнялися в основному різним підходом до завдань міжнародного космічного співробітництва. Керівництвом США було проголошено широке використання космічного простору у військових цілях для захисту національних інтересів. Важливу роль грали й економічні інтереси, коли при здійсненні міжнародних космічних програм нормативно-правовими актами забезпечувалися максимальні економічні вигоди одній стороні. Тим самим розвивалися ринки збуту для авіаційно-космічної промисловості даної сторони, покращувався її торгівельний баланс за рахунок фінансових вкладень іншої сторони. А це призвело до фактичної нерівності у використанні космічного простору і не могло не позначитися на становленні нормативно-правової бази державного регулювання космічною галуззю [1].

Одним з інструментів, що використовуються для гармонізації основоположних принципів міжнародного космічного права з потребами сучасної космічної економіки та новими викликами, які не могли передбачити творці п'яти базових договорів ООН із космосу (1967–1979 рр.), є так звані «м'яким» правом. Юристи все більше схиляються до того, що в сучасних умовах ефективність міжнародного космічного регулювання залежить від роботи із вдосконалення стандартів безпеки, технічних стандартів, розвитку заходів транспарентності та закріплення довіри, розробки міжнародних кодексів поведінки, національних типових законів,

координації зусиль різних країн в рамках урядових та неурядових органів. Основними принципами міжнародного права, що були поширені на діяльність держав у космічному просторі є суверенна рівність, незастосування сили, мирне вирішення спорів та інше [1].

4 жовтня 1957 року є початком формування міжнародного космічного права, коли Радянський Союз вперше запустив штучний супутник Землі. Дана подія ознаменувала початок нової ери в розвитку людства, у зв'язку з цим виникла необхідність нормативно-правового забезпечення державного регулювання космічної галузі.

На даний час законодавче регулювання вітчизняної космічної галузі здійснюється на національному та міжнародному рівні. На міжнародному рівні запроваджено єдиний однаковий для всіх країн законодавчий режим. На національному рівні регулювання здійснюється відповідно до Закону України «Про космічну діяльність» та Закону України «Про державну підтримку космічної діяльності», а також постановами Кабінету Міністрів України та указами Президента України [3].

Закон України «Про космічну діяльність» [10] визначає термінологію та основні поняття космічної галузі. Згідно із законом, космічна діяльність – це наукові космічні дослідження, використання космічного простору, розробка, виробництво, ремонт та технічне обслуговування об'єктів космічної діяльності (у тому числі їх агрегатів та складових частин), а також їх випробування, експлуатація, забезпечення та управління запуском та поверненням космічних апаратів, їх складових частин з космічного простору на землю.

Одним з ключових чинників, що впливають на перспективи та сучасний стан космічної галузі є правові регулятори. Зміни в їх системі кореспондують відповідно до змін у зовнішньому середовищі та потребами космічного сектору економіки. Якщо на ранніх етапах освоєння космосу та становлення космічної індустрії основна увага міжнародної спільноти була спрямована на створення базових актів, що визначають основи регулювання цієї діяльності та принципи відносин держав, то в XXI столітті з появою феномена «нового космосу» та розширенням приватної ініціативи виникла потреба у створенні сприятливих умов для розвитку глобальної космічної діяльності, що на національному рівні поставило питання про забезпечення конкурентних переваг власним учасниками космічної діяльності [1].

Кожна сучасна економічна система потребує державної підтримки та державного регулювання. Беззаперечно, ринок чинить значний вплив на визначення ключових точок для державного фінансування та розміщення коштів, це не може відбуватися в розрізі з ринковими законами. Таким чином, система державної підтримки та державного регулювання космічної діяльності, полягає у виконанні державою певної діяльності, що спрямована на досягнення конкретних цілей із забезпечення стабільного розвитку вітчизняної космічної галузі.

У статті 5 Закону України «Про космічну діяльність» [10] зазначено, що державне регулювання та управління в космічній галузі здійснюються шляхом:

- законодавчого встановлення основних принципів, норм і правил космічної діяльності;

- розробки концептуальних основ державної політики у галузі дослідження і використання космічного простору в мирних цілях та в інтересах безпеки держави;
- формування Загальнодержавної цільової науково-технічної космічної програми України;
- планування та фінансування космічної діяльності за рахунок коштів Державного бюджету України, а також сприяння залученню інших джерел фінансування, не заборонених чинним законодавством України;
- цільової підготовки кадрів за рахунок Державного бюджету України;
- контролю за здійсненням зовнішньоекономічної діяльності суб'єктами космічної діяльності [10].

Трактування сутності поняття державного регулювання космічної діяльності в науковій літературі автори розглядають по різному. Зокрема, цікавим є визначення державного регулювання підприємствами космічної галузі дане О. Є. Джур, яка розглядає його як програму відповідальності за допомогою якої реалізуються завдання наукового та соціально-економічного прогресу держави, зростання добробуту населення шляхом досягнення своєї мети підприємствами космічної галузі, країна надає необхідні заходи та ресурси, що дозволяють синтезувати й поєднати минуле, теперішнє, майбутнє, створити нову реальність досконалішого світу, де збалансовано матеріальні й духовні складові існування людства [3].

В Законі України «Про космічну діяльність» встановлено компетенцію центрального органу виконавчої влади, що забезпечує державну політику в космічній галузі, зокрема через використання функції контролю. Державне регулювання в цьому законі використовують як вплив державного органу на соціально-економічні процеси через впровадження заходів щодо досягнення соціально-економічного ефекту у космічній галузі [10].

29 лютого 1992 року розпочалося становлення української космічної діяльності, зокрема, в цей день Президент України Л. Кравчук своїм указом створив Національне космічне агентство України. В 2010 році його перейменували у Державне космічне агентство України [2]. Головними питаннями розвитку космічного сектору в той час були формування державної космічної політики, пошук векторів збереження та розвитку космічної галузі, розбудова структури управління підприємствами даного сектору. Щоб вирішити поставлені завдання Державному космічному агентству України було надано статус центрального органу виконавчої влади [7].

Основними завданнями Державного космічного агентства України (ДКАУ) є:

- реалізація державної політики у сфері космічної діяльності;
- систематизація практики застосування законодавства, розробка пропозицій щодо його вдосконалення, підготовка проектів законодавчих актів, їх подача в установленому порядку Віце-прем'єр-міністру України – Міністру з питань стратегічних галузей промисловості, здійснення заходів щодо адаптації вітчизняного законодавства до норм Європейського Союзу у сфері космічної діяльності;

- забезпечення створення та експлуатації наземного і космічного сегментів супутникових систем зв'язку, мовлення та дистанційного зондування Землі;
- контроль та аналіз космічної обстановки й координатно-часового та навігаційного забезпечення;
- вжиття заходів щодо оперативного виявлення джерел небезпек, сприяння в межах своїх повноважень досягненню належного рівня надійності та ефективності систем державного управління в особливий період;
- підтримка та вдосконалення об'єктів космічної діяльності;
- забезпечення ефективного використання науково-технічного і виробничого потенціалу підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління;
- створення умов для впровадження космічних технологій у виробництво конкурентоспроможної продукції для потреб внутрішнього та зовнішнього ринку;
- організація наукової, науково-технічної, інвестиційної, інформаційної та видавничої діяльності, створення й впровадження сучасних інформаційних технологій та комп'ютерних мереж у сфері космічної діяльності;
- здійснення інших повноважень, визначених законом [5].

Реалізацію своєї діяльності Державне космічне агентство України здійснює відповідно до Закону України «Про засади державної регуляторної політики в сфері господарської діяльності» та інших нормативно правових актів щодо державної регуляторної політики.

Основними законодавчими документами регулювання космічної галузі є:

- Конституція України;
- Закон України «Про космічну діяльність» від 15.11.1996 р. № 502/96-ВР;
- Закон України «Про державну таємницю» від 21.01.1994 р. № 3855-XII;
- Закон України «Про державний контроль за міжнародними передачами товарів військового призначення та подвійного використання» від 20.02.2003 р. № 549-IV;
- Закон України «Про внесення змін до деяких Законів України щодо державного регулювання космічної діяльності» від 02.10.2019 р. № 143-IX;
- Закон України «Про міжнародні договори України», від 29.06.2004 р. № 1906-IV;
- Закон України «Про управління об'єктами державної власності» від 21.09.2006 р. № 185-V;
- Закон України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. № 1621-IV;
- Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової науково-технічної космічної програми України на 2013–2017 роки» від 05.09.2013 р. № 439-VII;
- Закон України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» від 15.12.2020 № 1082-IX;

• Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 08.09.2011 № 3715-VI.

У Положення про Міністерство розвитку економіки торгівлі та сільського господарства України та у Положення про Державне космічне агентство України 4 грудня 2019 року Постановою Кабінету Міністрів України [6, 12] було внесено зміни, згідно яких Міністерство розвитку економіки торгівлі та сільського господарства України є головним органом, який забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері космічної діяльності. Ключовим завданням було додано забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері космічної діяльності. Згідно постанови [12] Кабінет Міністрів України через міністерство спрямовує й координує діяльність Державного космічного агентства України, що є центральним органом виконавчої влади.

Список використаних джерел та літератури:

1. Гавриш О.А., Войтко С.В., Бухун Ю.В. Особливості інноваційного розвитку космічної галузі України на початку XXI ст. *Економіка України*. 2014. № 8. С.34–46.
2. Державне космічне агентство України (2021). Підсумковий звіт про результати реалізації Загальнодержавної цільової науково-технічної програми України на 2013–2017. URL : www.nkau.gov.ua (дата звернення: 20.02.2021).
3. Джур О. Є. Державне регулювання підприємств космічної галузі України: нові реалії та виклики. *Ефективна економіка*. 2015. № 1. URL : [file:///C:/Users/User/Downloads/efek_2015_1_43%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/efek_2015_1_43%20(5).pdf) (дата звернення: 20.02.2021).
4. Про внесення змін до деяких законів України щодо державного регулювання космічної діяльності [Електронний ресурс]: Закон України від 02.10.2019 р. № 143-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/143-20#Text> (дата звернення: 20.02.2021).
5. Про затвердження плану заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері космічної діяльності на період до 2032 року [Електронний ресурс]: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 25.01.2012 р. № 48-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/48-2012-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.02.2021).
6. Про затвердження Положення про управління координації космічної діяльності департаменту стратегічного розвитку сектору оборони та безпеки [Електронний ресурс]: Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.02.2019 р. № 328. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0328731-19#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

Секція 2. КООРДИНАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Круть А.Г., к. мед. н. доцент; директор
Стоматологічного навчально-практичного медичного центру НУОЗ України
імені П. Л. Шупика, здобувач наукового ступеня доктора медичних наук
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ
України імені П. Л. Шупика.
<https://orcid.org/0000-0001-6503-3952>

Підходи до підтримки стоматологічного здоров'я громади

Особлива увага населення та професіоналів сфери охорони здоров'я прикута до стоматологічної допомоги, гарантії бюджетного фінансування якої покривають лише ургентну стоматологічну допомогу дорослим та дітям, проведення інструментальних досліджень в рамках ургентної стоматологічної допомоги, планову стоматологічну допомогу дітям, крім ортодонтичних процедур та протезування. Профілактичні заходи, які мають провідне значення для збереження здоров'я порожнини рота на усіх етапах людського життя, до Програми медичних гарантій не включені. З огляду на вище зазначене, актуальним завданням соціальної медицини є обґрунтування підходів до забезпечення доступності населення до стоматологічної допомоги, зокрема, фінансової.

Мета дослідження: обґрунтувати підходи до підтримки здоров'я порожнини рота населення громади в умовах недостатньої фінансової доступності.

Матеріали і методи: дані Центру медичної статистики МОЗ України, наукові літературні джерела за темою, нормативно-правові документи (усього 12 од.). Методи: медико-статистичний, логіко-структурного аналізу, контент-аналізу, узагальнення, описового моделювання.

В Україні, за даними вітчизняних досліджень, поширеність карієсу у дорослого населення сягає 95,0-98,0% залежно від регіону, на хвороби пародонта страждає 85,0-95,0% населення, зокрема, 60,0-80,0% дітей. Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки отримують щорічно від 3,2 до 8,0% усіх травмованих в країні. Діти з ущелиною верхньої губи та піднебіння народжуються в співвідношенні 1:650 новонароджених.

Медико-статистичний аналіз даних офіційної статистичної звітності свідчить про зменшення доступності населення до профілактичних стоматологічних послуг: питома вага санованих осіб при плановій санації від кількості, що її потребували, в 2010 році складала 79,2%, а в 2019 році, коли запрацювала Програма медичних гарантій – лише 74,3%; кількість відвідувань до стоматологів і зубних лікарів на 1-го жителя за той же період зменшилась з 1,1 до 0,7, зокрема, первинних відвідувань – з 0,5 до 0,3. Питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих

зубів з приводу карієсу зростає з 22,5% до 24,9%, а питома вага видалених зубів з приводу ускладненого карієсу досягла у 2019 році 68,8%. Захворюваність на рак порожнини рота протягом 2015-2019 років залишається стабільною – 6,4 на 100 тис. нас., однак у 2019 році 53,5% випадків із числа вперше виявлених діагностовано в третій і четвертій стадії хвороби, тоді як у 2015 році – 48,0% таких випадків.

Отже, не охопленими гарантованою стоматологічною допомогою залишилися профілактичні стоматологічні послуги, зокрема, гігієнічне навчання та виховання населення з питань стоматологічного здоров'я, планова терапевтична та хірургічна стоматологічна допомога дорослим, обов'язкові профілактичні медичні огляди працівників бюджетних організацій, що одразу позначилося на показниках здоров'я порожнини рота та результатах діяльності закладів стоматологічного профілю. Такий підхід засвідчив недооцінку на державному рівні внеску здоров'я порожнини рота у загальне здоров'я населення. Проблема значною мірою посилюється функціонально-організаційними змінами в первинній медичній допомозі, з якої вилучена стоматологічна допомога, і таким чином на сьогодні остання сконцентрована у стоматологічних поліклініках, розташованих у великих містах, та стоматологічних відділеннях (кабінетах) районних поліклінік. Поодинокі стоматологічні кабінети у сільських лікарських амбулаторіях, що ще збереглися, не вирішують проблеми доступності сільського населення до стоматологічної допомоги, особливо у віддалених від районних центрів місцевостях.

Вирішення проблеми слід вбачати у відновленні доступу населення до первинної стоматологічної допомоги та включення в державну політику на пряму профілактики факторів ризику для здоров'я населення, зокрема, порожнини рота. Профілактичні заходи повинні враховувати цільові фактори ризику, спільні для основних захворювань, у т.ч. хвороб порожнини рота – тютюнопаління і зловживання алкоголем, нераціональне харчування, низька фізична активність, що впливають на загальну захворюваність і смертність населення.

Реальні можливості поліпшення фінансування профілактичних програм, націлених на збереження здоров'я населення громади, відкриваються в рамках реформи місцевого самоврядування в Україні. Місцеві громади можуть відповідно до законодавчо визначеної відповідальності за здоров'я своїх громадян виділяти частину коштів для програмних заходів з профілактики хвороб порожнини рота. Адаптувати саме на місцевому рівні знаходяться безпосередні отримувачі стоматологічних послуг, тому органам місцевого самоврядування простіше визначити їх реальні потреби й скерувати цільові кошти на справедливе задоволення цих потреб. Більш забезпечені громадяни можуть скористатися програмами добровільного медичного страхування, розвиток яких також може здійснюватися за підтримки органів місцевого самоуправління.

Проблема здоров'я порожнини рота залишається актуальною для населення України, про що свідчать високі рівні поширеності карієсу, захворювань пародонту, травм, онкологічних і вроджених захворювань порожнини рота. Перспективним напрямком покращення ситуації слід вважати підвищення географічної доступності первинної стоматологічної допомоги та фінансової доступності профілактичних

програм, спрямованих на збереження здоров'я, зокрема, порожнини рота, шляхом залучення цільових коштів місцевих громад.

Список використаних джерел та літератури:

1. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки: довідник. Кропивницький: Поліум, 2018. 212 с.
2. Національний канцер-реєстр України (НКРУ). Рак в Україні, 2019 – 2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Київ – 2021. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm.
3. Програма медичних гарантій-2021: надання стоматологічної допомоги виокремили в окремий пакет послуг. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/programa-medichnih-garantij-2021-nadannya-stomatologichnoyi-dopomogi-viokremili-v-okremij-paket-poslug>.
4. Стоматологічна допомога в Україні. Аналіз основних показників діяльності за 2020 рік. Кропивницький: Поліум, 2021. 100 с. Під ред. Вороненка Ю. В., Мазур І. П., Павленка О. В.

Дубич К.В., д.н.держ.упр., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-3409-8179>

Данилюк К.В.
Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна

Серьогіна Н.О., к.юр.упр., доцент,
завідувач відділу докторантури, аспірантури,
магістратури та методичної роботи з вищої освіти
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

**Актуальні проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги в межах
госпітального округу**

Аналіз сучасного стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню об'єднаних територіальних громад в межах госпітального округу та визначення проблем, що впливають на можливість забезпечення та якість такої допомоги.

Написанню даної статті передували ґрунтовний аналіз цілої низки наукових праць і публікацій, у яких вивчалися аспекти функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я України в її розподілі на госпітальні округи та надання паліативної та хоспісної допомоги населенню таких вітчизняних вчених і дослідників, як К. Данилюк, К. Дубич, Ю. Вороненко, Н. Гойди, З.Гбур, В. Михальчука, О.Толстанова, А.Устинова та ін.

Проводячи реформу адміністративно-територіального устрою та децентралізацію влади органи публічного управління намагаються вибудувати модель сервісної держави, діяльність якої перш за все спрямована на життєзабезпечення українського народу. Здійснивши децентралізацію публічного управління охороною здоров'я територію України поділено на госпітальні округи, які повинні забезпечити населення якісними медичними послугами в тому числі надавати паліативну та хоспісну допомогу[1,3].

Паліативна та хоспісна допомога населенню є надзвичайно актуальним питанням в Україні: щороку кількість інкурабельних пацієнтів, що страждають від болю і потребують такої допомоги перевищує 600 тис. осіб, приблизно 20 тис. з яких – діти; 85% інкурабельних пацієнтів не мають доступу до знеболення, а забезпечення хоспісами таких пацієнтів складає 10% від їх загальної кількості. В Україні нерозвинена система паліативної та хоспісної допомоги, а за світовим рейтингом індексу «якості смерті», який базується на оцінках рівня розвитку такої допомоги держава посідає останні позиції, межуючи з Нігерією, Ефіопією та Іраком[2].

Аналізуючи сучасний стан забезпечення населення об'єднаних територіальних громад в межах госпітального округу соціально-медичними послугами слід зазначити, що вони тісно пов'язані з територіальним розміщенням населення за адміністративно-територіальним розподілом. Зважаючи на те, що фінансування та матеріально-технічне забезпечення госпітального округу повинно відбуватися за рахунок місцевих бюджетів, то можна спрогнозувати, що депресивні об'єднані територіальні громади з недостатнім фінансовим та матеріальним ресурсом не зможуть в повному об'ємі забезпечувати паліативною та хоспісною допомогою своє населення. І тут виникає питання, як забезпечити права таких пацієнтів на якісне медичне обслуговування, і де взяти ресурси. Висока вартість послуг паліативної та хоспісної допомоги, неможливість прогнозування часу виникнення потреби в них, необхідність оплати в момент отримання послуги, становить загрозу передчасної летальності або різкого погіршення здоров'я і як наслідок, в тих сім'ях, де з'явилися паліативні та хоспісні родичі відбувається тотальне зубожіння, що зумовлює необхідність фінансового захисту та розподілу ризиків між громадою та державою[2,3].

Аналізом встановлено, що забезпечення паліативною та хоспісною допомогою населення об'єднаних територіальних громад в період децентралізації, адміністративно-територіального поділу та визначення госпітальних округів в Україні має ряд проблем, зокрема, депресивні об'єднані територіальні громади мають складнощі в цьому процесі із-за недостатності комунальної інфраструктури, фінансових, матеріальних та технічних ресурсів, кадрового забезпечення тощо і це потребує державного регулювання через програми соціально-економічного розвитку.

Список використаних джерел та літератури:

1. Госпітальні округи: сучасна проблематика діяльності /Стовбан М. П.1 , Михальчук В. М.2, Толстанов О. К.2 , Гбур З. В. //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, (3), 74–81. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11626>.

2. PESTL-аналіз сучасного стану державного управління паліативною та хоспісною допомогою в Україні / К.В. Дубич, К.В. Данилюк // Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фах. видання – 2017. – № 5. – URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1075>.
3. Устинов А.В. Госпітальні округи: МОЗ представило методологію визначення лікарень інтенсивного лікування. Український медичний часопис : вебсайт. URL: <https://www.umj.com.ua/article/136615/gospitalni-okrugy-moz-predstavilo-metodologiyuviznachennya-likaren-intensivnogo-likuvannya>

Писаренко В.П., д.н.держ.упр., професор
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0003-4789-5756>

Дубич К.В., д.н.держ.упр., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-3409-8179>

Данилюк К.В.
Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна

Сучасний стан забезпечення паліативною та хоспісною допомогою сільського населення госпітальних округів

Аналіз сучасного стану забезпечення паліативною та хоспісною допомогою сільського населення госпітальних округів в період проведення адміністративно-територіальної та медичної реформ і визначення ключових проблем що супроводжують цей процес.

Під час роботи використано ряд як загальнонаукових, так і спеціальних методів наукового пізнання: логіко-семантичний метод використано з метою з'ясування сутності та значення паліативної та хоспісної допомоги для сільського населення госпітальних округів; метод структурного аналізу використано під час дослідження госпітальних округів та їх повноважень і зобов'язань як суб'єктів публічного управління у сфері охорони здоров'я; аналітичний метод надав змогу узагальнити досвід забезпечення паліативною та хоспісною допомогою сільського населення до і після реформ і визначити ключові проблеми в цьому процесі і шляхи їх усунення. Написанню тез передувало ґрунтовне вивчення цілої низки наукових праць і публікацій, у яких вивчалися аспекти надання паліативної та хоспісної допомоги і соціальних послуг населенню України, таких українських вчених і дослідників, як О. Зими, З.Гбур, В. Гошовської, К.Данилюк, К.Дубич, Н.Серьогіної, та ін. Осмисленню широкого спектру соціально-медичних проблем та питань забезпечення сільського населення медичними послугами в тому числі і

паліативними та хоспісними сприяли роботи вітчизняних науковців М. Білінської, Ю.Вороненко, Н.Гойди, Ю.Губського, М. Кравченко, В.Князевича, В.Михальчука, Н.Чалої та ін.

Аналізуючи сучасний стан реформ в сфері охорони здоров'я України та адміністративно-територіального устрою слід зазначити, що вони проходять дуже складно. Причиною цього є непослідовність та неузгодженість дій публічного управління цими процесами на вертикальному та горизонтальному рівнях публічної влади. Показовим в цьому процесі є те що поділивши територію України на госпітальні округи та об'єднані територіальні громади(далі ОТГ), попередньо не було досліджено, проаналізовано та прораховано, як ці процеси можуть вплинути на життєзабезпечення населення яке проживає на цих територіях, особливо сільського, коли в його чисельності ті що мають статус паліативних та хоспісних пацієнтів, які обслуговуються медичними та соціальними закладами, але перебувають не в стаціонарних закладах, яких в Україні не вистачає приблизно на 70% таких хворих, а проживають в домашніх умовах під опікою своїх родичів. В таких випадках життя таких пацієнтів та їх родичів є складним і в більшості випадків за межею бідності із-за великих витрат на лікування та отримання різних видів послуг[2,].

Реформування сфери охорони здоров'я та ділення її на госпітальні округи супроводжувалось оптимізацією уже існуючих медичних закладів, фельдшерсько-акушерських пунктів, які обслуговували на своїй території паліативних та хоспісних пацієнтів. Утримання навіть не скорочених медичних закладів та ФАПів передано згідно адміністративно-територіальній реформі ОТГ, і все б нічого, але ділення ОТГ відбулось таким чином, що в Україні появилось багато територій з депресивним соціально-економічним розвитком, які неспроможні утримувати за свої бюджети заклади соціально-медичного напрямку. Відсутність або занедбаність доріг ускладнило транспортний зв'язок наявних медичних та хоспісних установ з паліативними та хоспісними хворими в межах госпітального округу. І утворилось «замкнене коло» для пацієнтів, що потребують паліативної та хоспісної допомоги, з однієї сторони відсутність бюджетних коштів в ОТГ щоб утримувати такі установи або замовити ці послуги де вони є, а в медичних закладів в межах госпітального округу немає коштів щоб надсилати медиків для надання медичних послуг таким пацієнтам. І як не сумно, але доводиться констатувати, що основним постачальником паліативної та хоспісної допомоги таким пацієнтам є їх родичі[1,3, 5].

Аналіз рівня захворювань населення по Україні за останні 5 років показав, що найбільший відсоток захворювань та летальних випадків: це захворювання серцево-судинні(інсульти, інфаркти), опорно-рухового апарату та онкологічні новоутворення, а оточення паліативних та хоспісних пацієнтів, це родичі передпенсійного та пенсійного віку, які самі потребують певних видів допомоги, не говорячи що більшість з них живе на межі або за межею бідності і зачасти придбати необхідні ліки та послуги для таких хворих у них немає коштів[6].

Провівши дослідження нами було з'ясовано, що більшість сільського населення(це в основному люди похилого віку), яке на даний час має в своїх родинах паліативних та хоспісних хворих констатують, що до реформи життєзабезпечення цих хворих було краще і допомога була своєчасною тому, що: в до-реформний період в

селах були ФАПи та при сільських радах соціальні працівники які при потребі були помічниками родин з такими хворими. З проведеними реформами депресивні ОТГ не мають змоги утримувати соціальних працівників, не говорячи про медичні та соціальні заклади, транспортне сполучення відсутнє або ускладнене, і навіть сімейний лікар не маючи транспорту і на таку кількість паліативних та хоспісних пацієнтів на взмозі вчасно відреагувати на виклик, а наймати приватних медичних фахівців таким людям не дозволяє сімейний дохід[2, 3].

Опитане нами сільське населення говорить, що реформи в сфері охорони здоров'я та адміністративно-територіального устрою Україні потрібні, бо і так як ми жили, жити далі неможливо, але чому ми не відчуваємо підтримки та допомоги від держави та органів влади.

Досліджуючи розроблені концепції, стратегії та інші матеріали ми не знайшли науково-обґрунтованих прогнозів на перспективу з оцінюванням наслідків ризиків та проблем, яким чином на період реформ, коли елементи системи дадуть збій, не залишити на призволяще тих, хто може потребувати невідкладної постійної соціально-медичної допомоги, зокрема паліативної та хоспісної. Питання залишається відкритим незважаючи на значний період проведення таких реформ.

Результати, які отримані в ході проведеного вище дослідження, дають підстави зробити такі **ВИСНОВКИ**:

1. Аналіз сучасного стану реформ в сфері охорони здоров'я України та адміністративно-територіального устрою і ділення її на госпітальні округи та ОТГ слід зазначити, що вони розпочаті та проходять без належного наукового обґрунтування і оцінки ризиків, які вони принесли населенню України, особливо сільському в якому домінують люди похилого віку з потребами паліативної та хоспісної допомоги.

2. Реформи в сфері охорони здоров'я та публічних органах влади з децентралізацією їх повноважень проходять дуже складно, причиною цього є непослідовність та неузгодженість дій публічного управління цими процесами на вертикальному та горизонтальному рівнях.

3. Аналізом встановлено, що забезпечення паліативною та хоспісною допомогою сільського населення ОТГ має ряд проблем із-за депресивного соціально-економічного їх розвитку, відсутності на їх територіях медичних та соціальних закладів, медичних та соціальних працівників, невчасне охоплення медичними послугами сімейними лікарями таких пацієнтів із-за низької щільності населення та великих територій обслуговування, відсутності транспортного сполучення особливо в зимові місяці та природні негоди. Все це потребує як на регіональному так і загальнодержавному рівні розроблення адекватних механізмів публічного управління підтримки сільського населення депресивних ОТГ щодо забезпечення їх вчасною паліативною та хоспісною допомогою в межах госпітального округу.

4. В програмах регіонального соціально-економічного розвитку обов'язково розробити напрями підтримки та відповідного фінансування забезпечення ліками та соціально-медичними послугами паліативних та хоспісних пацієнтів сільських ОТГ.

5. Створити умови для волонтерської та благодійної допомоги паліативним та хоспісним пацієнтам і підтримки родин які опікуються такими родичами зі сторони громади та бізнесу.

Список використаних джерел та літератури:

1. Геопортал адміністративно-територіального устрою України. URL: <https://atu.gki.com.ua/ua/karta#map=7//48.96955338118993//39.03311147700004&&layer=8906587201596708-1,100//7376316114267884-1,100&&action=info-7376316114267884,49>.
2. Дубич К.В., Данилюк К.В. PESTL-аналіз сучасного стану державного управління паліативною та хоспісною допомогою в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фах. видання – 2017. – № 5. – URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1075>.
3. Зима О.Т. Компетенція Національної служби здоров'я України: загальний огляд. Реформування системи охорони здоров'я: корупційні ризики та способи їх усунення : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.) / ред. кол. : Н.О. Гуторова, В.М. Пашков, В.С. Батиргареєва. Харків : Право, 2019. 124 с.
4. Паліативна та хоспісна допомога: підручник/[Вороненко Ю.В., Губський Ю.І., Князевич В.М., та ін.]; за ред. Ю.В. Вороненка, Ю.І. Губського.- Вінниця: Нова книга, 2017. – 392 с.
5. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як інструменту вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 198–209. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.198
6. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Науковий вісник ІФНТУНГ. Серія: Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості. 2016. № 1(13). С. 84–87.

Михальчук В.М., д.мед.н., професор,
завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України ім.П.Л.Шупика,
<https://orcid.org/0000-0002-5398-4758>

Микитин Т.М.
Рівненський державний гуманітарний університет м. Рівне, Україна

Магльона В.В., к.мед.н.
здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування»
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національного університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-8653-7102>

**Проблеми публічного управління з забезпечення державних гарантій
медичного обслуговування населення в межах госпітальних округів**

Аналіз проблем публічного управління з забезпечення державних гарантій медичного обслуговування в умовах госпітального округу в період проведення адміністративно-територіальної та медичної реформ в Україні.

Під час роботи використано ряд як загальнонаукових так і спеціальних методів наукового пізнання: логіко-семантичний метод використано з метою з'ясування сутності та значення державних гарантій медичного обслуговування в умовах госпітального округу; метод структурного аналізу використано під час дослідження конституційних гарантій щодо медичного обслуговування та правової оцінки Конституційного Суду на звернення громадян щодо порушення їх конституційних прав на безоплатне медичне обслуговування в межах госпітальних округів як суб'єктів публічного управління у сфері охорони здоров'я; аналітичний метод надав змогу узагальнити досвід забезпечення державних гарантій медичного обслуговування і визначити ключові проблеми в цьому процесі і шляхи їх усунення. Написанню тез передувало ґрунтовне вивчення цілої низки наукових праць і публікацій, у яких досліджувались аспекти забезпечення державних гарантій з медичного обслуговування населення України, таких українських вчених і дослідників, як О. Зими, З.Гбур, В. Гошовської, К.Дубич, Н.Серьогіної, С.Петрика С.Шульц та ін. Осмисленню широкого спектру публічного управління сферою охорони здоров'я та сутності реформ сприяли роботи вітчизняних науковців, Ю.Вороненко, Н.Гойди, Ю.Губського, М. Кравченко, В.Князевича, В.Михальчука, Н.Чалої та ін.

В період реформування сфери охорони здоров'я України та ділення територій на госпітальні округи дуже гостро стоїть питання забезпечення державних гарантій медичного обслуговування населення та ефективного публічного управління цими процесами на всіх рівнях органів влади. Соціальна політика в сфері галузі охорони щодо забезпечення гарантій медичного обслуговування була реалізована Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування» прийнятого 19.10.2017 р. Через статті цього закону запроваджена практика встановлення гарантій з медичного обслуговування – програму державних гарантій медичного обслуговування населення з переліком та обсягом медичних послуг та ліків, фінансування яких повинно забезпечуватись видатками з державного бюджету за єдиними національними тарифами[4,5].

Дослідженням процесу гарантій держави щодо медичного обслуговування населення з'ясовано, що Україна одна з останніх країн європейського регіону розпочала його, значно раніше розпочали цей шлях Болгарія, Хорватія Естонія, Грузія, Македонія, Молдова, Польща та ін[1,6].

Державні гарантії медичного обслуговування населення базуються на трьох основних параметрах:

- перелік послуг включених до гарантованого пакету;
- категорії населення, які можуть їх отримати;
- вартість медичного обслуговування, що оплачується за рахунок держави[2].

Керуючись Конституцією України, а саме ст. 49 – медична допомога у державних та комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно. Стаття 95 Конституції акцентує увагу на засадах справедливого і неупередженого розподілу суспільного багатства між громадянами і територіальними громадами при побудові бюджетної системи. Багаточисленні звернення громадян України до

Конституційного Суду за захистом своїх прав на безоплатне медичне обслуговування, на що Конституційний Суд неодноразово висловлював правову позицію відносно обмеженості державних гарантій економічними можливостями держави, і звідси ми можемо зробити висновок, що державні гарантії з медичного обслуговування не можуть бути абсолютними і обмежуються її економічним потенціалом та ресурсами[4].

Зважаючи на це можна зробити висновок, щодо безоплатного медичного обслуговування мають доступ обмежена кількість населення, а всім іншим необхідно бути завжди готовими до того, що їх лікування та збереження життя залежить від їх фінансової платоспроможності. Отже система охорони здоров'я України з обмеженими ресурсами бюджетного фінансування багато в чому залежить від коштів пацієнтів. При настанні невідкладної медичної допомоги для її оплати пацієнти та їх родичі продають власне житло, матеріальні ресурси тощо, за які можна отримати кошти для оплати такої допомоги. Все це безжально б'є по рівню життєзабезпечення громадян українського суспільства[6].

На превеликий жаль в Україні не запроваджена система медичного страхування, яка дозволила б в складний період людини скористатися її послугами і тим самим не опинитись за межею бідності, рівень якої в Україні найвищий серед країн пострадянського періоду.

В державі через органи публічної влади не створюються, та не розробляються програми з залученнями внутрішніх інвесторів до фінансування сфери охорони здоров'я України, з певними преференціями в оподаткуванні, не достатньо ведеться робота з бізнесом щодо соціальної відповідальності за ризики, які створюються їх виробництвом для оточуючого середовища та населення, в тому числі і для їх здоров'я та життя.

Поділ територій України на госпітальні округи не покращив ситуації з державними гарантіями медичного обслуговування, тому що процес децентралізації переклав фінансування закладів охорони здоров'я на органи місцевого самоврядування, а більшість госпітальних округів розміщені на депресивних територіях соціально-економічного розвитку і розраховувати на те, що з місцевих бюджетів будуть виділятися кошти на ці цілі сумнівно по причині їх відсутності або недостатності.

Аналіз сучасного стану публічного управління з забезпечення державних гарантій медичного обслуговування в межах госпітального округу дозволив зробити наступні висновки про необхідність:

1. Запровадження ефективного стратегічного публічного управління сферою охорони здоров'я та приведення у відповідність нормативно-правової бази щодо державних гарантій медичного обслуговування.

2. За відсутності в державному та регіональних бюджетах достатніх коштів на фінансування медичного обслуговування розроблення програм альтернативних джерел фінансування.

3. Забезпечення державних преференцій на медичне обслуговування населення госпітальних округів розміщених на територіях депресивного соціально-економічного розвитку та прозорий розподіл органами влади та місцевого

самоврядування наявних фінансових ресурсів для медичного обслуговування населення госпітальних округів.

4. Публічне обговорення в межах кожного госпітального округу переліку послуг безоплатного медичного обслуговування та категорій населення які можуть їх отримати.

Список використаних джерел та літератури:

1. Геопортал адміністративно-територіального устрою України. URL: <https://atu.gki.com.ua/ua/karta#map=7//48.96955338118993//39.03311147700004&&layer=8906587201596708-1,100//7376316114267884-1,100&&action=info-7376316114267884,49>.
2. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як інструменту вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 198–209. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.198
3. Розвиток соціальної сфери територіальних громад в умовах адміністративно-фінансової децентралізації/ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І.Долішнього НАН України». За ред. С.Л.Шульц. – Львів, 2018 – 140 с.
4. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Науковий вісник ІФНТУНГ. Серія: Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості. 2016. № 1(13). С. 84–87.
5. Фінансування охорони здоров'я і світі адміністративно-територіальної реформи. [Електронний ресурс] - URL: <http://www.apteka.ua/article/335406>.
6. Deafferentation of international Estimates of Poverty in Ukraine in the Coordinates of Euro Integration Policy of Sustainable Macroeconomic Development/ Lidia Karpenko, Klavdiia Dubych, Hennadii Dmytrenko, Nataliia Oliinyk/ Proceedings of the 5 th International Conference on European Integration 2020/ Ostrava: VSB-Technical University of Ostrava, 2020, pp. 379-390

Мостепан Т.В., аспірант
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
НУОЗ України імені П. Л. Шупика
<https://orcid.org/0000-0001-6588-2452>

Горачук В. В., д. мед. н., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
НУОЗ України імені П. Л. Шупика
<https://orcid.org/0000-0003-3592-5479>

Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця

Реабілітація визначається як комплекс заходів, спрямованих на поліпшення функціонування людини з порушеннями здоров'я в повсякденному житті при

взаємодії з навколишнім середовищем і зниження рівня інвалідності [5]. Будь-які порушення здоров'я вимагають реабілітації, зокрема, обумовлені хворобами системи кровообігу, серед яких найпоширенішою є ішемічна хвороба серця. В Україні реабілітація хворих за найкращими світовими зразками лише започаткована на нормативному рівні Законом України від 3 грудня 2020 року «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [1]. Зміни в законодавстві потребують відповідних змін у організації реабілітації в мережі закладів охорони здоров'я, зокрема, координації діяльності фахівців первинної, вторинної і третинної медичної допомоги.

Мета дослідження: запропонувати підходи до координації діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця на основі вимог законодавства.

Матеріали і методи: наукові джерела за темою, нормативно-правові документи; методи: контент-аналізу, бібліосемантичний, узагальнення.

Результати. Реабілітаційна допомога в умовах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) може надаватись професіоналами, фахівцями з реабілітації та лікарями загальної практики-сімейними лікарями самостійно. Останні як лікарі першого контакту з хворим та супроводу упродовж усього життя мають взяти на себе роль координаторів у клінічному маршруті пацієнта з ішемічною хворобою серця, який потребує реабілітації вдома або в закладі ПМСД.

В умовах вторинної та третинної медичної допомоги законодавством передбачено надання реабілітаційної допомоги професіоналами, фахівцями з реабілітації як самостійно, так і в складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд, до яких долучаються, за потреби пацієнтів, лікарі інших спеціальностей та соціальні працівники. На мультидисциплінарну реабілітаційну команду покладаються обов'язки розробки та узгодження між усіма учасниками індивідуального реабілітаційного плану пацієнта. Координацію діяльності учасників мультидисциплінарної реабілітаційної команди доцільно покласти на лікаря фізичної та реабілітаційної медицини як провідного фахівця з реабілітації.

Важливо також скоординувати діяльність лікарів, дотичних до реабілітації конкретного пацієнта з ішемічною хворобою серця, який отримує послідовно медичну допомогу в закладах різних видів медичної допомоги – третинної, вторинної, первинної. Кардіореабілітація міжнародними клінічними рекомендаціями визначається саме як скоординований комплекс заходів на рівні населення або націлений на окрему людину, спрямований на усунення або мінімізацію наслідків серцево-судинних захворювань і пов'язаних з ними інвалідностей [2-4]. Першочерговими завданнями для ефективності такої координації має стати обізнаність лікарів щодо показань до кардіореабілітації для пацієнтів після коронарної події, реваскуляризації та з серцевою недостатністю, а також налагодження тісної співпраці амбулаторного і стаціонарного етапів медичної допомоги, робочим інструментом якої може стати сумісно розроблений клінічний маршрут пацієнта закладами охорони здоров'я, розташованими на території громади.

Доступність хворих до кардіореабілітаційних програм також має важливе значення для можливості їх практичного впровадження та координації дій лікаря і пацієнта. Соціально-економічні, транспортні та логістичні питання для тих пацієнтів, які

живуть віддалено, можуть обмежувати відвідування реабілітаційних заходів. Подолання цього бар'єру можливо шляхом активного використання мобільних технологій для навчання, моніторингу виконання пацієнтом і нагадування йому про програмні заходи з вторинної профілактики з метою запобігання повторенню серцевих подій, зменшення частоти госпіталізації та смертності від хвороб системи кровообігу.

Висновки. Реабілітація пацієнтів з ішемічною хворобою серця відповідає завданням вторинної профілактики серцево-судинних подій. Координація діяльності лікарів усіх видів і етапів медичної допомоги та взаємодії лікаря і пацієнта сприятиме підвищенню ефективності кардіореабілітації. Координаторами процесу реабілітації можуть виступати лікарі загальної практики – сімейні лікарі й лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, в залежності від етапу медичної допомоги (амбулаторного, стаціонарного) або закладу охорони здоров'я, де відбувається реабілітація пацієнта. Використання мобільних технологій забезпечить як можливість безбар'єрного спілкування між лікарями, дотичними до кардіореабілітації конкретного хворого, так і підвищить доступність пацієнтів до програми кардіореабілітації та виконання кардіореабілітаційних заходів.

Список використаних джерел та літератури:

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX. Верховна Рада України: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 10.01.2021).
2. Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge. World Health Organization 2018. 32 p.
3. Rehabilitation in health systems: guide for action. World Health Organization 2019. 76 p.
4. Rehabilitation. Key facts. World Health Organization: website. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (дата звернення: 10.01.2021).
5. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability. World Health Organization 2015. 32 p.

Стовбан М. П., к. мед.н., доцент, заступник генерального директора комунального некомерційного підприємства "Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради"
<https://orcid.org/0000-0002-6576-7494>

Щиріна К. В., аспірантка кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНІ В МЕЖАХ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Пандемія COVID-19 досить добре акцентувала увагу на основних проблемах охорони здоров'я в Україні, а особливо на проблемах діяльності лікувальних закладах

в колишніх адміністративних районах областей нашої держави. Зокрема основною проблемою є фактична відсутність лікувальної інфраструктури, медичного обладнання, кваліфікованого персоналу, гідної оплати праці та соціального захисту медичних працівників. Лікувальна інфраструктура, яка об'єднує в собі не лише приміщення лікарень, але й медичне обладнання та матеріально-технічне забезпечення швидкої медичної допомоги в зв'язку з недофінансуванням галузі з державного і місцевих бюджетів в переважній більшості центральних районних лікарень перебуває у незадовільному стані, а більшість медичного обладнання залишилося у спадок від колишнього Радянського Союзу. Відсутність системи медичного страхування та системи державно-приватного партнерства в галузі медицини вирішення основних проблеми медичного забезпечення лікування коронавірусу в Україні поклато на плечі волонтерів, благодійників і меценатів. Тому проведені реформи первинної і вторинної ланки медицини повинні були врахувати необхідність розвитку державно-приватного партнерства в медичній галузі України, а також затвердити платні медичні послуги, які можуть надавати центральні районні лікарні для забезпечення їх якості, а головне – для власного збереження (адже багато центральних районних лікарень перебувають на межі закриття).

Оцінка ефективності діяльності центральної районної лікарні чи будь-якого іншого закладу охорони здоров'я неможлива без визначення сутнісних ознак поняття ефективності діяльності лікарні, адже на відміну від підприємств реального сектору економіки не залежно від форм власності, ефективність закладу охорони здоров'я має значно ширший підтекст.

В науковій літературі немає однозначного підходу до визначення сутності ефективності діяльності лікарні, однак переважна більшість науковців схиляється до того, що сутність поняття ефективності діяльності лікарні включає в себе тріаду таких складових як: медична ефективність, соціальна ефективність та економічна ефективність.

Так, зокрема Назарко С. О. [3] виділяє такі складові ефективності діяльності закладу охорони здоров'я: медична ефективність – тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг; адміністративна ефективність – передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами; економічна ефективність – надавати медичну допомогу таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат.

Аналізуючи запропоновані складові ефективності діяльності закладу охорони здоров'я Назарком С.О., зауважимо, що такі пропозиції є слушними, однак їх досить важко оцінити на практиці і зробити відповідний висновок щодо ефективності діяльності лікарні. Так, не зрозуміло, яким чином визначити максимальну задоволеність потреб споживачів якісними медичними послугами. Таких показників в офіційній статистиці України, області чи району не існує. Однак, у якості пропозиції запропонуємо проведення щорічних опитувань пацієнтів центральних районних лікарень та інших лікувальних закладів на предмет задоволеності медичними послугами.

Щодо адміністративної ефективності, то пропозиція також є слушною, однак зважаючи на те, що центральні районні лікарні перебувають у комунальній власності та є некомерційними організаціями, ефективність менеджменту залежить від процедури призначення керівництва лікарні органами місцевого самоврядування.

Економічна ефективність діяльності лікарні, на наш погляд, має дещо ширше поняття, ніж запропоновано Назарком С.О., адже будучи некомерційною організацією та працюючи в умовах медичної системи на засадах безоплатного медичного обслуговування лікарня не отримує доходи за надання медичних послуг населенню. Тобто центральні лікарні в Україні працюють, фактично, за межами медичного ринку, де вартість послуг визначається адміністративно і оплачується з державного і місцевих бюджетів за кошти платників податків не залежно від рівня якості медичної послуги.

Український дослідник Говорко О.В., серед елементів ефективності закладів охорони здоров'я, також виділяє елемент медичної ефективності, під якою розуміє ступінь досягнення клінічного ефекту. На рівні закладів охорони здоров'я та галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення [1, с. 93]. На думку Говорко О.В., соціальна ефективність, в свою чергу, являється ступенем досягнення соціального результату. Наприклад, збільшення тривалості життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги. Окрім цього, під економічною ефективністю автор розуміє співвідношенням одержаних результатів до здійснених витрат. Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів [1, с. 94].

Аналізуючи наявні підходи до визначення сутності ефективності діяльності лікарень та інших закладів охорони здоров'я [1; 4; 2; 3] зауважимо, що теоретично можемо виокремити велику кількість показників ефективності діяльності лікарні, однак для отримання наукового результату та результату для органів місцевого самоврядування, на наш погляд, показники ефективності діяльності повинні визначатися за принципами вимірності, прогнозованості та значущості.

Суть принципу вимірності полягає в тому, що запропонований показник діяльності лікарні повинен бути вимірним, тобто мати конкретне кількісне значення в абсолютному чи відносному значенні. Окрім цього, цифрові дані для обчислення значення даного показника повинні бути доступними для дослідника. Принцип прогнозованості передбачає змогу прогнозування майбутньої динаміки того чи іншого показника, оскільки однією із основних вимог до управління тим чи іншим процесом є його прогнозованість. Принцип значущості передбачає врахування лише тих показників, які є значущими для конкретного об'єкта дослідження та дозволяє виокремити основні проблеми чи тенденції розвитку об'єкта дослідження, в нашому випадку Косівської центральної районної лікарні.

Таким чином, з цих позицій ми також виділимо медичну ефективність роботи лікарні, однак на відміну від існуючих підходів, які акцентують увагу на якості медичної послуги, ми пропонуємо зосередити увагу на таких показниках як: рівень захворюваності в регіоні; рівень смертності; досягнення результативності

діагностики і лікування захворювань. Такі показники нами обрано з позицій їх вимірності і значущості для діяльності Косівської ЦРЛ, адже цей лікувальний заклад після утворення Косівської міської територіальної громади став основним лікувальним закладом для чотирнадцяти населених пунктів, а отже враховуючи принципи децентралізації та стратегію розвитку Косівської міської територіальної громади, Косівська ЦРЛ є основним закладом охорони здоров'я в регіоні. Відтак, діяльність Косівської ЦРЛ повинна бути спрямованою не лише на лікування громадян у випадку їх звернень, але й на проведення профілактично-діагностичних заходів в кожному населеному пункті громади.

Враховуючи ментальність українців та низький рівень довіри до закладів охорони здоров'я, зауважимо, що 90% громадян самостійно не відвідують лікувальні заклади з метою діагностики власного здоров'я, а тому обов'язкова діагностика населення на предмет захворюваності і здорового способу життя є запорукою довготривалості життя населення громади. Таким чином динаміка рівня захворюваності та смертності в регіоні можуть бути тими показниками, які відображають ефективність роботи Косівської ЦРЛ в напрямку своєчасного виявлення та попередження захворювань серед населення громади. При цьому, зауважимо, що необхідні показники розраховуються статистичними управлінням області та є доступними для дослідників. Разом з цим, зауважимо, що органи місцевого самоврядування з метою аудиту якості медичних послуг Косівської ЦРЛ можуть проводити щорічне соціологічне дослідження, яке дозволить зрозуміти рівень досягнення результативності діагностики і лікування захворювань в громаді, а також задоволеність населення якістю медичних послуг. Запропоновані нами показники оцінки ефективності діяльності лікарні згрупуємо на рисунку 1.

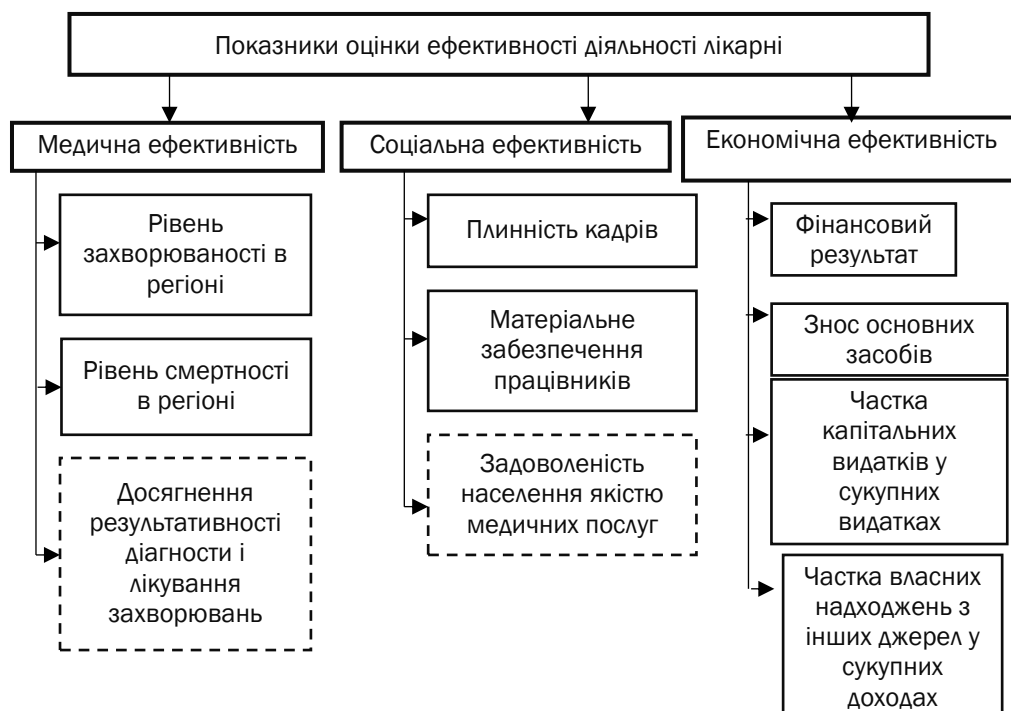


Рис. 1. Показники оцінки ефективності діяльності лікарні*

*Власна розробка автора

Соціальна ефективність роботи лікарні, на наш погляд, є дещо ширшим поняттям, ніж те, що обґрунтовано в працях [1; 2; 3; 4], адже соціальний ефект від діяльності лікарні спрямований не лише на пацієнтів, але й на працівників. Відтак, основними показниками, які відобразатимуть соціальну ефективність діяльності лікарні будуть такі: плинність кадрів; матеріальне забезпечення працівників; задоволеність населення якістю медичних послуг. Перші два показники присутні в офіційній статистиці, а щодо рівня задоволеності населення якістю медичних послуг, то доцільно організувати щорічне статистичне опитування на рівні Косівської міської об'єднаної територіальної громади.

Оцінка економічної ефективності Косівської центральної районної лікарні також має свої особливості, адже районна лікарня є комунальним некомерційним підприємством, тому потрібно використовувати дещо інші підходи до оцінки економічної ефективності на відміну від підприємств реального сектору. Отже, одним із основних показників економічної ефективності є фінансовий результат, однак оцінка фінансового результату повинна відбуватися не з точки зору ринкового аспекту, де визначаються затрати на надання медичних послуг і отриманий дохід, а з точки зору перевищення доходів лікарні над витратами. Цей показник показує необхідність пошуку джерел для дофінансування лікарні у випадку негативного фінансового результату, або у випадку позитивного фінансового результату – надлишок коштів, який можна спрямувати на покращення матеріально-технічного забезпечення лікарні.

Важливим показником економічної ефективності діяльності лікарні є коефіцієнт зносу основних засобів, який відображає тенденції оновлення матеріально-технічного забезпечення лікарні, а отже її спроможність надавати кваліфіковані медичні послуги і забезпечувати якісну медичну допомогу.

Частка капітальних видатків у сукупних видатках лікарні є важливим показником з точки зору оцінки можливостей лікарні у сфері оновлення матеріально-технічного забезпечення, модернізації приміщень тощо.

Частка власних надходжень з інших джерел у сукупних доходах, як показник оцінки економічної ефективності діяльності лікарні свідчить про рівень залучення коштів з небюджетних джерел у вигляд внесків благодійників та меценатів. Окрім цього, цей показник відображає потенціал лікарні в напрямку розвитку державно-приватного партнерства і переходу до часткової реалізації платних медичних послуг.

Так, що стосується медичної ефективності то, даних щодо оцінки рівня захворюваності населення Косівського району недостатньо для ґрунтовної оцінки, однак з публічних звітів голови Косівської районної державної адміністрації можна зробити висновок про погіршення динаміки захворюваності населення у 2016-2017 роках. Так, захворюваність населення Косівського району на 10000 населення зростає з 523,7 у 2016 році до 554,3 у 2017 році, а показник хворобливості виріс з 1528,1 до 1541,2 відповідно [5]. Такі результати можуть свідчити про недостатній рівень діагностики і попередження захворюваності серед населення з боку персоналу Косівської ЦРЛ. В силу спрямування основної суми видатків з державного і місцевого бюджетів на оплату заробітної плати (85%), оплату енергоносіїв (5,5%), оплату медикаментів та харчування (4,5%) [5], спостерігається нестача коштів на проведення комплексної діагностики здоров'я населення Косівського району, а зараз Косівської міської об'єднаної територіальної громади. Косівська ЦРЛ не має власних ресурсів для

проведення масової комплексної діагностики здоров'я населення, адже не реалізує платні медичні послуги у зв'язку із особливостями розвитку медицини в Україні. Тому з цих причин медичну ефективність роботи Косівської ЦРЛ слід визнати незадовільною. Результати медичної ефективності також відображає динаміка смертності населення Косівського району, яка є досить високою в порівнянні з рівнем народжуваності.

Таким чином, отримавши можливості розвивати медичну сферу в умовах децентралізації органи місцевого самоврядування повинні задіяти механізми небюджетного збільшення фінансових ресурсів лікарень за рахунок впровадження платних медичних послуг. Окрім цього необхідним є купівля пересувних діагностичних центрів з метою реалізації програм комплексної діагностики здоров'я населення і реалізації заходів превентивної медичної допомоги. Реалізація програм державно-приватного партнерства також повинна стати одним із заходів розвитку медицини на місцях та покращення матеріально-технічного стану Косівської ЦРЛ.

Список використаних джерел та літератури:

1. Говорко О. В. Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України. *Інтелект XXI*. 2017. № 2. С. 92-97.
2. Карамишев Д. В. Удовиченко Н. М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2008. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2008_1_26.
3. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf/.
4. Панчишин Н. Я., Смірнова В. Л. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2012. № 3. С. 57-59.
5. Публічний звіт голови Косівської районної державної адміністрації. URL: <http://www.if.gov.ua/files/uploads/%D0%97%D0%B2%D1%96%D1%82%202017%20%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%20%D0%A0%D0%94%D0%90.pdf>.

Моїсеєнко Р.О., професор
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Боднарук Н. М., аспірант
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Гойда Н.Г., професор
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Сучасні підходи до організації системи медичної реабілітації пацієнтів дитячого віку у закладах охорони здоров'я

В умовах несприятливої економічної, демографічної ситуації, тривалих воєнних дій на Сході України, трансформації сфери охорони здоров'я, особливої уваги набувають питання оцінки ефективності реабілітаційної допомоги дітям, яка

відіграє винятково важливу роль у забезпеченні збереження і зміцнення здоров'я і якості життя нових поколінь.

Визначення стану організації системи медичної реабілітації дитячому населенню України в сучасний період.

Проведено аналіз і оцінку змін організації системи медичної реабілітації пацієнтів дитячого віку динаміки показників ефективності діяльності педіатричної служби за даними державної і галузевої статистики за період 1990-2020рр.

Важливим документом ВООЗ, що дав поштовх сучасним змінам у системі реабілітації став документ «Реабілітація-2030: заклик до дій: 2017 р. ВООЗ було організовано першу нараду з проблем реабілітації, і на підставі заздалегідь підготовленої концептуальної записки було підтверджено прихильність справі реабілітації та намічені 10 пріоритетних напрямків дій на рівні країн, а саме:

1. Мобілізація рішучої підтримки реабілітації з боку керівників і політичних кіл на регіональному, національному та глобальному рівнях.

2. Удосконалення планування та надання реабілітаційних послуг на національному та регіональному рівнях.

3. Поглиблена інтеграція реабілітаційних послуг в систему охорони здоров'я і зміцнення міжсекторальних зв'язків в інтересах оперативного і ефективного задоволення потреб населення.

4. Включення реабілітації в набір загальнодоступних послуг охорони здоров'я.

5. Побудова моделей комплексного надання реабілітаційних послуг в інтересах поступального забезпечення рівного доступу до якісних послуг, в тому числі допоміжних технологій, для всіх людей, в тому числі тих, які проживають в сільських та віддалених районах.

6. Створення великого багатопрофільного контингенту фахівців у сфері реабілітації з урахуванням специфіки кожної країни, а також пропаганда концепції реабілітації на всіх рівнях навчання працівників сфери охорони здоров'я.

7. Розширення фінансування реабілітаційних послуг через відповідні механізми.

8. Збір актуальної інформації про реабілітацію для вдосконалення систем медико-санітарної інформації, включаючи дані загальносистемного рівня про реабілітацію та інформацію про функціональні можливості з використанням Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

9. Нарощування дослідного потенціалу та розширення доступності надійних даних про реабілітацію.

10. Створення та зміцнення мереж та партнерств в галузі надання реабілітаційних послуг, особливо між країнами з низьким, середнім і високим рівнем доходів.

У нашій країні, де за 30 років (1990-2020 р.р.) відбулось зменшення чисельності дітей віком від 0 до 17 років з 13305,0 тис. у 1990р. до 7459,7 тис. у 2020р. на фоні скороченням ресурсного забезпечення медичної допомоги дітям, коли кількість ліжок для дітей знизилась – з 90,6 тис до 33,7 тис., а забезпеченість ними з 81,7 на 10 тис. дитячого населення до 44,8 відповідно (темп убутку 82,4%)

при зниженні чисельності лікарів-педіатрів з 21,8 тис. до 9,5 тис, у т. ч. дільничних педіатрів з 8,7 тис. до 2,1 тис при забезпеченості ними 2,0 і 1,05 на 1000 дітей (темп убутку 90,5%) та 0,79 і 0,28 (темп убутку 182,1%) відповідно на фоні збільшення чисельності лікарів загальної практики-сімейних лікарів за період 2008-2020рр. з 8,1тис. до 14,8тис.

При цьому загальна інвалідність дітей збільшилася з 95,7 на 10 тис. дітей у 1992р. до 216,3 у 2020р. (темп приросту 55,8%), що може бути зумовлено як розширенням переліку медичних показань, що дають право на одержання соціальної допомоги на дітей-інвалідів так і негативним станом здоров'я дітей з зниженням доступності до педіатричної медичної допомоги та недостатньо розвиненими системами реабілітації. При цьому рівень ключового індикатора ЦСР дитячої смертності знизився протягом 1990–2020 років у 2,2 рази (з 17,3 до 7,95 померлих у віці до 5 років на 1000 живонароджених), а малюкової смертності з 12,8 на 1тис. народжених живими у 1990р. до 6,7 у 2020р., ВШ з 95% ДІ 0.5 (0.49-0.54), що також вимагало посилення системи реабілітаційних послуг у дітей.

Це зумовило внесення змін у ряд законодавчих актів, зокрема: Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»(2005р.); Розпорядженням КМ України від 22.05.2019 р. № 350-р «Деякі питання створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» у період 2019-2021 роках запроваджено пілотний проект у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Одеській і Харківській областях з раннього втручання, розпочато процес реформування системи закладів для дітей-сиріт, коли 09.08.2017 було затвердження урядом Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки і Плану реалізації її першого етапу. Надважливим елементом у зміні системи реабілітації став Наказ МОЗ України №552 від 23.03.2018 року «План заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування (МКФ)», переклад МКФ та МКФ-ДП затверджено наказом МОЗ України від 23.05.2018 № 981. Цікавим рішенням стала постанова КМ України від 27.12.2018 № 1161 «Про затвердження переліку тяжких захворювань, розладів, травм, станів, що дають право на одержання державної допомоги на дитину, якій не встановлено інвалідність, надання такій дитині соціальних послуг».

Базові зміни в систему реабілітації внесли Закони України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" та "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я" зі змінами у «Основи законодавства про охорону здоров'я», якими повністю змінено визначення та підходи до медичної реабілітації в Україні, впроваджено Європейські принципи її організації. Так ст.9 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» до надавачів реабілітаційної допомоги віднесла: 1) фахівців з реабілітації; 2) реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи, інші уповноважені суб'єкти господарювання; 3) мультидисциплінарні реабілітаційні команди; 4) медико-соціальні експертні комісії. А ст.10 регламентувала перелік фахівців з реабілітації: 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти;

3) ерготерапевти; 4) терапевти мови і мовлення; 5) протезисти-ортезисти; 6) психологи, психотерапевти; 7) сестри медичні з реабілітації; 8) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів. Суттєво змінено перелік реабілітаційних закладів, порядок надання реабілітаційної допомоги. Стаття 11. Визначила реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи: 1) реабілітаційні лікарні та реабілітаційні центри незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; 2) амбулаторні реабілітаційні заклади незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; 3) центри психологічної реабілітації та/або травматерапії; 4) протезно-ортопедичні підприємства незалежно від підпорядкування і форми власності; 5) заклади комплексної реабілітації, включаючи заклади медико-психологічної реабілітації. До реабілітаційних відділень, підрозділів віднесено: 1) палати гострої реабілітації у лікарнях різного профілю, багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування системи охорони здоров'я незалежно від форми власності; 2) стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю системи охорони здоров'я незалежно від форми власності; 3) амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю системи охорони здоров'я незалежно від форми власності; 4) стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації, створені на базі санаторно-курортних установ незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності.

В сучасних умовах ці зміни потребують системної структурної перебудови закладів охорони здоров'я та системи реабілітації, швидкої та об'ємної перепідготовки кадрів у сфері реабілітації, що потребує зміни програм і підходів у освітніх закладах.

Отримані результати дослідження можуть бути основою для прийняття управлінських рішень з метою оптимізації освітньої, медичної, у тому числі реабілітаційної допомоги дитячому населенню.

Секція 3. СКЛАДОВІ НАЦІОНАЛЬНІ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ

**Крилова І.І., д. наук держ.упр., к.ю.н., професор
кафедри водних екосистем і біоресурсів
Державної екологічної академії післядипломної освіти та управління**

Деякі питання фінансування потреб сфери водопостачання та водовідведення в Україні

Для досягнення Цілей сталого розвитку 2030, прийнятих у вересні 2015 року на саміті ООН, до яких приєдналася Україна та які адаптувала під українські реалії, зокрема у сфері водопостачання та каналізації (ціль 6) [4], необхідні значні інвестиції. Сфера водопостачання та водовідведення України потребує значних інвестицій на оновлення основних фондів підприємств водопостачання та водовідведення, реконструкцію і розвиток інженерної інфраструктури, впровадження новітніх технологій, покращення якості послуг тощо. Однак приватне фінансування у сфері водопостачання та водовідведення в Україні не було успішно залучено різні ефективні в розвинутих країнах фінансові механізми не застосовуються в Україні через наявні бар'єри, які обмежують можливість мобілізації інвестицій для цієї сфери включаючи складну політичну, економічну та соціальну ситуації, високі транзакційні витрати та непрозорість регуляторного середовища.

При існуванні різних джерел фінансування сфери водопостачання та водовідведення в Україні (зокрема, місцеві та державні цільові програми; регіональні угоди щодо соціально-економічного розвитку; оренда/концесія комунального майна; місцеві гарантії; кредити міжнародних фінансових організацій; міжнародна технічна допомога; гранти тощо) [1] єдиним реальним джерелом фінансування інвестиційних потреб сфери водопостачання та водовідведення України сьогодні залишаються кошти, залучені від споживачів (тариф).

Повне відшкодування витрат на надання послуг, а також деякі інвестиційні витрати на водопостачання та водовідведення має забезпечувати тарифна політика. Проте, система формування тарифів, що склалася в країні, не створює стимулів для підвищення ефективності роботи комунальних підприємств, не стимулює ресурсозбереження, не забезпечує збереження та цільове спрямування інвестиційної складової тарифу [3].

Зокрема, упродовж 2020 року до НКРЕКП (яке здійснює державне регулювання 3% підприємств водопостачання та централізованого водовідведення України, на діяльність яких припадало 75% національного ринку послуг у цій сфері) було подано на розгляд та схвалення 49 інвестиційних програм ліцензіатів у сфері

централізованого водопостачання та централізованого водовідведення, що дорівнює 96% від 51 ліцензіата. Рішеннями НКРЕКП було схвалено та опубліковано 48 інвестиційних програм на 2020 рік на загальну суму 3 627,45 млн грн, що на 20% більше ніж плановані обсяги інвестування в попередньому році. Ці інвестиційні програми визнано достатньо обґрунтованими та такими, що спрямовані на підвищення ефективності виробництва та охорону довкілля [2].

У 2020 році більше половини (52,2%) коштів усіх джерел фінансування інвестиційних програм припадає на позичкові кошти згідно з угодами, укладеними з міжнародними фінансовими організаціями. Крім того, у 2020 році, як і впродовж попередніх років, вагомим джерелом інвестицій була амортизація, передбачена у структурі тарифів на централізоване водопостачання та централізоване водовідведення. Амортизаційні кошти становлять 63% від обсягу інвестування, передбаченого тарифами 2020 року. У розрізі всіх джерел інвестицій частка амортизації становить 26,5%. Також кошти залучались за рахунок прибутку, передбаченого у структурі тарифів ліцензіатів для фінансування виробничих інвестицій, обсяг яких визначається в розмірах, необхідних для поступового відновлення мереж (покращення функціонування підприємств водопровідно-каналізаційного господарства), та з урахуванням потреб щодо виконання фінансових зобов'язань ліцензіатів перед міжнародними фінансовими організаціями. Так, станом на кінець 2020 року вісім ліцензіатів НКРЕКП у рамках цього проекту освоїли 75,3 млн дол. США, а загальна сума субкредитних договорів ліцензіатів НКРЕКП за проектом становить 271,9 млн дол. США [2].

З виробничих об'єктів водопровідно-каналізаційних господарств найбільше потребують відновлення мережі водопостачання та водовідведення, від стану яких суттєво залежить якість надання послуг та стан довкілля. Проте вартість відновлення мереж є настільки високою, що лише за рахунок амортизації здійснити його неможливо – тривалість відновлення перевищила б сотні років. Наприклад, загальна довжина мереж водопостачання ліцензіатів НКРЕКП становить 55,3 тис. км, з них ветхими та аварійними є 47%. Кошти підприємств, що можуть бути використані для цілей відновлення (річний обсяг амортизації), становлять близько 473, а вартість відновлення є більшою у 475 разів) [2].

Очевидно, що існуючих методів фінансування інвестиційних потреб у сфері водопостачання та водовідведення недостатньо, що потребує впровадження різних інноваційних підходів, перегляду політик та використання нових інструментів та механізмів. Необхідний обсяг інвестицій в підтримку та модернізацію сфери водопостачання та водовідведення не може бути забезпечений лише за рахунок тарифів, необхідні також пряма і непряма бюджетна підтримка, чітко визначена в рамках прийнятої довгострокової стратегії розвитку сфери водопостачання та водовідведення.

Вдосконалення фінансово-економічного механізму державного регулювання сфери водопостачання та водовідведення України, на наш погляд, має здійснюватися шляхом використання таких інструментів: 1) чітке визначення стратегічних цілей розвитку сфери водопостачання та водовідведення виражене в

конкретних цифрах, з прив'язкою до конкретних індикаторів та показників, створення системи атрибутів, індикаторів та критеріїв ефективного регулювання; 2) перегляд механізму формування тарифів на послуги, за якого тарифи на послуги з водопостачання та водовідведення мають бути пов'язані з фундаментальними економічними показниками (коефіцієнт доступності послуг; рівень інфляції; індекс цін на ремонтно-будівельні роботи; середній дохід домогосподарства в країні; платоспроможність домогосподарств; обсяг реалізованої продукції; коефіцієнт зміни середнього доходу домогосподарств та ін.) та містити граничну норму інвестиційних відрахувань на оновлення основних фондів підприємства; 3) створення системи цін на викиди вуглецю на основі потужностей низьковуглецевих джерел, які мають мінімальний вихід парникових газів викидів у біосферу; 4) зміни порядків прямого і непрямого оподаткування (ПДВ, акцизи, мита та ін., які закладені в цінах на всі види товарів та послуг); 5) зниження або спрощення податків, надання пільг, створення бази даних інвестиційних проєктів, забезпечення верховенства закону тощо; 6) упровадження технічних та фінансових інновацій [3].

Фінансування першочергових інвестицій може бути здійснено підприємствами водопостачання та водовідведення за рахунок власних коштів, у разі використання тарифів для населення, обмежених їх прийнятністю та доступністю, за умови збереження базового рівня збирання платежів, бюджетної прямої та непрямої підтримки, збереження та посилення державного регулювання з державною фінансовою підтримкою та впровадження певних інструментів ринкового регулювання з приватними інвестиціями [3].

Крім того, кращий інвестиційний клімат у сфері водопостачання та водовідведення (як і в країні в цілому) може бути забезпечений за рахунок розбудови стійкої інституціональної бази, що включає в себе справедливую судову систему, системи стримувань та противаг у владі, сприяння незалежності регулюючих органів, оптимізацію практики тарифоутворення з урахуванням інтересів держави, споживача, підприємств за допомогою прозорих процесів економічного регулювання, що підвищить передбачуваність інвестицій та знизить політичні, економічні, екологічні та соціальні ризики.

Список використаних джерел та літератури:

1. Джерела та механізми фінансування місцевого економічного розвитку: навч. пос. / В.Мамонова, Н.Балдич, Н.Гринчук, Л.Чорний, К.Рубановський, М.Борода. Проєкт «Місцевий економічний розвиток міст України». Київ: Центр громадської експертизи, 2013. 176 с.
2. Звіт про результати діяльності НКРЕКП у 2020 році. URL: <https://www.nerc.gov.ua/?id=61765> (дата звернення: 15.10.2021).
3. Крилова І.І. Державне регулювання сфери водопостачання та водовідведення в Україні. дис. ... доктра наук держ упр.: спец. 25.00.02 / Крилова І.І. Київ: НАДУ, 2021. 717 с.
4. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь 2017. URL: http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf (дата звернення: 21.10.2021).

Михальчук В.М., д.мед.н., професор,
завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України ім.П.Л.Шупика,
<https://orcid.org/0000-0002-5398-4758>

Кравченко О.О., к.ю.н. доцент кафедри
управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Стратегічний план розвитку госпітального округу

Визначення перспективних векторів розвитку установ закладів охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях було створено госпітальні ради.

Робота даної ради базується на принципах колегіальності та відкритості при визначенні рішень, прозорості діяльності та рівноправності її членів, до складу яких можуть входити представники облдержадміністрацій, керівники комунальних та державних медичних закладів, а також члени об'єднань профспілок, громадських організацій та керівники приватних медичних закладів за їх згодою.

Поточна чисельність учасників даної ради знаходиться в прямій залежності від чисельності адміністративно-територіальних одиниць, котрі входять до госпітального округу (далі – ГО), а також поточної чисельності населення у відповідному ГО. Основними завданнями госпітальних рад та обласних державних адміністрацій являється розробка та імплементація стратегічного плану розвитку ГО на найближчі 3–5 років, де до складу даного плану відносяться структурні елементи відображені на рис. 1.

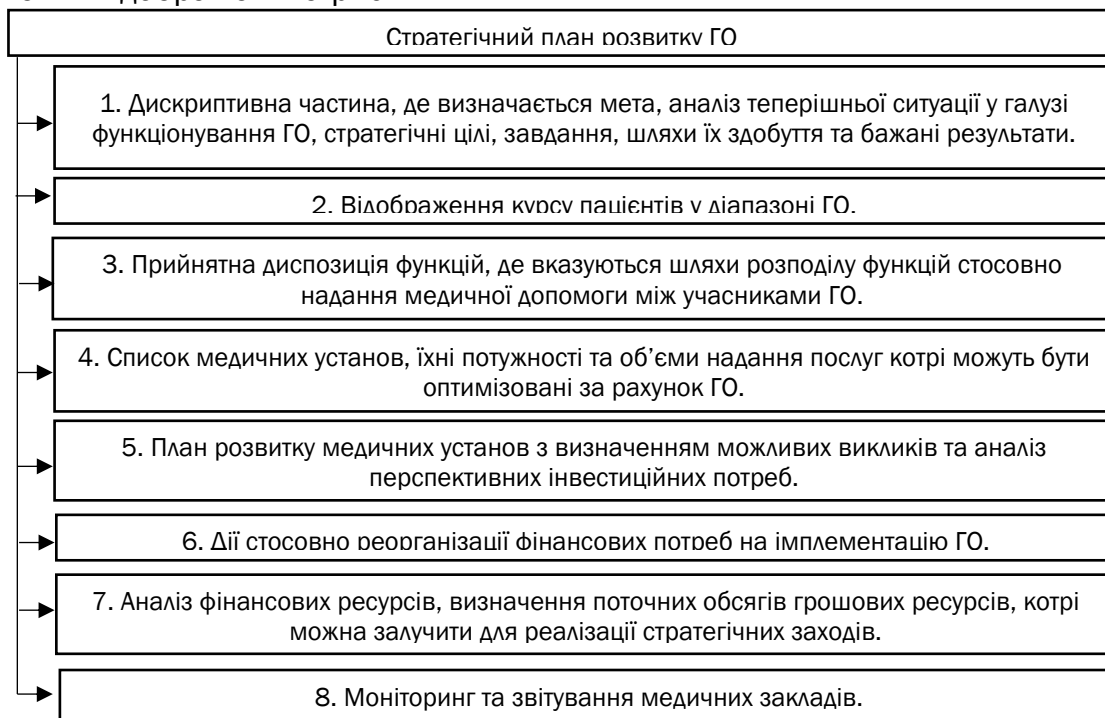


Рис. 1. Стратегічний план розвитку ГО

Примітка: сформовано на основі джерела: [1]

Тож, стратегічний план розвитку ГО являється структурним процесом, котрий потребує залучення професійних фахівців, задля формування результативних поданих планів, а після завершення періоду, протягом якого розроблявся стратегічний план розвитку ГО, формується госпітальною радою звіт стосовно результатів його імплементації, та розробка нового стратегічного плану розвитку ГО [1].

Отже, для оптимізації мережі закладів ГО з диференціацією лікарень в залежності від інтенсивності медичної допомоги потрібно:

1. зосереджувати фінансові видатки на рівні обласного бюджету на надання вторинної медичної допомоги;

2. передати медичні комплекси, котрі надають вторинну медичну допомогу, до колективної власності територіальних громад відповідного регіону;

3. планувати та виконувати видатки у відповідності до сформованого переліку медичних послуг;

4. укласти угоди стосовно надання медичних послуг населенню між відповідними головними розпорядниками бюджетних фінансових ресурсів обласних бюджетів і бюджету міста Києва та медичними установами, котрі надають вторинну медичну допомогу [2, с. 262-263].

Отже, завдяки комплексному застосуванню різноманітних підходів буде досягнуто консенсусу та забезпечено стійкий та сталий розвиток медичної галузі після імплементації необхідних комплексних реформ, задля покращення ефективної діяльності ГО, завдяки чіткому державному управлінню. Таким чином, ефективність реалізації заходів відображає зусилля управлінців у галузі охорони здоров'я у процесі реформування сфери охорони здоров'я та регулювання діяльності госпітальних округів. Перспективи подальших досліджень полягають у здійсненні постійного моніторингу та оцінки стану функціонування госпітальних округів задля пошуку певних не доопрацювань та прийнятті відповідних оптимальних рішень задля подальшого функціонування та реформування вторинної медичної допомоги.

Список використаних джерел та літератури:

1. Гбур З. В., Стовбан М. П. Теоретико-методологічні основи поняття госпітального округу у сфері охорони здоров'я. 2020. URL: <file:///C:/Users/111/Downloads/41-Chapter%20Manuscript-1540-1-10-20200707.pdf> (дата звернення 22.11.2020).
2. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Зозуля А. І. Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2-3. С. 261-265. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2012_2-3_50 (дата звернення 22.11.2020).
3. Усманов Р. Р. Напрями удосконалення державної політики забезпечення населення медичною допомогою на вторинному рівні. Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології. Вінниця: Центр підготовки наукових та навчально-методичних видань ВТЕІ КНТЕУ, 2020. Ч. 1. С. 299-305.

Клименко І.А., аспірант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, НУОЗ України імені П. Л. Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-1506-036X>

Толстанов О.К., чл.-кор. НАМН України, д. мед. н. професор, проректор з науково-педагогічної роботи НУОЗ України імені П. Л. Шупика, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-7459-8629>

Комунікаційні технології при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

Міждисциплінарний підхід набуває свого розвитку в світовій медицині, зокрема, ендокринній хірургії, і знайшов своє втілення у функціонуванні мультидисциплінарних команд спеціалістів, на противагу традиційному лікуванню пацієнта одним лікарем. Актуальним питанням для ефективності роботи цих команд стає налагодження комунікацій як всередині команди, так і поза її межами [1-5].

Мета роботи: дослідити стан організації функціонування мультидисциплінарних команд спеціалістів з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та запропонувати підходи до удосконалення комунікаційних технологій.

Матеріали і методи: форми № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» відділення ендокринної хірургії Комунального неприбуткового підприємства (КНП) «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» за 2019 рік (1208 од.); установчі та розпорядчі документи по закладу (14 од.). Методи: системного підходу; медико-статистичний; медико-географічний; контент-аналізу.

Результати. У закладі, обраному базою дослідження, на організаційному рівні запроваджені базові умови для забезпечення мультидисциплінарного підходу до ведення хворих з патологією щитоподібної залози та надання висококваліфікованої хірургічної допомоги з урахуванням нозологічної структури хворих, коморбідності патології, потенційних ризиків оперативного втручання та наявних технологічних і кадрових ресурсів. Разом з тим, за окремими позиціями організація діяльності мультидисциплінарних команд спеціалістів може бути удосконалена.

Так, аналіз шляхів надходження пацієнтів з патологією щитоподібної залози до відділення ендокринної хірургії в 2019 році засвідчив значний відсоток пацієнтів, госпіталізованих за самозверненнями, – 40,1%, та низький відсоток хворих, госпіталізованих за направленням лікарів загальної практики-сімейної медицини, – 3,5%. Як наслідок, частина обсягу медичної допомоги на догоспітальному етапі (рутинні обстеження) перекладені на стаціонар, що обумовлює подовжену середню тривалість перебування хворого на ліжку – 12,6±2,7 днів у 2019 році, 12,3 -13,0 днів – у 2015-2018 роках при середньоєвропейських показниках 4,0 - 11,6 днів.

Незважаючи на залучення до лікувально-діагностичного процесу фахівців різних спеціальностей, відповідно до медичних потреб хворих, що задекларовано у розпорядчих документах по закладу, збережена традиційна форма відокремленої участі лікарів шляхом консультативного огляду пацієнта та/або проведення досліджень. Між фахівцями, дотичними до лікування й обстеження конкретного хворого, відсутній безпосередній діалог, дискусія, практика сумісного обговорення й прийняття клінічного рішення. Дані форми співпраці мають місце лише під час проведення консилиумів, які охоплювали всього 6,7% пацієнтів, та під час оперативних утручань, які виконуються обмеженим переліком спеціалістів.

Виписка пацієнтів здійснюється під диспансерний нагляд лікарів- спеціалістів (онколога, ендокринолога). Роль і значення лікаря загальної практики-сімейної медицини у спостереженні пацієнта після оперативного лікування патології щитоподібної залози, таким чином, недооцінюється.

На думку авторів, реальними кроками на шляху поліпшення комунікацій в діяльності мультидисциплінарних команд спеціалістів мають бути прийняті управлінські рішення щодо надання офіційного статусу цим командам, як функціонально-організаційним складовим структури закладу. Необхідно розробити типові положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів. Формою роботи мультидисциплінарної команди має бути ділова зустріч, а метою зустрічі – прийняття клінічного рішення з лікувально-діагностичних та профілактичних утручань, організації ведення пацієнта. Бажано передбачити вихід роботи команди або діяльності її окремих учасників за межі закладу з метою налагодження безперервності спостереження пацієнта на амбулаторному етапі після виписки із стаціонару.

Комунікаційними ресурсами для забезпечення роботи команди мають стати цифрові технології, а саме, електронні медичні карти стаціонарних хворих, доступні до кожного робочого місця спеціаліста – учасника команди, та сучасні доказові бази даних медичних технологій за спеціальностями учасників команди з розробленими міждисциплінарними локальними клінічними протоколами медичної допомоги.

Комунікації як всередині команди, так і з лікарями амбулаторного етапу можуть здійснюватися за допомогою дистанційних технологій, а регулювання дати, часу, кількості і тривалості зустрічей – за графіками, складеними спеціально уповноваженими координаторами з попереднім інформуванням учасників команди та забезпеченням їх необхідними матеріалами або посиланнями на їх сховища. Це потребує розробки, впровадження і підтримки функціонування корпоративної бази даних з інформацією про пацієнтів, освітніми, науковими ресурсами, директивними вказівками, контактною, довідковою, обліковою та іншою інформацією, необхідною для ефективних комунікацій і підтримки прийняття клінічних і організаційних рішень.

Удосконалення комунікаційних технологій при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози полягає у наданні офіційного статусу та розробці типового положення по закладу про мультидисциплінарну команду

спеціалістів, посиленні взаємодії команди з лікарями закладів первинної і вторинної допомоги з використанням цифрових технологій, забезпечення діяльності команди корпоративною інформацією для підтримки прийняття клінічних та організаційних рішень; координації роботи команди уповноваженими працівниками.

Список використаних джерел та літератури:

1. Asa SL, Mete O. Endocrine pathology: past, present and future. *Pathology*. 2018 Jan; 50(1): 111-118. doi: 10.1016/j.pathol.2017.09.003.
2. European Partnership Action Against Cancer consensus group, Borrás JM, Albrecht T, Audisio R, Briens E, Casali P, Esperou H, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer*. 2014; 50(3): 475-80. doi: 10.1016/j.ejca.2013.11.012.
3. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc*. 2018 Jan 19; 11: 49-61. doi: 10.2147/JMDH.S117945.
4. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol*. 2020; 10: 85. doi:10.3389/fonc.2020.00085.
5. Viola D, Elisei R. Management of Medullary Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Mar; 48(1): 285-301. doi: 10.1016/j.ecl.2018.11.006.

Фірсов Л.Ф., здобувач магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Радиш Я.Ф., д.н.держ.упр., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0002-8374-5424>

Стратегічне планування безпекової сфери в умовах глобальних трансформацій

В сучасних умовах глобалізації стрімке розширення фінансових, торгівельних, інформаційних, економічних та інших зв'язків між державами значно підвищили їх потенційну вразливість та нестійкість у разі виникнення кризових явищ (криз), політичного, фінансово-економічного та іншого характеру [2, с. 685]. Також вплив здійснює й зміна парадигми міжнародних відносин, що впродовж ХХ ст. була геополітичною, суть якої зводилася до захисту національних інтересів передусім воєнними засобами.

Тепер все більшої ваги набуває перерозподіл економічних і політичних функцій між державою, транснаціональними корпораціями та міжнародними організаціями. Відповідальність за ухвалення рішень про використання воєнної

сили та їх наслідки як і раніше покладається на політиків та військових, але роль ТНК та міжнародних організацій у прийнятті вказаних рішень зростає. Як наслідок, сучасні процеси глобалізації здійснюють значний вплив на воєнно-політичний, воєнно-економічний та воєнно-технічний зміст стратегічного планування у сфері національної безпеки [2, с. 687].

Трансформація викликів та загроз національній безпеці є складним і багато в чому кризовим процесом. З одного боку, вона призводить до структурних змін у політичній системі, які, у свою чергу, мають як позитивний, так і негативний впливи на систему безпеки як для людини, так і для суспільства й держави, в цілому. З іншого боку, така трансформація тісно взаємопов'язана з іншими змінами характеру відносин між іншими суб'єктами безпеки [2]. Очевидно, що кожна країна зазнає загроз від викликів її системі безпеки, що потребує вироблення нових стратегій протистояння проблемам, які загрожують національній безпеці в умовах глобалізації.

У березні 2020 р. на замовлення Пентагону зроблено дослідження стосовно моделювання і оцінок війн майбутнього. За прогнозами, очікувані конфлікти, наймовірніше, будуть по'язані з боротьбою з тероризмом, веденням гібридних збройних зіткнень у сірій зоні, асиметричних воєн і масштабних класичних воєн [3, с. 17]. Експерти RAND рекомендують враховувати використання супротивником тактики сірої зони, а саме: зростаючу агресивну поведінку, інформаційну війну, сили посередників і сили спеціальних операцій для досягнення регіональних цілей. Внаслідок широкого використання штучного інтелекту військовим необхідно вкладати ресурси в автоматизацію [3, с. 18].

Глобалізація світу спричинила значні зміни не тільки у зовнішньому безпековому середовищі, а й у самій державі. Ця виявляється у поступовому зникненні трьох традиційно важливих меж: між внутрішньою і зовнішньою безпековою політикою, між різними сферами національної безпеки, між державним управлінням у сфері національної безпеки і громадським контролем над сектором безпеки. Така юридична нечіткість змушує мислити й діяти, як ніколи раніше, стратегічно [6, с.17].

Наприкінці 2019 року світ зустрівся з новим викликом - спалахом COVID-19 і його швидким поширенням. Перебіг нинішньої пандемії виходить далеко за суто медичні й соціальні межі, оскільки вона відбувається в умовах високотехнологічного розвитку суспільства, високої ділової, туристичної, міграційної активності та мобільності населення. Усі ці процеси були заблоковані, що спричинило кардинальні зміни в усіх сферах життя людей. І, як наслідок, виникла потреба не просто актуалізувати основні стратегічні питання національної безпеки держави, а докорінно переформулювати їх [4, с. 4]. Це зумовлює необхідність запровадження нових механізмів, які дозволять існуючим системам забезпечення національної безпеки адаптуватися без значних втрат до нових умов, своєчасно й ефективно реагувати на широкий спектр загроз, які стає все складніше ідентифікувати.

Необхідність протистояння загрозам гібридного типу та швидким і раптовим змінам безпекового середовища актуалізує питання розбудови національної

стійкості [7]. Наприклад, актуальність забезпечення стійкості НАТО настільки зросла, що дедалі частіше пропонується розглядати її як окремий напрям діяльності Альянсу на додаток до колективної оборони, кризового менеджменту та співробітництва у сфері безпеки [1].

Для України розбудова національної стійкості має важливе значення, оскільки гібридна агресія Росії є чинником довгострокового негативного впливу на стан національної безпеки. Хоча нині вже сформовані окремі елементи національної стійкості, зокрема, у вигляді профільного законодавства у сфері забезпечення національної безпеки, існування низки загальнодержавних безпекових систем (у сфері боротьби з тероризмом, цивільного захисту та інші), у цілому визначені повноваження органів влади у сфері протидії тим чи іншим загрозам, однак проблемними залишається низка питань, вирішення яких сприятиме посиленню національної стійкості до широкого спектру загроз [7, с. 10]:

- необхідність удосконалення діяльності з ідентифікації загроз національній безпеці,
- посилення міжвідомчої взаємодії і запровадження комплексного підходу щодо протидії широкому спектру загроз,
- активізації ролі громадянського суспільства у забезпеченні національної безпеки,
- встановлення двосторонніх каналів комунікацій між державними органами і населенням тощо.

Таким чином, беручи до уваги також проблемні питання, які виявилися під час реалізації заходів протидії поширенню коронавірусу COVID-19 в Україні, доцільним є [9]:

- Створення багаторівневої системи оцінювання ризиків і загроз та удосконалення стратегічного планування. Ця система має охоплювати такі процеси: оцінювання і ранжування ризиків і їх наслідків, розробка сценарних прогнозів, оцінювання відповідних спроможностей, виявлення уразливостей, візуалізація і поширення отриманих результатів, моніторинг та перегляд оцінок ризиків. Зазначена система має бути багаторівневою, тобто функціонувати як на національному, так і на регіональному рівні [5];

- Удосконалення кризового менеджменту. Удосконалення механізму забезпечення координації діяльності з розбудови національної стійкості в Україні, зокрема, провідної ролі Кабінету Міністрів України і Державної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій у сфері кризового менеджменту [8];

- Удосконалення стратегічного планування в Україні потребує формування профільного законодавства, зокрема, прийняття закону «Про безпеку та стійкість критичної інфраструктури» та національної мережі уповноважених державних органів і наукових установ з питань стратегічного аналізу;

- З метою формування єдиних підходів щодо ідентифікації загроз Міноборони спільно з апаратом РНБОУ доцільно продовжити роботу стосовно запровадження системи індикаторів (показників) стану національної безпеки.

Отже, у сучасному глобалізованому світі проблема забезпечення стійкості держави і суспільства до загроз різного характеру стає все більш актуальною, особливо, коли ці загрози трансформуються і набувають нових гібридних форм.

Список використаних джерел та літератури:

1. Брежнєва Т.В. Стійкість як ключовий елемент колективної оборони НАТО. *Стратегічні пріоритети*. 2017. № 3 (44). С. 13.
2. Глобальна та національна безпека: підруч. / авт. кол.: В. І. Абрамов, Г. П. Ситник, В. Ф. Смолянчук та ін. / за заг. ред. Г. П. Ситника. Київ : НАДУ, 2016. 784 с.
3. Горбулін В. Как победить Россию в войне будущего. Київ : Брайт Букс, 2020. 256 с.
4. Горбулін В. П., Даник Ю. Г. Національна безпека України: фокус пріоритетів в умовах пандемії. *Вісник Національної академії наук України*. 2020. № 5. С. 3-18.
5. Національні системи оцінювання ризиків і загроз: кращі світові практики, нові можливості для України: аналіт. доп. / [Резнікова О.О., Войтовський К.Є., Лепіхов А.В.] ; за заг. ред. О.О. Резнікової. Київ : НІСД, 2020. 84 с.
6. Стратегічне планування: вирішення проблем національної безпеки / В. П. Горбулін, А. Б. Качинський. Київ : НІСД, 2010. 288 с.
7. Шляхи модернізації системи забезпечення національної безпеки у контексті розбудови національної стійкості: аналіт. записка / О.О. Резнікова, А.О. Місюра. Київ : НІСД, 2018. 17 с.
8. Щодо координації діяльності з розбудови національної стійкості (стратегічний рівень) : аналіт. записка / О. Резнікова. К. : НІСД, 2020. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2020-02/analit-resnikova-national-security-9-2020-1.pdf>
9. Щодо удосконалення кризового менеджменту та розвитку інших складових національної стійкості в умовах пандемії COVID-19: аналіт. записка / О. Резнікова. - К.: НІСД, 2020. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2020-04/kryzovy-management.pdf>

Коломоєць Ю.О., кандидат юридичних наук,
доцент кафедри менеджменту і права
Дніпровського державного аграрно-економічного університету
<https://orcid.org/0000-0002-5379-5228>

УДК 35.08

Забезпечення прав і свобод людини в системі публічного управління

Проблеми забезпечення прав і свобод людини аналізують юристи, економісти, соціологи, фахівців з державного управління. Серед багатьох представників вітчизняної юридичної науки слід виокремити наступні наукові доробки: В. Авер'янова, О. Грищука, В. Селіванова, О. Скрипнюка, В. Цветкова та інших. Зазначені автори аналізують проблеми забезпечення прав людини через нормативно-правові та юридичні механізми, визначають яким чином поновити та

захисти права людини в системі правознавства. Водночас, проблеми забезпечення прав і свобод людини в системі публічного управління в державному управлінні аналізують поодинокі вчені з певним аспектів, зокрема, П. Петровський зазначає, що забезпечення прав і свобод людини є основним трендом модернізації публічного управління, визначаючи основні складові елементи такої модернізації [1]. О. Пушкар звертає увагу на місце органів державного управління в процесі забезпечення реалізації громадянами конституційних прав і свобод, досліджує організаційно-правові засади забезпечення прав людини в національному механізмі державно-управлінської діяльності. Розглядаються сучасні наукові підходи до формалізації гуманізаційного підходу в системі публічного управління [2]. В. Плющ розглядає питання державної політики в сфері забезпечення прав і свобод громадян України, проблеми удосконалення механізмів державного регулювання цієї сфери, створення умов щодо розвитку системи органів захисту прав і свобод людини [3].

Разом з тим, відсутні системні дослідження сучасних проблем забезпечення прав і свобод людини в системі публічного управління.

У широкому розумінні права людини – це невід’ємні властивості, природні можливості розвитку, які визначають міру людської свободи, оскільки права людини – надто складне, багатогранне, філософське, етичне, політологічне й правове поняття. Водночас, права людини – наукова категорія, що характеризує правовий статус людини стосовно держави, її інститутів, посадових осіб, міжурядових та міжнародних організацій, політичних груп, можливості й здатності людини в економічній, соціальній, політичній і культурній сферах [4].

Проблемна сфера, яка охоплює інститут прав людини, міжнародна та національна системи прав людини гарантують можливість користуватися досягнутою суспільством свободою. Адже саме системі прав людини притаманний соціальний зміст, хоча апріорі права людини належать окремій особистості, невід’ємні від окремої людини й не можуть бути відчужені будь-яким способом. Власне, і за соціальним призначенням права людини є, перш за все, засобами захисту окремої особи, за допомогою яких людське суспільство прагне й спроможне гарантувати безпеку – особи, держави, міжнародної спільноти [4].

24 березня 2021 року був прийнятий Указ Президента «Про Національну стратегію у сфері прав людини» [5] з метою вдосконалення діяльності держави щодо утвердження та забезпечення прав і свобод людини, створення дієвих механізмів їх реалізації та захисту, розв’язання системних проблем у зазначеній сфері. В умовах збройної агресії Російської Федерації проти України, тимчасової окупації Російською Федерацією частини територій у Донецькій та Луганській областях, території Автономної Республіки Крим та міста Севастополя проблема захисту прав і свобод людини є особливо гострою [5]. У кризових ситуаціях ризику непропорційного обмеження прав і свобод людини зростають, що потребує особливого контролю з боку суспільства [5].

Таким чином, на сьогодні виникла потреба у оптимальному формуванні нормативно-правових механізмів реалізації подальшої Національної стратегії у сфері прав людини.

На думку О. Плющ, повага до прав людини, їхній захист та забезпечення є головним обов'язком держави. Проте в Україні державна політика в цій галузі фактично відсутня [3].

Реалізація реформування в системі публічного управління також може порушувати права людини. Адже не всі реформи вирішують проблеми всіх громадян України.

Функціонування системи публічних інституцій передбачає декілька взаємопов'язаних рівнів планування у часі та просторі своєї правотворчої та правозастосовної діяльності, яка ґрунтуються на короткострокових і довгострокових стратегічних началах. Усі без виключення спрямування державної діяльності мають головні й додаткові завдання, сукупність передбачених способів, форм і засобів їхнього досягнення. Означене здійснюється через формування та реалізацію державної політики у різних сферах життя суспільства, де не є виключенням адміністративно-правова охорона права і свобод людини і громадянина [9].

Наступною важливою проблемою є забезпечення доступу до публічної інформації.

На думку М. Ковалів, реформування в Україні охоплює одночасно всі сфери життєдіяльності суспільства (економічну, політичну, соціальну та культурно-духовну). Послідовне та системне реформування зіткнулися з низкою проблем. Зокрема, коли мова йде про діяльність органів державної влади, не завжди приділяється належна увага зв'язкам з громадянським суспільством [10].

Право на доступ до публічної інформації, що знаходиться у володінні органів державної влади, займає особливе місце в системі прав людини і громадянина та є гарантією демократичного розвитку держави. Відсутність інформації про дії влади створює загрозу узурпації влади або зловживання нею. Доступність інформації про діяльність влади є одним з головних засобів, що дозволяє здійснювати громадський контроль за діями влади. Забезпечення представникам засобів масової інформації та громадськості права на доступ до офіційних та інших документів органів влади є гарантією політичної свободи, а також стимулює громадян до виконання своїх обов'язків. Таким чином, право на доступ до публічної інформації є фундаментом демократичної, правової держави.

Право на доступ до інформації є конституційним правом людини, яке передбачене і гарантоване статтею 34 Конституції України, а саме, право кожного на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань; право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію усно, письмово або в інший спосіб на свій вибір [11].

К. Семьоркіна зазначає, що комплексний підхід до формування державної політики у сфері прав людини в Україні передбачає розробку та прийняття низки стратегій та планів дій з їх реалізації, і, насамперед, Національної стратегії у сфері прав людини, яка має бути основою для вироблення подальших управлінських рішень. Але аналіз кількох стратегічних документів у сфері прав людини засвідчив їх неузгодженість, часткове дублювання заходів [12].

Важливою проблемою забезпечення прав та свобод в системі публічного управління є інституційна спроможність органів державної влади виконувати такі функції.

Окремо стоїть проблема доступу громадян України до державної служби та служби в органах місцевого самоврядування. Так, на сьогодні існують багато проблем щодо відкритого та об'єктивного відбору на роботу в системі публічного управління. Потребує спрощення механізмів проходження конкурсу та обов'язково слід змінити концептуальні підстави формування конкурсних комісій з метою об'єктивного відбору на державну службу.

Список використаних джерел та літератури:

1. Петровський П. Забезпечення прав і свобод людини – основний тренд модернізації публічного управління. *Збірник наукових праць «Ефективність державного управління»*. 2015. Вип. 43. С. 13-20.
2. Пушкар О. Роль органів державного управління у забезпеченні конституційних прав і свобод громадян у контексті європейських традицій публічного управління. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-01\(1\)/Pushkar.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-01(1)/Pushkar.pdf)
3. Плющ В.О. Державна політика щодо захисту прав і свобод людини в Україні. *Економіка та держава*. 2008. № 11. С. 86-89.
4. Пушкар О.В. Реалізація європейських стандартів публічного управління щодо забезпечення прав людини та напрями їх запровадження в Україні. *Публічне адміністрування: теорія та практика: Електронний збірник наукових праць*. 2010. Випуск 1 (3). URL: <http://www.dbuara.dp.ua/zbirnik/2010-01/10rovnuu.pdf>
5. Про Національну стратегію у сфері прав людини: Указ Президента від 24.03.2021 р. № 119/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/119/2021#Text>
6. Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини: Указ Президента України від 25 серп. 2015 р. № 501/2015. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/501/2015>.
7. Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2015 р. № 1393-р. URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=248740679>.
8. Резюме Звіту за результатами моніторингу імплементації Національної стратегії у сфері прав людини (1 груд. 2015 р. – 01 груд. 2017 р.) / ред. кол. : К. Семьоркіна, А. Блага, Б. Мойса та ін. ; за заг. ред. О. Мартиненко, О. Павліченко, Б. Крикливенко ; Укр. Гельсін. спілка з прав людини. Київ : [б. в.], 2017. 36 с.
9. Мозгова А. Державна політика у сфері адміністративно-правової охорони прав і свобод людини і громадянина. *Підприємництво, господарство і право*. 2020. № 8. С. 175-180.
10. Ковалів М., Єсімов С. , Крамар Р., Скриньковський Р. Перспективи реформування організаційно-правового механізму забезпечення прав і свобод людини та громадянина. *Traektoriâ Nauki = Path of Science*. 2017. Vol. 3, № 10. С. 6001-6008.
11. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
12. Семьоркіна К.О. Формування державної політики у сфері прав людини в Україні. *Вісник НАДУ при Президентіві України (Серія “Державне управління”)*. 2018. № 2. С.22-26.

Пархоменко-Куцевіл О.І., д.держ.упр., професор,
завідувач кафедри публічного управління та адміністрування
Університету Григорія Сковороди в Переяславі
<https://orcid.org/0000-0002-0758-346X>

Теоретичні підходи до проблеми розвитку Вищого антикорупційного суду України

На сьогодні формування та розвиток антикорупційних органів державної влади набувають актуальності, оскільки одним з пріоритетних напрямів державної політики є антикорупційна політика.

Разом з тим, існує проблема неефективності зазначених органів державної влади, яка полягає у відсутності реальних (відповідних) вироків суду з корупційних або пов'язаних з корупцією правопорушень.

7 червня 2018 року прийнято Закон України «Про Вищий антикорупційний суд України», який передбачає запровадження діяльності Вищого антикорупційного суду України.

«Антикорупційний суд» у міжнародних наукових документах розглядається як суд, який істотно спеціалізується (хоча і не обов'язково виключно) у справах про корупцію [1].

У Болгарії створено розгалужену систему інституцій, які спеціалізуються на боротьбі з корупцією. Складовою частиною зусиль країни зі стримування корупції та підвищення рівня громадської довіри до державних органів було створено спеціалізований суд, який розглядає злочини, скоєні організованими злочинними угрупованнями, в тому числі злочини, пов'язані з корупцією. У Болгарії антикорупційний суд є універсальним паралельним судом, оскільки система антикорупційних судів включає як суд першої інстанції – Спеціалізований кримінальний суд, так і апеляційний суд – Апеляційний спеціалізований кримінальний суд. В якості касаційної інстанції виступає Верховний касаційний суд [2].

У 2003 році у Словаччині було створено Спеціалізований суд (пізніше перейменований на Спеціалізований кримінальний суд) для розгляду справ про корупційні злочини та організовану злочинність. Суд розпочав свою діяльність у 2005 році. Суд був створений у відповідь на вплив на суди першої інстанції кримінальних мереж та місцевих еліт [3].

Процедура призначення або звільнення суддів Спеціалізованого кримінального суду у Словаччині є звичайною процедурою, що застосовується до суддів звичайних судів. Кандидати на посаду судді складають іспит та подають свої кандидатури на розгляд комітету, призначеного Радою суддів (органу, до складу якого входять 9 суддів та 9 членів, обраних іншими гілками влади). Комітет обирає кандидатуру, яку Рада суддів може затвердити або відхилити з самого початку призначення суддів [3].

У Хорватії основою системи протидії корупції у 2009 році було створено Судові відділи з питань провадження у кримінальних справах (Ured za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminaliteta, USKOK), віднесених до компетенції УСКОК [4].

Відповідно до ст.32 Закону «Про протидію корупції та організованій злочинності» Судові відділи з питань провадження у кримінальних справах,

віднесених до компетенції УСКОК, створені в окружних та муніципальних судах Осієку, Рієки, Спліту та Загребу. Судді відділів призначаються головою суду на щорічній основі після винесення відповідного рішення радою суду [4].

Так само, як і в Словаччині, у Хорватії спеціалізований антикорупційний суд має первісну юрисдикцію над справами про корупцію, а апеляційні скарги розглядаються у верховному суді [1; 5].

Законом України «Про Вищий антикорупційний суд» встановлено, що з метою сприяння Вищій кваліфікаційній комісії суддів України у встановленні для цілей кваліфікаційного оцінювання відповідності кандидатів на посади суддів Вищого антикорупційного суду критеріям доброчесності (моралі, чесності, непідкупності), а саме щодо законності джерел походження майна, відповідності рівня життя кандидата або членів його сім'ї задекларованим доходам, відповідності способу життя кандидата його статусу, наявності знань та практичних навичок для розгляду справ, віднесених до підсудності Вищого антикорупційного суду, утворюється Громадська рада міжнародних експертів. Відбір суддів здійснюється на спеціальному спільному засіданні Вищої кваліфікаційної комісії суддів України та Громадської ради міжнародних експертів [6].

Водночас, зазначені процедури не дають можливості об'єктивно сформулювати корпус професійних та чесних суддів. На нашу думку, доцільно було б наряду з процедурами оцінювання запровадити анонімне тестування на психологічні особливості особистості, чесність, стресостійкість, вміння приймати рішення та нести за них відповідальність. Разом з тим, доцільно запровадити проходження співбесіди за допомогою поліграфа. Стосовно поліграфа існує багато негативних думок науковців, однак, на нашу думку, це дасть можливість більш об'єктивного аналізу професійних та людських якостей особистості.

Слід звернути увагу на прозорість конкурсів на посади суддів Вищого антикорупційного суду.

Так, на кожному етапі кваліфікаційного оцінювання кандидатів на посаду судді Вищого антикорупційного суду та під час оцінювання результатів такого кваліфікаційного оцінювання секретаріатом Вищої кваліфікаційної комісії суддів України забезпечується відео- та аудіофіксація і трансляція у режимі реального часу відповідних засідань Вищої кваліфікаційної комісії суддів України на офіційному веб-сайті Вищої кваліфікаційної комісії суддів України, а Громадської ради міжнародних експертів - на офіційному веб-сайті Державної судової адміністрації України [6].

Водночас, на нашу думку, було б доцільно лише проводити Вищою кваліфікаційною комісією суддів України співбесіди, тестування професійних знань та навичок, розглядати питання щодо доброчесності, моральності кандидатів. Потім формувати списки тих кандидатів, які відповідають встановленим вимогам чинного законодавства щодо професійності, моральності, доброчесності, досвіду та кваліфікації. Далі запропонувати провести вибори суддів до Вищого антикорупційного суду населенням країни через електронне голосування. Електронною ідентифікацією особи може бути електронний підпис (наприклад, електронний підпис, що використовується для подання електронної декларації особи, уповноваженої на виконання функцій держави або місцевого самоврядування). Це надасть можливість людям обрати тих суддів, яких вони вважають чесними, неупередженими, професійними.

Крім того, було б доцільно прописати процедуру відкликання суддів Вищого антикорупційного суду, якщо така особи скоїла правопорушення.

Унормування таких процедур потребує внесення змін до чинних нормативно-правових документах України.

Проведений аналіз дає підстави визначити наступні перспективи формування та розвитку Вищого антикорупційного суду України:

- по-перше, потрібно запровадити прозору систему призначення суддів Вищого антикорупційного суду України та їх відповідальність за необґрунтовані рішення
- по-друге, запровадження прозорості діяльності Вищого антикорупційного суду України;
- по-третє, визначення процедури відкликання суддів громадянами України;
- по-четверте, передбачити процедуру звітування суддів перед громадянами України.

Список використаних джерел та літератури:

1. Євсєєв О. Антикорупційні суди: світовий досвід. *Новое время*. URL: http://nv.ua/ukr/opinion/evseev_o/antikoruptionsijni-sudi-svitovij-dosvid614776.html.
2. Bulgaria Anti Corruption Institutional Framework. URL: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135512224>
3. Stephenson M. Specialised anti-corruption courts: Slovakia. URL: <http://www.u4.no/publications/specialised-anti-corruption-courts-slovakia/>
4. Zakon o Uredu za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminaliteta. URL: <https://www.zakon.hr/z/166/Zakon-o-Uredu-za-suzbijanje-korupcije-i-organiziranog-kriminaliteta>
5. Прокопів Б. Специфіка функціонування Вищого антикорупційного суду в Україні: міжнародний досвід та українські реалії *Актуальні проблеми правознавства*. 2018. Випуск 3 (15). С. 103-107.
6. Законом України «Про Вищий антикорупційний суд». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2447-19#Text>

Завада О.Г., магістр державного управління, завідувач навчальним кабінетом кафедри ракетних військ факультету ракетних військ і артилерії Національної академії сухопутних військ імені Петра Сагайдачного
<https://orcid.org/0000-0002-6296-5831>

Галушкіна Л.В., магістр з державного управління, головний спеціаліст відділу права на працю Департаменту моніторингу соціальних прав, Секретаріату Уповноваженого ВРУ з прав людини

Інституціональні та економічні аспекти проведення реформ в сфері охорони здоров'я України

Аналіз сучасного стану інституціональних та економічних аспектів у сфері охорони здоров'я України в період проведення адміністративно-територіальної та медичної реформ і визначення ключових проблем що супроводжують цей процес.

Під час роботи використано ряд як загальнонаукових, так і спеціальних методів наукового пізнання: логіко-семантичний метод використано з метою з'ясування сутності та значення інституціональних та економічних аспектів в проведенні реформ в сфері охорони здоров'я України; метод структурного аналізу використано під час дослідження госпітальних округів та їх повноважень і зобов'язань як суб'єктів публічного управління у сфері охорони здоров'я; аналітичний метод надав змогу узагальнити досвід інституціональних та економічних аспектів проведення реформ в сфері охорони здоров'я України.

Написанню тез передувало ґрунтовне вивчення цілої низки наукових праць і публікацій, у яких вивчалися інституціональні та економічні аспекти проведення реформ в сфері охорони здоров'я таких українських вчених і дослідників, як О. Зими, З.Гбур, В.Гошовської, В.Графського, О. Коркунова, К.Дубич та ін. Осмисленню широкого спектру соціально-медичних проблем та питань забезпечення реформ в сфері охорони здоров'я сприяли роботи вітчизняних науковців М. Білінської, Ю.Вороненко, Н.Гойди, Ю.Губського, М. Кравченко, В.Князевича, В.Михальчука, Н.Чалої та ін.

Сучасна сфера охорони здоров'я України являється однією з найпроблемніших і вона є найголовнішою в збереженні потенціалу здоров'я українського суспільства. В умовах адміністративно-територіального поділу та децентралізації влади реформи сфери охорони здоров'я повинні закласти фундамент розвитку медицини як на короткотермінову так і довготермінову перспективу, що в свою чергу вплине на якість медичного обслуговування на рівні госпітальних округів та об'єднаних територіальних громад.

Необхідно зазначити, що основними цілями реформи в сфері охорони здоров'я України є децентралізація повноважень суб'єктів публічної влади на вертикальному та горизонтальному рівнях.

На даний час є ряд інституціональних та організаційно-економічних перешкод які не дозволяють отримати позитивні результати від реформ.

До інституалізації реформ в сфері охорони здоров'я відносять: інститут сімейного лікаря; госпітальний округ; медичне страхування.

Першим етапом реформи або базовою складовою цього процесу було створення інституту сімейного лікаря. Як показав аналіз позитивного міжнародного досвіду саме інститут сімейного лікаря дозволив підняти медицину країн Євросоюзу на недосяжну, на цьому етапі, для України висоту. Створений інститут сімейного лікаря в Україні повинен реалізувати доступність та якість медичного обслуговування на найближчому до пацієнта рівні та втілити в життя вислів «Гроші ходять за пацієнтом».

Другим етапом було створення госпітальних округів з достатньою та ефективною системою медичних закладів та інших об'єктів, що беруть участь в медичному обслуговуванні пацієнтів. Станом на даний час цей процес майже завершений, єдиним недоліком в функціонуванні цього інституту є невідповідність інфраструктури медичних закладів тим функціям які вони повинні виконувати(побудовані за 60-100 років тому), в яких не враховано сучасні реалії медичного

обслуговування та архітектурна недоступність пацієнтам з обмеженими фізичними можливостями. На початку поділу на госпітальні округи кількість населення яке повинно обслуговуватись в ньому була рівна 120 тисячам, а в кінцевому результаті вона склала 200 тис. Якщо госпітальний округ знаходиться на території міста, а особливо обласного значення то великих проблем з транспортуванням пацієнтів немає, бо щільність населення висока, а якщо це територія з сільським населенням та низькою щільністю населення і охоплення території на 200 тис. населення може складати кілька сот кілометрів, а якщо потрібна екстрена допомога і не кожен округ наділений авіатранспортом і навіть сучасним швидкісним транспортом по причині депресивного соціально-економічного розвитку громади на якій він розміщений. І саме такі проблеми впливають на доступність та часові межі отримати медичне обслуговування.

Третім етапом в інституалізації реформ в сфері охорони здоров'я має стати медичне страхування. В зв'язку з соціально-економічною кризою в державі та неможливістю забезпечити державні гарантії з медичного обслуговування населення за рахунок держави, необхідні альтернативні джерела фінансування і запровадження інституту загальнодержавного медичного страхування, який може частково вирішити питання оплати медичних послуг пацієнтами. Дослідження показують що сфера охорони здоров'я України частково оплачується коштами пацієнтів, але зважаючи що майже 80% населення України перебуває на межі або за межею бідності, це означає що ті які прийшли на лікування «зняли з себе останню сорочку», а більшість взагалі не йдуть лікуватися із-за відсутності коштів оплатити медичні послуги та придбати ліки. Дуже важливо при настанні необхідності в невідкладній медичній допомозі людина може розраховувати на кошти від медичного страхування.

Провівши дослідження щодо інституціональних та економічних аспектів проведення реформ в сфері охорони здоров'я України нами зроблені наступні висновки.

1. Медична реформа є складним і багатогранним явищем зі своїми причино-наслідковими явищами та процесами, які необхідно досліджувати та розробляти моделі вирішення виниклих проблем та виявляти ризики на кожному етапі їх проведення.

2. Аналізом встановлено, що елементами інституціонального змісту медичної реформи є: інститут сімейного лікаря, медичне страхування та формування госпітальних округів.

3. Реформи в сфері охорони здоров'я та публічних органах влади з субсидіарністю їх повноважень проходять дуже складно, причиною цього є непослідовність та неузгодженість дій публічного управління цими процесами на вертикальному та горизонтальному рівнях.

Список використаних джерел та літератури:

1. Графський В., Коркунова О. Медична реформа як чинник контролю використання бюджетних коштів України. Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності. 2019. С. 11-14

2. Зима О.Т. Компетенція Національної служби здоров'я України: загальний огляд. Реформування системи охорони здоров'я: корупційні ризики та способи їх усунення : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.) / ред. кол. : Н.О. Гуторова, В.М. Пашков, В.С. Батиргареєва. Харків : Право, 2019. 124 с.
3. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як інструменту вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 198–209. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.198
4. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Науковий вісник ІФНТУНГ. Серія: Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості. 2016. № 1(13). С. 84–87.

Дуніна І.Ю., здобувачка магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Удосконалення взаємодії місцевої влади та органів державного управління

Сьогодні в Україні вже не викликає сумнівів необхідність та актуальність планування діяльності на місцевому рівні. В нашій державі, як і в інших країнах світу, активно розвивається і запроваджується стратегічний підхід до планування сталого територіального розвитку. Це пов'язано з перевагами даного методу для всіх основних учасників цього процесу (влади, територіальної громади).

Нова політика регіонального розвитку ґрунтується на врахуванні під час стратегічного планування ключових викликів, які впливають на людину, інфраструктуру, економіку та навколишнє природне середовище, а також включатиме побудову культури партнерства та співробітництва, орієнтованої на взаємодію громадян та публічних інституцій щодо розвитку. Заходи регіональної політики формуватимуться на основі отриманого досвіду, зібраних даних, висновків, рекомендацій, результатів аналізів та оцінки для забезпечення та підтримки високих стандартів управління та реалізації регіональної політики, що вимагає функціонування відповідних спеціалізованих аналітичних засобів, баз даних формування та оцінки політики. [2,с.1-2]

Належне врядування є одним з основних факторів конкурентоспроможності державі, розвитку її економіки та передумовою європейської інтеграції. Для забезпечення ефективної діяльності Кабінету Міністрів України щодо формування державної політики у різних сферах необхідно створити професійну, результативну, ефективну, та підзвітну систему центральних органів виконавчої влади. Зниження адміністративного навантаження на суб'єктів господарювання, покращення якості надання адміністративних послуг, забезпечення законності та передбачуваності адміністративних дій підвищує позицію державі у міжнародних рейтингах, а також має велике значення для підвищення рівня довіри громадян та бізнесу до держави [3,с.1-2].

Метою дослідження є дослідження шляхів підвищення ефективності взаємодії місцевої влади та органів державного управління, шляхом побудови в Україні спроможної сервісної держави, яка забезпечить захист інтересів громадян на основі реалізації владних повноважень.

В процесі здійснення адміністративної реформи особливого значення набувають проблеми регіональної економічної політики, в тому числі регіонального економічного розвитку. Економічний розвиток регіону є важливою складовою економічного розвитку держави. «Сильні регіони - сильний центр» - теза, яка стала лозунгом адміністративної реформи і повинна бути реалізована в процесі її проведення.

Ефективний економічний розвиток забезпечує економічне зростання в регіоні, а оскільки регіон є частиною держави, то сприяє економічному зростанню в державі, підвищуючи добробут як населення території, так і держави в цілому.

Аналіз досліджень вітчизняних вчених показав, що питання взаємодії органів державної влади та місцевого самоврядування висвітлені в працях В. Бакуменка, В. Баркова, В. Баштанника, В. Кампо, В. Карпенка, А. Крусяна, А. Мельник, Г. Монастирського, П.Надолішнього, Н. Нижник, А.Толстоухова, В. Шаповала тощо. Проте, якщо раніше основними проблемами було дублювання функцій органів місцевого самоврядування органами державної влади, перебирання деяких функцій на себе, відсутність єдності підходів до вирішення законодавчого забезпечення взаємодії органів державної влади і місцевого самоврядування, то нині дві підсистеми влади (державна влада та місцеве самоврядування) опинилися в складній ситуації реорганізації, яка передбачає перерозподіл і розмежування ресурсів: фінансових, майнових, людських.

Кадрове забезпечення органів державної влади та місцевого самоврядування є важливою складовою ефективності надання (виробництва) публічних послуг населенню, що впливає на якість і рівень життя населення.

Успіх реформи також значною мірою залежить від якості управління людськими ресурсами в державних органах, яке повинні забезпечувати сучасні, ефективні і дієві служби управління персоналом. Для ефективного виконання покладених на неї завдань службі управління персоналом необхідно впроваджувати в роботу сучасні методи та інструменти управління персоналом на державній службі, розвивати організаційну та управлінську культуру[3,с.9]

Пріоритетними напрямками вирішення проблем формування кадрової політики в органах державної влади та місцевого самоврядування мають стати: впровадження нових найбільш ефективних технологій управління людськими ресурсами; забезпечення комплектації органів державної влади та органів місцевого самоврядування висококваліфікованими фахівцями; розвиток законодавчої бази, з чітким правовим унормуванням державної політики в галузі кадрового забезпечення державного управління та місцевого самоврядування; удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців; забезпечення прозорості кадрової політики; формування активного кадрового резерву та робота з ним; упровадження ефективної системи

мотивації; розроблення модернізованих методик моніторингу ефективності та результативності управлінської праці; запровадження кращих вітчизняних та зарубіжних здобутків у сфері формування кадрової політики; створення належних умов для успішної реалізації професійного потенціалу державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування.

Ефективне впровадження технологій електронного урядування можливо забезпечити тільки в рамках реформування на сучасних засадах всієї системи органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Аналіз стану законодавства, що регулює суспільні відносини застосування технологій електронного урядування, свідчить про його фрагментарність і неповноту, наявність дублювання і суперечності нормативно-правових актів у цій сфері. Електронне урядування - не є поєднанням інформаційно-комунікаційних технологій з публічним адмініструванням. Це нова філософія державного управління, тому для реального втілення цієї ідеї в життя необхідне розроблення відповідної законодавчої бази. Необхідно здійснити відповідну адаптацію нормативної бази, що регламентує діловодство в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, до особливостей, обумовлених наданням електронних державних послуг. Потребує свого вирішення питання визначення правового статусу електронних інформаційних ресурсів, які розміщуються в комп'ютерних мережах органами державної влади та органами місцевого самоврядування як для міжвідомчого, так і для загальнодоступного використання [4].

Таким чином, наразі пріоритетним завданням для України та її регіонів на шляху до збалансованого, ефективного, сталого розвитку залишається досягнення такого стану, коли регіональне планування поступово перейде із площини наукових проектів у площину конкретних і реальних дій на всіх рівнях управління, і стане невід'ємним елементом при формуванні стратегії соціального й економічного розвитку кожного регіону. Якісно побудована система електронного урядування має позитивно впливати на загальний хід та наслідки проведення подальших радикальних перетворень в українському суспільстві, насамперед, соціальної і економічної реформи, розбудови соціальної держави з впливовими інституціями громадянського суспільства, особливо з тих питань, де велике значення мають методи та форми взаємодії органів державного управління та органів місцевого самоврядування з людиною та громадянином, громадськими організаціями.

Список використаних джерел та літератури:

1. Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні-DESPRO» Ольга Берданова, Володимир Вакулєнко .
2. Стратегічне планування місцевого розвитку.Київ.2012.(с.5-7)Постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020р. №695 Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки.
3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 р.№ 831-р Деякі питання реформування державного управління України на 2021-2025 роки.
4. Концепція розвитку електронного урядування в Україні [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://refdb.ru/look/1393258.html>

Гризлов Е.Е., здобувач магістратури кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Сутність, види та призначення організаційних структур

Поняття «структура» в науковій літературі містить декілька визначень. Відповідно до філософського енциклопедичного словника, структура - це сукупність стійких зв'язків об'єкта, що забезпечують його цілісність. Структура – це також форма організації системи, єдність стійких взаємозв'язків між елементами, що складають систему [2 с.54].

Організаційна структура є одним з головних внутрішніх елементів у процесі управління організацією. З урахуванням організаційної структури визначаються стратегії, формуються завдання, приймаються рішення щодо векторів та шляхів розвитку. Вивченню ролі організаційної структури, їх видів, типів, особливостей присвятили свої праці такі науковці як: І. Косач, М. Мальська, Т. Назарчук, Л. Наливайко, О.Косіюк, В. Петков, П.Г. Щокін тощо [2].

Структура є не тільки зв'язком елементів системи, але й самим елементом, що поєднуються зв'язками для створення самої системи. Слушною є думка стосовно того, що більш правильним слід вважати визначення структури, що включає в себе як статичні (склад, становище складових частин органу управління), так і динамічні функціональні елементи (перелік функцій, які повинні виконувати учасники процесу, зв'язки між їх структурними ланками) [5, с.536].

Необхідно зазначити, що саме організаційна структура визначає внутрішню будову систематизованої структури елементів, що зібрані з метою реалізації покладених на них завдань та функцій. Так, вчений М. Мескон визначає організаційну структуру, як структуру, що найбільше дозволяє організації взаємодіяти із зовнішнім середовищем, продуктивно і доцільно розподіляти і спрямовувати зусилля своїх співробітників, а також задовольняти потреби клієнтів та досягати своїх цілей з високою ефективністю [4, с.28].

Деякі автори визначають організаційну структуру як внутрішню побудову органів управління з характерними для них зворотними і багатосторонніми взаємозв'язками. Зокрема, Г.В. Щокін звертає увагу на те, що організаційною структурою є така структура, яка відображає склад і підлеглість різних елементів, ланок і ступенів управління, що функціонують для досягнення певної мети [3 с.63].

З огляду на вищевикладені наукові позиції, більш вдалою та повною з наукової точки зору, нам вбачається визначення організаційної структури, що були надані вченими Г. Атаманчуком та О. Бандуркою. Організаційна структура, на думку останнього, включає в себе усю сукупність структурних підрозділів, що об'єднані у відповідний орган, зв'язки підпорядкованості між ними, а також форми розподілу між ними основних функцій [1, с.12]. За визначенням Г. Атаманчука, організаційна структура державного органу - це сукупність його підрозділів, а в них - посад, схема розподілу між ними функцій і повноважень, покладених на орган, система взаємовідносин цих підрозділів і посад [1, с.76].

Традиційними є ієрархічні організаційні структури, у першу чергу, це класична функціональна структура «дерево».

Комбінат → заводи → цехи → ділянки
або
Ректорат → інститути → деканати → кафедри → лабораторії.

Сюди також можемо віднести функціональну та дивізійну структури, дивізіон – «структури в структурі», наприклад декілька «відділів» у «відділенні».

У практиці управління найбільш широко застосовуються структури управління, які отримали назву ієрархічних або бюрократичних.

В ієрархічній побудові організації ті рівні управління, які відображають її виробничо-господарську структуру, утворюють лінійну організаційну структуру управління.

Необхідність збирання, переробки та використання інформації, встановлення зв'язків, забезпечення виробничо-господарської діяльності зумовили появу в системі управління функціональних служб (штабів), які формують функціональну організаційну структуру управління.

Результатом комбінування лінійних і функціональних структур з іншими критеріями цільового призначення організацій стала поява і використання в практиці управління організаціями наступних структур: продуктової, споживчої, територіальні, раціональної бюрократії, дивізійні, лінійно-штабні, лінійно-функціональні, бюрократичні, проектні, матричні, програмно-цільові, конгломератні та ін. (рис 1.1).

Лінійна організаційна структура складається із взаємо підпорядкованих органів у вигляді ієрархії, в якій кожен управлінець підпорядковується тільки одному зверхнику і всі зв'язки з вищими рівнями управління відбуваються через нього. Переваги структури: простота, чіткість і зрозумілість взаємовідносин ланок і працівників управління. Недоліки: може використовуватись тільки у відносно простих організаціях з постійними умовами, завданнями і функціями менеджменту.

Функціональна організаційна структура передбачає чітку ієрархію органів управління підрозділами, які забезпечують виконання конкретних функцій управління на всіх рівнях. Переваги: керівники спеціалізуються на окремих управлінських функціях, які виконуються спеціалістами. Недоліки: процес управління поділяється на множину окремих слабо пов'язаних підфункцій із виникненням нескординованих дій і дублювання.

Права приймати рішення вони не мають, а тільки в межах виділених їм функцій розробляють положення, які забезпечують підготовку якісних управлінських рішень, які приймаються і доручаються для виконання лінійним менеджером. Недолік – тенденція до збільшення числа і розширення штабних служб.

Функція – певне призначення, й, відповідно, продукт-орієнтована організаційна структура і конкретний результат діяльності колективу людей у її

складі, які працюючи разом, володіють подібними навичками, мають схожі знання, використовують спеціальні інструменти та техніки для професійного виконання своїх завдань. Виробництво, продаж, наукові дослідження та конструктивні розробки зазвичай організуються у функціональні підрозділи різного рівня (цех, відділення, відділ, група, ділянка чи лабораторія) за: специфічним продукційним напрямком, характерним видом діяльності, товарною групою, ринком чи географією.

За лінійно-функціональної організаційної структури функціональні служби уповноважені управляти роботою служб нижчого рівня, які виконують певні конкретні функції. При цьому делегуються не лінійні, а функціональні повноваження.

Особливість лінійнофункціональної структури полягає у об'єднанні переваг лінійної і функціональної основи, що призводить до утворення структури, в якій частина органів ухвалює управлінські рішення і владно втілює їх в життя, а інша забезпечує їх інформацією. У результаті чого, значно підвищується ефективність управління.

На початку ХХ ст. німецький соціолог Макс Вебер (1864-1920) запропонував концепцію **бюрократії** як своєрідну нормативну модель – ідеал, назвавши її моделлю раціональної (традиційної) бюрократії.

Для цієї моделі характерні такі особливості:

- чіткий поділ праці, що забезпечує формування висококваліфікованих спеціалістів;
- ієрархічність рівнів управління (нижчий рівень контролюється вищим);
- наявність взаємопов'язаної системи формальних правил і стандартів;
- формальна безособовість, згідно з якою офіційні особи виконують свої обов'язки;
- домінування кваліфікаційних вимог під час формування штатів організації.

Недоліками цієї моделі є негнучкість, неадекватне реагування на нові рішення, консервативне ставлення до змін, конфліктність

Дивізіональна структура. Оскільки проблеми, пов'язані із розвитком, зростанням та диверсифікацією, з часом ускладнюються, а їх число невпинно збільшується, менеджери розробляють нові форми організаційної діяльності для подолання проблем, пов'язаних з обмеженнями функціональних структур. Орієнтація дивізіональної структури на продукт, ринок чи регіон дозволяє організаціям швидше та гнучкіше реагувати на конкретні обставини, з якими вони стикаються, зокрема, на появу нових замовлень чи зміну попиту.

Часто топ-менеджерів великих організацій вибирають дивізіональну структуру, створюючи специфічні змішані групи з підрозділів для здійснення ускладненого чи унікального виду діяльності, виробництва конкретного виду продукції, для певної групи споживачів тощо із врахуванням локальних умов та обмежень.

Матрична організаційна структура діє, наприклад, у навчально-дослідних університетах, де викладач кафедри (функція) одночасно є науковим співробітником науково-дослідного центру (продукція), або навпаки, а також в

крупних розподілених у просторі науково-промислових об'єднаннях (альянсах). Результатом такої організації є ускладнена мережа зв'язків між продукт-орієнтованими групами та спеціальними «тонкими» функціями, що робить матричну структуру досить гнучкою, хоча й складніше керованою з-за наявності двох управлінських центрів – кожен член команди виконавців підпорядковується двом керівникам, кожен з яких оцінює їх за функціональністю й ефективністю у командній роботі.

Мережева структура будується за принципом павутиння (тенета): де кожна складова підпорядкована кільком іншим складовим, на графі вузол має входів більше одного, наприклад, у матриці елемент визначається двома входами: рядком і стовпцем [27, с.12]. Зокрема, якщо організаційна структура матрична, менеджери групують людей та ресурси одночасно за двома підходами, скажімо, на виробництві – за функціями та за продукцією, враховуючи наявну обмеженість унікального обладнання, комп'ютерних програм чи досвідчених аналітиків:

- працівники згруповані за функціями, щоб дозволити їм вчитися один у одного та бути більш кваліфікованими та продуктивними
- в той же час вони об'єднуються у продукт-орієнтовані групи, де члени різних функціональних підрозділів працюють над розробкою конкретного продукту.

Аналізуючи наукові формулювання організаційних структур та самі найбільш поширені структури, можемо сформулювати власне визначення організаційної структури місцевої державної адміністрації як сукупність відносно диференційованих та автономних функціональних елементів (структурних підрозділів), які виконують функції державного управління, характеризуються узгодженістю та взаємодією, а також забезпечують в цілому функціональну цілісність місцевої державної адміністрації. Саме тому, на нашу думку, основні зусилля законодавця мають спрямовуватися на створення таких механізмів, які забезпечували б формування найбільш оптимальної організаційної структури місцевих органах виконавчої влади.

Список використаних джерел та літератури:

1. Про упорядкування структури апарату центральних органів виконавчої влади, їх територіальних підрозділів та місцевих державних адміністрацій : Постанова Кабінету Міністрів України від 12 берез. 2005 р. № 179. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/179-2005-%D0%BF>.
2. Про упорядкування структури апарату центральних органів виконавчої влади та його структурних підрозділів: Постанова із змінами і доповненнями, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 18 січня 2003 року N 73. URL: <http://www.spfu.gov.ua/ua/documents/2619.html>
3. Про місцеві державні адміністрації : Закон України № 586-XIV від 9 вересня 1999 року № 586-XIV. зі змінами № 1423-IX від 28.04.2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>
4. Про концепцію державної регіональної політики: Указ Президента України від 25 травня 2001 року № 341/2001 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/341/2001#Text>

5. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності: Закон України від 11.09.2003 р. *Вісник Верховної Ради України*. 2004. № 9. Ст. 79.
6. Деякі питання діяльності місцевих адміністрацій : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2014 р. № 91 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/91-2014-p> (дата звернення: 17.08.2021)

Щуревська О.Д., здобувачка магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Загальна характеристика сучасної кадрової політики в Україні

Характерною особливістю державотворення в Україні є системні зміни у всіх сферах соціального, економічного та політичного життя суспільства й держави. Реформи стали ключовою ознакою перетворень у нашій країні. Слід зазначити, що будь-яка соціальна система у своєму закономірному розвитку в певний час досягає такого рівня, за якого наявні форми і методи управління цією системою вичерпують адекватні ресурси відновлення інтелектуального та кадрового потенціалу [1].

Кінцевим результатом адміністративних перетворень має бути становлення нової української парадигми держави, яка б спиралася на ефективну діяльність (мінімум бюрократизму і негативних наслідків перехідного періоду) відповідних органів, орієнтиром для яких була би людина, громадянин України з його правами, свободами та нагальними потребами. У перспективі нове адміністративне функціонування має створити необхідні умови для тісної співпраці між громадою та органами влади з метою прийняття найбільш оптимального рішення стосовно того чи іншого питання. Таким чином, зазначені заходи наблизять уряд країни до реалізації на практиці цілого ряду фундаментальних демократичних принципів і засад української державності, на яких наголошує Основний закон і які до сьогоднішнього часу, на жаль, переважно мали декларативний характер[2].

Саме формування кадрового потенціалу є одним з основних напрямків розвитку та поліпшення державної служби, а забезпечення державного управління кваліфікованими спеціалістами – це складний та неперервний процес, який передбачає підвищення ефективності всієї державної служби [3]. Поняття кадрова політика використовується для визначення досить різноманітних явищ, процесів і понять, тому мають місце різні підходи до його тлумачення.

Деякі автори під кадровою політикою розуміють вираження (визначення) стратегії роботи з кадрами кожного суб'єкта управлінської діяльності, свого роду програму діяльності. Інші ототожнюють кадрову політику і кадрову діяльність, що є не зовсім правильним, оскільки це є різними етапами і сторонами кадрового процесу [4]. На сьогодні немає єдиного загальноприйнятого визначення поняття КП.

Кадрова політика – стратегія роботи суб'єкта управлінської діяльності з персоналом. Кадрова політика-головний напрямок у роботі з кадрами, набір основних принципів, які реалізуються кадровою службою підприємства, регіону. Кадрова політика-це цілеспрямована діяльність зі створення трудового колективу, який щонайкраще сприяв би сполученню цілей і пріоритетів підприємства і його працівників [5]

Кадрова політика виконує такі функції, як:

- зайнятість (аналіз робочих місць, методи наймання, способи відбору, просування по службі, відпустка, звільнення);
- навчання (перевірка нових працівників, практичне навчання, безперервний розвиток персоналу);
- оплата праці (пільгові схеми, оплати; стимулювання праці);
- трудові відносини (встановлення більш ефективного стилю керівництва, відносини з профспілками);
- добробут (пенсії, допомоги з приводу хвороби та непрацездатності, медичні, транспортні послуги, житло, харчування, спорт і суспільна діяльність, допомога у вирішенні особистих проблем)[2].

Класифікація кадрової політики: кадрова політика держави, галузі народного господарства, регіону, антикризова кадрова політика.

Оскільки немає загальноприйнятого визначення в літературі та законодавстві поняття державної кадрової політики, найбільш коректним вважають наступне. Під державною кадровою політикою слід розуміти державну стратегію, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що віддзеркалює волю народу, державну стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів держави.

У змістовному плані державна кадрова політика – це система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин. Ці принципи, у свою чергу, визначають і головні критерії оцінки кадрів, шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу, раціонального використання кадрового потенціалу держави [39]. Стратегія розвитку держави є визначальною в регулюванні кадрових процесів, рівня їх демократизації і централізації. Особливість сучасної державної кадрової політики України полягає в тому, що держава і особа виступають як партнери у професійно-трудої діяльності, де визначальним принципом є досягнення гармонійного поєднання інтересів особи та держави, індивідуальних та загальнонаціональних інтересів, сприяння творчої самореалізації особистості.

Формування, розвиток та ефективність реалізації державної кадрової політики безпосередньо пов'язані з наявністю досконалої, адекватної відповідному історичному етапу розвитку держави законодавчо-нормативної бази. Вона, по суті, є науковою засадою зазначених процесів, ураховуючи, що законодавча діяльність здійснюється на основі фундаментальних наукових напрацювань учених у галузі

держави і права, адміністративного та трудового права, міжнародного досвіду тощо. Правовою основою для формування державної кадрової політики в Україні є: Загальна декларація прав людини, Конституція України, Кодекс законів про працю України, Цивільний кодекс України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, інші законодавчі та підзаконні нормативні акти [1, 28], зокрема: закон України «Про державну службу в Україні», Указ Президента України «Про Стратегію державної кадрової політики на 2012-2020р.р.», Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування», закон України «Про місцеві державні адміністрації» та ін.

Державна кадрова політика направлена на реалізацію соціального та економічного аспектів, які полягають в підвищенні людського потенціалу держави та забезпеченні високопрофесійними кадрами галузей виробництва, які працюють і інтересах населення. Державна кадрова політика має 3 рівні: загальнодержавний, регіональний та муніципальний.

Загальнодержавний рівень є найвищим, і саме він визначає стратегію загальнодержавної кадрової політики. Проте регіональна кадрова політика є генеральним напрямком кадрової політики в регіоні; сукупністю найбільш важливих теоретичних положень, принципів, методів, форм, організаційного механізму з вироблення цілей і завдань, спрямованих на збереження, зміцнення й розвиток кадрового потенціалу регіону й на створення високопродуктивного, згуртованого суспільства, здатного вчасно реагувати на мінливі вимоги ринку [5].

Список використаних джерел та літератури:

1. Бобко Л.О., Мариняк Л.В. Актуальні проблеми формування системи державної кадрової служби України. //Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. №1. URL:http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/10_2018/23.pdf
2. Бойко С.Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я// Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2018.№1.с.
3. Боссарт Д. Державна служба у країнах-кандидатах доступу до ЄС: нові тенденції та вплив інтеграційного процесу/пер. з англ. Шаленко О.М.//Боссарт Д., Деммке К.-К.: Мілленіум.2004.с.51
4. Витко Т.Ю. Державна кадрова політика України: сутність, сучасний стан і перспективи розвитку/ Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2016. № 1.с.
5. Воловик Я.С. Державна кадрова політика: Вітчизняний та світовий досвід. Автореферат кандидатської дисертації
6. Гусак І. Державна кадрова політика: проблеми та шляхи реалізації/ І.Гусак Державне управління та місцеве самоврядування, 2014. №4. С.148-157.

Вдовиченко С.Ю., здобувач магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Поняття, сутність і зміст державної антикорупційної політики в Україні

Корупція – не просто соціальне, а й психологічне та моральне явища. Адже вона не існує відокремлено від людей – їх поведінки, діяльності. Корупція – це спосіб мислення, який зумовлює спосіб життя. У країнах, де хабарництво та інші корупційні діяння трапляються порівняно рідко, корупція в громадській свідомості асоціюється з великим злом для держави та її громадян і не має істотного впливу на суспільне життя. У тих країнах, де корупція поширена значною мірою, корумповані відносини все більше витісняють правові, етичні відносини між людьми, корупція із соціальної аномалії поступово перетворюється в правило і виступає звичним способом розв'язання життєвих проблем, стає нормою функціонування влади і способом життя значної частини суспільства. Найбільш небезпечним наслідком такого стану справ у суспільстві є те, що в результаті витіснення корумпованими відносинами правових та етичних відносин відбувається значний злам у суспільній психології – люди у своїй поведінці з самого початку психологічно вже налаштовані на протиправні способи вирішення питань [1, с. 181].

У нашій державі високий рівень корупції визнаний політичним керівництвом, вітчизняними та зарубіжними аналітиками, відповідними міжнародними інституціями. Корупція в сучасних умовах стала чинником, що негативно впливає на всі сфери суспільного життя, виступає серйозною перешкодою для здійснення системних реформ та становить загрозу національній безпеці України. Корупція є однією з притичин падіння рівня суспільної довіри до інститутів публічної влади. Зазначене зумовлює виняткову важливість для України здійснення ефективної антикорупційної політики, що має базуватися, насамперед, на чіткому науковому розумінні її сутності, загальних напрямів та пріоритетів [1, с. 28].

Досліджуючи історичні витоки корупції, слід зазначити, що корупція завжди була атрибутом будь-якої держави, у якій присутня державна влада, незалежно від форми правління. У жодній країні світу не існує універсальних методів боротьби з цим явищем, яке завжди буде існувати і впливати на економічну ситуацію в державі та в політиці. У країнах, де корупція поширена значною мірою, вона проникає в суспільство та розчиняється в ньому, стає звичкою та нормальним правилом поведінки, влада найчастіше спадкова та є недоступною для пересічних громадян, корупція в цих країнах є нормальним способом вирішення проблем та стає звичайним явищем для функціонування державної служби та влади. У країнах, де вона менш поширена, усвідомлення небезпеки цього явища в суспільстві велике, воно значно впливає на стан справ у державі, рівень життя суспільства [2, с. 2-3].

Етимологічно термін «корупція» походить від латинського слова *corruptio*, що означає «псування, підкуп, розбещення» [3 с. 406]. Відповідно, його зміст можна

розуміти як розбещеність, готовність окремих посадових осіб до хабарництва. За іншою версією, термін виник як результат поєднання латинських слів *correi* – множина учасників, пов'язаних однією метою, та *rumpere* – ламати, пошкоджувати, порушувати.

У словниках можна також знайти близьке за значенням інше пізнє латинське слово, яке передує слову «корупція» – «корозія», що означає «роз'їдання, руйнування». Зіставлення цих близьких понять дозволяє тлумачити корупцію як процес, що роз'їдає, руйнує суспільство, державу, органи управління зсередини тощо. Саме такий підхід має підтвердження в сучасних українських реаліях [1, с. 7].

На нашу думку корупція - це протиправна діяльність, яка знаходить свій прояв через використання службовою особою наданих їй повноважень, посадових можливостей, для особистого збагачення. Проте наведене нами вище визначення даного поняття не є повним та вичерпним. В літературі існує велика кількість тлумачень.

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови термін «корупція» подається у кількох визначеннях, а саме: корупція – це діяльність осіб, уповноважених на виконання функцій держави, спрямована на протиправне використання наданих їм повноважень для одержання матеріальних благ, послуг та інших переваг; корупція – це пряме використання посадовою особою свого службового становища з метою особистого збагачення; корупція – підкупність, продажність урядовців і громадських діячів [4].

Водночас, Британська енциклопедія, вказує на те, що корупція є неправомірною і не правовою поведінкою особи, яка має на меті отримання вигоди однією особою за рахунок іншої. Вона існує за умов суспільної байдужості чи слабкості правоохоронних органів. У суспільствах, де дарування подарунків є певним ритуалом, розмежувальна лінія між тим, що прийнятно, а що ні, стирається [5].

Як свідчать результати історичних досліджень, ознаки корупції можна знайти з моменту виникнення перших елементів керування великими спільнотами і задовго до виникнення держави. З появою професійних чиновників корупція набула більшого поширення та визначалася повнотою влади чиновника й рівнем загального культурно-цивілізаційного розвитку самого суспільства. У міру зростання негативного сприйняття корупції відбувалися і перші спроби боротьби з нею. Історичне коріння корупції, швидше за все, варто шукати ще у первіснообщинній традиції дарування: зробити подарунок вождю або шаману означало виділити себе з-поміж інших і здобути їхню прихильність.

Перші згадки про корупцію можна знайти у пам'ятках писемності стародавнього Вавилону другої половини XXIV ст. до н. е. Відповідно, першим документально зафіксованим правителем, який розпочав боротьбу з корупцією, був Урукагіна – цар шумерського міста Лагаша: для протидії різноманітним зловживанням чиновників і суддів він здійснив реформу державного управління.

У період античності боротьба з корупцією вважалася насамперед справою суспільного контролю та моралі. Відповідно, ризик таємних операцій намагалися

звести до мінімуму шляхом виборів членів рад чи зборів у спосіб жеребкування, вважаючи сліпий випадок най ліпшою запорукою об'єктивності. Для виборних посад встановлювалися короткі терміни без права переобрання. За часів Римської імперії для боротьби з корупцією було запроваджено покарання за отримання хабара особою, яка наділена публічною владою [2, с. 103].

Нормативно-правові акти України також містять визначення поняття корупції. Зокрема ст.1 Закону України «Про запобігання корупції», корупцію визначено як «використання особою, зазначеною у частині першій статті 3 цього Закону, наданих їй службових повноважень чи пов'язаних з ними можливостей з метою одержання неправомірної вигоди або прийняття такої вигоди чи прийняття обіцянки/пропозиції такої вигоди для себе чи інших осіб або відповідно обіцянка/пропозиція чи надання неправомірної вигоди особі, зазначеній у частині першій статті 3 цього Закону, або на її вимогу іншим фізичним чи юридичним особам з метою схилити цю особу до протиправного використання наданих їй службових повноважень чи пов'язаних з ними можливостей» [4].

Враховуючи особливості сучасної корупції, науковці роблять висновки про неможливість її ліквідації або стійкого зведення до незначного рівня за допомогою короткострокової цільової програми. Більше того, корупція без постійної протидії їй має властивість поширюватися. Враховуючи це, антикорупційна політика має стати постійною складовою частиною діяльності держави і турботою всього суспільства на основі створення стабільних загальнонаціональних основ запобігання та протидії корупції, що розраховані на тривалу історичну перспективу [1, с. 28].

Список використаних джерел та літератури:

1. Мовчан А.В. Актуальні проблеми реформування системи забезпечення протидії корупції в Україні / Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі [Текст]: матеріали II Міжнар. наук.практ. конф. (Київ, 8 груд. 2017 р.) / [редкол.: В. В. Черней, С. Д. Гусарев, С. С. Чернявський та ін.]. – Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2017. – 412 с. (авт. С. 143-146)
2. Науково-практичний коментар до Закону України «Про запобігання корупції» / Наук. ред. Хавронюк М. І. – К.: Ваїте, 2018. – 472 с.
3. Новак А.М. Національна антикорупційна політика: особливості та основні чинники розвитку в умовах сучасного державотворення / А.І. Новак // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2017. – вип. 3 (34). – С. 62-66.
4. Новак А.М. Реалізація національної антикорупційної політики в процесі трансформації системи публічного управління: організаційний аспект / А.М. Новак // Право та державне управління. – 2018. – №3 (32). – С. 143-147.
5. Нуруллаєв І.С. О. Міжнародне-правове співробітництво в системі Ради Європи у боротьбі з корупцією: монографія / І.С.О. Нуруллаєв. – Київ: Алерта; КНТ; ЦУЛ, 2009. – 160 с.
6. Подоляка С.А. Перспективи застосування зарубіжного досвіду організації та діяльності суб'єктів протидії корупції в органах прокуратури / С.А. Подоляка // Право і суспільство. - №1. – 2018. – С.183-189.

Тесленко Д., здобувач магістратури
кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Суть та зміст поняття державне управління, його суб'єкти у сфері зайнятості населення

Проблеми забезпечення зайнятості населення в державі та боротьба з безробіттям, яке останнім часом набуває масового характеру, є одними з найбільш складних проблем в Україні, та такими, що важко розв'язується. Варто зазначити, що такі проблеми є триваючими і мають місце у всіх державах світу, у тому числі й розвинутих країнах з ринковою економікою.

Саме тому питання зайнятості населення стало об'єктом регулювання міжнародного права. Так, Резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. була прийнята і проголошена Загальна декларація прав людини, як завдання, до виконання якого повинні прагнути всі народи і всі держави з тим, щоб кожна людина і кожний орган суспільства, завжди маючи на увазі цю Декларацію, прагнули шляхом освіти сприяти поважанню цих прав і свобод і забезпеченню, шляхом національних і міжнародних прогресивних заходів, загального і ефективного визнання і здійснення їх як серед народів держав-членів Організації, так і серед народів територій, що перебувають під їх юрисдикцією. Це перший документ універсального характеру, який на міжнародному рівні, поміж інших основних громадянських, політичних, соціально-економічних та культурні прав, проголосив, що кожна людина має право на працю, на вільний вибір роботи, на справедливі і сприятливі умови праці та на захист від безробіття. І саме до забезпечення цього, та інших проголошених прав та стандартів, прагнуть слідувати усі країни світу. Беручи до уваги Загальну декларацію прав людини, Урядами держав – членів Ради Європи 04 листопада 1950 було підписано Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод, якою визначається заборона щодо примусової праці.

Варто зазначити, що ще у 1919 році урядами різних країн для підтримки міжнародного співробітництва у справі забезпечення миру в усьому світі й зменшення соціальної несправедливості за рахунок поліпшення умов праці та боротьби з безробіттям була заснована Міжнародна організація праці.

Міжнародною організацією праці було прийнято ряд конвенцій та рекомендацій з питань зайнятості та безробіття. Україною, зокрема, була ратифікована ухвалена Міжнародною організацією праці 29 жовтня 1919 року Конвенція № 2 про безробіття. Цією Конвенцією, визначено, що будь-який член Організації, що ратифікує цю Конвенцію, встановлює систему безплатних державних бюро зайнятості під контролем центрального органу. Заснуються комітети, в яких репрезентовано підприємців і працівників, з метою консультації з питань, котрі стосуються функціонування таких бюро.

При цьому, за паралельного існування безплатних державних та приватних бюро зайнятості вживають заходів для узгодження діяльності цих установ у загальнодержавному масштабі.

Отже, Конвенція № 2 передбачає наявність як державних органів, так і не державних установ, на яких би покладалися функції щодо забезпечення зайнятості населення.

Також, у Конвенції № 2 від 1919 року визначалося, що члени Міжнародної організації праці, які ратифікують цю Конвенцію і встановили систему страхування на випадок безробіття, вживають на умовах, погоджених між заінтересованими членами, заходів з тим, щоб зайняті роботою громадяни однієї з країн - членів Організації, які працюють на території іншого члена Організації, одержували страхову допомогу в тому самому розмірі, що й зайняті роботою громадяни останнього.

Таким чином, саме у Конвенції № 2 від 1919 року закладено основи теперішньої системи загальнообов'язкового державного страхування на випадок безробіття.

Також, Україною ратифіковано Конвенцію про політику в галузі зайнятості № 122, ухвалену Міжнародною організацією праці 19 липня 1964 року, у статті 1 якої визначається, що з метою стимулювання економічного зростання й розвитку, піднесення рівня життя, задоволення потреб у робочій силі та ліквідації безробіття і неповної зайнятості кожний член Організації проголошує і здійснює як головну мету активну політику, спрямовану на сприяння повній, продуктивній і вільно вибраній зайнятості.

Ця політика має на меті забезпечувати, щоб [2]:

- була робота для всіх, хто готовий стати до роботи і шукає роботу;
- така робота була якомога продуктивнішою;
- була свобода вибору зайнятості і найширші можливості для кожного працівника здобути підготовку та використовувати свої навички і здібності для виконання роботи, до якої він придатний, незалежно від раси, кольору шкіри, статі, релігії, політичних поглядів, іноземного походження чи соціального походження.

За Конвенцією № 122 політика, що спрямована на сприяння повній, продуктивній і вільно вибраній зайнятості, враховує належним чином стадію і рівень економічного розвитку та взаємний зв'язок між цілями в галузі зайнятості й іншими економічними та соціальними цілями, і здійснюється за допомогою методів, що відповідають національним умовам та практиці.

Конвенція № 122 визначає, що за допомогою методів, котрі відповідають національним умовам, і тією мірою, наскільки в якій дають змогу ці умови, кожний член Організації:

- визначає і періодично переглядає в межах координованої економічної та соціальної політики заходи, яких треба вжити для досягнення повної, продуктивної і вільно вибраної зайнятості;

- вдається до таких кроків, які можуть бути потрібні для застосування цих заходів, вводячи до них у тих випадках, коли це доцільно, розроблення програм.

Також, Конвенцією № 122 передбачено, що застосовуючи цю Конвенцію, представники кіл, заінтересованих у планованих заходах, зокрема представники роботодавців і працівників, залучаються до консультацій відносно політики в галузі зайнятості, для того щоб цілком урахувати їхній досвід і думку та заручитися їхнім повним співробітництвом у формуванні й підтримці такої політики.

Слід зазначити, що не всі акти Міжнародної організації праці у сфері зайнятості населення та захисту від безробіття, на сьогодні, ратифіковані Україною. До таких актів, належить зокрема, Конвенція про сприяння зайнятості та захист від безробіття № 168, ухвалена Міжнародною організацією праці 21 червня 1988 року, у якій підкреслено важливість праці й продуктивної зайнятості в будь-якому суспільстві не тільки у зв'язку з ресурсами, котрі таким чином створюються для співтовариства, а й у зв'язку з доходом, одержаним внаслідок цього працівниками, у зв'язку із соціальною роллю, яку працівники дістають завдяки їм, та з почуттям самоповаги, якого набувають працівники. Крім того, Конвенція № 168 визначає, що результатом реалізації заходів спрямованих на захист від безробіття та політики в галузі зайнятості має стати те, щоб уся система захисту від безробіття і, зокрема методи надання допомоги по безробіттю сприяли створенню повної, продуктивної і вільно вибраної зайнятості й справляли б такий вплив, щоб роботодавці були зацікавлені пропонувати працівникам продуктивну зайнятість, а працівники - шукати таку зайнятість.

Питанням зайнятості, працевлаштування та захисту від безробіття присвячено і низку статей Європейської соціальної хартії (переглянутої) ратифікованої Законом України «Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої)». Головною метою Хартії є забезпечити реальне здійснення права людини на працю і вважати основним завданням держави досягнення стабільного і високого рівня зайнятості, маючи метою досягнення повної зайнятості населення [12, с.213].

За Європейською соціальною хартією до обов'язків держав, які ратифікували цю Хартію, у сфері забезпечення права громадян на зайнятість і працевлаштування належать:

- ефективно захищати право працівника заробляти собі на життя професією, яку він вільно обирає;

- створювати безкоштовні служби працевлаштування для всіх працівників або забезпечувати їхнє функціонування;

- забезпечувати належну професійну орієнтацію, підготовку та перекваліфікацію або сприяти їм;

- забезпечувати рівні можливості та рівне ставлення до них у вирішенні питань щодо працевлаштування та професії без дискримінації за ознакою статі, раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного або соціального походження, стану здоров'я, належності до національної меншини, народження, наявності сімейних обов'язків, або інших обставин;

- приділяти особливу увагу працевлаштуванню соціально незахищених верств населення, зокрема осіб з інвалідністю, тривало безробітних, підлітків, тощо.

В Україні, поняття зайнятість визначено у Законі України «Про зайнятість населення». За статтею 1 цього Закону зайнятість визначається як не заборонена законодавством діяльність осіб, пов'язана із задоволенням їх особистих та суспільних потреб з метою одержання доходу (заробітної плати) у грошовій або іншій формі, а також діяльність членів однієї сім'ї, які здійснюють господарську діяльність або працюють у суб'єктів господарювання, заснованих на їх власності, у тому числі безоплатно.

Слід зазначити, що варто розрізняти поняття «зайнятість» і «працевлаштування». Необхідно врахувати, що поняття працевлаштування більш вузьке, ніж поняття зайнятості. Працевлаштування – це комплекс правових, економічних та організаційних заходів, спрямованих на забезпечення реалізації права особи на працю, а саме на реалізацію її трудової функції. Працевлаштування передуює зайнятості і є його найважливішою гарантією.

У Законі України «Про зайнятість населення» визначено категорії осіб, які належать до зайнятого населення. Так, відповідно до статті 4 названого Закону до зайнятого населення належать:

- особи, які працюють за наймом на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством;
- особи, які забезпечують себе роботою самостійно (у тому числі члени особистих селянських господарств);
- особи, проходять військову чи альтернативну (невійськову) службу;
- особи, які на законних підставах працюють за кордоном та які мають доходи від такої зайнятості;
- особи, які навчаються за денною або дуальною формою здобуття освіти у закладах загальної середньої, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти та поєднують навчання з роботою.

За статтею 3 Закону України «Про зайнятість населення» до зайнятого населення також належать:

- непрацюючі працездатні особи, які фактично здійснюють догляд за дитиною з інвалідністю, особою з інвалідністю I групи або за особою похилого віку, яка за висновком медичного закладу потребує постійного стороннього догляду або досягла 80-річного віку, та отримують допомогу, компенсацію та/або надбавку відповідно до законодавства;
- батьки - вихователі дитячих будинків сімейного типу, прийомні батьки, якщо вони отримують грошове забезпечення відповідно до законодавства;
- особа, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, та одержує грошову допомогу на догляд за нею відповідно до законодавства.

Зайнятість населення тісно зв'язана із задоволенням потреби людини в праці. Слід зазначити, що відповідно до статті 43 Конституції України кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується. При цьому, за Конституцією України

використання примусової праці забороняється. Не вважається примусовою працею військова або альтернативна (невійськова) служба, а також робота чи служба, яка виконується особою за вироком чи іншим рішенням суду або відповідно до законів про воєнний і про надзвичайний стан.

Гбур З. В., д.н. держ.упр., професор,
професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика
<https://orcid.org/0000-0003-4536-2438>

УДК 351.86

Основні напрями використання Siri в системі оборони України

Дослідження в області штучного інтелекту у військовій галузі ведуться за різними напрямками. Це створення систем, які основані на певних знаннях, створення нейросистем, систем евристичного пошуку. У багатьох розвинених країнах теорія впровадження штучного інтелекту у системи оборони використовуються при створенні одного із найбільш перспективних класів автоматизованих інформаційних систем військового призначення.

Важливим напрямом впровадження досягнень штучного інтелекту у військовій справі є створення та експлуатація так званих "експертних систем", які допомагають миттєво прийняти рішення у складних ситуаціях, які потребують вивчення та досліджень. Їх формує комплекс програмних засобів, які реалізують методи штучного інтелекту, основані на отриманих знаннях. Це дозволяє сформувати такі моделі, на основі яких приймаються рішення, отримуються нові знання, вирішуються інтелектуальні практичні завдання, пояснюються ситуації та події. До складу таких систем входить 4 елементи.



Рис.1. Послідовність роботи асистентів та помічників, що діють на базі штучного інтелекту

Джерело: Военный энциклопедический словарь

Для того, щоб забезпечити комунікаційні процеси між машиною та людиною, використовуються лінгвістичні процесори, які приводяться в дію голосовими асистентами. На сьогодні в світі використовуються різні віртуальні помічники – голосові асистенти. До їх списку відноситься Siri (для продукції компанії Apple), Cortana (у Microsoft), Alexa (для виробничих процесів Amazon) і Google Assistant. В

Росії випущений свій аналог голосового асистента - Аліса від компанії "Яндекс" (Хассельбах, 2019).

Що стосується популяризації даних систем, то можна чітко зауважити, що розвинені країни використовують голосовий помічник Siri, інші ж аналоги не мають такої популярності. Для прикладу, за даними 2019 року за дослідженнями фінансового інституту Postbank, 32% населення Німеччини час від часу спілкуються за допомогою голосового асистенту. При цьому 48% з даних людей – є людьми групи до 40 років (Хассельбах, 2019). На сьогодні найпопулярніший голосовий асистент Siri використовується практично у всіх популярних пристроях Apple по всьому світу. Він продовжує розвиватися, розширюючи мовні версії. Сьогодні Siri підтримує англійську, французьку, німецьку, російську, японську, корейську, китайську, нідерландську, тайську, італійську, іспанську, португальську, датську, турецьку, шведську, арабську, малайську, фінську мови. Української мови на даний момент Siri не розуміє, однак Apple вже працюють над розробкою української мовної версії, що дозволить повною мірою використовувати голосовий асистент і на території України (Maximum, 2020).

Раніше Siri була доступна лише на iPhone. Однак зараз вона знайшла застосування практично в кожному гаджеті компанії Apple. У порівнянні з багатьма іншими голосовими асистентами, Siri не має можливості спілкуватися, використовуючи повідомлення, однак в цьому і немає необхідності. Технологія голосового набору розпізнає текст з високою ефективністю, вона дозволяє пришвидшувати пошук, запити та запис необхідних даних у 5 разів швидше. Головна властивість розробки - прискорення реакції, що і є основною перевагою помічника, який можна застосовувати у військовій діяльності.

Але наскільки виправданим буде використання даного помічника в системі оборони країни? Тим більше, якщо мова йде про американську розробку, яка відправляє всі запити на централізований центр обробки даних, після чого видає результат? За даними статистики (Iribarren, 2019) більшість користувачів Siri хвилюються щодо захисту особистої інформації, то ж такі аспекти вимагають більш детального дослідження при застосуванні Siri у системі оборони.

Однак, незважаючи на те, що в системі працює механізм теорії прийняття рішень, Siri недоступна можливість вирішення ситуації, запитань, запитів, які не передбачаються алгоритмом. Тобто запити, які попередньо не є описані, не можуть бути виконаними за допомогою голосового асистента. Розробники Siri мали за мету спростити, в першу чергу, життя цивільного населення, а тому цивільний функціонал Siri передбачений для забезпечення потреб цивільного населення (рис.5.)

Якщо говорити про використання голосового асистента для військових, то із зазначених функцій найбільш доречними були би можливість автоматизованого зачитування повідомлення або його набору, здійснення дзвінків, отримання інформації щодо погоди, вітру, опадів у певних населених пунктах тощо. Інші функції можна використовувати не під час ведення бою.

Отже, створення алгоритму є основою для того, щоб голосовий асистент функціонував, а тому для того, щоб створити асистента, який буде максимально

націлений на задоволення військових потреб, потрібно здійснити ряд дій із навчання Siri у військовій справі. З такою метою Siri можна буде визначити як запитально-відповідальну систему. Вона може застосовуватися для обробки звичайної мови з метою отримання відповідей чи рекомендацій.

Що стосується використання штучного інтелекту у США, то він буде використовуватися більшою мірою для бойових літаків. Планується, що за рахунок цього винищувачі зможуть реагувати в бою швидше чим пілоти, до того використання штучного інтелекту дозволить приймати рішення швидше в ближньому повітряному бої (Мисник, 2019). США вже давно займається розробкою штучного інтелекту для армії, зокрема сьогодні вона вже використовується в польоті U2, що дозволяє керувати літаком в ході тренувального польоту, який було здійснено з авіабази Біл (штат Каліфорнія) така система контролювала сенсори і тактичну навігацію літака. Алгоритм успішно виконував функції, які зазвичай виконуються другим пілотом і дозволив першому пілоту повністю сконцентруватися на своїх завданнях (Коммерсантъ, 2020).

Таким чином, сьогодні можна стверджувати, що використання голосових асистентів у системі оборони України дозволить створити високошвидкісні прямі контакти між людиною та машиною, машиною та людиною, людиною та людиною.. Що стосується безпосередньо Siri та можливості її інтеграції у систему оборони України, то на сьогодні, враховуючи те, що система централізовано керується не з території України, використання її для бойових дій суперечать безпеці країни. Отримані дані у результаті ведення воєнних операцій можуть без перешкод використовуватися особами, які мають доступ до зберігання інформації. Окрім того, використання системи Siri можливо тільки за наявності пристроїв Apple у солдатів та підключення до мережі Інтернет, що є неможливим в місцях ведення боїв, оскільки більшість сигналів є заблокованими або можуть перехвачуватися розвідкою противника. Враховуючи що Siri розпізнається виключно пристроями Apple, які не адаптовані для військових умов, використання таких пристроїв в польових умовах, на полі бою є неможливим.

Основними ризиками використання голосових асистентів в системі оборони є:

- обмеження методів штучного інтелекту, пов'язані з неповним врахуванням етичних норм, що особливо важливо під час ведення бою, коли питання життя, збереження здоров'я, правильного вибору з точки зору військової етики та людської моралі є більш важливими, чим оперативність прийняття рішення.
- недостатній розвиток налаштувань когнітивних систем, які приводять до неадекватної комунікації в системі "людина-штучний інтелект", неточне, неправильне розуміння запиту, що призводить до отримання неправильної відповіді, які може дезорієнтувати військового.
- проблеми поєднання штучного інтелекту та інтелекту людини, необхідність підготовки людини до роботи із штучним інтелектом. Це стосується приведення спілкування до єдиних стандартів, які будуть зрозумілими як для людини, так і для машини.

- некоректні початкові дані для систем, які налаштовується шляхом самоосвіти, непередбачені результати які суперечать інтересам людини.

- неправомірне використання методів штучного інтелекту в різних областях, наприклад, в області державного управління, коли отримані дані можуть використовуватися з комерційною метою певних урядовців.

- випадковий вплив противника на комплекси, що керується штучним інтелектом, що призведе до виведення їх із роботи або до перехоплення, спотворення чи зміни даних.

- випадкові відхилення траєкторії розвитку та воєнних інтелектуальних систем від очікуваної території.

- свідоме (інтелектуальне) відхилення траєкторії розвитку само організованих воєнних інтелектуальних систем від очікуваної траєкторії.

- відпрацювання власних, невластивих для людей цінностей воєнної інтелектуальної системи, свідомо протидія у власних цілях проти людей.

Отже, Siri - один із найпопулярніших голосових асистентів, які використовуються для автоматизації комунікативних процесів, допомагає здійснювати організаційні функції за допомогою мобільного телефону та виконувати розважальні завдання. Програмний продукт створений розробником Apple для того, щоб спростити управління технікою Apple та пришвидшити взаємодію між комп'ютером та споживачем продукції розробника. В основі голосового асистента Siri (і будь-якого іншого голосового асистента) лежать функції автоматизованого набору текстів, системного аналізу, теорії прийняття рішень та теорії управління. Всі ці функції об'єднуються в єдину систему за допомогою штучного інтелекту, який оцінюючи запрограмовані алгоритми, може видавати рішення, які відповідатимуть запиту з найбільшою ймовірністю. Основною важливою умовою використання таких систем є побудова алгоритмів взаємодії.

Автоматизовані інформаційні системи військового призначення, які базуються на штучному інтелекті, використовуються для підтримки прийняття урядових та командуючих рішень, використання систем у складі екіпірування піхотинців та інших військових службовців, використання в бортових системах управління різного призначення. На сьогоднішній день системи штучного інтелекту активно використовуються у розвинених країнах. Зокрема в США системи штучного інтелекту використовуються для автоматизації польотів в межах розроблених систем автоматизації систем оборони. Разом з тим у Росії запущена програма з розроблення голосового асистенту, який створюється за аналогією Siri для того, щоб забезпечити службовцям можливість максимального зосередження на об'єкті без переключення уваги та звернення до портативного комп'ютера, який буде присутній в екіпіровці солдата майбутнього. Така система буде не тільки забезпечувати можливість групового прийняття рішення, однак і швидкої комунікації, а також надання інформації про об'єкти дослідження, збір даних про стан здоров'я можливі небезпеки та перспективи.

На сьогоднішній день існує багато аналогів Siri, зокрема Google assistant, Microsoft Cortana, Amazon Alexa та Аліса від компанії Яндекс, однак жодна із них повною мірою не може використовуватися для військових цілей, оскільки вони налаштовані на девайси, які не передбачають можливість використання під час бойових дій. Для початку, такі бойові девайси повинні бути захищені від бруду, царапин, води, окрім цього вони повинні постійно бути підключеними до мережі, що неможливо в умовах ведення бою. Саме тому голосові асистенти можуть використовуватися у системах оборони країн, однак вони повинні створюватися за аналогією до існуючих і прив'язуватися до пристроїв, які будуть функціонувати незалежно від наявності інтернету чи певного розробника мобільного телефона чи комп'ютера. Основними напрямками використання таких систем є: пришвидшення комунікативних процесів, швидке інформування, можливість групового прийняття рішення, отримання оперативних даних про об'єкти дослідження, їх географічне розміщення, можливі напрями найшвидшого доступу до них, передача інформації про стан здоров'я, потреби у забезпеченні медикаментами, боєприпасами, іншими засобами.

Список використаних джерел та літератури:

1. Искусственный интеллект в военном деле. Военный энциклопедический словарь. *Энциклопедия* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://encyclopedia.mil.ru/encyclopedia/dictionary/details_rvsn.htm?id=13200@morfDictionary
2. Хассельбах, К. (2019) Alexa, Siri и прочие голосовые помощники способствуют сексизму и шпионажу? *DW*. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.dw.com/ru/alex-siri-i-prochie-golosovye-pomoshniki-sposobstvuyut-seksizmu-i-shpionazu/a-49336761>
3. Iribarren, M. (2019) Microsoft Releases Voice Assistant Usage Report, Finds Apple Siri And Google Assistant Tied at 36%, and 41% of Respondents Have Privacy Concerns. *Voicebot* [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://voicebot.ai/2019/04/28/microsoft-releases-voice-assistant-usage-report-finds-apple-siri-and-google-assistant-tied-at-36-and-41-of-respondents-have-privacy-concerns/>
4. Siri заговорить українською мовою: Apple шукає аналітика анотацій (2020) *Maximum* [Електронний ресурс].- Режим доступу: https://maximum.fm/novini_t2
5. Рассел, С., Норвиг, П. (2006) *Искусственный интеллект: современный подход*. М.: Вильямс.
6. McCulloch, W.S., Pitts, W. (1943) A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. *Bulletin of Mathematical Biophysics*. No 5.

Секція 4. ПСИХОЛОГІЯ

Завада Тетяна, кандидатка психологічних наук,
старша викладачка кафедри психології і психотерапії
Українського католицького університету

Панчишин Анастасія, бакалавриня
кафебри психології і психотерапії
Українського католицького університету

Образ тіла в контексті сексуальності у молодих матерів

Протягом усього свого життя жінки переживають (в більшій чи меншій мірі) тривожність і невдоволення щодо свого тіла [1]. В залежності від вікового періоду, їх турбують різні сторони сприйняття тіла: у молодому віці жінки стурбовані своїми формами, вагою та тим, яке враження справляють на оточення; у старшому віці – тривога спрямовується на виявлення ознак старіння.

Образ тіла, першочергово, визначає собою суб'єктивне сприйняття дійсності, яке не завжди може відповідати реальності. Це швидше відчуття людиною своїх форм, а не об'єктивні результати його вимірювання: ваги, росту і т.д.

Образ тіла сприймається людиною в межах норм і "краси" суспільства в якому вона перебуває. Досліджуючи жіночу сексуальність і тілесність, науковці виявили, що жінки у східних культурах піддаються більшій увазі, ніж чоловіки: їх тіла частіше розглядаються, оцінюються та сексуалізуються [2]. Така культурна об'єктивація жіночих тіл є проблематичною, так як сприяє підвищеному самоусвідомленню того, як її власне тіло виглядає перед іншими, особливо перед чоловікам [5]. Одним з можливих негативних наслідків інтерналізованої об'єктивації є сексуальна дисфункція [6]. Незадоволеність тілом у жінок, як правило, вимірюється відповідно до уявлень про надмірну вагу або наявність певних частин тіла, які є "занадто великими"[8].

Жінки з високим рівнем задоволеності тілом готові до більш різноманітнішого сексуального досвіду, переживають себе більш сексуально бажаними і повідомляють про меншу кількість сексуальних проблем, ніж ті, що мають низький рівень задоволення власним тілом [9].

В результаті народження дитини, тіло жінки зазнає значних трансформацій. Зміни форм тіла, гормональний дисбаланс, пологи (вагінальні чи то кесарів розтин), післяпологовий період, відновлення сексуального життя, грудне годування – відображається як на сексуальності, так і на образі тіла жінки. Незважаючи на те, що зв'язки між жіночою сексуальністю та образом тіла мають концептуальний сенс і підтримуються щоденним спостереженням [7], дана тема вивчена ще зовсім мало.

Об'єкт: образ тіла як психологічна категорія.

Предмет: образ тіла в контексті сексуальності у молодих матерів.

Мета: з'ясувати особливості образу тіла у молодих матерів в контексті їхньої сексуальності.

Група досліджуваних. В опитуванні взяли участь 100 жінок. З них: 41 молода матір (жінки, дітям яких не виповнилося більше 12 місяців); 36 жінок, які ніколи не народжували та 23 вагітних. Вік – 17 до 40 років.

У дослідженні були використані наступні **психодіагностичні методики:** Шкала самоусвідомлення образу власного тіла (Body Image Self-Consciousness Scale, Wiederman, 2000) [2], Багатофакторний опитувальник сексуальності (Multidimensional Sexuality Questionnaire, Snell, Fisher & Waiters, 1993) [3], опитувальник образу власного тіла Скугаревського, Сивухи [4] та анкета. У анкеті досліджувані давали відповіді на запитання, що стосувалися їхнього віку, соціального статусу, особливостей сексуального життя та задоволеності різними частинами свого тіла.

За допомогою порівняльного аналізу було виявлено, що для молодих матерів у порівнянні з вагітними жінками та жінками, які не народжували, характерні вищі показники сексуальної депресії ($p=0,01$), рис.1.

Молоді матері більш схильні до тенденції бути подавленими і засмученими щодо сексуальних аспектів свого життя. Можна припустити, що коли жінка народжує дитину, вона приділяє дуже багато часу контакту «матері і дитини», відповідно обмежуючи увагою свого чоловіка та сексуальний стосунок із ним. Також показник сексуальної депресії може бути високим у матерів в яких спостерігається післяпологова депресія.

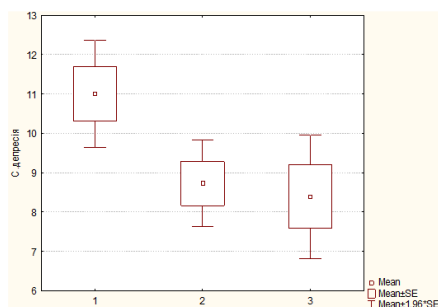


Рис. 3.2. Графічне зображення відмінностей між трьома групами за шкалою сексуальна депресія, де 1 – молоді матері, 2 – вагітні, 3 – жінки, які ніколи не народжували

Результати кореляційного аналізу вказують на статистично значущі зв'язки у групі молодих матерів. Зокрема:

- негативний образ власного тіла взаємопов'язаний зі схильністю переживати сексуальну напругу, дискомфорт, тривогу ($r= 0,30$); депресію щодо сексуальних аспектів свого життя ($r= 0,40$); а також пов'язаний зі страхом сексуальних стосунків ($r= 0,34$), рис.2.

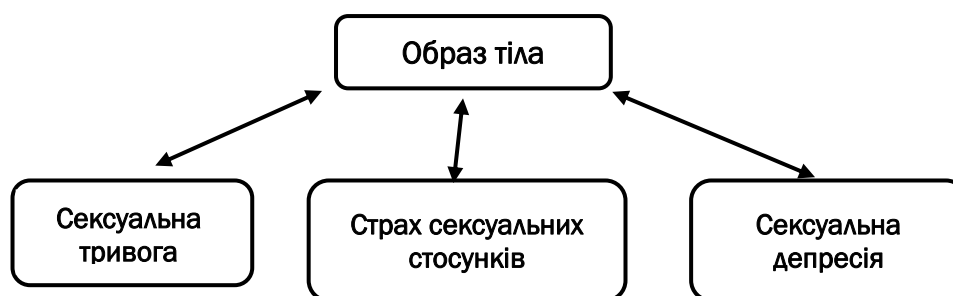


Рис. 2. Взаємозв'язок образу тіла з сексуальною тривогою, сексуальною депресією та страхом сексуальних стосунків

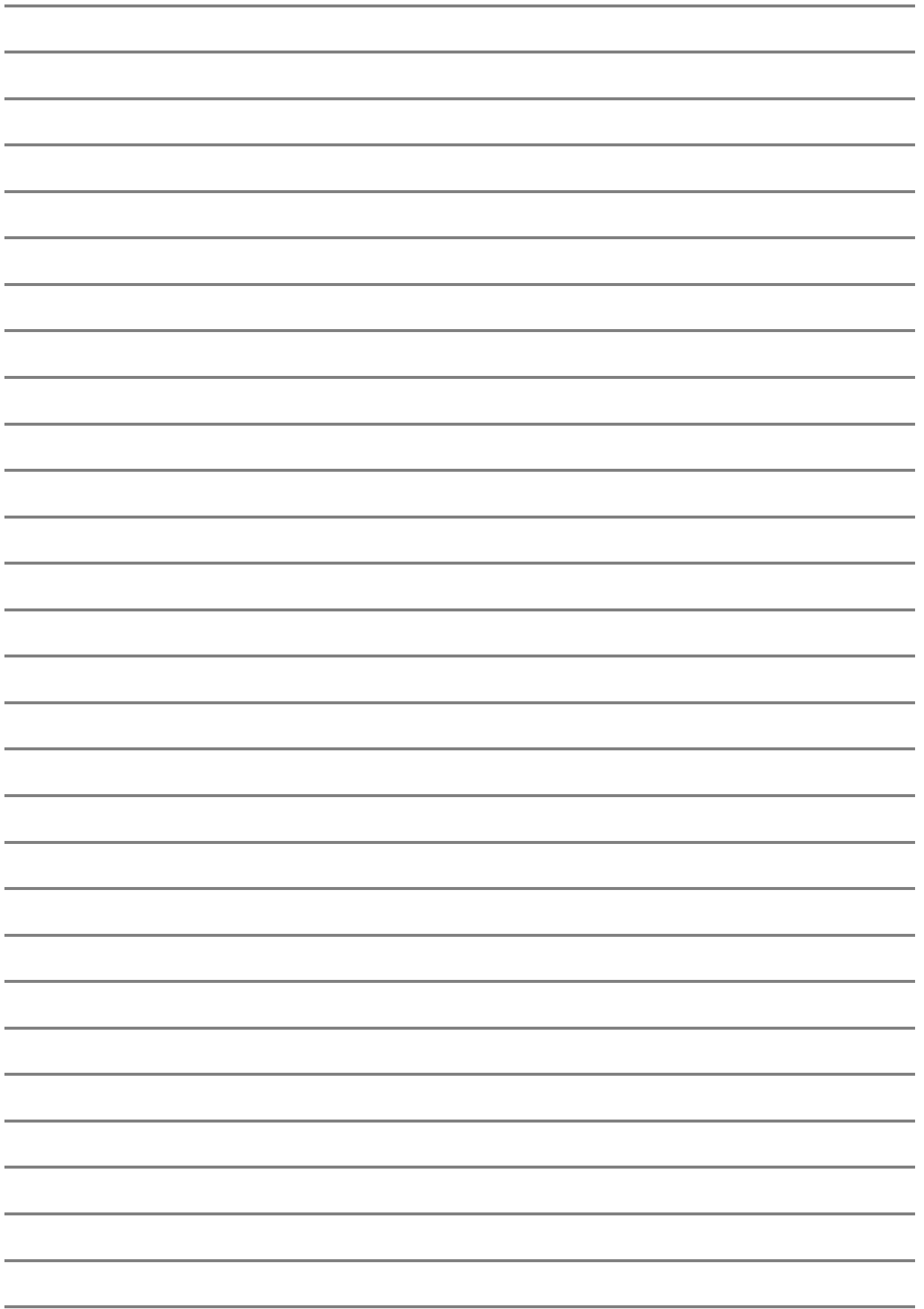
- позитивний образ власного тіла взаємопов'язаний з сексуальною впевненістю ($r = -0,49$), сексуальною мотивацією ($r = -0,22$) та задоволенням сексуальних стосунків ($r = -0,44$).

- образ тіла та самоусвідомлення власного тіла під час інтимної близькості з партнером взаємопов'язано зі схильністю до роздумів та аналізу про природу своєї сексуальності ($r = -0,26$).

Отже, існує зв'язок між сприйняттям свого тіла та сексуальністю у молодих матерів. Можна стверджувати, що жінки з більш позитивним образом тіла демонструють кращу сексуальну адаптацію. Отриманий результат є важливим і корисним для кращого розуміння психології жінки: її тіла та сексуальності, а також дані цього дослідження можна використати у роботі з тілесністю жінки та проблемами сприйняття власної сексуальності.

Список використаних джерел та літератури:

1. Anderson, B. L., & LeGrand, J. (1991). Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. *The Journal of Sex Research*, 28, 457–477
2. Dove, N., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 67-78.
3. Fredrickson, B. L. & Roberts. T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*. 27, 173-206.
4. Garner, D. M. (1991), *Eating Disorders Inventory-2: Professional manual*. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.
5. Snell W. E. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An Objective Self-Report Measure Of Psychological Tendencies Associated With Human Sexuality / W. E. Snell, T. D. Fisher, A. S. Waiters. // *A Journal of Research and Treatment*. – 1993. – С. 27–55.
6. Tiggemann, M. Body image across the life span in adult women. The role of self-objectivation // *Developmental Psychology*. 2001. Vol. 37. P. 243-253.
7. Wiederman, M. W. Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner // *The journal of sex research*. – 2000. – С. 60–68.
8. Wolf, N. *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. New York: Anchor Books. – 1991.
9. Скугаревский О. А. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки / О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха. // *Психологический журнал*. – 2006. – С. 40–48



НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«Взаємодія закладів охорони здоров'я
в межах госпітального округу: актуальні питання
та інноваційні аспекти»**

(9 грудня 2021 р.)

Частина I

Матеріали друкуються в авторській редакції

Організації від імені яких випущено видання:
Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

*Верстка: Білоус Т.В.
Дизайн: Бондаренко І.В.*

Підписано до друку 24.12.2021. Формат 60×84/16.
Умовно-друк. арк. 5,81. Тираж: 100 примірників.
Замовлення № 26958. Цифровий друк.
Папір офсетний. Гарнітура Franklin Gothic Book.

Віддруковано з готового оригінал-макету.

Видавець: ГО «Європейська наукова платформа»
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 18, офіс 81
Телефони: +38 098 1948380; +38 098 1956755 | E-mail: info@ukrlogos.in.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 7172 від 21.10.2020 р.

Виготовлювач друкованої продукції: Друкарня ФОП Гуляєва В.М.
08700, Україна, м. Обухів, вул. Малишка, 5. E-mail: 5894939@gmail.com
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 6205 від 30.05.2018 р.