

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ДНІПРОВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Михайлюта Вадим Вікторович

УДК 351.77:614.2:340.13:001.895

ДИСЕРТАЦІЯ
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ ПРАКТИКИ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ
АСПЕКТИ

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування
Галузь знань 28 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ В.В.Михайлюта

Науковий керівник:

Хожило Ірина Іванівна, доктор наук з державного управління, професор

Дніпро – 2025

АНОТАЦІЯ

Михайлюта В.В. Публічне управління сферою охорони здоров'я на засадах доказової практики: організаційно-правові аспекти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», Дніпро, 2024.

Галузь охорони здоров'я є фундаментальною економічною, політичною та соціально-актуалізованою категорією, що забезпечує стійкість національної економічної системи та суспільства в умовах невизначеності та ризиків (ризик пандемічних загроз, ризик війни). Саме тому в сучасному світі загалом, та в Україні зокрема, функціональне призначення сфери охорони здоров'я полягає не тільки у підвищенні якості життя громадян, розвитку людського капіталу держави тощо, а, насамперед, галузь охорони здоров'я розглядається як надзвичайно потужна (понад 1 млн. працівників) та пріоритетна галузь загального розвитку держави та є важливою складовою національної економічної системи.

Медична галузь постійно трансформується під впливом об'єктивних чинників оточуючого середовища – розвиток сучасних інформаційних та медичних технологій, управлінських механізмів, активна цифровізація економічно-соціальних відносин, розвиток робототехніки та запровадження інновацій в лікувальні процеси, розвиток вітчизняного законодавства медичної сфери відповідно до законодавства країн Європейського Союзу.

З урахуванням актуальності теми дисертаційного дослідження для сфери публічного управління та адміністрування, а також на підставі множинних викликів, що постають перед керівною ланкою медичних підприємств, у структурно-функціональному відношенні дисертаційне

дослідження охоплює три взаємопов'язані між собою і з метою дослідження компоненти: теоретичні основи публічного управління сферою охорони здоров'я; практико-орієнтований підхід щодо формування організаційно-функціональної спроможності медичної мережі територіальної громади; шляхи удосконалення публічного управління закладами медичної сфери на засадах доказової практики.

У першому розділі дисертаційного дослідження проведено ґрунтовний аналіз основних теорій, понять та категорій публічного управління сферою охорони здоров'я як об'єкту наукових досліджень; досліджено організаційні аспекти управління у сфері охорони здоров'я з позицій практико-орієнтованого підходу; здійснено аналіз правових основ публічного управління сферою охорони здоров'я на основі вітчизняного досвіду та досвіду зарубіжних країн.

Другий розділ дисертації присвячений проблемам дослідження практико-орієнтованого підходу у формуванні організаційно-функціональної спроможності медичної мережі територіальних громад в Україні. Проаналізовано фактори впливу на управління медичним підприємством в умовах кризового стану. Розглянуто управлінські підходи щодо визначення готовності системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах. Здійснено дослідження аспектів міжнародного співробітництва як інструменту доказової практики управління у сфері охорони здоров'я.

У третьому розділі роботи дослідницьку увагу було приділено визначенню основних шляхів удосконалення публічного управління закладами медичної сфери на засадах доказової практики. Зроблено обґрунтування інституційного забезпечення ефективного системного управління та розвитку закладів медичного профілю. Досліджено науково-методологічні аспекти реформування організаційно-економічного механізму розвитку сфери охорони здоров'я в сучасних умовах. Обґрунтовано основні

підходи в управлінні охороною здоров'я на засадах доказової практики (EBP -Evidence-Based Practice).

У дисертаційній роботі відзначається, що ефективність функціонування та розвитку сфери охорони здоров'я в значній мірі залежить від внутрішньо-державного механізму нормативно-правового забезпечення та процесів організаційного забезпечення діяльності підприємств медичної сфери. В даному аспекті особливу важливу роль відіграють владно-адміністративні структури та органи місцевого управління. Регуляторна ефективність державних управлінських органів у сфері медичного обслуговування та забезпечення є важливою детермінантою ефективного функціонування національних медичних систем, незалежно від рівня економічного розвитку країн, ступеня розвитку медичної системи держави та частки приватних медичних закладів в структурі медичної інфраструктури. Регуляторна роль держави в управлінні сферою охорони здоров'я в Україні не обмежується вирішенням проблем щодо регламентування та координації ринку медичних послуг, організації медичного сервісу та фінансування медичних закладів. Держава відіграє значиму роль у розвитку медичної сфери через управління та регулюючий вплив на інші важливі галузі національної економіки, що є взаємопов'язаними і впливають на ефективність сфери охорони здоров'я (розвиток галузі фармації, розвиток системи вищої медичної освіти та реабілітації тощо). В умовах невизначеності та кризового стану медичної сфери, що спричинений довготривалою війною, для української держави дедалі все більш важливого значення набуває діяльність органів виконавчої влади всіх рівнів, органів місцевого самоврядування, громадських інституцій з представниками міжнародної загальної та міжнародної медичної спільноти в рамках реалізації проєктів міжнародної технічної допомоги у сфері охорони здоров'я. У цьому напрямку найбільшу кількість практико-орієнтованих проєктів стосовно розбудови медичної інфраструктури в регіонах України та забезпечення безперебійного надання медичних послуг для населення

відіграли такі інституції як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий банк, Європейський Комісія, ЮНІСЕФ.

Тому актуальність дисертаційного дослідження безпосередньо зумовлена також зростаючим наголосом на розробці політики на основі фактичних даних глобальними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий банк, Європейська комісія, ЮНІСЕФ. Ці організації виступають за інтеграцію наукових даних у політику охорони здоров'я та управлінські рішення для вирішення складних проблем охорони здоров'я, таких як нерівність у здоров'ї, старіння населення та зростання поширеності хронічних захворювань.

Розробка та впровадження практики, заснованої на доказах (*EBP - Evidence-Based Practice*) в управлінні охороною здоров'я, є наріжним каменем сучасних систем охорони здоров'я в усьому світі. В епоху стрімкого технологічного прогресу, зростаючих вимог до охорони здоров'я та обмежених ресурсів оптимізація процесів прийняття рішень за допомогою підходів, що ґрунтуються на фактичних даних, забезпечує більш ефективний розподіл ресурсів, покращує показники здоров'я населення та підвищує якість медичних послуг. Інтеграція принципів ЕВР в управління охороною здоров'я не тільки змінила надання медичної допомоги, але й ідентифікувала критичну потребу в надійних організаційних і правових структурах для підтримки цієї парадигми.

Разом з тим, практичне застосування ЕВР-підходу в управлінні системою охороною здоров'я часто стикається з бар'єрами, включаючи інституційну інерцію, правову неясність та недостатню організаційну спроможність. Вирішення цих проблем має важливе значення для створення стійких систем охорони здоров'я, здатних ефективно реагувати на сучасні та майбутні виклики, які постають перед національною системою охорони здоров'я. Найбільш масштабними з них є виклик пандемії COVID-19 та виклик війни в європейському регіоні.

Вперше розроблено та обґрунтовано комплексну структурно-функціональну модель, яка об'єднує організаційні та правові аспекти з метою імплементації науково-обґрунтованих зарубіжних та вітчизняних практик у сфері управління охороною здоров'я. Основою цієї комплексної структурно-функціональної моделі виступає взаємодія між структурами управління, правовими механізмами та практикою, орієнтованою на доказах (*EBP - Evidence-Based Practice*), що створює універсальний характер її застосування на основі адаптованості та інтегрованості до публічноуправлінського функціоналу на різних рівнях діяльності установ, закладів та підприємств сфери охорони здоров'я в умовах дії правового режиму воєнного стану в Україні.

Дістали подальшого удосконалення у сфері публічного управління та адміністрування системою охорони здоров'я:

- існуюча база термінів, визначень, понять та категорій шляхом упровадження нового поняття «*доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я*» (*EBP -Evidence-Based Practice*), яке окреслює сутність публічноуправлінської діяльності, яка здійснюється у медичній галузі в умовах надзвичайних ситуацій чи суспільної кризи (війна, пандемія тощо) за відсутності чітких галузевих регламентів національного рівня, а організаційний механізм управління реалізується, переважно, на мікрорівні (*Low-Line Management*). У функціональному аспекті контент поняття «*доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я*» передбачає розробку та реалізацію органами місцевого самоврядування місцевих програм у сфері охорони здоров'я та участь суб'єкта управління в проектах міжнародної технічної допомоги;

- система моніторингу та оцінювання (кількісне визначення) спроможності медичного підприємства до запровадження ЕВР-підходу на основі визначення для кожного параметра доказової практики обґрунтованого критерію готовності по 5-ти бальній шкалі оцінювання. Кількісна оцінка менше 3-х балів характеризує управлінську діяльність

медичного підприємства в рамках ЕВР-підходу як традиційну, а не інноваційну модель публічного управління медичною сферою;

– методологічні підходи щодо застосування інноваційних стратегій інтеграції міждисциплінарної співпраці в системи управління охороною здоров'я для посилення впровадження практик, що ґрунтуються на фактичних даних (мультидисциплінарні команди; використання цифрових платформ для співпраці; інноваційні моделі управління; інтеграція соціальних і медичних послуг; технологічно підсилена телемедицина; використання штучного інтелекту для підтримки співпраці; принципи соціально-орієнтованої колаборації; використання новітніх технологій і баз даних для ухвалення управлінських рішень);

Набули подальшого розвитку:

– організаційний механізм імплементації технологій науково-обґрунтованих практик в управлінні організаціями системи охорони здоров'я на основі застосування таких інструментів: лідерство в умовах багаторівневого управління та ефективний розподіл ресурсів у сфері охорони здоров'я;

– засади застосування правових аспектів у сфері публічного управління охороною здоров'я в контексті практико-орієнтованих підходів, які розмежовані на групи законодавчої регламентації, державно-виконавчого впливу та профільного-проектного нормозабезпечення.

Практичне значення отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що в роботі проведено узагальнення теоретичних та методичних положень за темою дисертаційного дослідження. Запропоновані автором методичні підходи доведено до рівня практичних рекомендацій, використання яких у процесі управління медичними підприємствами в умовах невизначеності чи кризового стану буде сприяти оптимізації використання галузевих ресурсів, у тому числі людських ресурсів, а також буде сприяти забезпеченню ефективного функціонування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на рівні територіальних

громад України. Також результати дисертаційної роботи використовуються при викладанні освітніх компонентів за такими навчальними дисциплінами: «Громадське здоров'я» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування в НТУ «Дніпровська політехніка».

Особистий внесок здобувача. Виконана дисертація є завершеною самостійно виконаною науковою працею. Усі положення, пропозиції та рекомендації, представлені до захисту, розроблені особисто автором. Внесок автора у зміст спільно опублікованих наукових праць [81; 250] відображено у додатку А.

Ключові слова: Публічне управління та адміністрування, охорона здоров'я, організаційно-правові аспекти, європейська інтеграція, медичне підприємство, заклад охорони здоров'я, стратегія, кластер.

ABSTRACT

Mykhailiuta V.V. Public Administration of the Healthcare Sector Based on Evidence-Based Practice: Organizational and Legal Aspects. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Theses for obtaining a scientific degree of the Doctor of Philosophy in the field of knowledge 281 – Public Administration. – Dnipro University of Technology, Dnipro, 2024.

The healthcare sector represents a fundamental economic, political, and socially relevant category that ensures the resilience of the national economic system and society in conditions of uncertainty and risks (e.g., pandemic threats and war). Consequently, in today's world in general, and in Ukraine in particular, the functional role of healthcare is not limited to improving citizens' quality of life

or developing human capital. It is also viewed as a critically important and priority sector for the overall development of the national economy, employing over 1 million workers.

The medical sector is undergoing constant transformation under the influence of external environmental factors, including the development of modern information and medical technologies, management mechanisms, active digitization of socio-economic relations, advancements in robotics, and the implementation of innovations in medical treatment. Additionally, domestic healthcare legislation is evolving to align with the legal framework of the European Union.

Given the relevance of this dissertation research to public governance and administration, as well as the multitude of challenges faced by the leadership of medical enterprises, the study is structured around three interrelated components: the theoretical foundations of public healthcare management; a practice-oriented approach to building the organizational and functional capacity of healthcare networks within local communities; and pathways for improving public management of healthcare institutions through evidence-based practice.

The first chapter provides an in-depth analysis of core theories, concepts, and categories in public healthcare management as a subject of scientific inquiry. It explores the organizational aspects of healthcare management from a practice-oriented perspective and examines the legal foundations of public healthcare management, drawing on domestic and international experiences.

The second chapter addresses issues related to the application of a practice-oriented approach in forming the organizational and functional capacity of local community healthcare networks in Ukraine. Factors influencing the management of medical enterprises during crises are analyzed. Management strategies for assessing the readiness of local community healthcare systems to operate under emergency conditions are examined. Furthermore, international cooperation is studied as a tool for evidence-based healthcare management.

The third chapter focuses on identifying key pathways for improving public management of healthcare institutions through evidence-based practice (EBP). Institutional mechanisms for effective systematic management and development of healthcare facilities are substantiated. Scientific and methodological aspects of reforming the organizational and economic mechanisms of healthcare development under contemporary conditions are explored. Key approaches to EBP-based healthcare management are justified.

The dissertation highlights that the efficiency of the healthcare sector largely depends on the internal mechanisms of regulatory and organizational support for healthcare enterprises. In this context, administrative structures and local governance bodies play a crucial role. The regulatory effectiveness of government agencies in healthcare management is a critical determinant of national healthcare system performance, regardless of a country's level of economic development or the proportion of private healthcare facilities in its infrastructure.

In Ukraine, the regulatory role of the state in healthcare management extends beyond addressing issues of market regulation, medical service coordination, and healthcare financing. The state also plays a significant role in developing healthcare through its influence on related sectors of the economy, such as pharmacy, higher medical education, and rehabilitation systems. Amid uncertainty and crises exacerbated by prolonged war, the role of public administration at all levels, local self-government bodies, and civil society in collaboration with international medical organizations has grown significantly. Institutions such as the World Health Organization (WHO), the World Bank, and the European Commission have been instrumental in implementing practice-oriented projects to develop Ukraine's healthcare infrastructure and ensure uninterrupted medical services.

The dissertation underscores the rising emphasis by global organizations like WHO, the World Bank, and the European Commission on evidence-based policymaking to address complex healthcare challenges, including health inequality, aging populations, and the increasing prevalence of chronic diseases.

The adoption of EBP in healthcare management has become a cornerstone of modern health systems worldwide, optimizing decision-making processes, improving population health outcomes, and enhancing the quality of medical services.

However, practical application of the EBP approach often faces barriers such as institutional inertia, legal ambiguity, and insufficient organizational capacity. Addressing these challenges is critical to building sustainable healthcare systems capable of responding effectively to contemporary and future challenges, including the COVID-19 pandemic and the ongoing war in the European region.

For the first time, a comprehensive structural-functional model has been developed and substantiated, integrating organizational and legal aspects to implement scientifically grounded international and domestic practices in healthcare management. The foundation of this comprehensive structural-functional model is the interaction between management structures, legal mechanisms, and evidence-based practice (EBP), ensuring its universal applicability through adaptability and integration into public administration functions at various levels of healthcare institutions, organizations, and enterprises. This model is designed to function effectively within the legal framework of martial law in Ukraine.

They have further improved in the field of public administration of the health care system:

- existing terms, definitions, concepts and categories through the introduction of a new concept of "evidence of public management in the field of health care" (EBP -Evidence -Based Practice), which outlines the essence of public administration, which is carried out in the medical sector of emergencies or social. national level regulations, and the organizational management mechanism is implemented mainly at the micro level (Low-Line Management).In functional aspect, the content of the concept of "evidence practice of public management in the field of health care" provides for the development and implementation of local self -government bodies of local self -government programs in the field of health

care and participation of the entity management in international technical assistance projects;

- the system of monitoring and evaluation (quantitative determination) of the capacity of a medical enterprise to introduce an EBP approach based on the definition for each parameter of evidence-based practice of a well-established readiness criterion on a 5-point score. The quantitative assessment of less than 3 points characterizes the management activity of a medical enterprise within the EVR approach as a traditional rather than an innovative model of public management of the medical sphere;

- methodological approaches to applying innovative strategies for integrating interdisciplinary collaboration into healthcare management systems to enhance the implementation of evidence-based practices, including: multidisciplinary teams; the use of digital collaboration platforms; innovative management models; the integration of social and medical services; technology-enhanced telemedicine; the use of artificial intelligence to support collaboration; principles of socially oriented collaboration; and the use of advanced technologies and databases for managerial decision-making;

Further development has been achieved in:

- the organizational mechanism for implementing evidence-based practice technologies in healthcare system management, based on the application of the following tools: leadership in the context of multi-level governance and effective resource allocation in the healthcare sector;

- the principles of applying legal aspects in public healthcare governance within the framework of practice-oriented approaches, categorized into groups of legislative regulation, state-executive influence, and sectoral-project regulatory support.

The practical significance of the research lies in summarizing theoretical and methodological provisions on healthcare management during crises. The methodological approaches proposed are translated into practical recommendations, optimizing resource use and ensuring the efficient operation of

local community healthcare networks in Ukraine. The findings are also incorporated into academic disciplines such as "Public Health" for bachelor's students in Social Work and "State Policy in Healthcare" for master's students in Public Administration at Dnipro University of Technology.

Keywords: public management and administration, healthcare, organizational and legal aspects, European integration, medical enterprise, healthcare institution, strategy, cluster.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у колективних монографіях

1. Vadym Mykhailiuta, Iryna Khozhylo. International cooperation in the field of health care: practical experience of a ukrainian hospital. Moderní aspekty vědy: XLVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 598. (p. 33-43).

2. Кондратьєва І., Михайлюта В. Розвиток системи охорони здоров'я: політики та інструменти країн Європейського Союзу/ Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 236 с. С. 154-162.

Статті у наукових періодичних виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України (категорія Б)

1. Михайлюта В. (2023). Передумови ефективного управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, (4), 54-60. <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-4-8>

2. Хожило, І. І., & Михайлюта, В. В. (2023). Готовність системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах: досвід Новомосковського району. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права* (2), 55-60.

3. Михайлюта В. (2024). Управління медичним закладом в умовах кризового стану: організаційні аспекти. *Наукові перспективи (Naukovi*

perspektivi), (9 (51)). 252-262.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/15156/15226>

4. Михайлюта В. (2024). Забезпечення адаптації медичних підприємств України до роботи в умовах воєнного стану. *Суспільство та національні інтереси*, (7 (7)). 681-690.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/16301/16373>

Матеріали і тези наукових конференцій

1. Михайлюта В. (2023). Забезпечення економічної стійкості медичних підприємств територіальної громади. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада»-2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 281-283).

2. Михайлюта В. Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» / за заг. ред. І. І. Рекуненка, В. В. Сулим. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 409 с. (авт. С. 94-98).

3. Михайлюта В. Медична галузь Дніпропетровщини у фокусі міждержавної співпраці: Україна – Чехія. Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України : матеріали XX наук.-практ. конф. 18 травня 2023 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. – Дніпро: НТУ ДП, 2023. – 162 с. (авт.С.88-89).

4. Михайлюта В. Розвиток цифрової медицини в Україні: ключові аспекти / Цифрове суспільство: управління, фінанси та соціум: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2023. – Том 2. – 259 с. С. 231-215.

5. Михайлюта В. Надання медичної допомоги військовослужбовцям з проявами порушень психічної сфери: управлінські аспекти. Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах: матер. IV Всеукр. форуму (Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». 146 с. С. 43-45.

6. Михайлюта В. Розвиток медичних установ на засадах проектного підходу: співпраця з країнами ЄС / Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20 лют. 2024 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Л. В. Гонюкової. Київ: Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2024. 294 с. С. 175-176.
<https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2091/files/498c572d-c229-48d4-b090-f02ea2824af1.pdf>

7. Михайлюта В. Правові основи побудови та функціонування спроможної мережі медичних підприємств в Україні. Практичні та теоретичні питання розвитку науки та освіти: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 грудня 2024 року. – Львів : Львівський науковий форум, 2024. – 102 с. С.18-19.

ЗМІСТ

ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	30
1.1. Публічне управління сферою охорони здоров'я як об'єкт наукових досліджень: основні теорії, поняття та категорії	30
1.2. Організаційні аспекти управління у сфері охорони здоров'я з позицій практико-орієнтованого підходу	55
1.3. Аналіз правових основ публічного управління сферою охорони здоров'я: досвід України та зарубіжжя	70
Висновки за розділом 1	82
РОЗДІЛ 2	
ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ЩОДО ФОРМУВАННЯ СПРОМОЖНОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ	86
2.1. Управління медичним підприємством в умовах кризового стану: аналіз факторів впливу	86
2.2. Готовність системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах	97
2.3. Міжнародне співробітництво як інструмент доказової практики управління у сфері охорони здоров'я	125
Висновки за розділом 2	133
РОЗДІЛ 3	
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ ПРАКТИКИ	137
3.1. Обґрунтування інституційного забезпечення ефективного системного управління та розвитку закладів медичного профілю	137

3.2. Науково-методологічні аспекти реформування організаційно-економічного механізму розвитку сфери охорони здоров'я	155
3.3. Обґрунтування підходів в управлінні охороною здоров'я на засадах доказової практики (EBP -Evidence-Based Practice)	171
Висновки за розділом 3	194
ВИСНОВКИ	199
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	204
ДОДАТКИ	234

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	—	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕСОЗ	—	Електронна система охорони здоров'я
ЄС	—	Європейський Союз
ЛПЗ	—	лікувально-профілактична установа
МІС	—	медичні інформаційні системи
МОЗ	—	Міністерство охорони здоров'я України
НПА	—	нормативно-правовий акт
НС	—	надзвичайна ситуація
НСЗУ	—	Національна служба здоров'я України
ОЗ	—	охорона здоров'я
ОМС	—	обов'язкове медичне страхування
ПМГ	—	пакет медичних гарантій
ПМСД	—	первинна медико-санітарна допомога
ПРООН	—	Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
СОЗ	—	система охорони здоров'я
EBP (англ.)	—	Evidence-Based Practice (практика, заснована на доказах)
EBM (англ.)	—	Evidence -Based Medicine (доказова медицина)
eHealth (англ.)	—	Електронна система охорони здоров'я

ВСТУП

Актуальність теми. Вже понад 10 років вітчизняна модель публічного управління у сфері охорони здоров'я знаходиться в режимі персистуючих структурно-функціональних змін. Найбільшим системним викликом для медичної галузі України стала медична реформа, перший етап якої (2015-2019 рр.) дістав схвальної оцінки моніторингової місії експертів ВООЗ та світового Банку (*Ukraine: review of the healthcare funding reform 2016–2019. Joint report of WHO and the World Bank*). Однак в останні роки найбільший тиск на систему охорони здоров'я та систему управління медичною сферою здійснюють саме позасистемні чинники: адміністративно-територіальна реформа, пандемія COVID-19 (2020-2023 рр.) та виклик повномасштабної збройної агресії (з 2014 р. по т.ч.). Попри ці виклики національна система встояла і довела свою спроможність: згідно даних річного звіту-2023 Національної служби здоров'я України в умовах війни 22 млн. українців отримали на безоплатній основі медичні послуги в рамках Програми медичних гарантів, які надавали 3703 суб'єкти (медичні підприємства всіх форм власності). За даними МОЗ України майже третина медичних закладів України зазнали значних пошкоджень внаслідок збройної агресії. Жодна національна модель управління охороною здоров'я країн європейського регіону за останні понад півстоліття не мала практичного досвіду такої глибинної внутрішньосистемної трансформації, яку нині переживає українська система охорони здоров'я. Це свідчить про відсутність зарубіжних теоретичних аналогів, які б можна було б адаптувати в умовах медичного простору України в період дії воєнного стану. В таких умовах управління медичними підприємствами потребує інноваційних підходів, адже здійснюється в умовах невизначеності та тотального дефіциту ресурсного забезпечення, особливо на регіональному та місцевому рівнях управління. А відтак, в публічноуправлінській діяльності з метою досягнення цілей управління у сфері охорони здоров'я щодо забезпечення життя та

здоров'я населення необхідно застосовувати інноваційні управлінські інструменти, ефективність яких ґрунтується на доказовій практиці.

Розробка та впровадження практики, заснованої на доказах (ЕВР) в управлінні охороною здоров'я, є надзвичайно актуальним напрямком удосконалення публічного управління цією галуззю в усьому світі. В епоху стрімкого технологічного прогресу, зростаючих вимог до охорони здоров'я у пост-ковідний період та обмежених ресурсів оптимізація процесів прийняття рішень за допомогою підходів, що ґрунтуються на фактичних даних, забезпечує більш ефективний розподіл ресурсів, покращує показники здоров'я населення та підвищує якість медичних послуг. Інтеграція принципів ЕВР в управління охороною здоров'я не тільки змінила надання медичної допомоги, але й підкреслила критичну потребу в надійних організаційних і правових структурах для підтримки цієї парадигми у сфері публічного управління та адміністрування.

Актуальність цього дисертаційного дослідження зумовлена зростаючою потребою у розробці політики на основі фактичних даних, які генеруються на рівні глобальних управлінських інституцій, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейська Комісія (ЄК). Ці організації виступають за інтеграцію наукових даних у політику охорони здоров'я та управлінські рішення для вирішення складних проблем охорони здоров'я, таких як нерівність у здоров'ї, старіння населення та тягар хронічних захворювань, онкологічної хвороби, ВІЛ/СНІДУ та ін.

Разом з тим, на шляху практичного застосування ЕВР в системі публічного управління та адміністрування охорони здоров'я часто можна зустріти різного роду бар'єри, зокрема, такі як інституційна інертність до змін, неоднозначне тлумачення правових норм та галузевих приписів, недостатня організаційна спроможність менеджерського складу медичних підприємств тощо. В умовах дії правового режиму воєнного стану та у період післявоєнної відбудови України і розбудови медичної сфери, зокрема, вирішення цих проблем має важливе значення для створення стійких систем

охорони здоров'я у територіальних громадах, здатних ефективно реагувати на сучасні та майбутні виклики у сфері охорони здоров'я з метою надання доступних якісних та безпечних медичних послуг [146; 150; 151] .

Теоретичним базисом дисертаційного дослідження є праці відомих зарубіжних і вітчизняних дослідників і практиків у сфері охорони здоров'я, таких як: Angeli F., Bodenheimer T., Choflet A., Donabedian A., Frenk J., Montefusco A., Moon S., Sinsky C., Stashower K., Packard T., Porter M., Teisberg E. [230; 232; 234; 236; 241; 251]; В. Баштанник, М.Білинська, Є. Бородін, В. Долот, І. Зима, Н. Драгомирецька, Д. Карамішев, С. Квітка, Л. Криничко, Н. Липовська, В. Лобас, О. Скрипник, О. Стахів, Я. Радиш, І. Рожкова, І. Хожило, І. Чикаренко [6; 11; 15; 50; 51; 65; 70; 73; 91; 98; 192; 198; 181; 177; 214; 218; 246; 253]. Крім того, теоретико-методологічною основою дослідження слугували наукові праці В. Куйбіди, І.Шпекторенка [92; 221] стосовно нової функції публічного управління «адаптація об'єкту управлінського впливу». Разом з тим, у наукових працях вчених недостатньо уваги було приділено питанням удосконалення організаційно-правових аспектів публічного управління крізь призму практики, заснованої на доказах (EBP- *Evidence-Based Practice*).

Приймаючи до уваги вищезазначені проблемні аспекти публічного управління сферою охорони здоров'я, невизначеності та обмежених ресурсів медичної галузі, це дослідження має на меті зробити внесок у теоретичне розуміння та практичний розвиток управління сфери охорони здоров'я на основі фактичних даних, таким чином підтримуючи стратегічні цілі щодо покращення результатів охорони здоров'я та забезпечення сталості систем охорони здоров'я у період дії правового режиму воєнного стану та післявоєнної відбудови.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно з визначеними пріоритетними напрямками, зазначеними у Законі України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», а саме: ст. 3 п. 2 в частині «фундаментальні

наукові дослідження з найбільш важливих проблем розвитку науково-технічного, соціально-економічного, суспільно-політичного, людського потенціалу для забезпечення конкурентоспроможності України у світі та сталого розвитку суспільства і держави». Дисертаційна робота має безпосередній зв'язок з планами науково-дослідних робіт Національного технічного університету «Дніпровська політехніка»: автор брав участь як виконавець НДР кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління за темою «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375. Особистий внесок: наукове обґрунтування організаційно-правових підходів щодо імплементації проєвропейських принципів публічного адміністрування сфери охорони здоров'я на територіально-об'єктовому рівні в рамках моделі доказової практики щодо функціонування та розвитку медичних некомерційних підприємств в умовах невизначеності, криз та війни з метою надання медичних послуг зі збереження життя та зміцнення здоров'я жителів територіальної громади. Автор брав участь як відповідальний виконавець у виконанні науково-дослідної роботи Громадської організації «Міжнародний центр з розвитку науки і технологій» за темою «Удосконалення механізмів державного антикризового управління в умовах системних реформ в Україні (номер державної реєстрації 0118U100228), автором підготовлено заключний звіт до підрозділу 17.1 «Наукові основи розвитку медичних закладів в Україні», в якому описано практичні підходи міжсекторальної співпраці медичних підприємств з інституціями медичної науки та принципи залучення молодих кадрів для роботи у сільській місцевості.

Мета і задачі дослідження. Метою дисертації є теоретичне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення системи публічного управління охороною здоров'я шляхом застосування практики, що ґрунтується на доказах, з особливою увагою до організаційних та правових аспектів.

Для досягнення визначеної мети дисертаційного дослідження були сформульовані наступні наукові завдання:

- проаналізувати актуальність теми дисертаційного дослідження в науковому дискурсі проблематики публічного управління охороною здоров'я;
- визначити та оцінити організаційні фактори, що впливають на інтеграцію концепту доказової практики (*EBP - Evidence-Based Practice*) в систему публічного управління охороною здоров'я;
- дослідити законодавчу та нормативну базу, що регулює впровадження принципів доказової практики у сфері охорони здоров'я та їх наслідки для політики та публічного управління;
- розробити методичну базу для оцінки ефективності організаційно-правових механізмів упровадження *EBP-підходу* на локальному рівні управління медичною сферою;
- запропонувати рекомендації щодо покращення організаційних та правових умов імплементації доказових практик в систему публічного управління охороною здоров'я.

Об'єкт дослідження – процес публічного управління сферою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – організаційно-правові аспекти доказової практики публічного управління сферою охороною здоров'я.

Методи дослідження. Методологічний базис дисертаційного дослідження становлять положення теорії та історії, механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, основи економічної теорії, наукові праці вітчизняних та іноземних дослідників, зміст яких висвітлює проблеми публічного управління сферою охорони здоров'я, менеджмент медичних підприємствами в умовах кризового стану, організаційно-правові аспекти управління на засадах доказової практики. Для вирішення поставлених наукових завдань у роботі використано комплекс взаємопов'язаних методів: бібліосемантичний метод, метод системного підходу та аналізу, синтезу,

метод логічного узагальнення, метод порівняльного аналізу, метод наукової ретроспективи, метод контент-аналізу, метод кабінетного дослідження, SWOT – аналіз, метод візуалізації тощо.

Інформаційно-джерельну базу дослідження становлять законодавчі та нормативні акти, зміст яких визначає основні засади державної політики у сфері охорони здоров'я; організаційно-розпорядчі документи Міністерства охорони здоров'я України, органів державної влади та місцевого самоврядування; офіційні матеріали Національної служби охорони здоров'я України та Державної служби статистики України, а саме звітні та статистичні дані щодо результатів функціонування мережі медичних підприємств; регламентуючі та рекомендаційні і інформаційно-аналітичні матеріали міжнародних організацій (ВООЗ, ЄК); інформаційно-довідкові матеріали мережі Інтернет, періодичних видань, а також внутрішня документація КП «Новомосковська ЦРЛЛ» та результати власних досліджень автора. Період дослідження – 2020-2024 рр.

Наукова новизна отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у розробленні концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення системи публічного управління охороною здоров'я шляхом застосування практики, що ґрунтується на доказах, з особливою увагою до організаційних та правових аспектів. Основні положення дисертації, що становлять її наукову новизну, полягають у такому:

Вперше розроблено та обґрунтовано комплексну структурно-функціональну модель, яка об'єднує організаційні та правові аспекти з метою імплементації науково-обґрунтованих зарубіжних та вітчизняних практик у сфері управління охороною здоров'я. Основою цієї комплексної структурно-функціональної моделі виступає взаємодія між структурами управління, правовими механізмами та практикою, орієнтованою на доказах (*EBP - Evidence-Based Practice*), що створює універсальний характер її застосування

на основі адаптованості та інтегрованості до публічноуправлінського функціоналу на різних рівнях діяльності установ, закладів та підприємств сфери охорони здоров'я в умовах дії правового режиму воєнного стану в Україні.

Дістали подальшого удосконалення у сфері публічного управління та адміністрування системою охорони здоров'я:

- існуюча база термінів, визначень, понять та категорій шляхом упровадження нового поняття *«доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я» (EBP -Evidence-Based Practice)*, яке окреслює сутність публічноуправлінської діяльності, яка здійснюється у медичній галузі в умовах надзвичайних ситуацій чи суспільної кризи (війна, пандемія тощо) за відсутності чітких галузевих регламентів національного рівня, а організаційний механізм управління реалізується, переважно, на мікрорівні (*Low-Line Management*). У функціональному аспекті контент поняття *«доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я»* передбачає розробку та реалізацію органами місцевого самоврядування місцевих програм у сфері охорони здоров'я та участь суб'єкта управління в проектах міжнародної технічної допомоги;

- система моніторингу та оцінювання (кількісне визначення) спроможності медичного підприємства до запровадження ЕВР-підходу на основі визначення для кожного параметра доказової практики обґрунтованого критерію готовності по 5-ти бальній шкалі оцінювання. Кількісна оцінка менше 3-х балів характеризує управлінську діяльність медичного підприємства в рамках ЕВР-підходу як традиційну, а не інноваційну модель публічного управління медичною сферою;

- методологічні підходи щодо застосування інноваційних стратегій інтеграції міждисциплінарної співпраці в системи управління охороною здоров'я для посилення впровадження практик, що ґрунтуються на фактичних даних (мультидисциплінарні команди; використання цифрових платформ для співпраці; інноваційні моделі управління; інтеграція

соціальних і медичних послуг; технологічно підсилена телемедицина; використання штучного інтелекту для підтримки співпраці; принципи соціально-орієнтованої колаборації; використання новітніх технологій і баз даних для ухвалення управлінських рішень);

Набули подальшого розвитку:

- організаційний механізм імплементації технологій науково-обґрунтованих практик в управлінні організаціями системи охорони здоров'я на основі застосування таких інструментів: лідерство в умовах багаторівневого управління та ефективний розподіл ресурсів у сфері охорони здоров'я;

- засади застосування правових аспектів у сфері публічного управління охороною здоров'я в контексті практико-орієнтовних підходів, які розмежовані на групи законодавчої регламентації, державно-виконавчого впливу та профільного-проектного нормозабезпечення.

Практичне значення отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що в роботі проведено узагальнення теоретичних та методичних положень щодо упровадження в систему управління медичною сферою підходів, заснованих на науковообґрунтованих практиках. Запропоновані автором методичні підходи доведено до рівня практичних рекомендацій, використання яких у процесі управління медичними підприємствами в умовах невизначеності чи кризового стану буде сприяти оптимізації використання галузевих ресурсів, у тому числі людських ресурсів, а також буде сприяти забезпеченню ефективного функціонування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на рівні територіальних громад України. Також результати дисертаційної роботи використовуються при викладанні освітніх компонентів за такими навчальними дисциплінами: «Громадське здоров'я» для здобувачів I-го (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів II-го (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління

та адміністрування, а також увійшли до масиву авторських наукових публікацій, що готувалися під час виконання наукової теми (довідка ННІ ДУ НТУ «Дніпровська політехніка» від 01.11.2024 № 12-34/165).

Особистий внесок здобувача. Виконана дисертація є завершеною самостійно виконаною науковою працею. Усі положення, пропозиції та рекомендації, представлені до захисту, розроблені особисто автором. Внесок автора в опублікованих спільно наукових працях полягає у наступному: у науковій праці у співавторстві з I. Khozhylo «International cooperation in the field of health care: practical experience of a ukrainian hospital» [250] проведено збір первинної інформації, запропонована ідея наукового дослідження. У науковій статті з Хожило І.І. були сформульовані наукові висновки дослідження [215]. У науковій статті спільно з І. Кондратьєвою автору належить ідентифікація та опис інструментів політики країн Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я, розробка інфографіки до тексту статті [81].

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження оприлюднені здобувачем на 7-ми міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема таких як: Міжнародна науково-практична конференція «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» (м. Суми, 2024); Всеукраїнська науково-практична конференція «Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку» (м. Київ, 2024); XIII Міжнародна науково-практична конференція «Практичні та теоретичні питання розвитку науки та освіти» (м. Львів, 2024); Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада»-2023 (м. Дніпро, 2023); XX науково-практична конференція «Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України» (м. Дніпро, 2023); науково-практична конференція «Цифрове суспільство: управління, фінанси та соціум» (м. Дніпро); IV Всеукраїнський форум «Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах» (м. Дніпро, 2023).

Публікації. Основні положення дисертаційного дослідження опубліковано у 13 наукових працях, серед яких 4 статті у наукових фахових виданнях України (категорія Б зі спеціальності 281 – Публічне управління та адміністрування), які включені до міжнародних наукометричних баз; 2 статті як окремі розділи колективних монографій, одна з яких опублікована у Чеській Республіці; 7 тез доповідей, що опубліковані у збірниках науково-комунікативних заходів, які проходили в Україні та країнах зарубіжжя.

Структура й обсяг роботи. Дисертація складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації складає 238 сторінок. Робота містить 16 таблиць, 19 рисунків, список використаних джерел складається з 260 найменувань (з них 30 – іншомовних) на 30 сторінках, 3 додатки – на 5 сторінках. Обсяг основного тексту дисертації становить 177 сторінок (7,37 авт. арк.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Публічне управління сферою охорони здоров'я як об'єкт наукових досліджень: основні теорії, поняття та категорії

В сучасних умовах, в яких сьогодні перебуває вітчизняна галузь охорони здоров'я внаслідок подвійного виклику пандемії коронавірусної хвороби та виклику повномасштабної збройної агресії російської держави з 2022 року [209], як ніколи сфера публічного управління та адміністрування системи охорони здоров'я є надзвичайно актуалізованим напрямком не тільки вітчизняної науки, але й має надзвичайне велике практичне значення для удосконалення діяльності органів влади всіх рівнів, органів місцевого самоврядування, представників активних кіл громадськості та приватного сектору. В умовах нагальної та постійної необхідності бути спроможною до функціонування в умовах активних військових дій, дефіциту енергоносіїв, фінансування, негативних тенденцій щодо кадрового забезпечення, галузь охорони здоров'я саме в таких умовах є важливим об'єктом наукових досліджень, оскільки забезпечує ефективність надання медичних послуг та гарантує збереження життя і зміцнення здоров'я населення, а отже галузь охорони здоров'я слід розглядати як стратегічний ресурс української держави.

Тож з огляду на глобальні виклики, що постають перед системою охорони здоров'я, такі як старіння населення, різке зниження народжуваності, зростання хронічних захворювань, надсмертність населення працездатного віку від керованих неінфекційних хвороб (інсульт, інфаркт) та вплив пандемій, а тим більш вплив збройної агресії проти України, роль публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я значно

зростає. На наше глибоке переконання і в майбутньому, тобто у період повоєнної відбудови, ця тематика наукових пошуків збереже високий ступінь своєї актуальності.

У науковій літературі, за даними опрацювання відкритих джерел інформації, було визначено, що тематика наукових досліджень, предметом в яких виступає сфера охорони здоров'я, є дуже обширною [106]. Окрім галузі суто медичних наук, проблеми охорони здоров'я досліджуються в галузі філософських наук, юридичних наук, в галузі права та в економічних науках [19; 26; 31; 32; 55; 58; 60; 63; 67; 104; 107; 108].

Так, Тихомирова Т.О. досліджувала адміністративно-правові аспекти реалізація державної політики охорони здоров'я в системі Міністерства внутрішніх справ України [204]. Вона ґрунтовно проаналізувала нормативно-правове забезпечення та виявила ключові організаційно-правові проблеми, пов'язані зі створенням системи медичного забезпечення органів внутрішніх справ України. Тихомирова Т.О. обґрунтувала доцільність функціонування відомчої медицини в системі Міністерства внутрішніх справ України в умовах реалізації медичної реформи на основі опрацювання змісту різних форм і методів діяльності органів внутрішніх справ у зв'язку з поясненням специфіки медичного забезпечення контингенту цих органів. Також, дослідниця виокремила пріоритетні напрями вдосконалення роботи органів внутрішніх справ з метою забезпечення реалізації прав громадян, які мають специфіку професії, на отримання медичної допомоги у відомчих медичних закладах. Ми повністю підтримуємо позицію Тихомирової Т.О., адже такий розподіл є визнаною міжнародною та європейською практикою формування єдиного медичного простору держави [204].

Проблематику господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я ґрунтовно вивчав Пашков В.М. Зокрема ним ґрунтовно опрацьовано питання щодо організаційно-господарських повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Надано аналіз їх господарської компетенції крізь призму права

[141]. Дослідник розробив відповідні рекомендації для подальшого внесення до змісту ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [130; 245]. Так дослідником запропонована до імплементації у законодавство України нова дефініція «господарсько-правовий договір надання медичних послуг». Однак, нажаль, і до цього часу вона залишилась без належної уваги вітчизняного законодавця.

В галузі фармацевтичних наук Петренко В. О. досліджувались питання щодо удосконалення організаційно-правових засад застосування лікарської корекції нікотинової токсикоманії [143].

Знаний вітчизняний дослідник В.Завгородній у своїй дисертаційній роботі вказує, що про те, що на рівні державного управління регулювання сфери охорони здоров'я слід дедалі активніше впроваджувати принципи управління ризиками. Такий підхід забезпечить перехід від традиційної моделі галузевого управління з позицій соціально-орієнтованої сфери до управління на засадах складного соціально-економічного сектора. Дослідник обґрунтовує свою позицію тим, що сфера охорони здоров'я впливає на всі сектори економіки та всі сфери суспільного життя, а відтак трансформація сфери охорони здоров'я в сектор життєзабезпечення має здійснюватися через низку правових та організаційних механізмів, які його легітимізують.

Удосконалення організаційно-економічного механізму державного регулювання якості медичних послуг в Україні вивчав вітчизняний дослідник Котляревський Ю.О. [87]. Дослідник наголошує, що організаційно-економічні механізми державного регулювання надання якісних медичних послуг повинні носити комплексний характер. Складовими нового державного організаційно-економічного механізму повинні бути: професійна компетентність медичних працівників; орієнтація медпрацівників на пацієнтів; доступність, безперервність, безпека та ефективність медичних послуг. Важливе значення, на думку дослідника має профілактична спрямованість практичної медицини, а також мотивація медичного персоналу, науково-технічний рівень медичне обслуговування, зручність

послуг, акредитація та ліцензування медичних закладів, стандартизація медичної допомоги. Все це дійсно носить комплексний характер, однак в умовах дії правового режиму воєнного стану не може бути застосовано повною мірою у публічноуправлінській практиці. Напрям економічних аспектів управлінської діяльності розвивають у своїх працях також і інші науковці [12; 13; 139].

Вітчизняний науковець та управлінець-практик О.А. Скрипник захистив у 2011 році дисертацію на тему «Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: структурно-функціональний підхід» за спеціальністю 25.00.01 – теорія та історія державного управління. У своєму дисертаційному дослідженні щодо організаційно-функціональних змін в системі управління охорони здоров'я дослідник зазначає про те, що воно спрямоване на структурування управлінської діяльності на різних рівнях (центральні органи державної влади, регіональні органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, лікувально-профілактичні організації), шляхом реалізації за такими основними напрямками (державотворення, формування та реалізація державної політики) і формами управлінської діяльності (нормативно-правові, організаційно-розпорядчі, програмно-цільові), а також за етапами реалізації управлінських рішень (цілепокладання, функції держави). Цінним здобутком його дисертаційного дослідження є те, що він «визначив типологію систем управління охороною здоров'я, розробив принципи формування та прийняття рішень державного контролю, закріпив правові основи переходу від державного контролю за процесом надання медичної допомоги до державного регулювання та місцевого контролю». Також автором «наведено процес формування управлінських рішень у формі здійснення структурно-функціональних змін у системі управління охороною здоров'я України та залежно від етапу реалізації державних управлінських рішень визначено основні напрями та залежно від форма, що структурує державну управлінську діяльність на різних рівнях. У контексті представленої системи управління охороною

здоров'я України Скрипник О.А. запропонував основні системоутворюючі елементи реалізації відповідних структурно-функціональних змін, які створюють умови для узгодження стратегій розвитку з національними та регіональними стратегіями розвитку.

Дослідницьку увагу Фуртак І.І. було скеровано на вивчення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України [211; 212]. Дослідниці вказує, що в умовах євроінтеграційного руху української держави управлінський аспект в галузі охорони здоров'я, в першу чергу, необхідно актуалізувати через такі складові як інституційний, фінансово-економічний та організаційно-правовий механізми державного управління. Цей напрям активно розробляється і іншими науковцями [5; 7; 175].

Крізь призму організаційно-правових аспектів управління досліджувала проблематику удосконалення механізмів державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я Козуліна С.О. Основними досягненнями авторки є «демонстрація доцільності запровадження медико-правової послуги, розробка її концептуальної моделі, визначення завдань, функцій, структури та схеми управління, дослідження на основі висновків судово-медичної експертизи при вчиненні злочинів та їх негативного впливу на якість медичної допомоги» [77].

В галузі філософської науки привертає увагу дисертаційне дослідження Миронова А.Г., яке присвячене проблемам реалізації державного контролю у сфері охорони здоров'я крізь призму адміністративно-правового забезпечення [109]. Дослідник вказує, що на значну соціальну вагу медицини, а це визначає й високий ступінь актуальності питань, пов'язаних із наданням медичної допомоги, організацією системи охорони здоров'я та правовим регулюванням у цій сфері. Водночас одним із ключових факторів, що зумовлює проблеми в українській системі охорони здоров'я, є недостатній рівень контролю за різними аспектами цієї багатогранної діяльності. Контроль, який розглядається як організаційно-правовий механізм,

спрямований на покращення ситуації через якісний аналіз поточного стану, відіграє надзвичайно важливу роль. А в свою чергу недоліки в реалізації контрольних функцій, які повинні виконувати державні інституції, безпосередньо впливають на стан об'єкта контролю – систему охорони здоров'я, що посилює існуючі проблеми у цій важливій соціальній сфері. Зазначений напрям розробляється сьогодні досить активно [35-37].

В рамках філософських наук нашу увагу привернула докторська дисертація Птухіної О.В. Дослідниця вивчала проблематику діяльності Держлікслужби. В рамках дослідження вона класифікувала принципи функціонування цього органу державної влади центрального рівня на дві підгрупи в залежності від їх загального чи спеціального напрямку управлінського змісту. До загальноправових принципів діяльності Держлікслужби вона віднесла: верховенство права; законність; рівність і недопущення дискримінації. До другої групи принципів дослідниця віднесла, так звані, міжгалузеві принципи: об'єктивність і неупередженість; відкритість і прозорість; підконтрольність і підзвітність; неприпустимості дублювання повноважень; відповідальність. Ми не можемо повністю погодитись із таким твердженням, адже апріорно міжгалузевий та загальний характер формування принципів мають тотожний вимір. Так, принцип відкритості в діяльності органів влади всіх рівнів належить до загальновизнаного принципу організації органів влади, у тому числі й галузевих органів влади центрального рівня. В законі України про Кабінет Міністрів України у ст.3 визначено, що принципами діяльності українського уряду є відкритість, прозорість та інші. Тож якщо законом держави для вищого органу виконавчої влади в нашій державі проголошується як загальний принцип – принцип відкритості й прозорості, значить апріорно не можуть підпорядковані йому органи, мати відмінні принципи своєї діяльності. У тому числі й такий суб'єкт, як Держлікслужба України.

Основними аспектами дослідження проблем публічного управління сферою охорони здоров'я є такі:

1. Організаційно-правові механізми реалізації публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Вітчизняні дослідники зосереджують свою увагу на аналізі нормативно-правової бази, що регулює систему публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я, та її відповідність міжнародним стандартам. Наприклад, у країнах ЄС запровадження інтегрованих моделей надання медичних послуг сприяло зниженню витрат на охорону здоров'я на 10-15%. Саме на упровадженні інтегрованих принципів публічного управління та адміністрування наголошує вітчизняний дослідник В.В. Баштанник [203]. Він у своїх працях неодноразово вказував, що національна держава повинна розвиватися на основі консенсусної демократії. А тому важливим напрямком, на думку науковця, є дослідження ефективних механізмів соціального управління. У сфері публічного управління існує поняття інтегрованої системи, і в сучасних умовах кризового стану, в яких перебуває і галузь охорони здоров'я, і сфера державного управління у тому числі, ефективність їх функціонування може бути забезпеченою на основі запровадження інтегрованого підходу. Це основа державного управління. Професор В.В. Баштанник обґрунтовує, що цілісна система державного управління визначається як система державного управління в межах реалізації державних і самоврядних адміністративних повноважень. А закони, які приймає українська держава, повинні за своїм основним змістом мати можливість адаптуватися до змін. За таких умов сам процес адаптації забезпечує синергетичний ефект за рахунок зміни якісних характеристик елементів системи.

Також В.В. Баштанник вказує, що запровадження правового режиму воєнного стану в Україні встановило особливий порядок діяльності органів управління, який зумовлений специфікою діяльності територіальних органів управління, розробкою та затвердженням сучасних короткострокових стратегій реформування системи державного управління [217]. Через це важливим завданням науки державного управління є розробка універсального алгоритму реформування та формування національної

стратегії реформування на довгострокову перспективу в умовах повоєнного відновлення України. І це безпосередньо стосується й планів повоєнного відновлення галузі охорони здоров'я. Однак на сьогодні тільки існує відповідний Проєкт національного рівня. На рівні регіонів чи громад стратегічні плани повоєнної розбудови галузі ще знаходяться в процесі розробки.

Дослідниця Н.М. Драгомирецька зазначає, що в контексті організаційного механізму публічного управління сфери охорони здоров'я доцільно звернути увагу саме на організаційно-функціональний аспект відносин у державному управлінні та адмініструванні [52]. На її думку, в умовах пандемічної загрози та викликів війни науковці й управлінці-практики не приділяють належної уваги проблемам комунікації та комунікативної діяльності як у контексті біологічної безпеки, так і в соціальному контексті. Тому дослідниця висловлює свою думку про те, що проблеми біологічної безпеки в умовах кризових станів є пріоритетними для державного управління. Ми повністю підтримуємо думку професора Н.М. Драгомирецької і вважаємо, що цей напрям наукових досліджень потребує здійснення більш ґрунтовних наукових розвідок.

Вітчизняний дослідник Є.І. Бородін, розвиваючи тему організаційного механізму публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я акцентує увагу на тому, що важливим механізмом вдосконалення системи державного управління у сфері охорони здоров'я України є організаційно-комунікаційний вплив, який забезпечує більш ефективну суб'єктно-об'єктну взаємодію в галузі [15]. Його реалізація включає створення каналів зв'язку між суб'єктами управління, надавачами медичних послуг та їх отримувачами. При цьому, як зазначає дослідник, окремої уваги управлінців-практиків потребують питання щодо гарантування захисту даних, пошук партнерів в реалізації на місцях державної політики у сфері охорони здоров'я. Саме ця функція є однією із головних для профільного органу

управління в особі Департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації, яку він, як суб'єкт політики, може ефективно реалізувати через державно-приватне партнерство, а також шляхом оперативної адаптації організаційних структур до сучасних викликів, що постають перед вітчизняною системою охорони здоров'я.

1. Напрямок наукової проблематики, що пов'язаний з питаннями фінансово-економічного забезпечення системи охорони здоров'я. Цей напрям досліджень фокусує увагу науковців, здебільшого економістів, на проблематиці обґрунтування моделей фінансування, зокрема державного, приватного та змішаного. Згідно з даними ВООЗ, країни з високим рівнем державних витрат на охорону здоров'я мають нижчий рівень смертності (на 25-30% менше), ніж у країнах із переважно приватним фінансуванням.

2. Інновації та цифровізація. Україна, навіть в умовах війни, має високий потенціал упровадження цифрових технологій як управлінського інструменту у різні сфери життєдіяльності суспільства. Тому велика кількість дисертаційних досліджень в Україні присвячена питанням, у тому числі, стосовно вивчення впливу впровадження електронних систем охорони здоров'я (eHealth). І цей науковий напрям має пряму кореляцію із його розвитком та затребуваністю в розвинених країнах Європейського Союзу. Наприклад, у Норвегії впровадження електронних рецептів дозволило зменшити адміністративні витрати на 12%. Так, професор О.В. Антонова визначає, що на рівні державного управління процес прийняття рішень має критичне значення, оскільки їх своєчасність та обґрунтованість визначають ефективність функціонування окремих органів влади, успішність реалізації державної політики у конкретних сферах або галузях, а також рівень добробуту громадян. Досягнення якісно нового рівня ухвалення державних управлінських рішень можливе завдяки впровадженню інформаційно-аналітичного забезпечення діяльності органів державної влади. Ключовою складовою такого забезпечення є оптимізація управління інформаційними процесами та ресурсами. Для забезпечення ефективності ухвалених рішень

необхідно створити інтегровану систему збору, аналізу та обробки інформації, яка стане основою для розробки та прийняття обґрунтованих державних управлінських рішень [3]. Розвиток інновацій в системі управління ОЗ присутній в таких роботах [41].

Про розвиток інформаційних систем управління у сфері охорони здоров'я та розвиток цифрової медицини у своїх наукових працях багато пише професор С.А. Квітка. зокрема науковець вводить у науковий обіг нове поняття «цифровий пацієнт», зазначаючи при цьому, що це стало можливим завдяки новій функціональній ролі, яку пропонує цифрова мережева структура E-Health. Він акцентує, що дедалі все більше довіри у потенційного пацієнта викликають безособові форми спілкування та отримання консультативної допомоги, і з кожним роком збільшується кількість пацієнтів, які отримують медичні послуги в режимі онлайн. У цьому контексті формування ефективних і довірливих взаємин між лікарем і пацієнтом стає однією з ключових цілей цифровізації системи охорони здоров'я. Це сприяє створенню комфортного середовища та підвищенню якості життя населення в умовах цифрового світу [73].

Як зазначає Л. Криничко, упровадження цифрових інструментів на всіх рівнях управління медичною сферою сприяє підвищити ефективності в реалізації управлінських рішень [91]. А в умовах постійно зростаючих потоків управлінської та медичної інформації саме завдяки цифровізації для громадськості відкривається можливість прийняти участь в державному управлінні, а також отримати можливість доступу до медичних послуг (електронна черга, запис на прийом до лікаря-спеціаліста, отримання онлайн-консультації тощо). Також цифровізація значно полегшує взаємодію та комунікацію між суб'єктами, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я.

3. Кадровий потенціал як актуальний напрям досліджень публічного управління сфери охорони здоров'я [2; 23; 178; 206]. Так, нагальною потребою центральних органів виконавчої влади, зокрема

Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України є вивчення питань планування та розвитку медичних кадрів. В Україні станом на 2023 рік на 10 тисяч населення припадає лише 28 лікарів, що значно нижче за середньоєвропейський показник (37 лікарів). Саме тому, на думку Д.В. Карамишева, система публічного управління та адміністрування медичної галузі нині потребує застосування інструментів антикризового менеджменту [70; 71]. Він зазначає, що першочергового впливу та підтримки на основі застосування інструментів кризового менеджменту потребують кілька ключових сфер. По-перше, це сфера надання пріоритетних медичних послуг і формування стратегічного бачення розвитку галузі. По-друге, сфера капітальних інвестицій, спрямованих на відновлення та реконструкцію, із врахуванням довгострокових наслідків для системи охорони здоров'я. По-третє, сфера визначення пріоритетів фінансування, що включає підтримку основних послуг і підвищення ефективності використання наявних ресурсів. Нарешті, особливої уваги потребує забезпечення потреб державних установ різних рівнів, які відповідають за реалізацію державної політики, планування та управління. За умов пролонгації кризових ситуацій такі функції мають набувати нових ознак і властивостей, характерних для кризового менеджменту, що передбачає інноваційні підходи, гнучкість та оперативність у прийнятті управлінських рішень. Ми повністю погоджуємось із думкою науковця і підтримуємо її. Більш того, хочемо зазначити, що в умовах виклику війни готових теоретичних підходів до вирішення термінових проблем кожного медичного підприємства не існує, а тому в практичній площині публічноуправлінської діяльності на локальному, принаймні, рівні управління слід послуговуватися управлінським підходом, що заснований на практичному досвіді.

4. Забезпечення доступності медичних послуг. Цей напрям в умовах торпідного перебігу кризових потрясінь для медичної сфери, починаючи з 2014 року від початку збройної агресії, враховуючи початок медичної та адміністративно-територіальної реформи, а також тривалу

пандемічну кризу та виклик повномасштабної війни, набув надзвичайної актуальності як для пересічного громадянина, так і для органів влади й органів галузевого управління в контексті вирішення державноуправлінської проблеми забезпечення територіальної доступності та соціальної рівності громадян України з питань здоров'я. Наприклад, у сільській місцевості доступ до медичних послуг в Україні має лише 63% населення, тоді як у містах цей показник сягає 95%. Як зазначає професор Чикаренко І.А., забезпечення доступності послуг для мешканців об'єднаних територіальних громад є значною складовою загальної мети стратегії сталого розвитку [229; 253]. На рівні громад Стратегія сталого розвитку, у тому числі й сталого розвитку мережі медичних установ, повинна розроблятися з урахуванням екологічних факторів розвитку та з урахуванням національних нормативно-правових актів на основі принципів інтегрованості та комплексності. Підтримуємо думку науковиці.

5. Наукові розвідки у сфері публічного управління та адміністрування системи охорони здоров'я також зосереджуються на дослідженні проблематики міжсекторального співробітництва [4; 202]. Головним напрямком досліджень є вивчення умов щодо сприяння формуванню політики здоров'я у всіх галузях економіки та суспільного життя. У країнах з високим рівнем координації між секторами (наприклад, Швеція та Нідерланди) рівень задоволеності пацієнтів сягає 85-90%.

Окремий напрям у межах вітчизняного наукового дискурсу займають наукові праці (дисертації, монографії, науково-дослідні роботи, наукові статті), зміст яких охоплює тематику євроінтеграційного руху української медичної галузі, та, зокрема, питання публічного управління та адміністрування у цьому напрямку. Як зазначає професор Н.А. Липовська, сьогодні Європа впроваджує широкий спектр реформ, щоб гарантувати, що системи охорони здоров'я на рівні країн-членів будуть доступними, високоякісними, відповідальними, доступними та недорогими [95; 96]. Дослідниця зазначає, що сучасний тренд розвитку саме сфери публічного

управління та адміністрування сфери охорони здоров'я орієнтований на підсилення та співучасть з питань охорони здоров'я інституцій всіх секторів – державного, приватного та громадського, адже саме такою є основа формування у європейських країнах стійкості систем і послуг сектору охорони здоров'я. Професор Н.А. Липовська вказує, що роль публічноуправлінської діяльності в управлінні сферою охорони здоров'я була значно підсилена саме в часи пандемії COVID-19, і тут життєво важлива роль має напрям запровадження інновацій у здоров'ї населення та адаптації медичних послуг з урахуванням їх масштабу і характеру, що формуються вже у постковідний період [246]. Більш того, дослідниця зазначає на подібності вихідних умов, які має вітчизняна (яка знаходиться в періоді воєнного стану) та загальноєвропейська системи охорони здоров'я: дефіцит робочої сили, обмежені ресурси та зростання попиту на медичні послуги. Ці проблеми не можуть бути вирішені державами-членами самотійно, і в цій сфері потрібне партнерство між усіма державами-членами [96].

Обґрунтовуючи теоретичний базис дисертаційного дослідження, слід зазначити, що окрім аналітичного огляду наукового доробку вітчизняних та зарубіжних дослідників, велике значення в публічноуправлінській практиці стосовно сфери охорони здоров'я має системний підхід. Так, вітчизняні науковці В. Куйбіда, І. Шпекторенко досліджуючи питання методології системного підходу в державноуправлінській практиці акцентують на тому, що системний підхід поширюється не лише на принципи управління, а й на його функції, підкреслюючи їх взаємозалежний, систематичний і циклічний характер. Вони зазначають, що у межах наукового дискурсу існує дискусія про комунікаційну функцію в державному управлінні, в рамках якої автори пропонують ввести нову функцію управління, умовно названу адаптацією об'єкта управління до сприйняття управлінських впливів або функцією соціальної взаємодії (відносин). Ця перевизначена функція зміщує фокус у бік підготовки об'єкта управління до ефективної взаємодії з процесами управління [92]. Підтримуємо думку знаних вітчизняних науковців про те,

що в умовах невизначеності, кризового стану та тиску зовнішніх викликів середовища на сферу державного управління саме така функція управління адаптація об'єкта управління до сприйняття управлінських впливів буде забезпечувати стійкість об'єкту управлінського впливу та досягнення визначених цілей управління.

Отже, аналіз актуальних наукових напрямів публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я забезпечує можливість не тільки теоретичного обґрунтування його розвитку та удосконалення, але й має чітко виокремлені напрями практичного застосування в публічноуправлінській діяльності на всіх рівнях управління, зокрема, наукові підходи дозволяють управлінцям визначити ефективні моделі публічного управління медичною сферою, враховуючи сучасну специфіку національної системи.

У дослідженнях вітчизняних науковців особлива увага приділяється адаптації світового досвіду до потреб України, зокрема через реформу фінансування, впровадження цифрових технологій та інтеграцію послуг охорони здоров'я, що є надзвичайно затребуваним у громадах сільської місцевості. Це сприятиме підвищенню якості медичних послуг та покращенню здоров'я населення. Але щоб цього добитися, потрібно на всіх рівнях управління сферою охорони здоров'я мати єдиний підхід і єдине розуміння того, що саме є об'єктом і предметом управління у сфері охорони здоров'я, що собою являє публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я тощо. Тобто, управлінці всіх рівнів повинні послуговуватися єдиною термінологічною базою понять та категорій. Тож розглянемо зміст основних з них, користуючись контентом довідникової літератури та мережі Інтернет [44; 45; 46; 48; 56; 93; 94; 99; 103; 176].

Управління громадським здоров'ям – це процес планування, організації та координації ресурсів і стратегій для покращення результатів здоров'я населення.

Доказова медицина (EBM - Evidence based medicine) – це добросовісне, точне та свідоме використання найкращих результатів клінічних досліджень

для вибору лікування для конкретних пацієнтів (Наказ МОЗ України та АМН України від 19.02.2009 р. № 102/18 «Про затвердження методичних рекомендацій «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)»).

Організаційні структури у сфері охорони здоров'я – це системи та структури в установах охорони здоров'я, які впливають на прийняття рішень, комунікацію та ефективність роботи.

Управління в охороні здоров'я – процеси та структури, які використовуються для керівництва та управління організаціями охорони здоров'я, забезпечення підзвітності, прозорості та узгодження з цілями охорони здоров'я.

Законодавчі рамки громадської охорони здоров'я – це сукупність законів, нормативних актів і політики, що регулюють надання медичних послуг і впровадження заходів у сфері охорони здоров'я.

Лідерство у сфері громадського здоров'я – це здатність керувати та впливати на організації охорони здоров'я та зацікавлені сторони для досягнення стратегічних цілей та покращення результатів у сфері охорони здоров'я.

Політика охорони здоров'я – це плани та дії, вжиті урядом або установами для досягнення конкретних цілей охорони здоров'я в суспільстві.

Міждисциплінарне співробітництво – це скоординовані зусилля професіоналів із різних галузей для вирішення складних проблем охорони здоров'я та впровадження рішень на основі фактичних даних.

Розвиток потенціалу – це розвиток навичок, ресурсів та інфраструктури, необхідних для впровадження та підтримки науково-обґрунтованих практик у системах охорони здоров'я.

Законодавчі інновації – це реформи та оновлення законів і нормативних актів, які підтримують інтеграцію та масштабування науково-обґрунтованих заходів у сфері громадського здоров'я.

Comparative Case Studies – це метод дослідження, який передбачає аналіз і порівняння кількох прикладів практики управління охороною здоров'я для виявлення найкращих практик і уроків, які можна перенести.

Сталість у сфері громадського здоров'я – це здатність підтримувати програми охорони здоров'я та втручання протягом тривалого часу, забезпечуючи довгострокові переваги для здоров'я населення.

Рекомендації щодо політики – це дієві пропозиції, надані політикам і зацікавленим сторонам, спрямовані на покращення систем охорони здоров'я та результатів у сфері охорони здоров'я.

Системні виклики – це складні та взаємопов'язані перешкоди, які заважають ефективній реалізації стратегій громадського здоров'я та науково-обґрунтованих практик.

Електронна система охорони здоров'я (аббревіатура: ЕСОЗ або eHealth) – українська багатокомпонентна інформаційно-комунікаційна система, що автоматизує облік медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді. Це включає центральну базу даних і медичну інформаційну систему (MIS), що забезпечує автоматичний обмін даними між ними через відкриті інтерфейси прикладного програмування (API).

Залучення зацікавлених сторін – це активне залучення всіх відповідних сторін, включаючи політиків, постачальників медичних послуг та громадськість, у процес прийняття рішень.

Спроможна мережа закладів охорони здоров'я – це організаційно та функціонально об'єднана система медичних установ, яка забезпечує доступність, якість і безперервність медичних послуг для населення в межах визначеної адміністративної території. Спроможна мережа закладів охорони здоров'я створюється з урахуванням демографічних, соціально-економічних і

географічних особливостей, потреб громади та сприяє раціональному використанню ресурсів, зменшенню територіальної нерівності в доступі до послуг і покращенню їхньої якості.

Доказова практика (EBP -Evidence-Based Practice) – це системний підхід до прийняття управлінських рішень, який поєднує найкращі наявні дані досліджень із клінічним досвідом і цінностями для пацієнтів та персоналу медичних підприємств.

З позицій авторського підходу пропонується ввести до понятійно-категоріального апарату у сфері публічного управління охорони здоров'я такий термінологічний конструкт як *«доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я»*, яку слід розглядати як комплексну систему, яка поєднує науковий підхід, професійний досвід та суспільні запити для досягнення результатів, що відповідають потребам жителів територіальної громади та забезпечують її сталий розвиток на основі підвищення тривалості та якості життя й забезпечення доступних якісних та безпечних медичних послуг. Одразу слід зробити додатковий акцент на тому, що поняття «доказова медицина» та «доказова практика у сфері публічного управління» не є тотожними, адже у першому випадку мова йде виключно про медичні технології та протоколи лікування певних захворювань чи хворобливих станів. У другому випадку – терміноконструкт *«доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я»* відображає сутність публічноуправлінської діяльності, яка здійснюється у умовах надзвичайних ситуацій чи суспільної кризи (війна, пандемія тощо) за відсутності чітких галузевих регламентів національного рівня, а спроможність медичного підприємства до функціонування забезпечується в організаційному плані прийняттям управлінських рішень на мікрорівні, у функціональному та нормативно-правовому плані – забезпечуються органами місцевого самоврядування шляхом прийняття та фінансування місцевих програм у сфері охорони здоров'я. Обов'язковим елементом в підході *доказової практики (EBP -Evidence-Based Practice)* публічного

управління у сфері охорони здоров'я є участь суб'єкта управління в проектах міжнародної технічної допомоги.

Усвідомивши сутність основних термінів і понять, у подальшому доречно буде здійснити розгляд еволюції основних теорій управління сферою охорони здоров'я.

Однією із найбільш стійкіших теорій, на наш погляд, є теорія систем, засновником якої вважають Людвіга фон Берталанфі (1950-ті роки). В рамках цієї теорії організації охорони здоров'я функціонують як складні системи взаємопов'язаних частин. Засновник теорії вказує на важливість взаємозалежності різних компонентів, включаючи людські ресурси, процеси та технології, з метою оптимізації надання медичної допомоги.

Теорія непередбачуваних ситуацій, засновником якої є Джоан Вудворд, (1958 рік). Він передбачав, що ефективні методи управління залежать від конкретних обставин і середовища організації охорони здоров'я. Також, на його думку, важливим є те, що в рамках теорії непередбачуваних ситуацій головним у досягненні ефекту управління та визначених цілей управління є гнучкість і адаптивність при прийнятті управлінських рішень з питань охорони здоров'я.

Теорія ресурсно-орієнтованого підходу. Її засновником прийнято вважати Біргера Вернерфельта (1984 р.). В основі цієї теорії є фокусування управлінської уваги на стратегічному використанні ресурсів (людських, фінансових і технологічних) для отримання конкурентної переваги та підвищення ефективності організації в секторі охорони здоров'я.

Теорія зацікавлених сторін (Р. Едвард Фріман, 1984) підкреслює важливість залучення та збалансування інтересів усіх зацікавлених сторін у сфері охорони здоров'я, включаючи пацієнтів, постачальників, регулюючі органи та громаду для забезпечення стійких результатів у функціонуванні сфери охорони здоров'я.

Також згодом, окрім цих основних теорій управління, сформувалось кілька різновидів теорії лідерства як успішної основи для управління

системами охорони здоров'я. Це так звана теорія трансформаційного лідерства (Джеймс МакГрегор Бернс, 1978). Коли визнаний лідер надихає та мотивує команди, що працюють у сфері охорони здоров'я (як команди адміністраторів, так і команди лікарів чи середнього медичного персоналу) досягати високих результатів. Також визнаною є теорія лідерства крізь феномен служіння (Роберт К. Грінліф, 1977). У своїй науковій праці «Концепція лідерства-служіння як сучасна філософія управління» дослідник Т. В. Кичкирук зазначає, що теорія лідерства-служіння виправдовує себе в різних сферах економіки, а тим більш є виправданою в умовах ринкової економіки і може бути надзвичайно ефективною для застосування у сфері бізнесу. З позицій цієї теорії, служіння в концепті управління, повинно відбуватися на основі інтегрованого цілісного світорозуміння. Тож в рамках цієї теорії публічноуправлінський пріоритет розвитку галузі охорони здоров'я може формуватися крізь призму потреб пацієнтів і потреб медичного персоналу (їх соціальних потреб, потреб професійного розвитку тощо).

Теорії управління змінами:

Модель управління змінами Левіна (Курт Левін, 1947) описує процес організаційних змін шляхом розморожування, зміни та повторного заморожування діяльності певного підприємства, структури, організації тощо. Модель управління змінами також може бути активно застосована у сфері охорони здоров'я.

Інституційна теорія (Джон Мейєр і Брайан Роуєн, 1977) досліджує, як на організаційні структури та практики охорони здоров'я впливають соціальні норми, правила та культурні очікування, наголошуючи на ролі інституційного ізоморфізму.

Теорія обмежень (ТОС) (Еліяху М. Голдратт, 1984) фокусується на виявленні та усуненні вузьких місць у процесах охорони здоров'я для підвищення ефективності та результатів для пацієнтів.

Теорія людських стосунків (Елтон Мейо, 1930-ті роки) наголошує на важливості задоволеності, мотивації та командної роботи працівників для досягнення організаційних цілей у закладах охорони здоров'я.

Управління, засноване на фактичних даних (EBM) (Denise Rousseau, 2006) об'єднує найкращі наявні дані досліджень і практики в процес прийняття управлінських рішень для покращення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я.

Теорія загального управління якістю (TQM) (В. Едвардс Демінг, 1980-ті роки) заснована на покращенні якості медичних послуг шляхом постійного вдосконалення, догляду, орієнтованого на пацієнта та оптимізації управлінських процесів.

Теорія «принципал-агент» (Стівен Росс, 1973) досліджує відносини між принципалами (наприклад, політиками) та агентами (наприклад, постачальниками медичних послуг), зосереджуючись на вирівнюванні стимулів для зменшення неефективності та конфлікту інтересів.

Економічні теорії управління у сфері охорони здоров'я завжди були у центрі уваги науковців та практиків. Так, теорія аналізу витрат і вигод (Jules Dupuit, 1844) оцінює економічну ефективність втручань у сфері охорони здоров'я. Теорія ігор (Джон фон Нейман і Оскар Моргенштерн, 1944) дозволяє аналізувати стратегічні взаємодії та прийняття рішень у розподілі ресурсів. І вона є цілком спроможною бути застосованою у сфері охорони здоров'я, особливо в період кризового стану (пандемія, війна).

Розглянемо більш детально теорію Е-здоров'я (eHealth).

Появу електронної охорони здоров'я насправді можна розглядати як трансформаційну теоретичну конструкцію або еволюційну структуру в рамках управління охороною здоров'я. Хоча зазвичай її не класифікують як окрему теорію. Натомість це являє собою зміну парадигми, сформовану технологічними інноваціями та цифровою трансформацією в охороні здоров'я.

Теорія Електронної охорони здоров'я немає жодного автора чи розробника, оскільки вона виникла в результаті спільних досягнень у галузі медичної інформатики, телемедицини та цифрових наук про здоров'я. Термін «Е-здоров'я» (eHealth) набув популярності наприкінці 1990-х і на початку 2000-х років, завдяки внеску багатьох напрямків науки та різних міжнародних інституцій. Розглянемо їх більш детально:

У 2001 році Гюнтер Айзенбах уперше надав основоположне визначення поняття «електронна охорона здоров'я», сутність якого полягала у «використанні новітніх інформаційних і комунікаційних технологій, особливо Інтернету, для покращення або забезпечення здоров'я та охорони здоров'я».

Такі організації, як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейська комісія, фактично відіграли вирішальну роль у просуванні теорії Електронної охорони здоров'я в рамках глобальної та регіональної політики, зокрема єдиної політики охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу.

Тож розглянемо основні характеристики eHealth як теоретичної конструкції. Насамперед, цю теорію характеризують такі основні риси:

- інтеграція цифрових технологій і системи охорони здоров'я (інтеграція управлінських і лікувально-діагностичних складових);
- догляд, орієнтований на пацієнта;
- глобальне охоплення та доступність медичних послуг;
- цифрове втручання (бази даних, МІС тощо);
- розробка спеціальної політики, підготовка кадрів та інструментів цифрового врядування у сфері охорони здоров'я;
- стійкість, адаптивність та масштабованість впливу електронної охорони здоров'я на різні статистично-вікові групи населення;
- інтегрованість та взаємозв'язок eHealth з іншими теоріями та концепціями управління.

Інтеграція технологій і охорони здоров'я. eHealth наголошує на застосуванні цифрових технологій, зокрема електронних медичних записів (EHR), телемедицини, мобільного здоров'я (mHealth) і переносних пристроїв, для покращення надання та управління послугами охорони здоров'я.

Догляд, орієнтований на пацієнта. Саме в рамках теорії «Е-здоров'я» забезпечується реальна можливість демонструвати на практиці державний пріоритет щодо розширення можливостей пацієнтів через доступ до інформації про здоров'я, персоналізовані інструменти управління здоров'ям та інтерактивне спілкування з постачальниками медичних послуг (лікуючим лікарем чи сімейним лікарем). «Е-здоров'я» забезпечує взаємодію та обмін даними в режимі 365/24/7. Ключовою особливістю eHealth є зосередженість на безперебійному обміні даними між різними системами охорони здоров'я, що сприяє співпраці та ефективності. Так, сьогодні в Україні в рамках застосунку «Е-здоров'я» Національна служба здоров'я України контракує надання медичних послуг національними провайдерами на основі інтеграції 7 різних медико-інформаційних систем (MIS).

Глобальне охоплення та доступність є незаперечними практичними перевагами Е-здоров'я. Використовуючи інструменти на основі Інтернету, eHealth зменшує географічні та матеріально-технічні бар'єри, розширюючи доступ до медичної допомоги, особливо в районах із недостатнім ресурсом медичного обслуговування населення.

Цифрове втручання в охорону здоров'я на основі фактичних даних: eHealth включає підходи, що ґрунтуються на фактичних даних, для підтвердження ефективності цифрових інструментів і втручань, гарантуючи їх безпеку та ефективність.

Основи політики та управління: розробка та впровадження електронної охорони здоров'я вимагають надійної організаційної та правової бази для вирішення питань конфіденційності, кібербезпеки та етичних питань.

Стійкість і масштабованість: рішення електронної охорони здоров'я розроблені таким чином, щоб їх можна було масштабувати для різних груп

населення та адаптувати до мінливих потреб охорони здоров'я, підтримуючи довгострокову стабільність охорони здоров'я. Хоча eHealth сама по собі може не бути формальною «теорією», вона тісно пов'язана з існуючими теоріями, як-от теорія систем, теорія непередбачених ситуацій і теорія зацікавлених сторін, адаптуючи ці рамки до епохи цифрових технологій. Практичний феномен eHealth також перетинається з концепціями розповсюдження інновацій (Еверетт Роджерс) і моделями прийняття технологій (Девіс, 1989), зосереджуючись на тому, як люди та організації упроваджують технологічні інновації задля покращення якості та доступності медичних послуг.

Оскільки дисертаційна робота присвячена розгляду проблем доказової практики управління, тут ми повинні провести докази прикладних аспектів застосування теорії eHealth в Україні. Налагодження ефективного управління у бідь-якій ланці економіки в умовах постійних викликів трансформаційного суспільства сьогодні зорієнтовано на застосування цифрових технологій. Галузь охорони здоров'я у цьому плані не є виключенням. Медична галузь України після підписання Угоди про асоціацію з Європейським Союзом виступає одним із флагманів євроінтеграційного руху. Це забезпечується завдяки «осучасненню» управлінських підходів в галузевому управлінні на засадах активного застосування цифрових інструментів.

Упродовж довготривалої кризи пандемічного характеру (COVID-19), а також з початком повномасштабної війни російського агресора проти України одним із завдань органів державної влади та органів місцевого самоврядування є налагодження двостороннього діалогу між органами управління системою охорони здоров'я, постачальниками медичних послуг та громадськістю в особі наукової, медичної та пацієнтської спільноти. Метою цього є залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень щодо організації надання якісних та доступних медичних послуг населенню.

Сьогодні вже очевидно, що після 2020 року суспільні відносини у сфері

охорони здоров'я вибудовуються на принципово новій основі, а саме на платформі цифрових технологій управління. Так, система eHealth має такі очевидні практико-орієнтовані управлінські переваги (за визначенням Генерального директора ДП «Електронне здоров'я»): рекордно короткий час виробництва та запуску eHealth в практичну медицину; найшвидша в світі систему електронних рецептів; ефективна відкрита архітектура; найбільша система на основі протоколу FHIR; найшвидша швидкість оголошення підпису.

Зазначимо, що електронний формат переносить діалог між органами влади та громадськістю у віртуальний простір, а його учасники стають рівноправними партнерами в реалізації публічноуправлінської діяльності стосовно питань здоров'я. Тому, інформування та комунікація завдяки цифровим інструментам стають пріоритетними функціями управління медичною сферою. У зв'язку з цим в Україні почала активно розвиватись з 2016 року нова національна модель управління у сфері охорони здоров'я, яка дістала назву ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я, *англ. – eHealth*) [20]. Ця модель демонструє пріоритетність інформаційно-комунікативної функції управління разом з функцією загального управління системою охорони здоров'я та контрольно-наглядовою функцією. Так, керівництво профільного міністерства нещодавно анонсувало низку цифрових проєктів в системі управління охороною здоров'я на 2023 рік (табл.1.1).

З позицій публічноуправлінської діяльності, як зазначають вітчизняні дослідники, в історичному контексті в Україні сформувалось кілька моделей інформаційно-комунікативної взаємодії у сфері охорони здоров'я. Серед них слід назвати, перш за все такі: помешканьово-візитова модель (XVII-XIX ст.); кабінетно-стаціонарна модель (XIX-XX ст.); діагностично-лабораторна модель комунікації (XXI ст). Починаючи з 2020 року і по т.ч. можемо говорити про те, що в Україні модель ЕСОЗ дедалі більш впевнено набирає ознак моделі цифрового здоров'я (Digital Health). Упровадження цифрових елементів управління надає вітчизняній моделі ЕСОЗ характеристик

стійкості та пластичності в умовах кризового управління в період пандемії коронавірусної інфекції та у період повномасштабної війни [168; 174]. Такий підхід сьогодні застосовується у багатьох країнах ЄС.

Таблиця 1.1

**Характеристика моделі електронного здоров'я (eHealth) в Україні:
публічноуправлінський аспект**

Складова характеристики	Основний зміст
Мета упровадження моделі	Інтеграція в європейську цифрову спільноту до 2030 р.
Рівень функціонування	Національний рівень
Суб'єкт управління	Офіс координації розвитку електронної охорони здоров'я
Правове забезпечення	Розпорядження КМУ від 28 грудня від 2020 р. № 1671-р «Концепція розвитку електронної охорони здоров'я»
Дорожня карта проєктів на 2023 рік	107 цифрових проєктів

Джерело: складено автором

Перспективним для України, на наш погляд, є розвиток так званої поведінкової моделі системи охорони здоров'я (Behavioural healthcare). Розвиток цифровізації управлінських процесів у сфері охорони здоров'я в Україні, навіть в умовах війни, продовжує активний рух.

Серед них, зокрема, названо такі як: функціонал реорганізації закладів охорони здоров'я та функціонал категоризації для різних категорій пацієнтів відповідно до наявних у них нозологій; реабілітаційна складова в електронній системі охорони здоров'я; телемедичні рішення на час воєнного стану в Україні; електронні рецепти на всі рецептурні препарати; реімбурсація імуносупресивних лікарських засобів та ін.

Отже, поява електронної системи охорони здоров'я відображає відповідь на сучасні виклики в управлінні охороною здоров'я, включаючи потребу в ефективності, доступності та науково обґрунтованих втручаннях. Розвиток в Україні електронної системи охорони здоров'я продовжує формувати сучасні практики управління охороною здоров'я та формування політики, підкреслюючи трансформаційну роль сучасних інформаційних технологій в охороні здоров'я.

1.2. Організаційні аспекти управління у сфері охорони здоров'я з позицій практико-орієнтованого підходу

Сфера охорони здоров'я є невід'ємною складовою національної економіки, її об'єктивно існуючим компонентом, який відіграє фундаментальну роль і підвищенні якості життя, розвитку людського капіталу держави. На даному етапі в Україні відбувається формування якісно нової системи охорони здоров'я, що базується на структурній перебудові та формуванні медичних закладів нової генерації та запровадженні сучасних систем менеджменту та фінансування закладів охорони здоров'я. Основною метою та пріоритетними напрямками розвитку вітчизняних медичних закладів України, особливо в умовах невизначеності та викликів є формування ефективної, орієнтованої на потреби населення інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я, котра забезпечує максимальні вигоди для пацієнтів, постачальників медичних послуг, організаторів охорони здоров'я, місцевих органів влади. Проте, становлення вітчизняної медичної системи, реформування охорони здоров'я та впровадження сучасних високоефективних медичних технологій відбувається в складний час економічних потрясінь, пандемічних загроз та повномасштабної війни, яку розпочала росія у 2022 році. З урахуванням складних умов та невизначеності зовнішнього середовища актуалізуються інструменти та механізми антикризового управління медичними закладами України [4], посилюється

роль адаптивних управлінських технологій, що дозволяють забезпечити ефективний розвиток національної медичної системи та досягнення головної її мети – надання доступних медичних послуг високої якості незалежно від фінансових можливостей пацієнтів та соціально-економічного становища держави.

Концептуальні основи специфіки управління медичними закладами в умовах кризового стану та механізми подолання загроз представлені в наукових працях таких вчених як: В. І. Борщ, Д. М. Драгунов, М. М. Забаштанський, І. Зуб, Г. С. Кукель, Н. Л. Кусик, С. О. Назарко, О. В. Рудінська, В. В. Роледерс, Л. В. Сазоненко, І. В. Семчук, О. К. Толстанова, К.В. Щиріна, К. Ю. Ягельська, І.І. Яремко [16; 53; 59; 66; 125; 188; 190; 223; 226; 228] та інші.

Незважаючи на значну кількість праць з антикризового управління у сфері медичної практики, слід відзначити, що питання конкретних організаційних механізмів попередження та нейтралізації кризових явищ у сфері охорони здоров'я вивчені недостатньо. Існує низка проблем організаційного та практичного характеру, пов'язаних із недостатньо ефективним управлінням медичними закладами. Більш ґрунтовного наукового та практичного осмислення потребує вивчення інструментів та механізмів управління медичним закладом в умовах кризового стану та невизначеності.

В умовах активізації глобалізаційних процесів та соціально-політичної нестабільності проблематика антикризового управління медичними закладами України потребує комплексного вивчення та ґрунтовного аналізу причин та наслідків виникнення кризових явищ.

Дослідження наукової бази вказує, що система антикризового управління представляє собою гнучку, адаптивну систему, яка здатна видозмінюватися в залежності від поточного фінансово-економічного стану медичного закладу та відповідно до глибини розвитку кризових явищ. Реалізація антикризового управління в діяльності закладів сфери охорони

здоров'я дозволяє реалізувати відповідні антикризові програми розвитку, як сукупність конкретних стратегічних або тактичних організаційних та управлінських заходів, спрямованих на створення базових передумов нейтралізації кризових явищ. В даному аспекті ключовою метою механізму антикризового управління є функціонування та розвиток медичного закладу, недопущення його банкрутства чи ліквідації.

В таблиці 1.2 нижче наведено перелік та деталізацію фундаментальних проблем у сфері охорони здоров'я, які потенційно призводять до виникнення кризових явищ в медичних закладах України.

Таблиця 1.2

Фундаментальні причини виникнення кризових явищ в практиці медичних закладів України

Причини кризових явищ	Обґрунтування причин появи криз в управлінні медичними закладами
Низький рівень фінансування сфери охорони здоров'я	Фінансова розпорошеність та ресурсна деформованість структури медичного обслуговування в Україні під впливом економічної нестабільності в країні, війни Росії проти України, нестабільності фінансового забезпечення. В умовах недостатності фінансування та загальнодержавної фінансової кризи це сприяє поглибленню проблем медичного обслуговування населення та потребує трансформації системи охорони здоров'я щодо забезпечення зростаючого попиту населення в медичній допомозі й стримуванні зростання фінансового забезпечення ОЗ.
Недостатність кваліфікованого управлінського та медичного персоналу	Визначальними факторами, що впливають на слабку мотивацію медичного персоналу щодо професійного розвитку та підвищення кваліфікації є низький рівень оплати праці медичного персоналу, проблеми якісного забезпечення та безпеки робочих місць, дефіцит кваліфікованих молодих спеціалістів, недостатнє адміністративно-організаційне забезпечення медичних закладів професійними управлінськими кадрами
Відсутність стратегічного підходу в організації антикризового управління медичними закладами	На рівні держави не розробляються стратегічні програми та дієві ефективні механізми управління медичними закладами в умовах високого рівня ризиків та невизначеності. Потребує оптимізації система господарської, фінансової та інвестиційної діяльності у сфері охорони здоров'я
Фактор невизначеності оточуючого середовища	Поява та посилення криз в управлінні медичними закладами України в останні роки здебільшого спричинено пандемією COVID-19, незавершеною медичною реформою та військовими діями. Невідповідність обраної стратегії управління медичними закладами до умов невизначеності приводить до погіршення якості медичного обслуговування, тривожністю та відтоком персоналу.
Диспропорції у фінансово-	Поглиблення різниці фактичної та теоретично розрахованої вартості випадку амбулаторного та стаціонарного лікування хворого, - протягом

організаційній структурі вітчизняної системи охорони здоров'я	останніх 3-х років, на фоні значних інфляційних процесів, що обумовили подорожчання ліків, виробів медичного призначення, продуктів харчування тощо. При цьому фінансування випадків лікування не збільшилось, а деколи, внаслідок численних «удосконалень» розрахунків, зменшилось, що приводить до значних ризиків гальмування розвитку матеріально-технічної бази, втрати кваліфікованих медичних кадрів (безпосередніх виробників медичних послуг), що приводить до зменшення кількості пролікованих, а з цим, до прогресивного зменшення фінансування від НСЗУ та подальшої кризи закладу. Оплата послуг НСЗУ в межах недостатньо виділеного на рівні Уряду країни фінансування безумовно призведе до реалізації критичних ризиків. На сьогодні при розрахунках тарифів НСЗУ взагалі не закладаються витрати на амортизацію обладнання, його обслуговування, перевірку тощо. Крім того, господарська діяльність медичного закладу потребує постійних поточних та капітальних ремонтів як приміщень, у т.ч. спеціальних – операційних, рентген-приміщень, генераторів, приміщень для укриття тощо. За логікою НСЗУ ці всі роботи повинні бути покладені на власника. Проте, велика частка власників не мають достатнього ресурсу, а іноді, і мотивації, спеціальних знань на фінансування зазначених напрямків. В таких випадках, через об'єктивну малоспроможність власника потенційні заклади, що входять до спроможної мережі, досягли високого рівня медичних технологічних процесів та мають достатній кадровий ресурс, опиняються перед ризиком припинення діяльності за певними напрямками на фоні зростаючих вимог НСЗУ щодо умов надання медичних послуг. Таким чином, фінансування лікарень, зокрема кластерного та надкластерного типу, повинне передбачати можливість сталого розвитку матеріально-технічної бази, - заміни застарілого обладнання, придбання нового обладнання для розширення переліку медичних послуг, проведення поточних та капітальних ремонтних робіт тощо.
Проблеми матеріально-технічного та інноваційно-технологічного характеру	Медична інфраструктура системи охорони здоров'я визначає технологічну конкурентоспроможність медичних закладів, тобто їх здатність надавати високотехнологічні медичні послуги з високим рівнем діагностичної точності. Відсутність відповідного матеріально-технічного забезпечення знижує конкурентоспроможність закладів, впливає на якість медичного обслуговування та відповідно приводить до погіршення роботи медичних закладів
Відсутність в країні єдиної досконалої МІС	Відсутність в країні єдиної досконалої МІС призводить до значного зменшення ефективності функціонування eHealth, - дані, занесені різними МІС-ами в великій частині випадків не є доступними для користувачів інших МІСів. Друга проблема полягає в надлишковому фінансуванні випадків, занесених за допомогою МІСів з «ресурсною» спрямованістю: концепція таких МІСів полягає в послідовних «підказках» користувачеві щодо найбільш «дорогого» варіанту кодування випадку, що, безумовно, у підсумку призводить до безпідставного перевитрачання коштів. Разом з цим, певні МІСи в запропонованих матрицях не використовують затверджені МОЗ України форми медичної документації, що порушує принцип уніфікації документування технологічних процесів надання медичної допомоги та негативно впливає на її якість, можливість коректного автоматизованого аналітичного аналізу занесеної інформації.

Джерело: побудовано автором на основі [22; 59; 190; 233]

Загалом, ключовим завданнями функціонування ефективного механізму управління лікувальними закладами України є наступні: створення ефективної системи гарантій для населення; запровадження інноваційного фінансового інструментарію забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я; оптимізація ресурсів та удосконалення матеріально-технічного забезпечення закладів медичної сфери; створення вільного ринку надання медичних послуг з метою підвищення конкурентоспроможності медичних закладів різної форми власності; впровадження прозорих процедур надання медичних послуг; формування культури здорового способу життя.

Як видно із табл. 1.2 такими ризик-факторами, насамперед, є наступні: низький рівень фінансування сфери охорони здоров'я; недостатність кваліфікованого управлінського та медичного персоналу; відсутність стратегічного підходу в організації антикризового управління медичними закладами; фактор невизначеності оточуючого середовища; диспропорції у фінансово-організаційній структурі вітчизняної системи охорони здоров'я; проблеми матеріально-технічного та інноваційно-технологічного характеру.

Наявність системних перешкод на шляху ефективного функціонування вітчизняної сфери ОЗ приводять до збиткової роботи медичних установ, як це показано в табл.1.3 та знижують загальну результативність їх роботи [137].

Зокрема, впродовж 2010-2023 років значна частка суб'єктів господарювання даної сфери в загальному підсумку працювали зі збитками, обсяг яких на кінець 2023 року становив понад 1450 млн. грн., таблиця (1.3).

Розробці дієвого організаційного механізму управління медичним закладом в умовах кризового стану має передувати ідентифікація причин та передумов виникнення кризових явищ та їх ґрунтовний аналіз. За даними Національної служби статистики України вітчизняні медичні заклади характеризуються низьким рівнем ефективності, значна кількість лікувальних установ працює збитково. Зокрема впродовж 2022-2023 років понад 30% закладів охорони здоров'я працювали зі збитками, що негативно

позначається на їх можливості надання своєчасних та якісних медичних послуг.

Таблиця 1.3

**Динаміка чистого прибутку (збитку) суб'єктів господарювання
сфери охорони здоров'я України у 2010 -2023 роках**

Роки	Чистий прибуток (збиток), тис. грн	Медичні заклади, які одержали прибуток		Медичні заклади, які одержали збиток	
		У % до загальної кількості підприємств	Фінансовий результат, тис. грн	У % до загальної кількості підприємств	Фінансовий результат, тис. грн
2010	-94272,5	58,7	303477,3	41,3	397749,8
2011	-218810,6	59,5	304246,3	40,5	523056,9
2012	-75000,2	61,1	319557,3	38,9	394557,5
2013	-148911,0	63,2	420087,9	36,8	568998,9
2014	-1182820,7	63,2	316080,7	36,8	1498901,4
2015	-1039291,3	68,9	476951,1	31,1	1516242,4
2016	187278,6	68,8	789815,1	31,2	602536,5
2017	144858,2	64,0	908985,9	36,0	764127,7
2018	1022372,3	68,5	1978596,2	31,5	956223,9
2019	1678671,7	70,8	4012463,2	29,2	2333791,5
2020	19255220,2	76,0	21305573,4	24,0	2050353,2
2021	7890016,0	70,6	11738014,7	29,4	3847998,7
2022	7258814,7	66,5	10798973,5	33,5	4309758,5
2023 (попередні дані)	6678109,5	60,2	9935055,6	39,8	4826929,6

Джерело: побудовано автором на основі [66; 137]

Ситуація у погіршилась під впливом таких зовнішніх чинників як наслідки пандемії Covid-19 та військова агресія Росії проти України [225].

Збиткова робота підприємств сфери охорони здоров'я унеможлиблює їх належний розвиток. Окрім того, станом на другу половину 2023 року за інформацією наданою структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних та у м. Києві військових адміністрацій підтверджена достовірність пошкодження 1575 об'єктів та 634 закладів охорони здоров'я [25; 137].

Наявність широкого спектру проблем у вітчизняній системі охорони здоров'я сигналізує потребу впровадження дієвих та актуальних антикризових підходів до управління медичними закладами. Вважаємо, що проведення комплексних організаційних заходів та запровадження сучасних управлінських підходів дозволить оптимізувати стан фінансово-господарської діяльності медичних закладів та забезпечить більш ефективний розвиток вітчизняних закладів охорони здоров'я.

На думку багатьох вітчизняних науковців, основною метою управління в умовах кризового стану є створення передумов для стійкого функціонування та розвитку медичного закладу у відповідь на вплив дестабілізуючих чинників економічного, політичного та соціального характеру [228, с. 273-274]. Окрім того, антикризове управління включає розробку стратегічних альтернатив на базі прогнозування та передбачення сценаріїв розвитку ситуації, впровадження змін у діяльність закладів охорони здоров'я, нових практик управління та фінансування, уникнення або нейтралізації фінансових проблем.

В даному аспекті, у науковій статті під авторством К.В. Щиріної та О.К. Толстанова [223, с. 65-67] відзначається, що система реагування на кризові ситуації в медичних установах потребує відповідних змін для організації ефективної відповіді викликам, пов'язаних із пандемічними спалахами, військовими діями та іншими факторами негативного характеру.

Рисунок нижче демонструє складові організаційного механізму антикризового управління з точки зору удосконалення та розвитку діяльності медичних закладів:



Рис. 1. 1 Сутнісна характеристика процесу антикризового управління діяльністю медичного закладу в умовах невизначеності

Джерело: побудовано автором на основі [66; 188; 228]

Запровадження сучасних інструментів планування та управління дозволить розвивати нові підходи до надання медичної допомоги, нові партнерства та співпрацю, а також нові стратегії забезпечення безпеки медичного персоналу та пацієнтів.

Одночасно важливо здійснювати і внутрішні організаційні заходи, які допоможуть зменшити негативний вплив зовнішніх чинників.

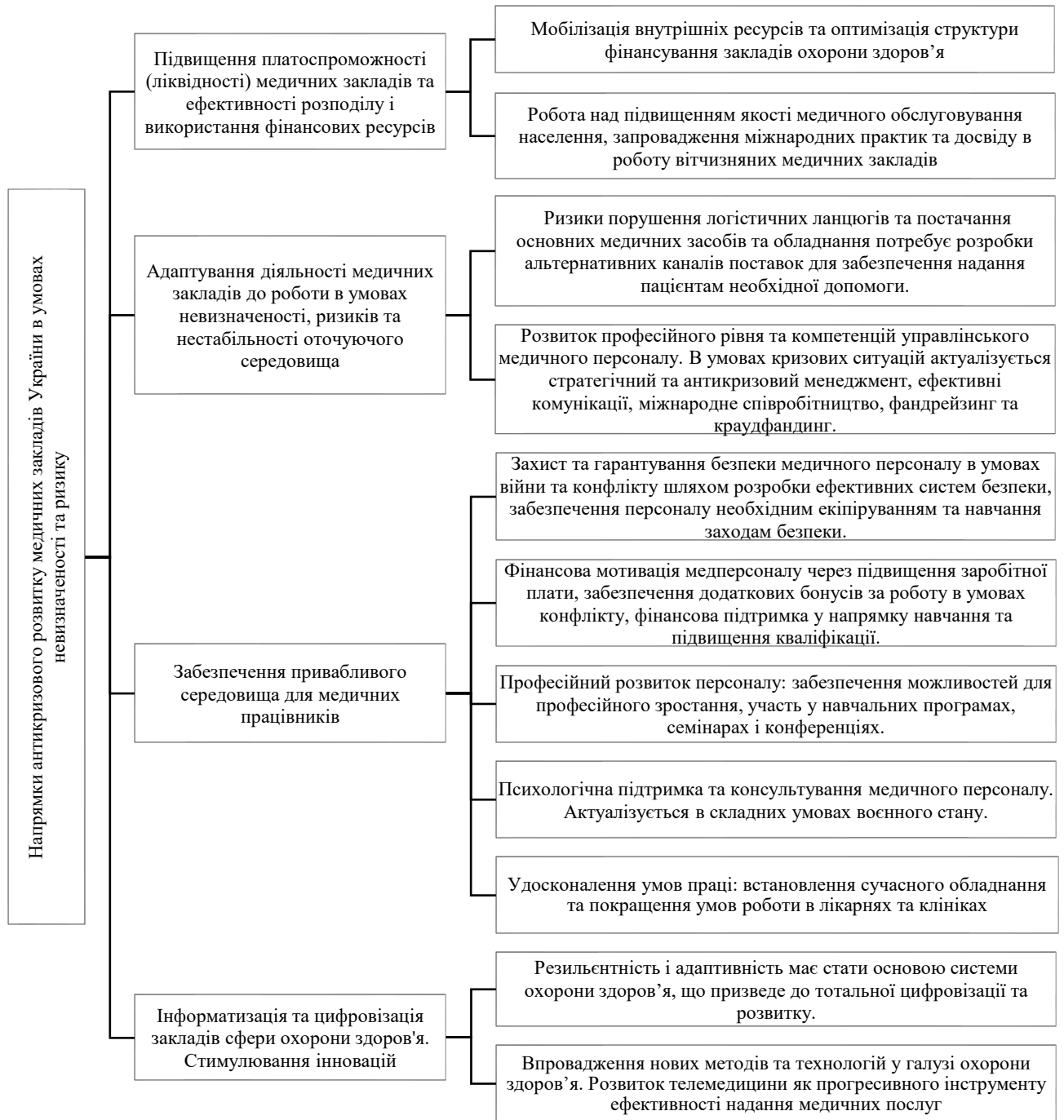


Рис.1.2. Дерево цілей формування напрямків антикризового розвитку медичних закладів України в умовах кризи

Джерело: власна розробка автора

Отже, відповідно до наведеної вище схеми антикризове управління закладами сфери охорони здоров'я представляє собою комплекс інструментів зовнішнього і внутрішнього впливу на діяльність медичних закладів. Даний підхід враховує вплив невизначеності оточуючого середовища та потребує

розробки дієвих механізмів щодо побудови антикризових програм розвитку медичних закладів. Авторська розробка моделі дерева рішень з переліком та деталізацією напрямів антикризового розвитку вітчизняних медичних закладів в умовах невизначеності представлено на рис. 1.2.

Запровадження механізмів антикризового управління в діяльність національних закладів охорони здоров'я потребує розробки конкретних управлінських рішень щодо підвищення ефективності методів управління, оптимізації системи фінансування медичних закладів, удосконалення системи кадрового забезпечення в умовах викликів та невизначеності. Тож можна стверджувати, що напрямки антикризового розвитку закладів сфери охорони здоров'я мають включати:

- пошук шляхів підвищення платоспроможності (ліквідності) медичних закладів та ефективності розподілу і використання фінансових ресурсів. Адже фінансове забезпечення медичних закладів відповідно до їх потреб напряду впливає на темпи зростання якості відповідних медичних послуг, збереження та розвиток кадрового потенціалу, інноваційний розвиток матеріально-технічного забезпечення медичних установ. Важливим в даному розрізі є додаткове залучення фінансових ресурсів для відновлення зруйнованих закладів охорони здоров'я, що потребують відбудови інфраструктури та нового обладнання;

- адаптування діяльності медичних закладів до роботи в умовах невизначеності, ризиків та нестабільності оточуючого середовища. В даному аспекті актуалізується трансформація управлінських механізмів з урахуванням наявних викликів та сучасного світового досвіду;

- забезпечення привабливого середовища для медичних працівників. Даний напрямок включає розвиток механізмів матеріального та нематеріального стимулювання працівників медичних закладів, посилення престижності та привабливості праці в сфері охорони здоров'я, забезпечення можливостей безперебійного підвищення кваліфікації тощо;

– інформатизація та цифровізація закладів сфери охорони здоров'я, розробка та впровадження новітніх ІТ рішень, спрямованих на підвищення рівня доступності медичних послуг, а також спрощення роботи медичного персоналу. Стимулювання впровадження інновацій в роботу медичних закладів, пошук інноваційних шляхів використання наявних ресурсів сфери охорони здоров'я з урахуванням специфіки її функціонування. Такий підхід дозволить підвищити конкурентоздатність окремих лікувальних закладів, сприятиме підвищенню якості наданих послуг та сприятиме зниженню кризових явищ в медичних закладах. Окрім того впровадження цифрових технологій та інноваційних підходів у медичних закладах України дозволить сформувати єдиний медичний простір та розробити чіткі маршрути пацієнтів, забезпечення їх ефективну логістичну координацію [79; 102].

В процесі обґрунтування напрямків антикризового розвитку вітчизняних медичних закладів та створення дієвої сфери охорони здоров'я доцільно зважати на державну політику та механізми управління національною медичною системою. Погоджуємося із думкою багатьох фахівців у сфері охорони здоров'я, котрі дотримуються позиції, що трансформація медичної системи має враховувати наступні критерії:

– розробка універсальних підходів до надання медичних послуг високої якості з урахуванням світових стандартів та досягнень науково-технічного прогресу;

– побудова та розвиток конкурентного ринку медичних послуг, в основі якого має бути солідарна відповідальність держави та пацієнта;

– диверсифікація джерел фінансування сфери охорони здоров'я, оптимізація бюджетних видатків на медичне забезпечення населення, розширення сфери дії соціальної відповідальності;

– подолання корупції та тіньової економіки в медичній сфері, особливо з використанням бюджетних коштів на закуплю медичних препаратів та засобів реабілітації;

- реформування охорони здоров'я, розвиток та активне запровадження державно-приватного партнерства у системі розробки та надання медичних послуг;
- трансформація вітчизняної системи охорони здоров'я з метою пошуку нових сучасних моделей побудови системи охорони здоров'я, резервів для її удосконалення та подальшого розвитку;
- посилення спроможності системи охорони здоров'я у реагуванні на виклики, глобальні загрози та ефективного управління в умовах надзвичайних ситуацій;
- популяризація здорового способу життя серед населення, культури споживання, профілактики захворювань з метою зниження навантаження на медичну систему та збереження людського капіталу.

Завершуючи розгляд основних організаційних аспектів публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я можна стверджувати, що в умовах кризових ситуацій організаційно-управлінський механізм керування медичними закладами у має включати: оптимізацію форм планування та організації поточної діяльності медичних установ, підвищення мотивації та професіоналізацію кадрового забезпечення лікувальних закладів, інноваційний розвиток та інформаційно-аналітичне забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health), диференціацію джерел фінансування поточної діяльності медичних установ, підвищення якості надання медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів, пошук шляхів зростання конкурентоспроможності медичних послуг тощо.

Резюмуючи матеріал двох попередніх розділів дисертаційної роботи, можна стверджувати, що з позицій публічноуправлінської діяльності, Evidence-Based Practice (EBP), або практика, заснована на доказах, охоплює не лише процес прийняття рішень, але й механізми забезпечення їх ефективності через системний підхід та організаційні структури, які взаємодіють собою у чинному нормативно-правовому полі.

Нижче наведено наше унікальне бачення концептуальних компонентів моделі підходу ЕВР у контексті управління охороною здоров'я.

I. Джерела доказової практики. Підхід ЕВР базується на використанні доказової інформації. У державному управлінні це включає:

- результати досліджень: наукові дослідження, аналітичні звіти, статистичні дані;
- емпіричні дані: інформація, отримана шляхом моніторингу та оцінки політики, програм і проектів;
- досвід управління: передовий досвід інших регіонів, країн та організацій.

II. Громадська думка та запити суспільства у сфері ОЗ: при прийнятті управлінських рішень слід спиратися на дані соціологічних опитувань пацієнтів та персоналу, результати консультацій із зацікавленими сторонами, міжнародними партнерськими організаціями тощо.

III. Систематичний характер процесу прийняття управлінських рішень включає:

- методологічний підхід: використання чіткої системи збору, аналізу та узагальнення доказів;
- синтез доказів: поєднання наукових фактів, досвіду управління та потреб жителів територіальної громади;
- рефлексивність: постійний перегляд результатів і адаптація підходів.

IV. Контекстуалізація підходу ЕВР в системі ОЗ включає:

- необхідно враховувати специфіку середовища для вироблення політики чи прийняття управлінських рішень: правові, організаційні, економічні, соціально-культурні, політичні та інші умови;
- локація практики: адаптація доказів до реалій конкретної громади чи організації/підприємств сфери охорони здоров'я.

V. Інструменти та механізми доказової практики в управлінні ОЗ:

- моніторинг і оцінка: постійний збір даних про вплив управлінських рішень;

- платформа даних: використання інформаційних систем для обробки великих обсягів даних (Big Data);
- аналіз політики (Policy Analysis): інструмент для оцінки альтернативних рішень і прогнозування результатів;
- SWOT-аналіз та методологія управлінського аудиту: оцінка сильних і слабких сторін, ризиків і можливостей;

VI. Учасники доказової практики в управлінні охороною здоров'я:

- структури управління: органи державної влади, які приймають управлінські рішення з питань охорони здоров'я;
- експертні групи (національні або міжнародні): аналітики, дослідники, консалтингові організації;
- громадянське суспільство: участь зацікавлених сторін, включаючи громади та організації.

VII. Прозорість і підзвітність у підході ЕВР:

- наявність доказів: відкритий доступ до обґрунтування управлінських рішень;
- звітність: публікація результатів реалізації політики та програм.

VIII. Етичні принципи застосування підходу ЕВР до практики у сфері управління охороною здоров'я:

- повага до прав громадян: прийняття рішень з урахуванням суспільних інтересів і цінностей;
- дослідницька етика: використання законно отриманих доказів.

Візуалізація цієї концептуальної моделі доказової практики, демонструє її публічноуправлінський контент (табл. 1.4).

Як видно із матеріалів таблиці 1.4, практика, що заснована на доказах, у публічному управлінні охороною здоров'я виступає комплексною системою, яка поєднує науковий підхід, професійний досвід та суспільні запити для досягнення результатів, що відповідають потребам громади та забезпечують сталий розвиток.

Таблиця 1.4

Характерні ознаки моделі ЕВР-підходу

№	Структурний елемент моделі ЕВР-підходу та його публічноуправлінський зміст	Ідентифікатор ПУА
I	Джерела доказової практики	Об'єктивний характер ПУА
II	Громадська думка та соціальні запити	Функція управління (моніторинг)
III VI VIII	Системність процесу прийняття управлінських рішень; Прозорість та підзвітність в рамках ЕВР-підходу; Етичні засади застосування ЕВР-підходу у сфері ОЗ	Принципи управління
IV	Контекстуалізація ЕВР-підходу	Середовище публічної політики
V	Інструменти та механізми доказової практики	Складові ПУА
VI	Учасники доказової практики	Суб'єкти ПУА

Тому основний сенс інформації цього підрозділу дисертаційної роботи, полягало в обґрунтуванні теоретичних засад і розробці організаційного механізму управління вітчизняними медичними закладами в умовах кризового стану.

Запровадження сформованих заходів в практику діяльності медичних закладів України дозволить забезпечити основну та сприятливі умови для подальшого функціонування медичних послуг, зростання конкуренції в цій сфері, підвищення якості медичних послуг для громадян та нівелювання впливу деструктивних факторів на господарську діяльність закладів сфери охорони здоров'я. Реалізації окреслених шляхів антикризового розвитку медичних закладів України сприятимуть реформування сфери охорони здоров'я з можливістю залучення послуг приватних лікарень та лікарів, розвиток приватної медицини, що сприяє підвищенню якості медичних послуг та є привабливою для вкладення інвестицій, впровадження механізмів медичного страхування, зростання попиту зі сторони громадян на якісні медичні послуги, підвищення матеріальної бази за рахунок міжнародної допомоги партнерів країни, розвиток військової медицини.

1.3. Аналіз правових основ публічного управління сферою охорони здоров'я: досвід України та зарубіжжя

В постійно змінюваних умовах зовнішнього середовища, яке чинить значний тиск на економіку української держави та на всю соціальну сферу, а насамперед на сферу охорони здоров'я, одним із головних пріоритетів для органів державної влади та органів галузевого управління постає необхідність формування та функціонування спроможної мережі медичних закладів, установ та підприємств у межах визначених госпітальних округів [69; 74; 84].

В Україні правовий механізм публічного управління розвитком спроможної мережі закладів охорони здоров'я базується на:

1. Конституції України, в якій ст. 49 держава гарантує дотримання права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування [82].

2. Законах України, зміст яких надає можливості органами державної влади, органам місцевого самоврядування та органам галузевого управління провадити діяльність щодо створення спроможної мережі медичних установ. Серед основних законів України, якими регулюються суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, основоположними є такі:

- ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [245];
- ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей закон визначає механізми фінансування медичних послуг через Програму медичних гарантій [149];
- ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні». Цей закон закріплює повноваження місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я [160].

3. Рішеннях Уряду, які слугують ефективному формуванню та функціонуванню спроможної мережі медичних установ. Сучасним документом, який формує правове поле реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я в контексті її стратегічного розвитку є

затверджена урядом Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Крім того, постановою № 1074 від 27 листопада 2019 року уряд України визначив механізм створення, управління та функціонування госпітальних округів, в межах яких органи влади формують спроможну мережу закладів охорони здоров'я.

4. Державних, регіональних та місцевих програмах розвитку системи охорони здоров'я, в рамках яких існують можливості щодо стратегічного планування розвитку спроможної мережі медичних підприємств.

5. Організаційно-розпорядчих документах МОЗ України. Ці документи закріплюють в правовому полі критерії спроможності закладів, типи медичних послуг і вимоги до інфраструктури, затверджують стандарти, які забезпечують доступність, якість та безпечність медичних послуг. Зокрема, до організаційно-розпорядчих документах МОЗ України, можна віднести такі, як:

- наказ № 234 від 11 березня 2020 року «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку спроможної мережі закладів охорони здоров'я»;
- наказ № 504 від 26 червня 2021 року «Про затвердження порядку оцінки спроможності медичних закладів»;
- наказ № 1124 від 22 жовтня 2021 року «Про критерії класифікації медичних установ за рівнями надання допомоги».

Зазначимо, що функціонування спроможної мережі залежить також від фінансової спроможності закладів в рамках системи медичних гарантій; кадрового забезпечення; інтеграції інформаційних систем та оптимізації логістики надання медичних послуг. Завдяки такому правовому механізму спроможна мережа медичних підприємств функціонує на основі раціонального використання ресурсів, зменшення територіальної нерівності в доступі до медичних послуг належної якості та безпечності їх надання.

Розвиток України на сучасному етапі як незалежної демократичної правової та соціальної держави відбувається вже понад десять років в умовах утвердження засад євроінтеграційної трансформації. Ще з 2014 року під час подій Майдану активна громадськість, а це насамперед молодь, гучно заявила владі про наміри щодо розбудови нової української держави на засадах євроінтеграційного курсу. Згодом у 2019 році ці принципи знайшли своє відображення в законі України [148] та були згодом внесені як норма в Конституцію України (статті 85, 102, 116). А це означає, що в Україні на офіційному рівні було закріплено як окремий напрям державної політики – політика євроінтеграційного та безпекового (Північноатлантичного) курсу розвитку всіх без виключення сфер суспільного життя. І цьому процесу не змогли завадити ані довготривала пандемія COVID-19 (2020-2023), ані повномасштабне розгортання збройної агресії сусідньої країни на території української держави. Скоріш за все, ці потужні зовнішні виклики сприяли консолідації як громадянського сектору в Україні та підвищення рівня патріотичності серед широких верств населення, так і сприяли прискоренню трансформації в окремих сферах суспільного життя на основі їх організаційно-функціональної перебудови за зразками кращих практики країн Європейського Союзу. Однією із таких галузей, яка змогла трансформуватись у рекордно короткі терміни та продемонструвати високий рівень галузевої стійкості в період пандемічної загрози та викликів повномасштабної війни є галузь охорони здоров'я України.

Зазначена галузь розпочала свою структурну перебудову ще задовго до офіційного визнання та закріплення стратегічного курсу української держави на вступ до ЄС та НАТО. Як намір реалізації державної політики щодо сучасної розбудови національної системи охорони здоров'я було прийняття відповідного закону України [167] про пілотне впровадження структурно-функціональних змін на території чотирьох областей України. Успішна реалізація зазначеного національного проєкту сформувала нормативно-

правове підґрунтя для розгортання повноцінної галузевої реформи в межах держави (табл.1.5).

Таблиця 1.5

Місце медичної реформи в системі стратегічних пріоритетів розвитку української держави

Стратегічний пріоритет розвитку держави	Євроінтеграційна компонента стратегічної мети галузевої реформи
Реформа системи охорони здоров'я	Системне реформування з метою забезпечення медичного обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав

Складено автором за [171]

Медична реформа була визнана одним із 8-ми пріоритетних напрямків внутрішньої політики України [171] та межувала з такими реформами як: децентралізація та реформа державного управління, податкова реформа та реформа правоохоронної системи тощо.

І тут слід акцентувати, що контент кожної із зазначених реформ характеризувався наявністю чітко означеного стратегічного елементу комплементарності до євроінтеграційного курсу нашої держави.

На той час Україна вже уклала Угоду про Асоціацію з Європейським Союзом [169]. І це стало чітким дороговказом позитивних змін у кожній сфері суспільного життя. Так, реалізація реформи системи охорони здоров'я в умовах вже існуючих міжнародних зобов'язань української держави сприяла прискоренню засад децентралізації публічного управління та адміністрування у цій галузі. Задля цього керівництвом нашої країни, національним урядом та профільним міністерством було застосовано комплексний підхід в реалізації заходів публічного управління та адміністрування трансформацією сфери охорони здоров'я на основі інноваційних інструментів правового, організаційного, економічного та соціального механізмів. Це дозволило, перш за все, досягти на національному рівні за дуже короткий час (2015-2019 рр.) значних успіхів у перебудові системи управління на первинному рівні надання медичних послуг та

отримати схвальну оцінку міжнародних експертів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я та Світового Банку [195; 260].

Тож резюмуючи огляд вітчизняного правового поля у сфері публічного управління охорони здоров'я в контексті практико-орієнтовних підходів можна стверджувати, що воно сформовано в рамках законодавчої регламентації (Конституція України, закони загальногалузевого та спеціальногалузевого впливу), державно-виконавчого впливу (постанови уряду України та Міністерства охорони здоров'я України) та профільного-проектного нормозабезпечення (державні, регіональні та місцеві програми в галузі охорони здоров'я). Правовий базис української держави щодо публічного управління сфери охорони здоров'я з 2014 року сформувався в рамках євроінтеграційного виміру державної політики загалом, та державної політики у сфері охорони здоров'я і упродовж всього періоду зберігає висхідний тренд свого розвитку та правову комплементарність до норм європейського права у сфері охорони здоров'я.

Зазначимо, що виклик пандемії COVID-19 значно порушив традиційну інфраструктуру медичних підприємств та служб у всьому світі. Так, у 2021 році це зафіксували 92% країн світу та 84% країн відповідно відзначили цей факт упродовж 2022 року. Виклик цієї пандемії спонукав на глобальному рівні управління прийняти низку запобіжних заходів та розробити відповідні стратегії й політики у сфері охорони здоров'я та запобігання негативних руйнівних наслідків для національних економік, які є результатом затримки державного контролю над перебігом епідемій [259]. У формуванні глобальної відповіді на виклик пандемії COVID-19 Європейський Союз відіграв вирішальну роль, виявляючи солідарність і ефективну підтримку, використовуючи підхід єдиного протиепідемічного та медико-санітарного фронту Європи з метою організації та забезпечення до впровадження глобальної кампанії з імунізації населення та підтвердження прихильності ЄС до ідеї збереження та укріплення глобального здоров'я для всіх.

Саме тому на глобальному рівні управління експерти ВООЗ переглянули ключові підходи в системі публічного управління наданням базових медичних послуг та надали національним урядам чіткий меседж про необхідність у найближчий час зробити необхідне переорієнтування моделей надання медичних послуг з пріоритезацією публічноуправлінської уваги на «первинку». Це пояснюється тим, що питома вага «первинки» в загальній структурі медичних послуг складає майже 80%. І саме тому мова йде про те, що в рамках моніторингової діяльності за досягненням «Цілей сталого розвитку 2030» [229] експерти ВООЗ ґрунтовно досліджують основні тренди, що формуються на рівні окремих держав як національна відповідь у досягненні глобальної цілі № 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці». Зазначена ціль структурована у напрямку розвитку первинної медико-санітарної допомоги за такими складовими як «Досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я» (3.8.1) та «Катастрофічні витрати на охорону здоров'я (3.8.2 ЦУР, поріг 10%, 2000-2019 рр.)». Так, складова 3.8.1 «Досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я» (3.8.1) скеровує дії національних урядів, особливо у пост-пандемічний період, на забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі забезпечення захисту від фінансових ризиків та забезпечення доступу до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх.

Тож на національному рівні управління охороною здоров'я експерти ВООЗ рекомендують урядам та профільним міністерствам переорієнтувати функціонуючі нині моделі системи охорони здоров'я на основі застосування ПМСД-підходу (первинна медико-санітарна допомога - primary health care (PHC) approach). Попередні прогнози показують, що такий підхід потенційно може врятувати майже 60 мільйонів життів та збільшити очікувану тривалість життя в усьому світі на 3,7 року до 2030 року.

Більшість ключових заходів, а це майже 80-90%, які реалізуються на рівні «первинки», потребують узгодженого та координованого управлінського впливу задля досягнення мети управління на цьому рівні - загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ) або англійською мовою Universal Health Coverage (UHC). Тобто загального охоплення населення базовими послугами охорони здоров'я можна успішно досягти за допомогою ПМСД-підходу та виміряти на основі застосування спеціального індексу. Він визначається як середнє охоплення основними послугами на основі контрольованих втручань, включаючи показники репродуктивного здоров'я, здоров'я матері та дитини, інфекційні та неінфекційні захворювання, спроможність і доступ до послуг для населення в цілому та для найбільш уразливих груп населення. Цей індекс вимірюється як індекс балів за шкалою від 0 до 100 і розрахований як середнє геометричне 14 показників охоплення базовими послугами охорони здоров'я.

Ці показники призначені для вимірювання охоплення послугами, і їх не слід тлумачити як повний або вичерпний перелік медичних послуг або заходів, необхідних для досягнення загального охоплення медичними послугами. Проте, експерти ВООЗ раз на два роки здійснюють відповідний моніторинг та складають рейтинг країн світу відповідно до показнику цього індексу. Так, наприклад, у 2022 році було здійснено моніторинг 194 країн світу з метою оцінювання доступності до базових медичних послуг.

Доречно зазначити, що серед перших 35 країн світу (табл. 1.6) не всі країни ЄС мають високі показники у досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я [81].

У табл. 1.6 представлено перелік країн ЄС, які за показниками цього індексу увійшли до ТОП-35 кращих країн світу щодо організації роботи на первинному рівні надання медичної допомоги.

Тож тут можна зазначити, що країни-члени ЄС, так би мовити країни молодшої генерації, як-то країни Балтії та інші, що доєдналися до Європейського Союзу після 2000 року за ефективністю надання медичних

послуг на первинному рівні дуже близько межують з показниками України, який становить 76 зі 100 балів (за виключенням Польщі – її показник становить 82 бали). Як видно із табл. 1.6, у світовому рейтингу не всі країни ЄС мають високий показник охоплення населення медичними послугами на первинному рівні.

І тут важливо акцентувати, що за цим індексом Україна, як країна-кандидат на вступ до ЄС [148], входить у світовому рейтингу до групи країн з показником 60-80 балів. До цієї ж групи входять країни ЄС так званої молодшої генерації, які увійшли до Союзу вже після 2004 року: Угорщина – 79 балів, Хорватія – 79 балів, Естонія – 79 балів, Румунія – 78 балів, Греція – 77 балів, Литва – 75 балів, Латвія – 74 бали, Болгарія – 73 бали. Країни-лідери по високому охопленню населення базовими медичними послугами представлено у табл.1.6. Необхідно зазначити, що у пост-ковідну добу на території Європейського регіону формується новий глобальний порядок денний у сфері охорони здоров'я. І його основою на рівні кожної країни є саме первинна ланка системи охорони здоров'я, яка, так би мовити, успішно тримала першу лінію оборони на медичному фронті упродовж всього періоду пандемії COVID-19 і успішно виконала це завдання. Відомо, що саме на «первинці» лікувалось від коронавірусної інфекції близько 70-80% хворих.

Тому, у пост-пандемічний період на глобальному рівні постала необхідність трансформації національних моделей управління сферою охорони здоров'я з акцентом особливої уваги національних урядів на підтримку та розвиток послуг на рівні первинної медичної допомоги. А основними принципами публічного управління з метою підвищення якості у сфері охорони здоров'я на основі застосування ПМСД-підходу є такі як інклюзивність, справедливість, економічна ефективність, цільова спрямованість на покращення фізичного й психічного здоров'я та соціального благополуччя людей. До групи з високим індексом увійшли лише 19 країн із 27-ми (це становить 70% або 2/3 країн ЄС).

Таблиця 1.6

**ТОП-35 країн світу з високим індексом (80-100) загального охоплення
послугами охорони здоров'я**

№ з/п	Перелік країн ЄС з високим індексом	№ з/п	Перелік країн поза межами ЄС, які мають високий індекс
1.	Австрія	20.	Канада
2.	Бельгія	21.	Південна Корея
3.	Данія	22.	Сінгапур
4.	Ірландія	23.	Великобританія
5.	Ісландія	24.	Норвегія
6.	Італія	25.	Австралія
7.	Німеччина	26.	Швейцарія
8.	Люксембург	27.	Монако
9.	Мальта	28.	США
10.	Нідерланди	29.	Ізраїль
11.	Польща	30.	Нова Зеландія
12.	Португалія	31.	Куба
13.	Словаччина	32.	Чилі
14.	Словенія	33.	Таїланд
15.	Фінляндія	34.	Об'єднані Арабські Емірати
16.	Франція	35.	Японія
17.	Чехія		
18.	Швеція		
19.	Кіпр		

Складено автором за [244]

Ці принципи фактично є імплементованими у змісті багатьох нормативно-правових актів, які були прийняті останнім часом різними

інститутами ЄС у співпраці з представниками широких кіл громадськості та бізнес-структур. Вищезазначені принципи простежуються, насамперед, у таких документах як політична декларація про наміри створення Європейського Союзу охорони здоров'я [183] та Глобальна стратегія охорони здоров'я ЄС [238]. Так, зокрема, Стратегія прокладає шлях для країн ЄС, щоб зробити колективний внесок у формування глобальної системи здоров'я шляхом більш стратегічної, активної та ефективної участі кожної країни-учасниці та, за можливості, і країн-кандидатів у формуванні колективної відповіді на можливі надзвичайні ситуації у сфері ОЗ.

Необхідно також звернути увагу на те, що саме сьогодні вибудовується новий тип надійного глобального управління задля формування колективної відповіді на ймовірні виклики складного геополітичного середовища. Це, на наш погляд, включає поглиблення співпраці через такі інструменти глобального управління у сфері охорони здоров'я, як засідання керівників держав G7 та G20, також інших глобальних, регіональних і двосторонніх партнерств та ініціатив у цій галузі. Прикладом таких глобальних ініціатив у сфері охорони здоров'я є прийняття у 2021 році на Глобальному саміті з охорони здоров'я за участю лідерів «Великої двадцятки», представників міжнародних та регіональних організацій, що співпрацюють у сфері охорони здоров'я, Римської декларації [238]. Метою цього документа було визнано необхідність узяття під контроль національними урядами всіх країн світу перебіг коронавірусної хвороби, а головним пріоритетом глобальної політики у боротьбі з поширенням пандемії, разом з іншими заходами, є проведення повномасштабної глобальної безпечної ефективної та справедливої вакцинації. Також пріоритетом ЄС, як зазначається у декларації, разом із сферою охорони здоров'я, є розвиток сильної, стійкої, збалансованої економіки, розвиток цифрових технологій, зеленої енергетики тощо.

Крім того, на порядку денному сьогодні у межах європейського кордону постає питання про створення міцнішого, більш ефективного, більш підзвітного та стійкішого механізму фінансування національних систем

охорони здоров'я у разі повторення глобальних викликів на основі багатосторонньої системи. Так, розширення глобального партнерства ЄС у галузі охорони здоров'я в рамках Глобальної стратегії охорони здоров'я ЄС [238] засноване на спільному володінні та спільній відповідальності 27 країн-членів. Покращення суверенітету щодо охорони здоров'я підвищує стійкість і автономію кожної національної системи охорони здоров'я. Такий управлінський підхід, який дістав назву «Єдине здоров'я», в рамках європейської ініціативи з охорони здоров'я заснований на засадах інтеграційного впливу. Це дозволяє скерувати першочергову увагу європейських країн-лідерів у сфері охорони здоров'я на тих країнах, в яких національні системи охорони здоров'я функціонують не так ефективно (за показником охоплення загальними послугами у межах ЄС налічується 8 таких країн). Також необхідно розвивати партнерські відносини з країнами європейського регіону, які, насамперед, є країнами-кандидатами.

Передбачувані у майбутньому інвестиції у розвиток глобального управління європейською системою охорони здоров'я, першочергово повинні бути спрямованими на:

- досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я, в центрі якого знаходиться первинна медико-санітарна допомога;
- розвиток підходу «Єдине здоров'я» в рамках ЄС;
- розбудову готовності медичних установ протистояти можливим надзвичайним загрозам у сфері охорони здоров'я;
- розбудову стійкості інфраструктури медичної сфери на рівні національних держав.

Таким чином, все вищезначене актуалізує перед національними урядами проблему пошуку значних соціальних та макроекономічних інвестицій з метою досягнення глобального суспільного блага яким є громадське здоров'я. Саме тому, ми вважаємо, що використання публічноуправлінського підходу «Єдине здоров'я» є по-справжньому єдиним і досить потужним управлінським рішенням, на основі якого може

розпочатися формування комплексного механізму тісної співпраці між державами-членами ЄС з метою розбудови нової архітектури управління глобальним європейським здоров'ям. При цьому політичні дії та їх фінансове забезпечення тісно пов'язані з новими стратегічними пріоритетами у галузі охорони здоров'я не тільки для країн ЄС, але й для країн Європейського регіону в цілому.

Разом ЄС та його країни-члени є одними із найбільших спонсорів глобальної системи охорони здоров'я. Це довела пандемія ковід та широка вакцинація населення в межах Європейського регіону. Тому Глобальна стратегія охорони здоров'я, прийнята у 2022 році, передбачає, у тому числі, здійснення країнами ЄС певного фінансового внеску у глобальну систему охорону здоров'я за рахунок підтримки та удосконалення таких інструментів управління як ефективне картографування та моніторинг, а також шляхом заохочення інноваційного фінансування, об'єднання ресурсів на міжнародному рівні та спільного інвестування між країнами-партнерами та іншими суб'єктами, такими як громадський та приватний сектор. Нова Глобальна стратегія охорони здоров'я ЄС забезпечує основу для ефективної розбудови нової політики ЄС у сфері охорони здоров'я до 2030 року. Стратегія визначає конкретні напрямки дій для формування глобального здоров'я в рамках розбудови ЄС охорони здоров'я, структурними елементами якого є: розвиток спеціальних інституцій ЄС щодо транскордонної безпеки у сфері охорони здоров'я; європейський план боротьби з раком; доступність лікарських засобів та вакцин для всіх категорій населення; цифровізація охорони здоров'я (EHealth); комплексний підхід до охорони психічного здоров'я; відновлення та стійкість медичної інфраструктури на основі ПМСД-підходу.

Висновки за розділом 1

У першому розділі дисертаційної роботи дослідницька увага була сфокусована на розгляді теоретичних основ публічного управління сферою охорони здоров'я. Розгляд теоретичних основ побудовано на підставі дослідження за визначеними, відповідно до наукових завдань дисертації, такими напрямками:

- основні теорії, поняття та категорії публічного управління сферою охорони здоров'я як об'єкту наукових досліджень;
- організаційні аспекти управління у сфері охорони здоров'я з позицій практико-орієнтованого підходу;
- аналіз правових основ публічного управління сферою охорони здоров'я на основі досвіду України та зарубіжних країн.

На підставі аналітичного опрацювання інформаційних та науково-аналітичних матеріалів зроблено наступні висновки до розділу 1.

Розгляд основних теорій, понять та категорій у галузі публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я як об'єкту наукового дискурсу дозволив підтвердити актуальність визначеної теми дисертаційного дослідження. Вона зумовлена зростаючим наголосом ВООЗ, Світового Банку та Європейської комісії для національних урядів на розробці політики на основі фактичних даних. В рамках їх глобальних ініціатив на сучасному етапі суспільного розвитку, тобто у постковідну добу, визначається пріоритет інтеграції наукових даних у політику охорони здоров'я та управлінські рішення для вирішення складних проблем охорони здоров'я (нерівність у здоров'ї; старіння населення; тягар хронічних захворювань та онкології; епідемічних загроз; викликів війни).

Встановлено, що проблематика організаційних та правових аспектів управління медичною сферою привертає увагу дослідників не тільки в галузі публічного управління та адміністрування, але з інших галузей науки:

економіки, права, медицини, філософії та ін. В межах галузі публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я організаційні та правові аспекти частіше за все розглядались в контексті вивчення стилів лідерства, процесів прийняття рішень, наявності ресурсів, компетенції персоналу та міжсекторальної співпраці тощо.

Визначено, що серед масиву дисертаційних робіт контент публічного управління охороною здоров'я є доволі значним, але проблематика управління у період воєнного стану, стану пандемії чи антикризового управління представлена невеликим колом робіт. Встановлено, що поза межами дослідницької уваги вітчизняних науковців залишився напрям удосконалення організаційно-правових аспектів управління сферою охорони здоров'я на основі практико-орієнтованого підходу (*EBP -Evidence-Based Practice*). Це підтвердило актуальність обраної теми та дозволило удосконалити термінологічний апарат спеціальності на основу введення поняття «публічне управління сферою охорони здоров'я на засадах доказової практики» як системний підхід до прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я на основі інтеграції наукового підходу, професійного досвіду та суспільних запитів у сфері здоров'я для досягнення результатів, що відповідають потребам громади та забезпечують її сталий розвиток.

На основі всебічного аналізу організаційних аспектів публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я визначено основні складники, що забезпечують стійкість медичних підприємств в умовах кризових станів: підвищення платоспроможності (ліквідності) медичних закладів та ефективності розподілу і використання фінансових ресурсів; адаптування діяльності медичних закладів до роботи в умовах невизначеності, ризиків та нестабільності оточуючого середовища; забезпечення привабливого середовища для медичних працівників; інформатизація та цифровізація закладів сфери охорони здоров'я, стимулювання інновацій.

З метою удосконалення організаційного забезпечення публічного управління закладами медичної сфери розроблено концептуальну модель ЕВР-підходу, яка інтегрує такі ключові компоненти: системність процесу прийняття управлінських рішень; джерела доказів; кращі вітчизняні та зарубіжні практики; громадська думка та суспільні запити з питань здоров'я; контекстуалізація управлінського середовища; учасники інструменти та механізми доказової практики у сфері публічного управління ОЗ; прозорість та підзвітність в рамках ЕВР-підходу; етичні засади застосування ЕВР-підходу у сфері публічного управління ОЗ.

Проведено порівняльний аналіз правових основ публічного управління сферою охорони здоров'я на основі досвіду України та країн Європейського Союзу. Встановлено, що в Україні правовий простір публічного управління охорони здоров'я в контексті практико-орієнтовних підходів сформовано в рамках законодавчої регламентації (Конституція України, закони загальногалузевого та спеціальногалузевого впливу), державно-виконавчого впливу (постанови уряду України та Міністерства охорони здоров'я України) та профільного-проектного нормозабезпечення (державні, регіональні та місцеві програми в галузі охорони здоров'я). Правовий базис української держави щодо публічного управління сфери охорони здоров'я з 2014 року сформувався в рамках євроінтеграційного виміру державної політики загалом, та державної політики у сфері охорони здоров'я і упродовж всього періоду зберігає висхідний тренд свого розвитку та правову комплементарність до норм європейського права у сфері охорони здоров'я.

Визначено, що у постковідний період інноваційним інструментом на рівні глобального управління є оцінювання державної політики та прогресу публічного управління у сфері охорони здоров'я на підставі визначення індексу загального охоплення населення базовими медичними послугами (Index by Universal Health Coverage), максимальне значення якого 100 балів. До групи країн-лідерів за цим індексом увійшло 19 країн ЄС, які мають показник понад 80 балів. За цим показником Україна (76 балів) входить до

рейтингової групи країн-новачків ЄС, які набули членства після 2004 року і вже понад 20 років розбудовують національні системи охорони здоров'я за європейськими стандартами. Тож попри виклики пандемії, внутрішньосистемного реформування та війни, загальна ефективність системи публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні є достатньо високою.

Встановлено, що одним із основних нормативно-правових інструментів публічного управління у сфері охорони здоров'я є Глобальна стратегія охорони здоров'я ЄС до 2030 року, яка визначає пріоритетні напрямки дій для формування глобального здоров'я в рамках розбудови концепту нової європейської спільності охорони здоров'я. В рамках зазначеного концепту стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я в країнах ЄС можна виокремити такі аспекти публічноуправлінської діяльності: *організаційний аспект* - розвиток спеціальних інституцій ЄС щодо транскордонної безпеки; відновлення та стійкість медичної інфраструктури на основі ПМСД-підходу; *правовий аспект* - розроблення єдиного європейського плану боротьби з раком; *функціонально-галузевий аспект* - доступність лікарських засобів та вакцин для всіх категорій населення; комплексний підхід до охорони психічного здоров'я; *управлінсько-технологічний аспект* цифровізація охорони здоров'я (EHealth).

Основні наукові результати, представлені у першому розділі дисертаційного дослідження, опубліковані автором у наукових працях [81; 113; 116; 118; 119].

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ЩОДО ФОРМУВАННЯ СПРОМОЖНОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

2.1. Управління медичним підприємством в умовах кризового стану: аналіз факторів впливу

Розвиток української держави в добу незалежності можна охарактеризувати як такий, що періодично мав значні економічні чи суспільні кризи. У доквідний період вони виникали внаслідок структурних змін в економічній системі або ж внаслідок суспільно-політичних трансформацій (Майдан 2004 року, Революція Гідності 2014 року), тобто фактори генеза їх походження формувались у середовищі внутрішньої політики. При цьому не всі сектори економіки зазнавали їх негативного впливу. Кризи ж суспільного розвитку України останніх років, як-то пандемія коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 та повномасштабна військова агресія РФ проти України завдали надзвичайно негативного впливу на всі сфери суспільного життя. І дуже складною виявилась ситуація у вітчизняній сфері охорони здоров'я, яка з 2015 року перебуває у стані галузевої реформи [38]. Тому керівники медичних підприємств вимушені були на локальному рівні переорієнтувати галузевий менеджмент на функціонування установ в умовах підвищеної складності, невизначеності, ризиковості та динамічності оточуючого середовища [163].

За визначенням експертів ВООЗ, починаючи з 2018 року, в світі постійно існує загроза пандемічної хвороби X [259; 260]. Разом з тим, відсутність в національних медичних закладах цілісної високоефективної системи ефективного управління, спрямованої на забезпечення стабільного розвитку, яка б відповідала вимогам динамічного зовнішнього середовища актуалізує проблематику дослідження та наукових, методологічних та

прикладних підходів, технології та інструментарію побудови механізму управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози. Адже, застосування сучасних технологій та методів менеджменту сприятиме підвищенню ефективності функціонування та розвитку національної медичної системи.

Фундаментальний внесок у дослідження передумов ефективного управління медичними підприємствами в умовах пандемічних загроз та викликів війни здійснили як вітчизняні, так і зарубіжні вчені: Ф. Анджелі, А. Монтефуско, Т. Паккард, К. Сташауер, О.К. Толстанов, К.В. Щиріна, А. Шофле, Л.В. Сазоненко, І. В. Семчук, Г. С. Кукель, В. В. Роледерс, Л.С. Стефанишин, М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк, А. Ю. Васіна, О. П. Дудкіна, Т. М. Попович, О.Ф. Овсянюк-Бердадіна, І.І. Яремко, О.В. Стахів, В.А. Грабовський, П.М. Клименко [38; 163; 188; 190; 198; 199; 220; 223; 228] та ін.

Проте, необхідно відзначити, що недостатньо ґрунтовним та систематизованим є вивчення проблематики управління медичними підприємствами в умовах пандемічних загроз, підвищеної ризиковості, а особливо в умовах війни. Відповідно потребує удосконалення адаптивний інструментарій та методологічні підходи щодо розроблення ефективних механізмів розвитку медичних закладів в складних та мінливих умовах зовнішнього середовища. Зазначене обумовлює необхідність скерування дослідницької уваги на визначення основних передумов та обґрунтування теоретико-методологічних аспектів та прикладних рекомендацій щодо формування ефективного управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози.

Важливого значення в умовах кризового стану в суспільстві набувають внутрішні та зовнішні чинники, які обумовлюють результативність менеджменту закладів сфери охорони здоров'я. З метою визначення основних напрямів формування ефективного механізму управління медичними підприємствами в умовах пандемічної загрози,

ризиковості та викликів зовнішнього середовища актуально постає необхідність здійснення систематизації факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, які впливають на ефективність управління медичними закладами. Адже від спроможності та здатності оперативної адаптації підприємств медичної сфери до основних викликів пандемії чи інших факторів нестабільності залежить ефективність функціонування сфери охорони здоров'я на національному рівні та її можливість подальшого швидкого реагування на зміни епідемічної ситуації, ризик розвитку якої залишається постійно високим за визначенням експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Крім того, експерти називають виклик війни детермінантою нестабільності для національної медичної сфери. Тому й постає необхідність окреслити першочергові проблеми та перешкоди, що визначають результативність управлінської діяльності на локальному рівні (на рівні медичного підприємства).

Першочергової уваги дослідників потребують питання розроблення антикризових та адаптивних заходів, які доцільно використовувати в умовах поширення коронавірусної хвороби COVID-19 та повномасштабної війни. В рамках проведення дослідження у цьому розділі дисертаційної роботи також необхідно сформулювати першочергові напрямки оптимізації управлінських механізмів на рівні закладів охорони здоров'я та окреслити шляхи трансформації внутрішньо-організаційного управління з метою підвищення ефективності управління медичними підприємствами України.

На підставі вирішення наукового завдання цього підрозділу дисертаційного дослідження можна буде запропонувати комплекс заходів для підвищення ефективності управління медичним підприємством в умовах пандемічної та інших зовнішніх загроз, який має виразний системний характер та забезпечує підвищення якості медичного обслуговування на локальному рівні управління, а загалом при подальшій його мультиплікації та упровадженні буде сприяти покращенню роботи національної системи охорони здоров'я України.

Сучасні дослідники зазначають, що циклічність процесів функціонування економічної системи, динамічність та різновекторність зовнішнього середовища мають значний вплив на формування умов розвитку сучасних медичних підприємств України. Процес забезпечення ефективного розвитку підприємств медичного профілю в умовах пандемічних ризиків та мінливого зовнішнього середовища потребує постійного та комплексного управлінського підходу, проведення постійного моніторингу та контролю за результатами діяльності медичних закладів, а також здійснення заходів з коригування управлінських рішень в умовах динамічності та невизначеності.

Заклади охорони здоров'я надають послуги лікувально-діагностичного характеру, а їх генеральна місія полягає у відновленні, збереженні та зміцненні здоров'я населення, тому процес ефективного управління медичним підприємством має певну специфіку та особливості. Погоджуємося із думкою О. В. Стахіва, який виокремлює такі важливі управлінські підсистеми в системі менеджменту закладів охорони здоров'я:

- медично-кадрове забезпечення роботи медичних закладів;
- рівень забезпеченості та якість медичного обладнання і технологій;
- якість консультаційно-діагностичних та лікувальних послуг;
- орієнтація механізмів та інструментів управління й прийняття рішень на використання сучасних інформаційних технологій за рахунок автоматизації обліку медичних послуг та управління первинною медичною інформацією;
- розвиток довірливих відносин у системі заклад охорони здоров'я – клієнт; держава – заклад охорони здоров'я [198, с. 62-63].

Низька прогнозованість та нестійкість зовнішнього середовища, особливо у часи коронавірусної пандемії COVID-19, а тим більш в умовах повномасштабного розгортання війни на території України, актуалізувала потребу у підвищенні ефективності управління національними медичними підприємствами шляхом використання адаптивних підходів. Пандемія COVID-19 продемонструвала недостатній рівень готовності багатьох

закладів охорони здоров'я функціонувати ефективно в умовах підвищеного попиту населення на спеціалізовані види медичних послуг. Переорієнтація частини закладів охорони здоров'я на лікування коронавірусної інфекції ускладнила процес надання планових лікувально-консультаційних та профілактичних послуг, включно з виявленням та діагностикою захворювань. Такий стан справ призвів до зниження рівня соціальної відповідальності та завдав певних репутаційних збитків, а також привів до послаблення усталених зв'язків між закладами охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами кінцевих послуг) [230].

В даному контексті реалізація оперативних заходів у результаті стрімкого поширення коронавірусної інфекції дозволила багатьом профільним закладам охорони здоров'я України вийти на якісно новий рівень надання медичних послуг завдяки застосуванню ефективною трансформації організаційного механізму управління. Про це зазначають як зарубіжні дослідники [236], а також це підтверджує наш власний практичний досвід. Так, наприклад, у результаті покращення матеріально-технічного та фінансового забезпечення, професіоналізації медичних кадрів та їх перекваліфікації відповідно до вимог пандемічної ситуації, значна кількість медичних закладів змогли забезпечити якісне обслуговування хворих на SARS-CoV-2, підвищити рівень якості організації та резистентності до дії негативних чинників зовнішнього характеру.

В контексті даного дослідження варто більш детально виокремити найбільш вагомі чинники, що впливають на діяльність медичних закладів України.

В умовах пандемії ефективне управління медичним закладом і раціональне використання його ресурсів на мікрорівні формується в площині прийняття ефективних управлінських рішень з метою раціоналізації та оптимізації роботи медичних закладів відповідно до потреб споживачів медичних послуг – пацієнтів закладів охорони здоров'я.

Таким чином, фундаментальними передумовами, котрі визначають ефективність управління медичними підприємствами в умовах пандемічної загрози є сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, взаємозв'язаних між собою.

Відповідно на рис. 2.1 нами проведено групування чинників, які мають зовнішню та внутрішню природу свого походження.

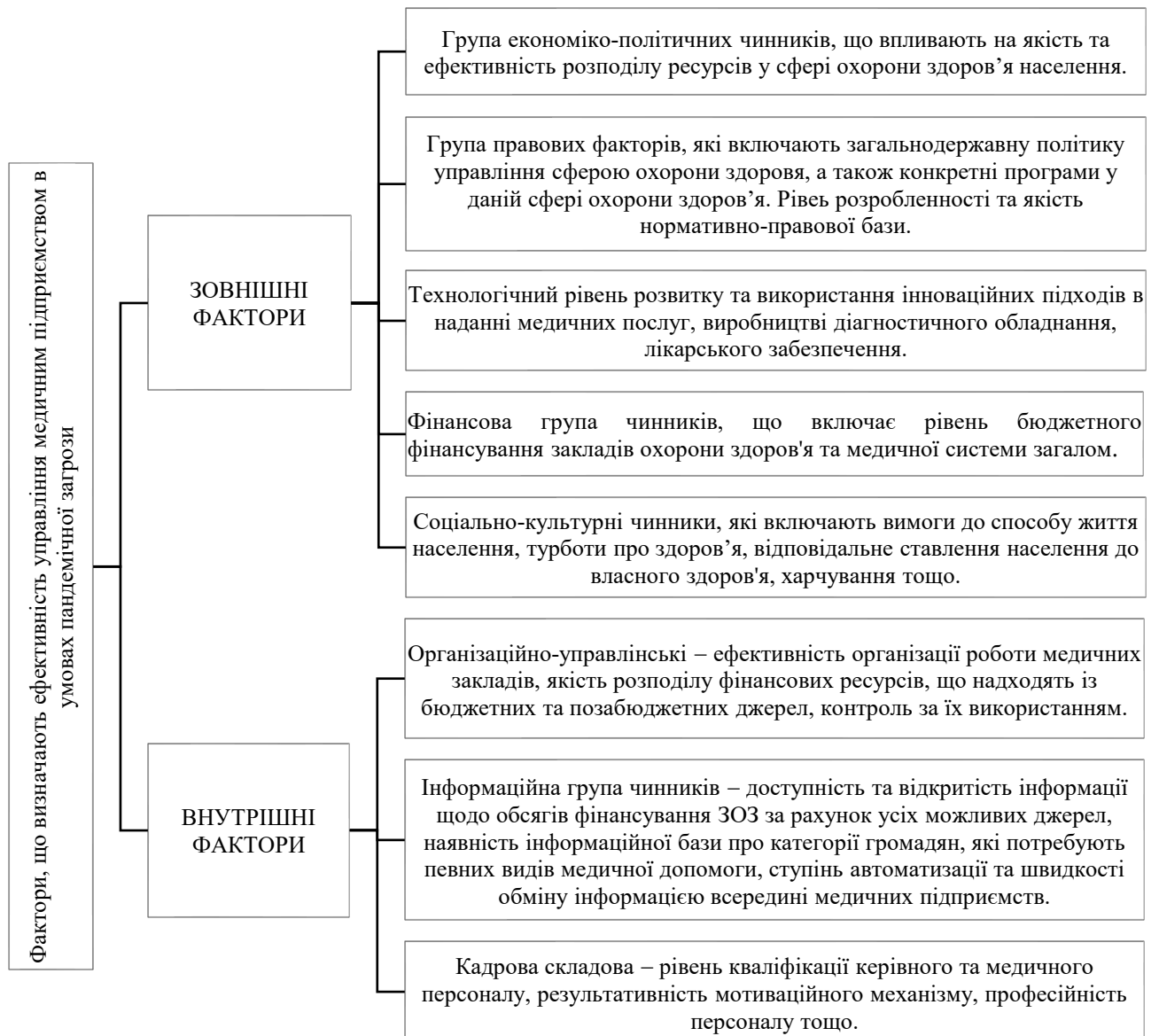


Рис.2. 1. Групування зовнішніх та внутрішніх чинників, що впливають на ефективність управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози

Джерело: систематизовано автором на основі [38; 190; 199; 228]

Кожна із зазначених чинників чи факторів додатково розподіляється ще на кілька підгруп. А кожна підгрупа факторів, яку ми визначили та описали, в свою чергу також чинить вплив на ефективність управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози чи іншої загрози локального рівня управління. У дослідженнях К.В. Щиріної та О.К. Толстанова зазначається, що COVID-19 загострив потреби медичних закладів України в оптимізації управлінських, операційних та інноваційних процесів. Зокрема, актуалізувалося питання впровадження штучного інтелекту на етапі моніторингу та тестування хворих. Оптимізувати робочі процеси належним чином неможливо й через відсутність єдиного інструменту для збору даних та зростання кількості хворих на COVID-19. Під час розпалу пандемії коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 виникла проблема госпіталізації пацієнтів у критичному стані, яка зумовлена відсутністю актуальних даних лікарень у відкритому доступі. Також загострилося питання дистанційного супроводу пацієнтів, який потребує впровадження сучасних інформаційних систем для забезпечення автоматизації медичного обслуговування пацієнтів [223].

Окрім того, нагальним залишається питання низького рівня фінансово-економічної стійкості національних лікувально-діагностичних установ, багато підприємств працюють збитково, або мають вкрай низький рівень рентабельності. Відповідно це актуалізує потребу запровадження нових підходів до управління фінансовою діяльністю, впровадження інструментів антикризового менеджменту, які дозволяли б стабілізувати фінансово-економічне становище медичних закладів та забезпечували безперебійне і вчасне фінансування потреб закладів охорони здоров'я. Відтак у фінансово-економічній площині ключовий пріоритет управлінської діяльності повинен бути спрямований на посилення фінансово-економічної стійкості медичних

закладів та мінімізацію фінансових ризиків в умовах турбулентності та нестабільності оточуючого середовища.

Проведений комплексний аналіз факторів макро- мікросередовища дозволяє виокремити фундаментальні проблеми ефективного управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози та інших викликів (рис. 2).

Забезпечення ефективного управління медичними закладами потребує комплексного вирішення на основі адаптивного підходу, який детермінує потреби впровадження конкретних управлінських заходів відповідно до вимог зовнішнього середовища, а також із врахуванням соціально-політичного та економічного вектору розвитку медичної системи країни.



Рис. 2.2. Базові проблеми ефективного управління медичним підприємством
в умовах пандемічної загрози та інших викликів

Джерело: систематизовано автором на основі [22; 59; 190; 233]

Пріоритети та напрямки підвищення ефективності управління медичними закладами України в умовах пандемічної та інших загроз/викликів мають включати:

- підвищення мотиваційної складової за рахунок збільшення оплати праці медичного персоналу та забезпечення безпеки медичних працівників. Мотивація до підвищення рівня кваліфікації професійного зростання медичного персоналу;

- оптимізація та диверсифікація джерел фінансування закладів охорони здоров'я як за рахунок держави так і інших джерел. Фінансування лікарень має бути достатнім, щоб забезпечити надання медичної допомоги, проведення лабораторного тестування, дотримання вимог інфекційного контролю. Крім того, фінансування лікарень повинне передбачати можливість сталого розвитку матеріально-технічної бази, - заміни застарілого обладнання, придбання нового обладнання для розширення переліку медичних послуг, проведення поточних та капітальних ремонтних робіт тощо. Вважаємо, що фінансове забезпечення системи охорони здоров'я також має бути побудовано за принципом двофазної моделі, включаючи у себе забезпечення готовності до спалаху, а також можливість задіяння додаткового фінансового ресурсу на випадок безпосереднього спалаху захворювання;

- розвиток та збільшення фінансування національної медичної науки;

- активізація застосування прогресивних технологій у медичній сфері, зокрема: можливостей штучного інтелекту для моніторингу та тестування хворих. Інноваційний підхід сприятиме покращенню діагностування, зниженню захворюваності та супроводу широкого кола пацієнтів;

- автоматизація робочих процесів медичних закладів України, впровадження цифрових технологій та діджиталізації у сфері охорони здоров'я, впровадження CRM-технологій, що дозволить підвищити ефективність управління сучасними медичними організаціями;
- реорганізація бізнес-процесів закладів охорони здоров'я та їх автономізація;
- стандартизація медичних послуг з метою встановлення та застосування певних стандартів медичних послуг та системи контролю за дотриманням цих стандартів у медичному закладі;
- подальше реформування системи охорони здоров'я України з урахуванням потреб населення в медичному обслуговуванні та поточної ситуації в державі;
- пропаганда здорового способу життя як ключового фактору запобігання захворювань.

У розрізі пошуку шляхів та інструментів ефективного управління закладами охорони здоров'я особливої уваги заслуговують антикризові та адаптивні заходи, які доцільно використовувати в умовах соціально-економічних потрясінь. Зокрема у випадку поширення коронавірусної хвороби COVID-19, а також в умовах військової агресії та повномасштабної війни. Комплекс таких заходів допоможе згладжувати і мінімізувати деструктивний вплив зовнішніх чинників та відповідно дозволить забезпечити сталість поточного розвитку закладів охорони здоров'я.

Імплементація запропонованих управлінських напрямків дозволить забезпечити зростання ефективності управління медичними підприємствами в умовах пандемічної загрози, сприятиме оптимізації бізнес-процесів відповідно до умов та вимог зовнішнього оточення.

Отже, за результатами комплексного дослідження передумов ефективного управління медичними підприємствами в умовах пандемічної загрози ідентифіковано ключові перешкоди забезпечення сталого розвитку закладів охорони здоров'я. Серед них варто виокремити: проблеми

недостатнього рівня фінансування закладів охорони здоров'я, низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів, низький рівень впровадження інноваційних технологій, недостатність професіоналізму топ-менеджерів закладів охорони здоров'я, відсутність досвіду управління в умовах пандемії, інфраструктурні руйнування внаслідок військових дій.

В рамках дослідження встановлено, що менеджмент сучасних медичних закладів України потребує комплексного підходу на основі адаптивного управління, що враховує потреби впровадження конкретних заходів та механізмів відповідно до вимог мінливого зовнішнього середовища, а також із врахуванням соціально-політичного та економічного вектору розвитку системи охорони здоров'я України.

З метою формування передумов ефективного управління медичними закладами першочергового вирішення потребують такі актуальні напрямки, як:

- поглиблення реформування системи фінансування системи охорони здоров'я на мікрорівні;
- впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- застосування прогресивних технологій у медичній сфері;
- реорганізація бізнес-процесів медичних підприємств;
- оновлення матеріально-технічної бази;
- забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;
- запровадження інноваційних технологій у медичну практику тощо.

Реалізація вищенаведених пропозицій дозволить закладам охорони здоров'я підвищити якість медичного обслуговування, забезпечити стабільність роботи медичних закладів, нівелювати виклики зовнішнього деструктивного середовища та внутрішньо-системного дисбалансу.

2.2. Готовність системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах

Одним із пріоритетів соціальної політики української держави є розвиток системи охорони здоров'я. Особливого значення розвиток охорони здоров'я має в сільській місцевості, де проживає майже 13 млн. населення. В Україні стратегічний курс на формування нової моделі управління сільською медициною закріплено на законодавчому рівні. Спеціальним законом «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» українська держава визначила правові, економічні та організаційні засади забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування у сільській місцевості [164]. Реформа сільської медицини є складовою загальної адміністративно-територіальної реформи, а також є невід'ємною складовою медичної реформи [80]. Всі ці реформи є викликами для системи управління медичною сферою. Але найбільшим викликом для системи управління в медичній сфері стала пандемія COVID-19, відповідь на яку в українській державі формувалась та реалізовувалась в умовах надзвичайної ситуації [210]. Особливо складною була ситуація щодо протидії пандемії в сільських районах через незавершеність медичної реформи та дефіцит коштів в місцевих бюджетах. Це й спонукало до проведення спеціального наукового дослідження.

Вивченням різних напрямів публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я займаються багато вітчизняних дослідників, зокрема: М. Білинська, Є. Бородін, Ю. Ганущак, Д. Карамішев, В. Лехан, Н. Рингач, В. Рудий, О. Скрипник, Г. Слабкий, І. Солоненко [10; 14; 71; 182; 191; 193; 194] та ін. Однак, незважаючи на значну кількість наукових праць, присвячених дослідженню різної проблематики управління у сфері охорони здоров'я, постає необхідність продовжувати та поглиблювати дослідження у напрямку удосконалення управління наданням медичної допомоги у сільській місцевості.

Як зазначає вітчизняний дослідник В. Пальчук, старт реформі сільської медицини було надано у 2018 році, коли було створено належний правовий механізм реформування мережі сільських медичних закладів та з боку центральних органів влади надано значну фінансову підтримку у вигляді субвенцій місцевим бюджетам [138]. В нормативно-правовому полі українська держава остаточно визначила стратегічний курс розвитку сільської медицини – інтеграція доступних та якісних медичних послуг на сільські території. Однак на практиці реалії місцевих бюджетів виявились доволі різними. Тому з припиненням механізму прямих державних субвенцій та переходом медичних закладів виключно на фінансування за умовами контрактування медичних послуг з Національною службою здоров'я України чимала частка підрозділів сільської медицини фактично припинила свою діяльність через неспроможність забезпечити їх незалежність від нового способу фінансування. В той же час, зарубіжний досвід реформування суспільних відносин у сфері охорони здоров'я показує, що успішність трансформаційних змін в сільській медицині залежить, насамперед, від здатності держави тримати обраний політичний курс на поглиблення медичної реформи та спроможності місцевої влади змінити ситуацію для мешканців сільських населених пунктів, забезпечивши належні умови для надання якісних і доступних медичних послуг населенню. І сьогодні в

Україні є приклади ефективного розвитку медичних підприємств, що функціонують у сільській місцевості в умовах нової моделі фінансування послуг та в умовах надзвичайного стану, яким можна назвати пандемію COVID-19. Такі приклади потребують ґрунтовного вивчення та поширення в регіонах нашої держави.

Тому, з огляду на тему дисертаційного дослідження про організаційно-правові аспекти публічного управління сферою охорони здоров'я на засадах доказової практики ми повинні більш глибоко проаналізувати набутий практичний досвід, методи та інструменти удосконалення управління комунальним медичним підприємством, який здобутий КП «Новомосковська ЦРЛЛ» жителям сільської місцевості в умовах надзвичайної ситуації (пандемії COVID-19), тобто провести аналіз практичного досвіду за три роки пандемії 2020-2023 рр.

Об'єктом наукового аналізу в контексті публічноуправлінської діяльності обрано комунальне підприємство «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування». Вибір саме цього об'єкту для здійснення дослідження обумовлено тим, що зазначене підприємство є провідною лікувальною установою Новомосковського району та однією з найпотужніших лікарень області, що надають спеціалізовану допомогу сільському населенню. Нові межі Новомосковського району (адміністративний центр – місто Новомосковськ) було утворено у 2020 році згідно з рішенням вищого законодавчого органу держави [154]. До складу району увійшли: Новомосковська та Перещепинська міські, Личківська, Піщанська, Чернечинська сільські, Черкаська, Губиниська, Магдалинівська селищні територіальні громади. Крім того, у функціональному плані Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування є комунальним некомерційним підприємством Губиниської селищної ради, на території якої фактично знаходиться. Відносно невелика фінансова спроможність власника створювала додаткові ризики економічної

стійкості, особливо на початкових етапах реформування медичних закладів вторинного рівня надання медичної допомоги. Додатково вибір об'єкту дослідження обумовлюється ще й такими факторами.

По-перше, в районі активно впроваджується адміністративно-територіальна реформа. По-друге, реформування ланки сільської медицини в цьому районі відбувається дуже успішно.

По-третє, наявність в безпосередній близькості (4 км) лікарні зі схожою структурою – Новомосковської міської лікарні, яка з часів СРСР мала набагато більший штатний розклад і потенціал, крім того, набагато потужнішого власника в особі Новомосковської міської ради. Ризик «поглинання» у випадку неуспіху КП «Новомосковської ЦРЛІЛ» у зв'язку з можливим відтоком кадрів та пацієнтів в умовах зміни принципу фінансування був дуже великим. Аналогічний ризик для функціонування лікарні, що раніше обслуговувала переважно сільське населення, створювала наближеність до обласного центру (25 км), лікарні якого також могли бути більш привабливими як для персоналу, так і для пацієнтів. По-четверте, цей район територіально знаходиться на перетині важливих транспортних артерій, тому медичні заклади району часто надають медичну допомогу постраждалим внаслідок транспортних пригод, а саме в надзвичайних ситуаціях.

Історіографія сучасного комунального підприємства «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» бере свій початок ще в дореформенний період від Новомосковської центральної районної лікарні, кількість ліжок в якій у різний період часу коливалася від 250 до 520 (*Новомосковська ЦРЛ*).

Розглядаючи основні аспекти організаційно-управлінських змін, зазначимо, що як об'єкт публічного управління та юридична особа Новомосковська ЦРЛ була утворена на базі медичного закладу селища Губиниха, заснованого ще в 1914 році.

У 1980-х роках за рішенням керівництва Новомосковського району за кошти колгоспних господарств на території Вільнянської сільської ради були побудовані сучасні приміщення лікарні. В структурно-функціональному плані, Новомосковська ЦРЛ мала такі стаціонарні відділення:

- терапевтичне;
- хірургічне;
- травматологічне;
- дитяче та доросле інфекційне на 60 ліжок кожне;
- друге хірургічне відділення;
- пологове відділення;
- гінекологічне;
- неврологічне;
- отоларингологічне відділення на 40 ліжок кожне.

Крім того, до складу лікарні входили поліклініка, лабораторне, рентгенологічне та фізіотерапевтичне відділення.

Тобто, історично цей район сільської місцевості мав досить потужну та розвинену медичну інфраструктуру, організаційно-методичне керівництво якою здійснювалося Новомосковською ЦРЛ.

Тому перехід на нову модель фінансування медичних послуг з 2018 року впроваджувався в районі поетапно та поступово. За період з 02.04.2018 р. по 01.01.2021 р. майже 85 % мешканців району обрали свого сімейного лікаря (41068 тис. декларацій). За цей же період 24547 мешканців Магдалинівського району, який в рамках адміністративно-територіальної реформи увійшов до складу Новомосковського району, також обрали свого сімейного лікаря у сільській місцевості. Ці показники є значно вищими за загальнодержавний показник, що говорить про довіру мешканців місцевій владі, яка опікується розвитком сільської медицини.

З упровадженням в Новомосковському районі медичної реформи керівництвом лікарні та органами районної влади було запроваджено низку організаційних заходів, спрямованих на доукомплектування кадрів,

підвищення кваліфікації медичних кадрів, дооснащення лікарні медичним обладнанням, забезпечення належного та безпечного рівня перебування в лікарні для хворих та їх родичів.

З цією метою в лікарні у 2018 році було відкрито базу стажування для лікарів інтернів з ряду спеціальностей (заочна частина навчання), що дозволило в подальшому укомплектувати високопотенційними фахівцями вакантні посади лікарів. Тобто, керівництво лікарні застосувало інструмент наукової комунікації з ДЗ «Дніпропетровський медичний університет», результатом якої стала перспектива залучення молодих кадрів до штату медичного підприємства.

Сприятливий психологічний клімат в колективі та наявні перспективи практичного розвитку дозволили залучити і досвідчений медичний персонал (серед яких – 4 мали науковий ступінь кандидатів медичних наук), який працював раніше в лікувально-профілактичних закладах міста Дніпро, що дозволило значно посилити кадровий потенціал лікарні.

Також в організаційному плані діяльність медичного закладу було переорієнтовано на відкриття профільних відділень для надання медичних послуг за 6-ма новими медико-діагностичними профілями, як-то урологія, проктологія, судинна хірургія, онкологічна хірургія, трансфузіологія, реабілітологія.

Також було запроваджено оперативні втручання за новітніми медичними технологіями, а саме: ендопротезування суглобів, металоостеосинтез, дерматопластика, ендоскопічні, лапароскопічні гінекологічні та загально хірургічні оперативні втручання тощо.

На фоні поширеної тенденції до зменшення ліжкового фонду в стаціонарних закладах області, за період з 2013 року кількість ліжок стаціонарних відділень КП «Новомосковська ЦРЛЛ» було збільшено з 305 до 400 (станом на 01.01.2025 р. - 460), кожне з яких на сьогодні ефективно використовуються. Загальна кількість штатних посад лікарів значно збільшилася з 105,5 в 2013 році і до 155,25 станом на 01.01.2025 року.

Таблиця 2.1

**Динаміка лікарських посад та їх укомплектованості
по КП «Новомосковська ЦРЛЛ» (складено автором)**

Показники кадрової політики	2013 рік	2023 рік	Характер змін
Кількість штатних посад лікарів, (ставки)	105,5	127,25	<i>позитивний</i>
Фізичних осіб	79	122	<i>позитивний</i>
Укомплектованість посад лікарів, %	75	96	<i>позитивний</i>
Вища категорія	20 (25%)	31 (32%)	<i>позитивний</i>
Має науковий ступень кандидат медичних наук	0	5	<i>позитивний</i>
Середній вік лікарів, роки	42	37	<i>позитивний</i>

Джерело: внутрішня документація КП «Новомосковська ЦРЛЛ»

Як видно із табл. 2. 1, наполеглива робота щодо ефективної кадрової політики дозволила укомплектувати робочі місця лікарів висококваліфікованими спеціалістами. Враховуючи, що існуюча система фінансування медичного закладу базується саме на кількості хворих, яким була надана допомога, а не на кількості ліжок (як це було раніше), збільшення фінансування лікарні можливе шляхом залучення додаткової кількості лікарів з високим рівнем кваліфікації, які будуть лікувати більшу кількість пацієнтів.

Результатом проведення виваженої кадрової політики на локальному рівні управління дозволила вже зараз підвищити кількість оперативних втручань у Новомосковській ЦРЛЛ з 2441 випадків у 2013 році до 2919 операцій у 2022 році (2023 - 3223; 2024 – 3940).

Конструктивна позиція щодо долі Перещепинської районної лікарні № 2 (приєднання цього закладу у 2020 році до КП «Новомосковська ЦРЛЛ» у якості відокремленого структурно-функціонального підрозділу/відділення) дозволила зберегти та розвинути спеціалізовану стаціонарну та амбулаторну

медичну допомогу, паліативну медичну допомогу мешканцям Перещепинської ОТГ та прилеглих до неї населених пунктів. Функціонування Перещепинського відділення забезпечує спеціалізованою медичною допомогою мешканцям сел, які територіально знаходяться на відстані до 75 км від КП «Новомосковська ЦРЛЛ».

З метою забезпечення ефективного менеджменту медичного закладу було направлено на навчання та здобуття профільної освіти у сфері публічного управління та адміністрування керівний склад медичного закладу КП «Новомосковська ЦРЛЛ».

У період 2020-2021 рр. одним з напрямків отримання необхідних ресурсів для удосконалення організаційно-структурної перебудови лікарні, що функціонує в сільській місцевості в умовах пандемії COVID-19, став активний пошук шляхів співпраці з благодійними організаціями та інвесторами. Одним із інноваційних механізмів публічноуправлінської діяльності на рівні медичного підприємства став такий крок керівництва. У 2020 році Новомосковська ЦРЛЛ була зареєстрована на митниці як юридична особа і занесена до Єдиного реєстру отримувачів гуманітарної допомоги по лінії Міністерства соціальної політики України. Результатом такої управлінської ініціативи стало істотне оновлення переліку медичної апаратури, отримання 5 апаратів штучної вентиляції легенів для реанімації дорослих і дітей, 7 кисневих концентраторів, 40 функціональних ліжок, 4 електрокардіографів, негатоскопів та іншого медичного обладнання, що застосовувалось для рятування хворих на COVID-19.

Слід акцентувати, що життєдіяльність сучасно медичного закладу, який функціонує у сільській місцевості, неможлива без активної взаємодії з районною державною адміністрацією та районною радою. Повне розуміння з боку керівників району проблем медичної установи, дозволило отримати додаткові кошти на придбання сучасного рентгенологічного, хірургічного та анестезіологічного обладнання. У зв'язку з поглибленням медичної реформи

та у відповідності до рішення українського уряду КП «Новомосковська ЦРЛІЛ» в правовому плані набула статусу опорного закладу [154] (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

**Кількісна характеристика опорних лікарень
у Дніпропетровській області**

Кількість опорних лікарень в області	Розташування опорних лікарень	
	У містах області	У сільській місцевості
15 одиниць	14	1
Питома вага опорних лікарень, %	93	7

Складено автором

Джерело: МОЗ України. Визначено перелік лікарень для госпіталізації пацієнтів з COVID-19. <https://moz.gov.ua/uk/viznacheno-perelik-likaren-dlja-gospitalizacii-pacientiv-z-covid-19>

Основною функцією опорної лікарні є надання медичної допомоги на засадах багатопрофільної структури медичної допомоги та можливості цілодобового режиму функціонування блоку інтенсивного лікування та реанімації. Зазначимо, що серед лікарень Дніпропетровщини, які функціонують в сільських районах, тільки ЦРЛ Новомосковського району була обрана як опорна лікарня, адже вона виконала всі вимоги МОЗ України щодо відповідності умовам лікарні інтенсивного лікування. Загалом профільне міністерство створило в Україні потужну мережу опорних лікарень, яка налічує 240 одиниць.

Унікальність досвіду організації та функціонування КП «Новомосковська регіональна лікарня інтенсивного лікування» в надзвичайних умовах підтверджується тим, що на рівні регіонального галузевого управління існує організаційний дисбаланс співвідношення нерівномірності позицій між потужними міськими лікарнями, та лікарнями,

що функціонують в сільських районах. Однією із складових успіху сільської лікарні, на прикладі КП «Новомосковська ЦРЛЛ», як опорної лікарні, є відповідне кадрове забезпечення.

За рахунок коштів державного бюджету розпочато реконструкцію відділення екстреної медичної допомоги та оснащення закладу необхідним медичним обладнанням, зокрема комп'ютерним томографом. В умовах пандемії COVID-19 саме це діагностичне обладнання дозволяє керувати діагностично-лікувальним процесом на підприємстві, забезпечуючи високий рівень якості, доступності та безпечності медичної допомоги.

Для боротьби з поширенням коронавірусної інфекції серед мешканців Новомосковського району місцевою владою було виділено додаткові кошти на рахунок КП «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування». Це забезпечило придбання 3 апаратів штучної вентиляції легень, 2 моніторів пацієнта, 24 пульсоксиметрів, 3 шприцьових інфузійних насосів, 25 кисневих балонів, 25 кисневих концентраторів, комплекту обладнання для проведення досліджень на виявлення COVID-19 імуноферментним методом, газоналізатору крові з можливістю визначення електролітів, глюкози та лактату, бронхоскопу (фібробронхоскопу), 5 візків для транспортування хворих. Крім того, було закуплено обладнання для реабілітації хворих, придбано 18 комп'ютерів з програмним забезпеченням для роботи в локальній мережі в системі E-HEALTH, холодильники (10 шт.), стабілізатор напруги та ін. Загальна сума фінансування з місцевого бюджету на закупівлю медичного обладнання становить 8,9 млн грн.

Застосування організаційних підходів в управлінні медичним закладом, а саме упровадження поетапного плану роботи лікарні в режимі зростаючої кількості хворих на коронавірус, вдалося досягти таких результатів готовності до боротьби з пандемією:

- проведено реконструкцію системи киснепостачання (зовнішні мережі) з встановленням кисневого газифікатора та здійснено капітальний ремонт системи киснепостачання інфекційного, дитячого та травматологічного відділень;
- для приймання хворих на COVID-19 приведено в готовність три відділення на 120 ліжок;
- збільшено кількість профільних ліжок у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії з 6 до 9.
- проведено у 2020 році активні роботи по виконанню заходів щодо забезпечення безперешкодного доступу в приміщення лікарні маломобільних груп населення (пандуси).

Окрему позицію в організаційному механізмі управління медичним підприємством в надзвичайних умовах займає надання медичної допомоги військовим та захисникам територіальної оборони, ветеранам АТО, вимушеним переселенцям та іншим категоріям населення, постраждалим від збройної агресії проти України [7].

Саме тому в Новомосковській регіональній лікарні інтенсивного лікування запроваджено систему психологічної та фізичної реабілітації пацієнтів, яка дозволяє мінімізувати наслідки травм, отриманих під час військових дій. Актуалізацію цього організаційного напрямку в діяльності медичного підприємства обумовлено початком повномасштабної агресії російської федерації проти України у 2022 році. На той час практично всі заклади сфери охорони здоров'я зазнали структурно-функціональних змін [162].

Так, на Дніпропетровщині, яка розташована найближче до лінії бойових дій, низка комунальних неприбуткових підприємств медичної сфери здійснили на локальному рівні інфраструктурну перебудову системи надання медичної допомоги відповідно до суспільного запиту. Так, медичні підприємства області, які не перебувають у прямому підпорядкуванні

Міністерства оборони України, в екстреному порядку запровадили надання медичної допомоги пацієнтам з новим суб'єктним статусом – військовослужбовцям та внутрішньо переміщеним особам, що захворіли або були поранені. Особливістю роботи з такими пацієнтами є те, що переважна їх більшість в момент звернення за медичною допомогою у якості супутнього захворювання мала ті чи інші розлади психічної сфери. Разом з тим необхідно зазначити, що власне спеціалізованої психіатричної допомоги потребувала та їх частина, де розлади мали субкомпенсований або декомпенсований характер.

Відповідно до наказу МОЗ України, при розладах психічної сфери медична допомога надається мультидисциплінарною лікарською командою [126] у складі таких лікарів: невролог, психіатр, психотерапевт та практичний (клінічний) психолог.

Упродовж 2022 року ми провели дослідження в рамках організаційної перебудови діяльності одного із комунальних медичних підприємств Дніпропетровської області. Обстеженням охоплено 160 пацієнтів із групи військовослужбовців. За результатами проведеного аналізу психо-діагностичних обстежень та наданої психіатричної допомоги складено рейтинг нозологій, які найчастіше зустрічались серед зазначених груп пацієнтів в момент звернення за медичною допомогою (табл. 2.3).

Як видно із табл. 2.3, майже кожний другий пацієнт мав прояви післятравматичного стресового розладу.

Зазначимо, що у більшості випадків медична допомога надавалася за результатами амбулаторних звернень. Однак, в 29 випадках (18,2%) допомога мультидисциплінарної команди знадобилася тим військовослужбовцям, що проходили лікування в стаціонарних умовах з приводу вогнепальних поранень, акубаротравми, різноманітних захворювань тощо.

Таблиця 2.3

Рейтинг
нозологічних форм розладів психічної сфери серед військовослужбовців,
які стали пацієнтами медичного закладу прифронтової зони
(складено автором)

Рейтингова позиція	Нозологічна форма розладів	Вага показника
1.	Органічні враження головного мозку	18,2%
2.	Післятравматичний стресовий розлад (ПТСР)	12%
3.	Змішані депресивні розлади	8,1%
4.	Тривожні розлади	7,5%
	Гостра реакція на стрес	7,5%
	Пролонгована реакція на стрес	7,5%
5.	Соматоформні розлади	7,0%
	Інсомнія	7,0%
6.	Органічні тривожні розлади	5,65%
	Стан після перенесених черепно-мозкових та мінно-вибухових травм	5,65%
7.	Тривожні розлади з панічними атаками	5,0%
8.	Розлади адаптації та поведінки	3,8%
9.	Гострий поліморфний психотичний розлад	2%
10.	Епілепсія	1,25%
	Шизофренія	1,25%
11.	Психогенний ступор	0,6%
	Всього:	100%

У всіх випадках (100%) пацієнти повідомляли про вкрай сильні емоційні переживання негативного характеру, що часто супроводжувались

фізичним перевантаженням та різними ступенями впливу інших травмуючих факторів (переохолодження, перегрівання тощо) під час бойових дій.

Стаціонарне лікування з приводу травм та соматичних захворювань поєднувалось з медикаментозною корекцією порушень психічної сфери, психотерапевтичною та фізіотерапевтичною допомогою. У більшості випадків психічний стан стабілізувався, пацієнти виписувались на наступний етап лікування основної патології.

У випадках, коли психічні розлади мали домінуючий характер та потребували лікування в умовах спеціалізованого психіатричного закладу, здійснювалась відповідна перегоспіталізація (всього 4 особи або 2,5%). Доцільність їхньої подальшої перегоспіталізації до спеціалізованого психіатричного закладу обумовлювалась також необхідністю здійснення комісійного експертного огляду, встановлення заключного діагнозу, уточнення подальшого плану лікування, вирішення питання щодо придатності до подальшого несення військової служби та інших соціальних питань, у т.ч., встановлення групи інвалідності.

Таким чином, організація надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, що мають супутні порушення психічної сфери, має велике значення при вирішенні питань якнайшвидшого повернення військовослужбовців до лав Збройних Сил України, а в певних випадках – для вирішення питання про демобілізацію за станом здоров'я з подальшою ресоціалізацією в громадському просторі. Задля цього управління наданням медичної допомоги військовослужбовцям реалізується на принципах загальності надання медичної допомоги для військослужбовців та цивільного населення, етапності в реалізації надання медичної допомоги, мультидисциплінарного підходу.

Організаційна трансформація системи управління медичним підприємством ґрунтується на достатньо розвиненій нормативно-правовій базі. Адже навіть в умовах пандемії та повномасштабного розгортання

збройної агресії, українська держава продовжує свій впевнений євроінтеграційний рух та упровадження й поглиблення медичної та адміністративно-територіальної реформи. Правовим базисом децентралізації, яка розпочалась в Україні з 2014 року, є такі основні нормативно-правові акти:

- Концепція реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні (2014);
- закони України «Про співробітництво територіальних громад» (2014), «Про добровільне об'єднання територіальних громад» (2015);
- зміни до Бюджетного і Податкового кодексів України. (на їх основі була розпочата фінансової децентралізація на місцевому рівні).

Метою децентралізації є підвищення ефективності діяльності органів місцевого самоврядування, створення міцної економічної бази для вирішення нагальних завдань об'єднаних територіальних громад.

Тож упровадження нового формату управління територіальними закладами охорони здоров'я супроводжувалося певними викликами економічного змісту та запровадженням нового механізму фінансування медичних підприємств в Україні [149]. Зокрема, на території об'єднаної територіальної громади з відносно невеликою доходною частиною бюджету опинялись і заклади, що надають первинну допомогу, і, достатньо великі лікарні, які утримувались раніше бюджетом всього району. За таких умов фінансова спроможність району була в рази вище можливостей нового власника закладу. Так, доходна частина бюджету Новомосковського району у 2019 році складала понад 311 млн грн. з яких доходи населених пунктів майбутньої Губиниської об'єднаної територіальної громади склали близько 60 млн грн. При цьому на території останньої знаходиться комунальне підприємство «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування».

Тож для громади та колективу лікарні справжнім викликом стало не тільки утримання медичного закладу «на плаву», але й забезпечення

ефективної діяльності лікарні та забезпечення надання доступних та якісних медичних послуг населенню. Як провідна медична установа не тільки Губиниської об'єднаної територіальної громади, а і всього Новомосковського району в нових його межах, лікарня надає спеціалізовану медичну допомогу близько 175 тис. його мешканцям. Питання надання первинної медико-санітарної допомоги на території населених пунктів Губиниської об'єднаної територіальної громади було вирішено шляхом приєднання відповідних підрозділів медичної служби до центру первинної медико-санітарної допомоги сусідньої громади. Внаслідок цих організаційних змін в територіальних громадах більш ефективно запрацювала «первинка».

Вдумлива кадрова політика та продуктивна співпраця керівництва лікарні з Новомосковською районною радою та Новомосковською районною державною адміністрацією сприяли кадровому посиленню та значному оновленню матеріально-технічної бази лікарні упродовж 2013-2019 років. Це забезпечило економічну стійкість комунального підприємства «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» у період пандемічної кризи та повномасштабної війни. Сьогодні лікарня має позитивну динаміку надання спеціалізованої медичної допомоги (табл. 2.4). Надані послуги фінансує Національна служба здоров'я України.

Організаційно-управлінські рішення вплинули й на покращення фінансового забезпечення медичного підприємства: з 60 млн грн у 2019 році до 162 млн грн у 2023 році. Відбулись і позитивні зміни у кадровій політиці медичного закладу. З 2019 року збільшилась загальна кількість працівників закладу майже на 100 осіб. Відповідно збільшилась і сума утриманого податку для спрямування до місцевого бюджету з 4,4 млн грн у 2019 році до очікуваних 9,9 млн грн у 2023 році.

Проведена нещодавно в Україні адміністративна реформа призвела до необхідності вирішення системою охорони здоров'я додаткових задач, у більшій своїй частині, на місцевому рівні.

Таблиця 2.4

**Кількісна характеристика обсягів надання спеціалізованої
медичної допомоги за фінансово-пакетним підходом відшкодування**

Роки	Кількість пакетів надання медичних послуг, од.	Динаміка, %
2020	9	-
2021	11	+22 %
2022	15	+36 %
2023	17	+13 %
2024	19 (прогнозований показник)	+11 %

Джерело: внутрішня документація КП «Новомосковська ЦРЛЛ»

Керівництву новостворених громад прийшлося включатися до вирішення нагальних питань закладів охорони здоров'я, які опинилися у їх підпорядкуванні. Перебуваючи у тій чи іншій мірі у стані реформи, в умовах наявних та матеріально-технічних невідповідностей щодо вимог фінансування НСЗУ, медичним закладам прийшлося вирішувати не тільки задачі фінансової стійкості, але й надавати адекватні відповіді на вкрай серйозні виклики, пов'язані з наданням медичної допомоги в умовах пандемії COVID, а в подальшому - війни. Більшість громад ще тільки набирали досвід ефективного управління, у т.ч., у медичній сфері, тому вкрай важливим постав фактор ефективності взаємодії керівництва громад та медичних закладів. Попередній досвід, набутий у навчальних проєктах з ефективного менеджменту, роботи з залучення позабюджетних коштів шляхом участі у конкурсах на отримання різноманітних грантів став вкрай важливим чинником реалізації вдалих рішень стратегічного планування.

Прикладом може стати історія функціонування в Новомосковському районі 2-х лікарень - Новомосковської ЦРЛЛ та Перещепинської РЛ №2, що

знаходяться одна від одної на відстані 45 км. Так, певні прорахунки в керівництві Перещепинської РЛ №2 призвели до того, що станом на 2020 рік кількість ліжок стаціонарного лікування зменшилась з 180 до 25, а кількість працюючих лікарів - до 3. Фінансування медичних послуг НСЗУ такого закладу було неможливим, а бюджету громади утримувати лікарню явно не вистачало.

Розглянувши звернення активу громади м. Перещепине, було прийнято рішення реорганізації Перещепинської РЛ № 2 шляхом приєднання до Новомосковської ЦРЛЛ (300 ліжок), що дозволило зберегти спеціалізовану медичну допомогу у м. Перещепине.

У подальшому, активна позиція керівництва новоутвореної Перещепинської ОТГ, їх співпраця з адміністрацією Новомосковської ЦРЛЛ призвели до перемоги в конкурсі на отримання гранту від Німецького товариства міжнародного співробітництва GIZ на будівництво модульної поліклініки та оснащення її сучасним медичним обладнанням. Введення в експлуатацію зазначеного комплексу, ремонт та оснащення за рахунок відповідних грантів міжнародних організацій, виділеного громадою житла для медичних кадрів з числа вимушено переселених осіб призвело до збільшення загальної кількості лікарів, що працюють у Перещепинському відділенні до 9 чоловік (рис.2.3.).

В приміщеннях, що звільнилися після релокації амбулаторної служби, розгорнуто додаткові стаціонарні ліжка, кількість яких збільшено з 25 до 85. Відкрито відділення стаціонарної паліативної допомоги на 25 ліжок та терапевтичне відділення з неврологічними ліжками на 60 ліжок.

Відділення забезпечені необхідним обладнанням, отриманим раніше також у якості гуманітарної допомоги - функціональні ліжка, слідкуючі монітори, кисневі концентратори, апарат ШВЛ. Оновлений кадровий склад відділення, покращення матеріально-технічного стану дозволило підписати з НСЗУ додатковий договір на надання медичної допомоги за адресою відокремленого підрозділу – Перещепинське відділення КП

«Новомосковської ЦРЛЛ».

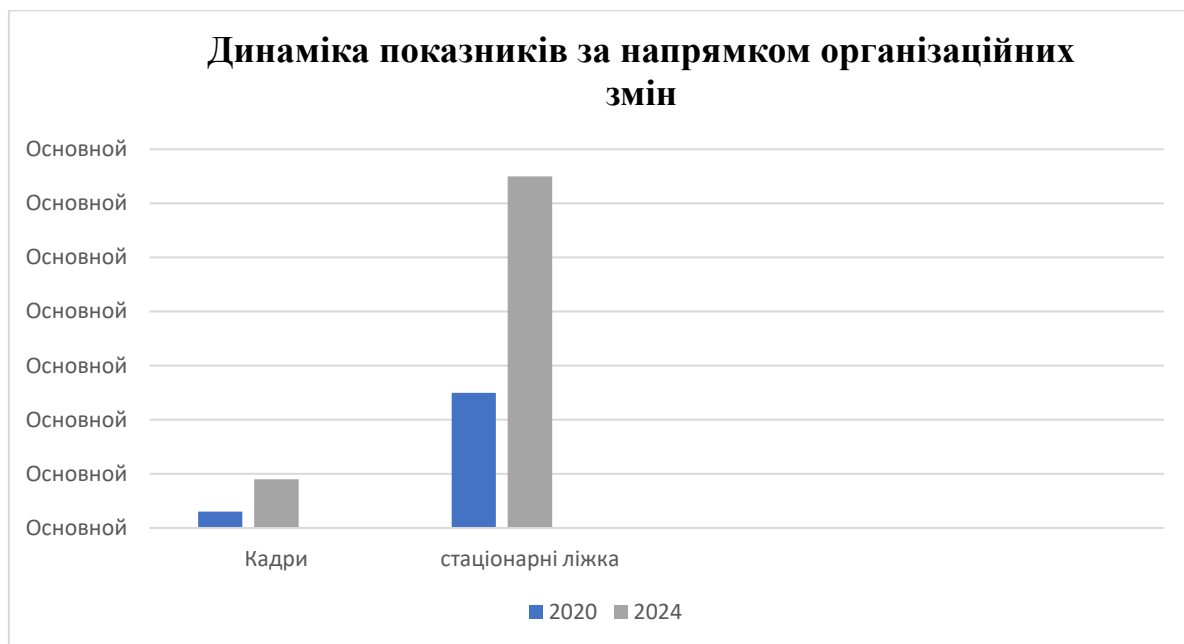


Рис.2.3. Результати організаційно-функціональних змін на засадах проєктного підходу (розроблено автором на підставі даних медичної статистики Новомосковської ЦРЛЛ)

Функціонування Перещепинського підрозділу дозволяє більш ефективно використовувати ліжка основного розташування лікарні, вчасно звільняючи їх шляхом переведення хворих, що потребують паліативного лікування або доліковування в менш інтенсивних умовах.

Запланована реконструкція приміщень стаціонарного корпусу Перещепинського відділення в подальшому дозволить розмістити на його базі відділення реабілітації. Подальша політика залучення фахівців дозволить збільшити перелік спеціальностей, за якими надається амбулаторна спеціалізована медична допомога. Ефективна маркетингова політика, належна якість надання медичної допомоги дозволить залучити до лікування в умовах Перещепинського підрозділу пацієнтів з віддалених населених пунктів, у т.ч., Харківської області, що географічно знаходиться поруч.

Зазначені заходи збільшать кількість пролікованих пацієнтів в умовах

відокремленого Перещепинського підрозділу, що, в свою чергу, забезпечить його економічну сталість, доступність, якість та безпечність надання медичної допомоги.

Важливим фактором удосконалення публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я стало розуміння керівництвом більшості громад того факту, що належне функціонування системи первинної медико-санітарної допомоги дозволяє:

1. Забезпечити своєчасність та доступність медичної допомоги. Рання діагностика захворювань та їх вчасно розпочате лікування, у більшій частині випадків, зменшують терміни лікування та період непрацездатності. Лікування пацієнтів на первинному рівні має меншу собівартість та кращий результат для соціально-економічного розвитку громади (зростає тривалість життя мешканців громади; зменшується рівень інвалідизації тощо).

2. Підписання декларацій з сімейними лікарями, які ефективно працюють на території громади, повинно носити масовий та системний характер, з поступовим залученням до укладання декларацій мешканцями населених пунктів, які не входять до території обслуговування Центру первинної медико-санітарної допомоги.

3. Стале функціонування підрозділів первинної медико-санітарної допомоги за умови належної співпраці з кластерною лікарнею громади за напрямком маршрутизації пацієнтів забезпечує високий рівень вчасного скерування хворих на лікування та підсилює фінансово-економічну спроможність лікарні шляхом збільшення обсягу фінансування від за надані пакети медичної допомоги.

4. Важливо акцентувати, що численні проблеми управлінського змісту, які виникали в періоди пандемії COVID-19 та повномасштабного вторгнення російської федерації, вирішувались шляхом додаткового фінансування з боку більшості громад населення Новомосковського району. Кошти спрямовувались на термінову закупівлю дороговартісного медичного обладнання, електрогенераторів тощо.

На сьогодні КП «Новомосковська ЦРЛЛ» визначена кластерним закладом Новомосковського району з населенням понад 170 тис. жителів. Це медичне підприємство та його відокремлені підрозділи надають безкоштовні медичні послуги мешканцям громади, що фінансує НСЗУ за такими пакетами (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Характеристика гарантованих державою медичних послуг
в КП «Новомосковська ЦРЛЛ»**

№ з/п	№ пакету послуг	Назва пакетів медичних гарантій
1.	3	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах
2.	4	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій
3.	5	Медична допомога при гострому мозковому інсульті
4.	7	Медична допомога при пологах
5.	9	Профілактика, діагностика, спостереження, лікування пацієнтів в амбулаторних умовах
6.	11	Гістероскопія
7.	12	Езофагогастродуоденоскопія
8.	13	Колоноскопія
9.	14	Цистоскопія
10.	21	Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)
11.	23	Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям
12.	24	Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям
13.	35	Ведення вагітності в амбулаторних умовах
14.	42	Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях
15.	47	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару 1-дня
16.	50	Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів
17.	55	Секційне дослідження
18.	53	Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах
19.	54	Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах
20.	15	Бронхоскопія
21.	72	Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається у центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами

Складено автором. Джерело: [127; 149]

Розглядаючи аспекти публічного адміністрування медичних підприємств в контексті засад доказової практики, слід зазначити, що українська держава запровадила в рамках державної програми медичних гарантій спеціальну опцію для надавачів медичних послуг – це Пакет № 42 НСЗУ під назвою «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях». Уперше цей Пакет був представлений під час пандемії, але під дещо іншою назвою. На той час управлінська увага НСЗУ була скерована на наданні медичної допомоги в ситуаціях, коли поширювалося інфекційне або заразне захворювання. У 2022 році пакет «Готовності...» було перейменовано відповідно до нового функціоналу з урахуванням виклику війни, в у 2023 році пакет було значно розширено та презентовано додатковий Пакет № 57 «Готовність та забезпечення медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії». Враховуючи реалії, фокус змістився на надання медичної допомоги в екстрених випадках.

Детальний аналіз Пакету медичних гарантій № 42 «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях» показує, що однією з основних медичних послуг, яку надають медичні підприємства за цим пакетом, є лікування травм/політравм, хімічних та радіаційних уражень, отруєнь, захворювань і станів та/або ушкоджень відповідно до галузевих стандартів та медико-технічної документації в медичній сфері або для надання медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях з інфекційними, особливо небезпечними інфекційними захворюваннями (ОНІЗ).

З цим Пакетом українська держава в особі НСЗУ гарантує пацієнтам надати безоплатні медичні послуги за такими напрямками:

- Первинний огляд пацієнта та подальше визначення маршруту.
- Всі необхідні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Своєчасне знеболювання на всіх етапах діагностики та лікування,

цілодобовий доступ до ненаркотичних та наркотичних знеболюючих.

- Надання медикаментозної терапії постраждалим при невідкладних станах, профілактика та лікування болю та больових відчуттів.
- Залучення інших установ та рівнів медичних працівників.
- Оксигенотерапія та респіраторна підтримка.
- Інтенсивна терапія при загрозі життю хворого.
- Цілодобовий медичний та медсестринський нагляд.
- Направлення до іншого медичного закладу.
- Внутрішньолікарняне харчування.

Грунтовний аналіз кожної позиції, яка виступає певний маркером для визначення готовності закладу до роботи в надзвичайних умовах показує, що за своєю сутністю вони всі належать більше до сфери діагностично-лікувального втручання чи загального догляду (наприклад, внутрішньолікарняне харчування), і не містять показників публічноуправлінського змісту, які б надавали інформацію про готовність приймати ефективні управлінські рішення та організовувати безперебійну роботу медичного підприємства в умовах надзвичайних ситуацій.

З метою оцінки сучасної ситуації щодо готовності загальнонаціональної мережі медичних підприємств до надання медичних послуг в умовах надзвичайної ситуації, ми звернулись до інформаційно-аналітичної системи НСЗУ (рис.2.4.) і встановили наступне.

За даними річного звіту НСЗУ за 2023 рік, який офіційно оприлюднено на сайті, всього держава уклала з постачальниками медичних послуг різної форми власності 3706 договорів про фінансування послуг, з них 2407 договорів (64%) з суб'єктами комунальної форми власності. Як видно із інформації НСЗУ на сьогодні (кінець 2024 року) в Україні укладено 193 договори на загальну суму понад 2,3 млрд грн. [127]. При цьому найбільшу кількість надавачів таких послуг за пакетом готовності мають наступні регіони України: Дніпропетровська область – 18 договорів; місто Київ – 15 договорів; Львівська область – 14 договорів; Одеська область – 13 договорів;

Харківська область – 12 договорів.

Тобто, наші статистичні підрахунки показують, що загальна кількість договорів, які укладені з медичними підприємствами зазначених регіонів України, включно із столицею, становить 72 одиниці. Це означає, що на 5 регіонів держави припадає майже 40% бюджетного фінансування за готовність медичних підприємств працювати в надзвичайних умовах.

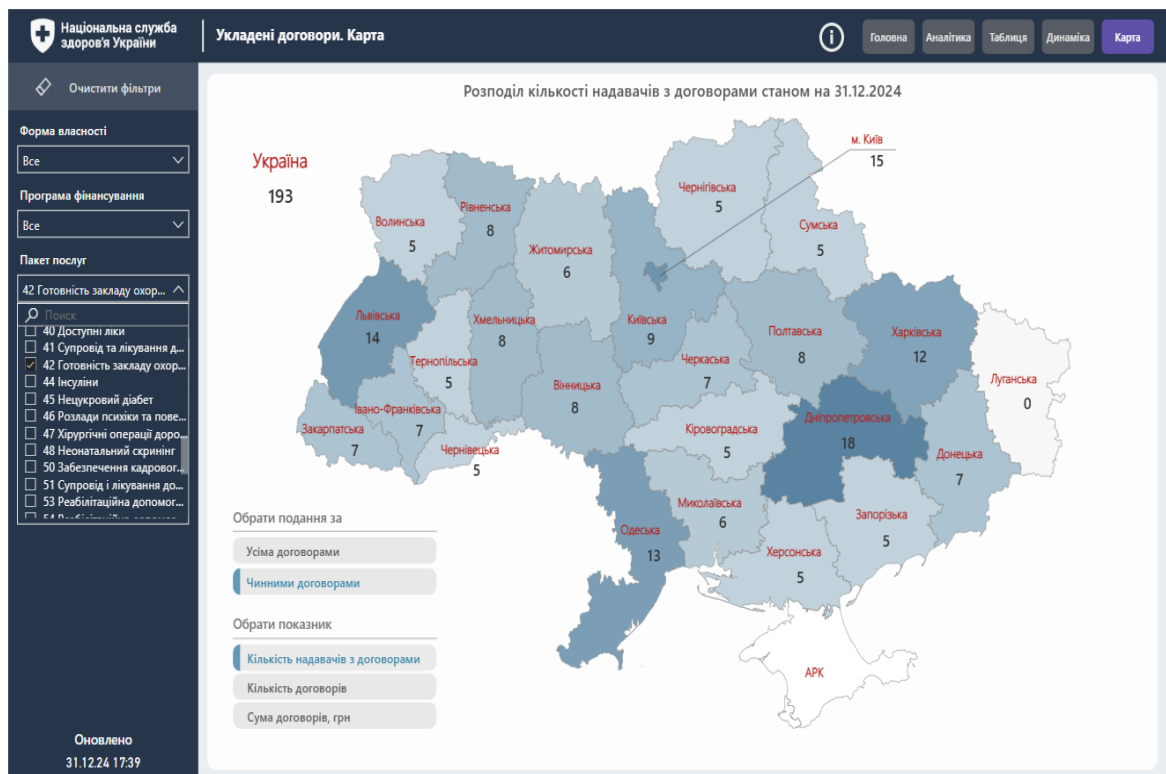


Рис. 2.4. Регіональний дизайн державного контракування медичних підприємств за пакетом № 42 «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях»

Джерело: офіційний сайт НСЗУ <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>

Але ж ми живемо в умовах довготривалої війни, і тут слід додатково акцентувати, що є публічноуправлінський дисбаланс в системі готовності медичної інфраструктури територіальних громад. Війна триває майже 10 років, а пакет готовності для медичних установ надавати послуги на території, де ведуться бойові дії було запроваджено зі значним відтермінуванням, тільки у 2023 році або через 9 років після першого

застосування збройної агресії на сході України (2014 рік).

І тут, споглядаючи на інфографіку рис. 2.5., можна також зробити певні узагальнення інформації стосовно застосування пакетного підходу у забезпеченні медичних гарантій надання медичної допомоги для населення, яке проживає на території, де ведуться активні бойові дії.

Пакет № 57 «Готовність та забезпечення медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії», який було введено в дію минулого року, передбачає оплату медичних послуг не за капітаційним принципом, а оплату бригадної роботи експертів на місяць, які визначають стан повсякденного функціонування особи.

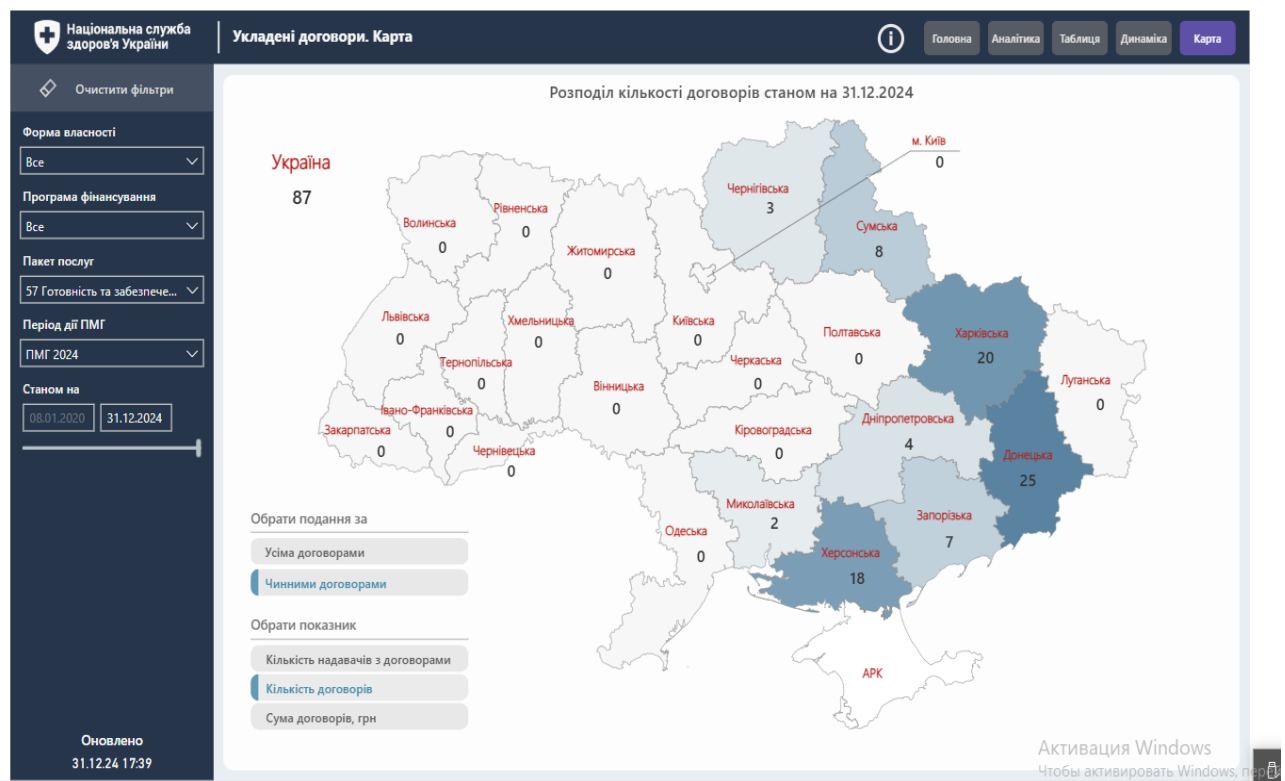


Рис. 2.5. Регіональний дизайн державного контракування медичних підприємств за пакетом № 57 готовність та забезпечення медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії

Джерело: офіційний сайт НСЗУ <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>

І знову ж таки, тут не визначається показник оцінювання публічноуправлінського змісту. Аналіз представленої інформації показує, що в Україні медичні установи, які надають послуги на території, де ведуться

бойові дії, розташовані у таких областях: Донецька (25 договорів), Харківська (20 договорів), Херсонська (18 договорів), Сумська (8 договорів), Дніпропетровська (4 договори). Із загальної кількості договорів, що укладені Національним розпорядником бюджетних коштів, - із 87 договорів, на визначені п'ять областей України припадає 86% від усіх підписаних угод. І тут важливо зазначити, що медичні підприємства тільки двох областей – Дніпропетровська та Харківська – мають своє представництво одночасно у двох пакетах медичних гарантій. Тобто, медичні підприємства цих регіонів надають медичні послуги за такими пакетами: № 42 «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях»; № 57 «Готовність та забезпечення медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії».

Отже, забезпечення ефективної діяльності медичних закладів в умовах надзвичайних ситуацій можливе за умови впровадження сучасних управлінських підходів. Нажаль, очевидними вадами публічноуправлінського змісту сьогодні слід визнати те, що рівень готовності медичних підприємств територіальних громад до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях є дуже низьким: із 2407 угод з НСЗУ, які підписано з комунальними установами, тільки 193 угоди фінансуються в рамках пакета готовності, що складає лише 8% від загальної кількості договорів, а готовність надавати меддопомогу в умовах бойових дій становить 3,6%. Тож основними пріоритетами для керівництва медичних підприємств та місцевої влади мають стати: удосконалення кадрової політики; оновлення медичного обладнання та інфраструктури закладів охорони здоров'я; інтеграція телекомунікаційних технологій у медичну практику; переорієнтація внутрішньої інфраструктури на військово-медичні потреби та реабілітаційні послуги, урахування безпекового фактору та енергонезалежності, а також впровадження механізмів соціальної та психологічної підтримки медичних працівників (забезпечення службовим житлом, транспортом, конкурентоспроможною заробітною платою тощо).

2.3. Міжнародне співробітництво як інструмент доказової практики управління у сфері охорони здоров'я

Упродовж кількох останніх років медична галузь України є однією із тих, яка потребує чи не найбільшої уваги не тільки громадян України, але й уряду та вищого керівництва держави. На наш погляд, це можна пояснити такими важливими досягненнями розвитку суспільних відносин та галузевої перебудови системи охорони здоров'я, які мають поетапний перебіг та логічний взаємозв'язок із обраним українською державою курсом євроінтеграційного руху. Адже, із підписанням Угоди про Асоціацію України з країнами Європейського Союзу [208], з 2015 року в Україні завершився підготовчий етап структурно-функціональної перебудови і активно почала реалізовуватись медична реформа. Задля її успішної реалізації була створена відповідна нормативно-правова база та належне організаційне забезпечення управління галузевим реформуванням. Саме такий підхід дозволив уже на першому етапі реалізації медичної реформи, тобто на первинній ланці управління наданням медичної допомоги, отримати високу схвальну оцінку міжнародної моніторингової групи представників ВООЗ та Світового Банку [260]. У 2019 році міжнародні експерти підтвердили, що результати структурно-функціональної перебудови системи управління наданням первинної медико-санітарної допомоги в Україні, які продемонструвала наша держава, повністю корелюють з результатами відповідних реформ, які проводились у свій часів країнах ЄС.

Перший етап реформи передбачав створення в Україні інституту сімейних лікарів на засадах декларування, розбудову національного ринку медичних послуг із залученням представників приватного сектору, зміну системи фінансування із постатейної системи оплати медичних послуг на капітаційні виплати і створення незалежного національного закупівельника медичних послуг в особі Національної служби здоров'я України [127].

З 2020 року розпочався наступний етап реформи – структурно-функціональні зміни в системі організації надання стаціонарної медичної допомоги на засадах формування пакетних пропозицій медичних послуг. Тобто, передбачалось реформування вторинної та третинної ланки системи охорони здоров'я. Однак, пандемія COVID19 та повномасштабна війна не дозволили повною мірою завершити цей процес.

Необхідно також акцентувати, що за результатами протидії викликам пандемії та війни модель антикризового управління системою охорони здоров'я України довела свою необхідну функціональність і результативність. Так, за підсумками пандемії коронавірусної інфекції, фактичні показники загальної захворюваності та смертності дозволили нашій державі увійти до другої десятки світового рейтингу. А за результатами діяльності системи охорони здоров'я в умовах війни повернення поранених військовослужбовців до лав Збройних Сил України складав майже 80%. Такі результати стали можливими не тільки завдяки правовим та організаційним механізмам управління, але й через збільшення фінансового забезпечення медичної галузі (у 2022 році видатки держбюджету на систему охорони здоров'я склали близько 12%).

Зазначені успіхи медичної галузі у період війни також пояснюються величезною підтримкою, яка надходить до України від країн Європейського Союзу, Великої Британії та США. Українська держава сьогодні впевнено продовжує дотримуватись вимог Угоди про Асоціацію з Європейським Союзом (ЄС) у всіх сферах життєдіяльності [169]. Особливого значення дотримання європейських стандартів господарювання набуває після отримання українською державою статусу країни-кандидата на вступ до ЄС. З огляду на це, вважаємо, що актуальним завданням для органів державної влади України, широких кіл громадськості та представників бізнес-середовища є розвиток активної співпраці з країнами ЄС за галузевим принципом.

Сьогодні в умовах довготривалих криз (криза пандемії COVID-19 та виклики війни), які болюче вдарили по системі охорони здоров'я України, надзвичайно важливим є здійснення аналізу можливих форм, видів та методів розвитку міжнародної співпраці у такій соціально орієнтованій сфері як сфера охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети використано загальнонаукові методи дослідження: аналіз та синтез, порівняння, спостереження тощо. Об'єктом дослідження публічноуправлінських аспектів реалізації міжнародної співпраці на локальному рівні управління обрано центральної клінічної лікарні інтенсивного лікування Новомосковського району Дніпропетровської області. Глибина дослідження 10 років (з 2014 року по 2024 рік).

Медична сфера України зазнала значних трансформацій у сфері публічного управління та адміністрування, починаючи з 2015 року, коли відбувся старт медичної реформи [148; 149; 210; 105]. Медична реформа, основними принципами якої були децентралізація управління, забезпечення якості та доступності медичних послуг населенню, здійснювалась за активної підтримки міжнародних інституцій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий Банк [260] та ін. Це дозволило вже у 2019 році досягти значного прогресу на первинному рівні управління – на рівні доступу до базових медичних послуг (інститут сімейного лікаря). Подальші зміни в управлінській ланці цієї системи відбулись вже у період пандемії COVID-19 та у період повномасштабного розгортання російської збройної агресії. Тож стратегічне завдання щодо поглиблення медичної реформи в Україні продовжує реалізовуватись навіть у період дії воєнного стану, а також буде тривати і в період повоєнної відбудови. І це поглиблення реформи безпосередньо пов'язано з розширенням організаційних змін в управлінні медичною сферою сільських територій, адже третина населення України проживає у таких населених пунктах. І знову ж таки, успішність реформування медичної сфери сільських територій багато у чому залежить

не тільки від органів державної влади, органів місцевого самоврядування, а багато в чому, особливо у період війни, стійкість медичної системи сільської місцевості залежить від допомоги міжнародних партнерів. Тож розглянемо це питання більш ґрунтовно на прикладі однієї лікарні, що функціонує у Дніпропетровській області.

Комунальне підприємство «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» (далі - КП «Новомосковська ЦРЛІЛ») розташовано у Новомосковському районі Дніпропетровської області. Цей медичний заклад, що розташований у сільській місцевості на перетині міжнародних автошляхів, що з'єднують між собою два регіони України – Харківську та Дніпропетровську область, є закладом спільної комунальної власності дніпропетровської обласної ради. У мирний час лікарня мала достатній ліжковий фонд для надання медичних послуг цивільному населенню. Однак, від початку антитерористичної операції на території східних областей України, тобто з 2014 року, а також в період коронавірусної пандемії, ця лікарня була визнана об'єктом критичної інфраструктури [257]. Це дозволило значно збільшити як ліжковий фонд лікарні, так і розширити спектр надання медичних послуг не тільки для цивільного населення, але й для військовослужбовців Збройних Сил України. Крім того, перед керівництвом лікарні постала управлінська проблема пошуку та диверсифікації каналів фінансового забезпечення діяльності цієї медичної установи. Одним із шляхів підвищення ресурсної спроможності лікарні у наданні якісних та доступних послуг було визначено напрям міжнародної співпраці.

Участь у міжнародній співпраці медичного підприємства як суб'єкта, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, у правовому полі регламентується ст. 79 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19 листопада 1992 року [130]. Вітчизняний законодавець визнає, що заклади охорони здоров'я мають право відповідно

до законодавства, самостійно укласти договори (контракти) з іноземними юридичними і фізичними особами про будь-які форми співробітництва, брати участь у діяльності відповідних міжнародних організацій, здійснювати зовнішньоекономічну діяльність.

Перший досвід активного залучення міжнародної гуманітарної допомоги комунальне підприємство «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» започаткувала у 2014 році. І першим кроком в його реалізації стало забезпечення правової бази медичного закладу щодо можливості застосування управлінської функції виступати суб'єктом політики в рамках міжнародної співпраці. Для цього потрібно було зареєструвати медичне підприємство в Єдиному реєстрі отримувачів гуманітарної допомоги по лінії Міністерства соціальної політики України.

Наступний крок – це організаційні заходи щодо створення тимчасового митного складу на базі одного з приміщень лікарні для зберігання гуманітарних вантажів, що проходили процедуру розмитнення. У 2014 році перші гуманітарні вантажі надходили до лікарні з таких країн ЄС як Німеччина, Франція, країни Балтії. Переважно це були функціональні ліжка, матраци, ковдри, різноманітне медичне обладнання.

Упродовж трьох років плідної роботи керівництва лікарні з міжнародними організаціями-партнерами у лікарні було замінено 250 «панцирних» ліжок на функціональні ліжка європейського стандарту, які надходили в рамках програми гуманітарної допомоги від різних організацій з країн ЄС.

Як показує досвід окремого медичного підприємства Дніпропетровщини, у період кризового стану (пандемія, війна тощо) з метою забезпечення стійкості національної системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління медичною сферою впроваджується активна політика міжнародного медичного партнерства. Так, тільки за роки війни українська

держава підписала 8 меморандумів про міжнародну співпрацю між профільними міністерствами європейських країн. Перелік зарубіжних країн-партнерів у сфері охорони здоров'я на рівні національного (за підставі підписаних меморандумів між країнами-партнерами) та локального співробітництва (на рівні медичного підприємства) наведено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Основні напрями міжнародної співпраці
КП «Новомосковська ЦРЛЛ» 2014-2024 рр.

Країна-партнер за угодами МОЗ України	Країна-партнер за угодами з лікарнею та види співпраці
Німеччина*	Німеччина 1) Німецьке товариство міжнародного співробітництва GIZ, Федеральне міністерство економічного співробітництва -грант на будівництво модульної консультативно-діагностичної поліклініки та оснащення її сучасним медичним обладнанням; навчальний тренінг з організації охорони здоров'я «Впровадження змін» для ТОП-менеджерів (3 особи) за участю європейських експертів 2) Essen University Hospital – медикаменти 3) Ukraine-Hilfe Lobetal - функціональні ліжка, матраци, тумбочки, інше медичне обладнання 4) ТОВ «Лоран Груп» (СААР) - гінекологічний/операційний стіл
Чехія*	Чехія Візит Президента Чехії Петра Павела з благодійною місією за участі компанії LINET (Чехія) – передача для потреб лікарні 9-ти функціональних ліжок
Франція*	Гуманітарні вантажі (обладнання, медикаменти, витратні матеріали, вироби медичного призначення тощо)
Польща*	Польща Асоціація «Польська медична місія» - медичне обладнання
Країни Балтії (Литва, Естонія*) та Швейцарія	Країни Балтії, Швейцарія Європейська Асоціація Травматологів (АО Trauma) – візити іноземних медичних науковців та викладачів з інших країн для читання лекцій та проведення спільних наукових досліджень

Австрія	Австрія European Society of Radiology - <i>Західно-Європейський конгрес радіологів (ECR) 2023, участь 3 фахівців лікарні у міжнародній науковій конференції</i> AMEX Export-Import GmbH - <i>комплекс географічний комп'ютерний «Rheotest»</i>
Нідерланди	Нідерланди БФ «Тактичні справи» організація-донор «Stichting Vluchteling» - <i>медичне обладнання</i>
Японія	Міністерство Закордонних Справ Японії - <i>грантова допомога по проектах людської безпеки програми «Кусаноне»</i>
Дитячий фонд ООН	UNICEF- <i>медичне обладнання, медикаменти, ремонт санітарних приміщень лікарні</i>
ВООЗ	Європейське регіональне бюро ВООЗ - <i>апарати штучної вентиляції легенів, інфузійні помпи</i>

Джерело: складено автором за [130;258]

Німеччина та ін. країни – кореляція національного та локального рівнів управління міжнародним партнерством у сфері охорони здоров'я (за укладеними договорами)*

Слід також зазначити, що в сучасних умовах важливими формами міжнародного співробітництва та упровадження світового досвіду в діяльність вітчизняних медичних підприємств є віртуальні форми взаємодії (онлайн-курси, відеотренінги, веб-конференції), впровадження телемедицини, телемедичних консультацій тощо.

На сьогодні лікарня має близько 400 функціональних ліжок, жодне з яких не було куплено за кошти місцевого бюджету. При цьому важливо зазначити, що лікарня має статус некомерційного медичного підприємства і перебуває на балансі як спільний об'єкт комунальної власності територіальної громади Дніпропетровської області.

Серед міжнародних організацій-партнерів, які активно допомагають

розбудовувати територіальну мережу медичних закладів в сільських регіонах України, додатково належить виокремити такий напрям співробітництва як участь центральної районної лікарні в навчальному проєкті Німецького товариства міжнародного співробітництва GIZ.

В рамках реалізації такої співпраці у період до 2020 року заклад отримав медичних меблів та медичного обладнання на суму близько 0,4 млн грн.

Серед країн ЄС, які надають українським закладам системи охорони здоров'я багатогранну допомогу, слід особливо відзначити Чехію. Президент цієї країни Петр Павел навесні 2024 року здійснив особистий візит до центральної лікарні Новомосковського району з метою вивчення потреб медичного закладу для продовження міжнародної співпраці та підтримки медичної інфраструктури у прифронтових регіонах.

Але не тільки країни ЄС активно допомагають розбудовувати та зміцнювати медичну інфраструктуру сільських районів України у період воєнного стану. Так, керівництво комунального підприємства активно застосує у своїй діяльності інструмент проектного менеджменту. Завдяки цьому було розроблено та подано на конкурс від імені КП «Новомосковська ЦРЛЛ» заявку на Грантову допомогу по проєктах людської безпеки програми «Кусаноне», що надається до Міністерства Закордонних Справ Японії. За цим проєктом медичне підприємство отримало грант на суму близько 2 млн грн на придбання лапороскопічної стійки. На кошти грантової допомоги за програмою Уряду Японії «Кусаноне» лікарня придбала необхідне дороговартісне медичне обладнання для хірургічного відділення лікарні.

Досвід перших років роботи з благодійними організаціями та фондами почав формувати шляхи вирішення питань, пов'язаних з «внутрішньою» логістикою, як функцією управління (обладнання складських приміщень, виділення необхідного персоналу для забезпечення їх роботи тощо).

З початком періоду пандемії COVID-19 лікарня працювала в умовах

значного дефіциту і коштів, і медикаментів, і медичного обладнання. А відтак медичний заклад потребував додаткової допомоги для виконання поставлених медичному закладу задач – надання доступних та якісних медичних послуг. Тож керівництвом медичного закладу проводилась активна робота щодо залучення до міжнародної співпраці благодійних організацій із зарубіжних країн. За напрямком благодійної допомоги лікарня співпрацювала з такими зарубіжними партнерами, як: ВООЗ, ЮНІСЕФ Україна, Благодійна організація «БФ „ЮА БРОКЕРИ БЕЗ КОРДОНІВ УКРАЇНА“», Нідерландські фонди «АРТСЕНХАЛП ФУР УКРАЙНЕР» та «СТІХТІНГ ФЛЮХТЕЛІНГ», Німецьке товариство міжнародного співробітництва GIZ.

В рамках поглиблення медичної реформи та трансформації суспільних відносин на місцевому (локальному) рівні управління охороною здоров'я, особливо у кризових ситуаціях, як-то пандемія чи війна, однією із важливих складових є міжнародне співробітництво. Цей інструмент публічного адміністрування забезпечує модернізацію установ та закладів системи охорони здоров'я, а також сприяє значному підвищенню ефективності надання медичних послуг населенню, особливо у сільських районах. Сучасне медичне та діагностичне обладнання, устаткування, високий професіоналізм українських лікарів, упровадження кращих європейських та світових практик в діяльність вітчизняних медичних закладів допомагають Україні інтегруватися в єдиний європейський медичний простір. Доведено, що серед європейських країн-партнерів у медичній сфері найбільше партнерство на національному та локальному рівні Україна проводить з Німеччиною, Чехією та країнами Балтії. На локальному рівні управління залучення благодійної допомоги також дозволяє мати додаткові важелі утримання лікарні на стабільному рівні її функціонування в умовах дії періоду воєнного стану та післявоєнної відбудови. Ключовими факторами ефективного міжнародного співробітництва та відповідно забезпечення ефективної медичної допомоги населенню слід вважати залучення різних каналів фінансування та постійний

моніторинг усіх ланок та процесів міжнародної співпраці.

Переваги запровадження в систему публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я принципів доказової практики на основі імплементації інструменту міжнародної співпраці яскраво демонструє співробітництво Україна-Чехія. Так, Чехія, як представник європейського Союзу, висловила бажання допомагати Україні у повоєнній відбудові Дніпропетровської області. Упродовж 2023-2025 років Чехія щорічно планує надавати допомогу в обсязі близько 20 млн дол., яка передбачає різні напрямки підтримки стратегічно важливих сфер економіки Дніпропетровщини [216].

Одним із векторів такої допомоги є медична галузь. Зокрема, за планами двосторонньої співпраці, передбачена побудова та передача спеціального автобусу для потреб служби екстреної медичної допомоги. Такий автобус є вкрай необхідним з огляду на прифронтовий статус Дніпропетровщини та евакуацію поранених до спеціалізованих медичних установ. Особливість нового засобу евакуації полягає у тому, що за необхідності такий автобус фактично перетворюється на «операційну на колесах». Завдяки розташованим в автобусі 12-ти ліжкам, медики мають змогу надавати реанімаційну допомогу більшій кількості поранених вже під час транспортування.

Нещодавно, під час візиту до Дніпропетровської області, Президент Чеської Республіки Петр Павел особисто здійснив візит до КП «Новомосковська ЦРЛІЛ» і передав для потреб лікарні 9 багатофункціональних ліжок. Зазначене медичне обладнання є вкрай необхідним для блоків інтенсивної терапії лікарні. Його застосування дозволить значно зменшити ризик розвитку післяопераційних ускладнень, скоротити час лікування та відновлення хворих і поранених військовослужбовців.

Відповідно до постанови уряду про розбудову спроможної мережі закладів охорони здоров'я має статус кластерної лікарні Новомосковського

госпітального кластеру [154; 157]. Високоспеціалізована багатoproфільна медична допомога надається пацієнтам лікарні у цілодобовому режимі. Тож зростання рівня технологічності, якості та безпечності системи охорони здоров'я, безперечно, буде набагато швидшим у випадку надання міжнародної технічної допомоги, яку надає Чехія.

Висновки за розділом 2

Другий розділ дисертаційного дослідження було присвячено вивченню основних характеристик практико-орієнтованого підходу щодо формування організаційно-функціональної спроможності медичної мережі територіальної громади. Зазначені характеристики досліджувались на підставі визначеного контенту за такими напрямками:

- управління медичним підприємством в умовах кризового стану: аналіз факторів впливу;
- готовність системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах;
- міжнародне співробітництво як інструмент доказової практики управління у сфері охорони здоров'я.

На підставі аналітичного опрацювання інформаційних та науково-аналітичних матеріалів зроблено наступні висновки до розділу 2.

1. Важливого значення в умовах пандемічних загроз, збройного конфлікту, невизначеності та кризового стану на будь-якому етапі суспільного розвитку набувають внутрішні та зовнішні чинники, що визначають результативність менеджменту закладів сфери охорони здоров'я. Стійкість національної системи охорони здоров'я у разі виникнення зазначених ситуацій формується на основі сукупної стійкості об'єктів управління на мікрорівні. В таких умовах ефективне управління медичним закладом і раціональне використання його ресурсів на мікрорівні формується

в площині прийняття ефективних управлінських рішень з метою раціоналізації та оптимізації роботи медичних закладів відповідно до потреб споживачів у медичних послугах. Тож фундаментальними передумовами, котрі визначають ефективність управління медичними підприємствами в умовах кризового стану в суспільстві є сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, що взаємозв'язані між собою.

До основних зовнішніх чинників деструктивного впливу на діяльність системи охорони здоров'я належать такі групи чинників: група економіко-політичних чинників (визначають якість та ефективність розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я); група чинників правової регламентації управлінської діяльності на мікрорівні (визначають певну ступінь розробки та якість національної нормативно-правової бази, визначають засади державної політики у сфері охорони здоров'я, програми стратегічного розвитку галузі тощо); група фінансово-економічних чинників (встановлює рівень бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я); група чинників інноваційно-технологічного супроводу та розвитку медичних послуг, виробництва діагностичного обладнання, фармакологічного забезпечення тощо; група соціально-культурних чинників (освіта з питань здоров'я, вітальна соціально-усвідомлена поведінка споживачів медичних послуг, здорове харчування тощо).

До основних внутрішньосистемних чинників деструктивного впливу належать такі групи чинників: інформаційна група чинників (доступність та відкритість інформації про обсяги фінансування медичних підприємств з різних можливих джерел; інформаційно-ресурсна база пацієнтів у розрізі груп обліку та послуг; швидкість обміну оперативно-управлінською інформацією у горизонтальній та вертикальній площині функціонування медичного підприємства); чинники HR-менеджменту (рівень кваліфікації керівного та медичного персоналу, результативність мотиваційного механізму, професійність персоналу тощо); група організаційно-управлінських чинників (ефективність організації роботи медичного

підприємства, якість розподілу фінансових ресурсів, що надходять із бюджетних та позабюджетних джерел, контроль за їх використанням тощо).

Опрацювання наукового завдання щодо визначення рівня готовності системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах з позицій доказової практики до здійснення критичного аналізу готовності закладів на загальнодержавному рівні управління, та локальному рівні управління (на прикладі КП «Новомосковська ЦРЛІЛ») дозволила встановити наступне. В Україні визначення рівні такої готовності має галузеву регламентацію. В умовах воєнного стану рівень готовності медичних установ визначається на підставі оцінювання організаційної спроможності підприємства (відповідність умовам контракування за ПМГ від НСЗУ), локації підприємства та ризику воєнної та техногенної загрози. Забезпечення ефективної діяльності медичних закладів в умовах надзвичайних ситуацій можливе за умови впровадження сучасних управлінських підходів. Також за результатами дослідження встановлено, що в Україні запровадження моніторингу стану готовності медичних установ до надання допомоги в надзвичайних умовах було введено зі значним запізненням у часі від початку воєнних дій на сході держави. Також і до сьогодні при контракуванні послг готовності державна система не враховує жодного показника готовності за напрямком публічноуправлінського змісту. Через це на сучасному етапі рівень готовності медичних підприємств територіальних громад до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях є дуже низьким: із 2407 угод з НСЗУ, які підписано з комунальними установами, тільки 193 угоди фінансуються в рамках пакета готовності (8%). А готовність надавати меддопомогу в умовах бойових дій становить 3,6%. Тож основними пріоритетами для керівництва медичних підприємств та місцевої влади мають стати: удосконалення кадрової політики; оновлення медичного обладнання та інфраструктури закладів охорони здоров'я; інтеграція телекомунікаційних технологій у медичну практику; переорієнтація внутрішньої інфраструктури на військово-медичні

потреби та реабілітаційні послуги, урахування безпекового фактору та енергонезалежності, а також впровадження механізмів соціальної та психологічної підтримки медичних працівників (забезпечення службовим житлом, транспортом, конкурентоспроможною заробітною платою тощо).

Однією із концептуальних складових авторської моделі ЕВР-підходу в контексті публічного управління сфери охорони здоров'я є співпраця з міжнародною спільнотою. На підставі узагальнення теоретичних підходів з цього питання, вивчення інструментів та політик країн Європейського Союзу, а також на підставі практичного досвіду медичного підприємства КП «Новомосковська ЦРЛП» встановлено, що стійкість медичних підприємств в умовах викликів війни та надзвичайних ситуацій формується також в рамках міжнародної співпраці та міжнародної технічної допомоги, яка має матеріальний (*обладнання, медикаменти, витратні матеріали, вироби медичного призначення, фінансування проектів, грантів тощо*), так і нематеріальний, а практико-орієнтований вимір (*візити зарубіжних політиків та представників зарубіжних медичних наукових шкіл, лекційне навчання, тренінги, стажування спеціалістів медичного профілю, участь лікарів у міжнародних науково-практичних конференціях, участь в реалізації міжнародних науково-дослідних робіт тощо*).

Основні наукові результати, представлені у другому розділі дисертаційного дослідження, опубліковані автором у наукових працях та представлені у списку використаних джерел [81; 111; 112; 115; 117; 215; 250].

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ ПРАКТИКИ

3.1. Обґрунтування інституційного забезпечення управління системним розвитком підприємств медичної сфери

Національна система охорони здоров'я виступає невід'ємною складовою сталого розвитку [200] економічної системи країни, благополуччя суспільства та фундаментальною складовою прогресу у напрямку формування ефективної соціально-економічної системи держави. Відповідно, пріоритети державної політики держави у сфері охорони та забезпечення здоров'я населення є системо-утворюючою складовою для сталого розвитку та економічного зростання, соціальної безпеки й поліпшення добробуту населення, посилення національного людського потенціалу, підвищення ефективності і якості медичної допомоги та, що особливо важливо в сучасних умовах подолання демографічної кризи. Вказані елементи посилюють значимість ефективного функціонування та розвитку закладів охорони здоров'я України.

Проте, національна система охорони здоров'я постійно знаходиться під впливом деструктивних факторів зовнішнього середовища, котрі мають негативний вплив на її стійкість [1]. Зокрема, в часи поширення пандемії COVID-19, а з часом розгортання повномасштабної російської агресії та початку активної фази війни були внесені зміни в стратегічні пріоритети розвитку закладів охорони здоров'я, частину потенціалу переведено на потреби армії, відбулась втрата частини персоналу через міграційні процеси, посилилось навантаження на заклади у зв'язку зі значною кількістю постраждалих цивільних людей внаслідок воєнних дій та безпосередньо військових.

На рис. 3.1 відображено перелік та групування структурно-функціональних ризиків, що визначають ефективність управління системним розвитком національних закладів охорони здоров'я:

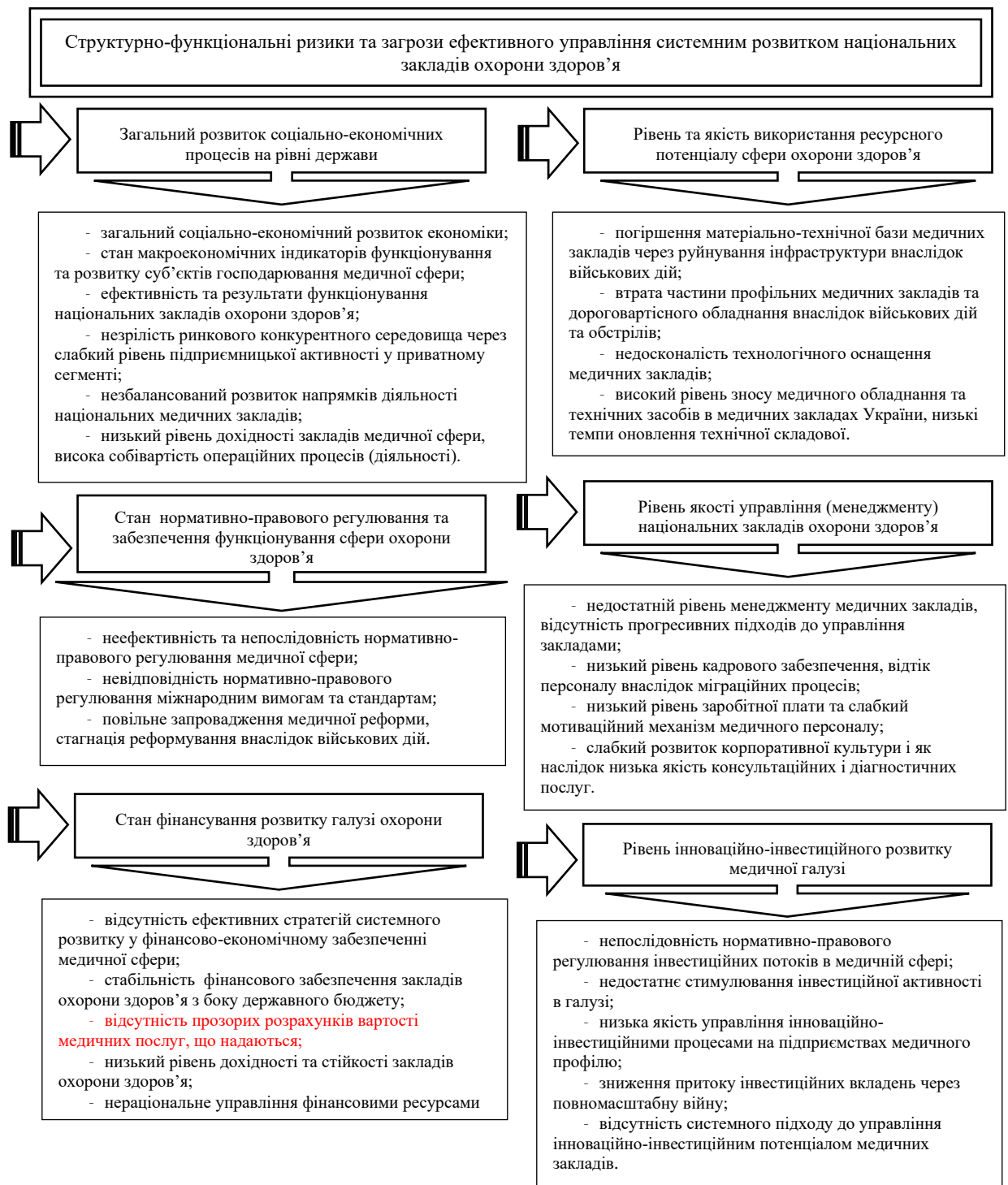


Рис. 3.1. Перелік структурно-функціональних загроз ефективному розвитку закладів охорони здоров'я України Джерело: розроблено автором на основі [1; 190; 197; 198; 248]

Не менш критичним є руйнація, часткове або повне знищення інфраструктури медичної галузі, систем забезпечення доступу до медичної допомоги, скорочення обсягів фінансової підтримки суб'єктів медичної сфери з боку держави та часткове «замороження» повноцінного проведення медичної реформи в Україні.

Відтак, окреслені макроекономічні виклики та соціально-управлінські недоліки ефективного функціонування національних закладів охорони здоров'я дозволяють детермінувати перелік проблемних ланок забезпечення управління системним розвитком закладів охорони здоров'я загалом та розвитком окремих суб'єктів господарювання медичного профілю. Дестабілізація діяльності та ключових процесів ефективного розвитку медичної сфери потребує нестандартних рішень, сучасних та новаторських підходів, спрямованих на забезпечення ефективного функціонування та модернізації бізнес-процесів медичної галузі. Разом із тим, кожен окремий заклад охорони здоров'я вирізняється специфікою своєї діяльності, а відповідно характеризується певними особливостями менеджменту, що актуалізує необхідність проведення більш глибокого функціонально-структурного аналізу та пошуку шляхів системного розвитку медичних закладів на рівні окремих суб'єктів господарювання, регіонів та територіальних громад.

Компаративний аналіз складових та ризиків, що впливають на формування ефективної системи медичного менеджменту, сталий та планомірний розвиток бізнес-процесів відповідно до усталених пріоритетів системного розвитку потребує розробки, апробації та запровадження ряду внутрішніх організаційно-управлінських змін. В контексті даного підходу вбачається необхідність розробки комплексу розпорядчих документів, що мають на меті регламентування діяльності лікувально-діагностичних установ в цілому та встановлюють правила, закономірності, процедури і механізми

взаємодії між окремими структурними підрозділами, а відтак детермінують розподіл повноважень та обов'язків.

Розробка, ухвалення та реалізація ефективних управлінських рішень на рівні окремих медичних закладів залежить від рівня якості менеджменту та організаційної спроможності топ-менеджменту закладів. В основі таких процесів лежить ефективність адміністративно-управлінської діяльності керівництва медичних установ щодо вирішення поточних проблемних ситуацій, забезпечення матеріальних та інших потреб системного розвитку медичних закладів. Полеміка науково-практичного спостереження та досліджень вказує на наявність певних проблем ефективного управління закладами охорони здоров'я в розрізі розробки методико-прикладних засад формування інституційної основи системного розвитку закладів медичного спрямування. Відповідно, пошук шляхів удосконалення методико-прикладних рекомендацій з формування інституційного забезпечення управління системним розвитком закладів охорони здоров'я набуває особливої гостроти та актуальності.

На макроекономічному рівні до фундаментальних та першорядних документів-інститутів стратегічного планування та розвитку медичних закладів належить загальнодержавна стратегія системного розвитку закладів медичної сфери. За своїм призначенням, така стратегія дозволяє конкретизувати першочергову мету та ціннісні принципи бізнес-діяльності, а також спроектувати стратегічний курс та цілі системного розвитку закладів медичного профілю. В основі даного бачення закладено структурно-процесний підхід, розрахований на довгострокову перспективу та заснований на обґрунтуванні і формалізації ключових положень такої стратегічної програми. Остання, в свою чергу відіграє роль відправної точки щодо забезпечення реалізації функцій планування, прогнозування поступального й планомірного системного розвитку національної сфери медичних послуг.

Враховуючи комплексний характер та багатогранність поняття розвитку медичної сфери в рамках системного підходу, акцентуємо увагу на

дослідженні результативності управлінських дій топ-менеджменту медичних організацій в розрізі їх ефективності та відповідності потребам та вимогам сучасних економічних процесів.

Практика функціонування організацій медичного профілю свідчить, що у процесі управлінської діяльності їх топ-менеджмент не приділяє достатньої уваги формуванню та удосконаленню стратегічних аспектів системного розвитку. На рис. 3.2 представлено перелік основних недоліків та слабких ланок управління закладами медичної сфери в контексті системного розвитку та довгострокового бізнес-планування:



Рис. 3.2. Проблемні ланки в системі управління (менеджменту) та розвитку організацій медичного профілю

Джерело: власна розробка автора

Результати дослідження вказують на той факт, що сучасне управління бізнес-процесами медичних закладів в більшій мірі здійснюється з використанням короткострокових програм та планів розвитку, не включає

стратегічний аспект системного розвитку медичних установ. В розрізі галузевої специфіки закладів медичного профілю найчастіше відсутні стратегічно-орієнтовані програми системного розвитку, що приводить до диспропорцій в діяльності медичних організацій. Не менш суттєвим деструктивним чинником ефективного системного розвитку виступає слабкий рівень інкорпорації медичного персоналу середньої та молодшої ланки у загальні процеси формування та реалізації стратегічних ініціатив. Це у свою чергу призводить до погіршення якості взаємодії цих категорій персоналу з управлінською ланкою.

На нашу думку, значимими проблемними ланками деструктивного розвитку національних закладів медичної сфери, які сповільнюють реалізацію заходів з їх ефективного системного розвитку, є недосконала та слабка система стимулювання та мотивації медичного персоналу, недосконала комунікаційна політика медичних підприємств, недостатнє використання інструментів розвитку іміджу та репутації медичного персоналу, слабкий рівень зав'язків між безпосередньо медичним підприємством та кінцевим споживачем його послуг, обмеженість практик запровадження адаптивних методів (інструментів) менеджменту в управління бізнес-процесами закладів, слабка соціальна відповідальність бізнесу, недостатній рівень розвитку корпоративної культури, низький рівень фінансово-економічної стійкості підприємств медичного профілю. У підсумку виявлені недоліки в управлінні посилюють деструктивний вплив негативних факторів зовнішнього середовища, послаблюють конкурентні переваги закладів охорони здоров'я, чинять негативний вплив на репутацію та послаблюють лояльність споживачів медичних послуг. Все це актуалізує потребу запровадження комплексних управлінських дій та заходів, спрямованих на оптимізацію бізнес-процесів медичних підприємств, відновлення довіри та покращення якості медичного обслуговування. Вважаємо, що саме використання прогресивних механізмів управління, адаптування міжнародних практик та досвіду до українських реалій

дозволить наростити та утримати конкурентні переваги медичних закладів, збільшити пропозицію якісного медичного сервісу та відповідно досягти ключових цілей і завдань ефективного системного розвитку.

Виходячи з окреслених проблемних ланок, вважаємо, що при розробці ключових положень стратегічних планів з метою підвищення дієвості стратегічно-орієнтованого системного розвитку керівництву підприємств медичного профілю рекомендується дотримуватись наступних вимог, рис. 3.3:



Рис. 3.3. Базисні вимоги до ефективного, стратегічно-орієнтованого системного розвитку закладів медичної сфери. Джерело: власна розробка автора

Оцінюючи фундаментальні вимоги до ефективного, стратегічно-орієнтованого системного розвитку закладів медичної сфери, було зосереджено увагу на основних складниках такої ефективності:

– планування поточної діяльності медичних закладів на основі стратегічного підходу має бути взаємопов'язаним як із поточними та перспективними тенденціями розвитку медичної галузі країни загалом, враховувати світові інновації та надбання. Окрім того, важливо враховувати внутрішньогосподарські програмно-цільові документи, тенденції ринкового попиту (вимоги, потреби та запити споживачів у лікувальних та діагностичних послугах), стан національної медичної інфраструктури та ресурсного потенціалу кожного окремого закладу;

– процедура цілевизначення та формування стратегічного набору системного розвитку закладів медичної сфери та пошук інструментів і засобів їх реалізації має включати позицію персоналу усіх рівнів управління – від топ-менеджменту до медичного персоналу середньої та молодшої ланки. Не слід нівелювати позиції основних стейкхолдерів медичних закладів, котрі є невід'ємною частиною їх стратегічного розвитку;

– формування стратегічних цілей та завдань системного розвитку закладів медичного профілю повинні базуватись на комплексному оцінюванні основоположних складових системного розвитку. Тут варто врахувати поточний стан та можливості медичного закладу у розрізі кадрового забезпечення, стан виробничо-господарської діяльності та фінансово-економічних можливостей, інноваційний потенціал, доступні інвестиційні ресурси, маркетингову складову та комунікаційний профіль закладу, а також його організаційно-управлінський ресурс. Збалансованість вищезазначених складових визначає можливості щодо ефективної реалізації стратегічного розвитку бізнесу у короткостроковій та довгостроковій перспективі;

– етапи формалізації та оптимізації основних положень стратегії системного розвитку потребують використання сучасних інструментів стратегічного управління, зокрема техніку PEST-, PESTEL-, SWOT-аналізу. Це дозволить виявити та ідентифікувати наявні виклики, труднощі та проблеми поточного розвитку і функціонування підприємств медичної

сфери, здійснити оцінку співвідношення внутрішнього потенціалу і зовнішніх можливостей, оцінити конкурентний потенціал, а також виявити перспективні шляхи досягнення ефективності розвитку та забезпечення конкурентних переваг.

Все зазначене вказує на те, що формування діючих стратегій системного розвитку закладів медичного профілю має передбачати формалізацію базових елементів розвитку підприємств. В даному контексті погоджуємося із думкою О.В. Стахіва [1; 197; 198], який відзначає, що основою ефективного розвитку бізнесу виступає економічно доцільне та коректне формування місії його візії, фундаментальних цінностей та корпоративних цілей розвитку медичного закладу. Саме це визначає загальноуправлінську філософію функціонування та стратегічного розвитку підприємства медичної сфери.

Стратегічний вимір візії закладів охорони здоров'я підприємств - це свого роду перетворення візії на конкретні, довгострокові цілі та плани розвитку, які забезпечують поступальний рух медичного підприємства за напрямками, що наведено на рис. 3.4. Головними з них є наступні:

- інноваційного розвитку через запровадження сучасних технологій, впровадження інноваційних методів діагностування, лікування та реабілітації, підвищити якості медичних послуг, забезпечення конкурентних переваг та зміцнення конкурентоспроможності;

- розвитку якості та безпеки медичного обслуговування за рахунок впровадження міжнародних стандартів якості медичного обслуговування, мінімізації ризиків для здоров'я пацієнтів через використання сучасних протоколів і процедур. Важливого значення в умовах воєнного стану набуває місія медичних підприємств щодо безпекового фактору не тільки медичних втручань для здоров'я, але й безпеки перебування у медичному закладі для пацієнтів та медичного персоналу;

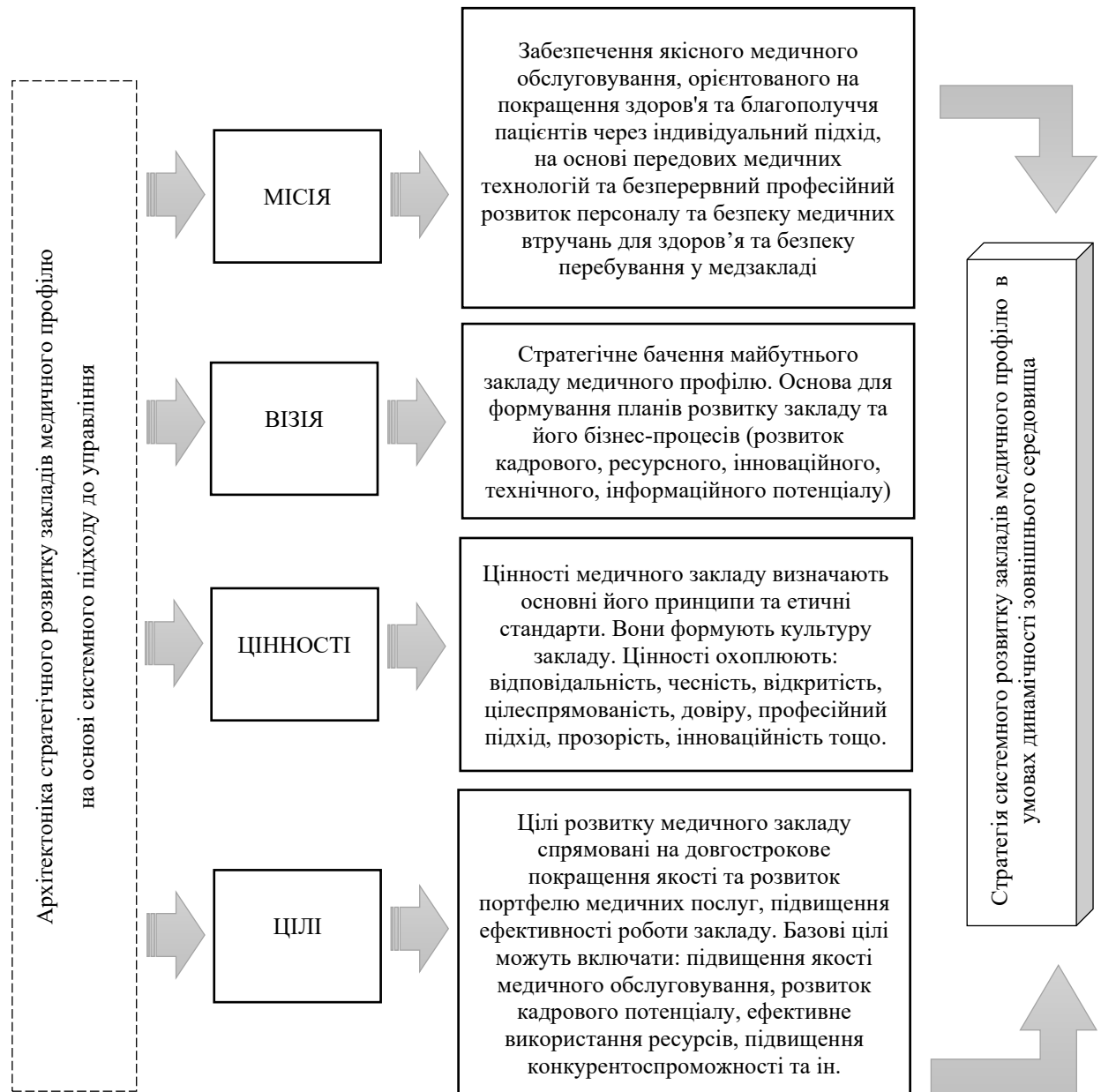


Рис. 3.4. Архітектура елементів стратегії системного розвитку закладів медичного профілю

Джерело: побудовано автором на основі [198]

– розвитку ресурсного потенціалу – кадрового, матеріально-технічного, інноваційно-інвестиційного, раціональне використання фінансових, матеріальних та інших ресурсів для підвищення ефективності показників роботи медичного закладу.

- інфраструктурний розвиток через модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази, запровадження у роботу закладу цифрових технологій, сучасних IT-рішень тощо;
- удосконалення та персоналізація медичного обслуговування, оптимізація процесів надання медичних послуг, орієнтація на індивідуальні потреби пацієнтів, розвиток програм підтримки та консультування;
- забезпечення конкурентоспроможності закладів медичної сфери на регіональному та національному рівнях, оптимізації спектру медичних послуг, профілактичних заходів та ін.

тож як видно із рис. 3.4 архітектоніка структурних складових системно-стратегічного розвитку закладів охорони здоров'я є доволі складною, в рамках якої кожен із складових елементів виступає важливою частиною ефективного механізму стратегічного розвитку закладів медичної сфери.

Виходячи із проведеного дослідження приходимо до висновку, що стратегію системного розвитку закладів медичного профілю варто ідентифікувати як фундаментальну основу забезпечення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я та інституційний базис національної медичної ефективності. Разом з тим, з метою забезпечення її довгострокової дієвості потребує удосконалення система внутрішніх програмно-цілевих та організаційно-розпорядчих документів лікувально-діагностичних установ, які визначають механізми та інструменти досягнення стратегічних цілей, регламентують та оптимізують керованість бізнес-процесів та забезпечують ефективність діяльності закладів на тактичному та/або операційному рівнях. Це актуалізує потребу в розробці та реалізації ефективної моделі управління стратегічним розвитком медичного бізнесу з урахуванням факторів ризику та невизначеності оточуючого середовища, ресурсних можливостей медичних закладів на основі досконалої інституційної системи забезпечення управління бізнес-процесами підприємств медичного профілю.

Вважаємо, що інституційне забезпечення розвитку закладу медичного профілю охоплює систему організаційних зав'язків, нормативно-розпорядчих документів, управлінських технологій, механізмів і ресурсів, які забезпечують ефективне функціонування та розвиток закладу. В узагальненому розумінні – це комплекс заходів і конкретний стратегічний набір, спрямовані на створення умов для досягнення стратегічних цілей, підвищення якості медичного обслуговування та забезпечення стійкого сталого розвитку закладу медичного бізнесу. На мікрорівні окремих підприємств такими інституціями виступають суб'єкти управління – топ-менеджмент медичного закладу, менеджери середньої ланки (керівники відділень, напрямків надання медичних послуг). Тоді як безпосередньо до інститутів можемо віднести – програми розвитку, плани заходів, накази, окремі розпорядчі документи, вказівки та роз'яснення, які в своїй сукупності забезпечують системність, дієвість, комплексність управління бізнес-процесами медичного підприємства. Структурно-функціональна налагодженість інституційних інструментів дозволяє підвищити організованість бізнес-процесів, планомірність їх перебігу та загальну ефективність функціонування закладів (рис. 3.5).

Окрім того, інституційні механізми лежать в основі формування векторів розвитку медичних підприємств, включають способи досягнення ключових цілей, окреслюють алгоритм взаємодії між елементами організаційної структури та функціональними підрозділами задля забезпечення сталого функціонування медичного бізнесу та його поступальний системний розвиток.

Враховуючи багатогранність категорії «системного розвитку» та галузеві особливості функціонування закладів охорони здоров'я, механізм інституційного забезпечення управлінських процесів потребує структурування, агрегування та упорядкування його складових елементів в загальній системі управління бізнес-процесами закладів охорони здоров'я. Проведене дослідження дозволяє виділити наступні складові інституційного

забезпечення управління комплексним (системним) розвитком підприємств медичної сфери:

організаційно-управлінські аспекти, стратегічний комплекс дій, функціональне забезпечення, а також такі складові як ресурсна та фінансова.

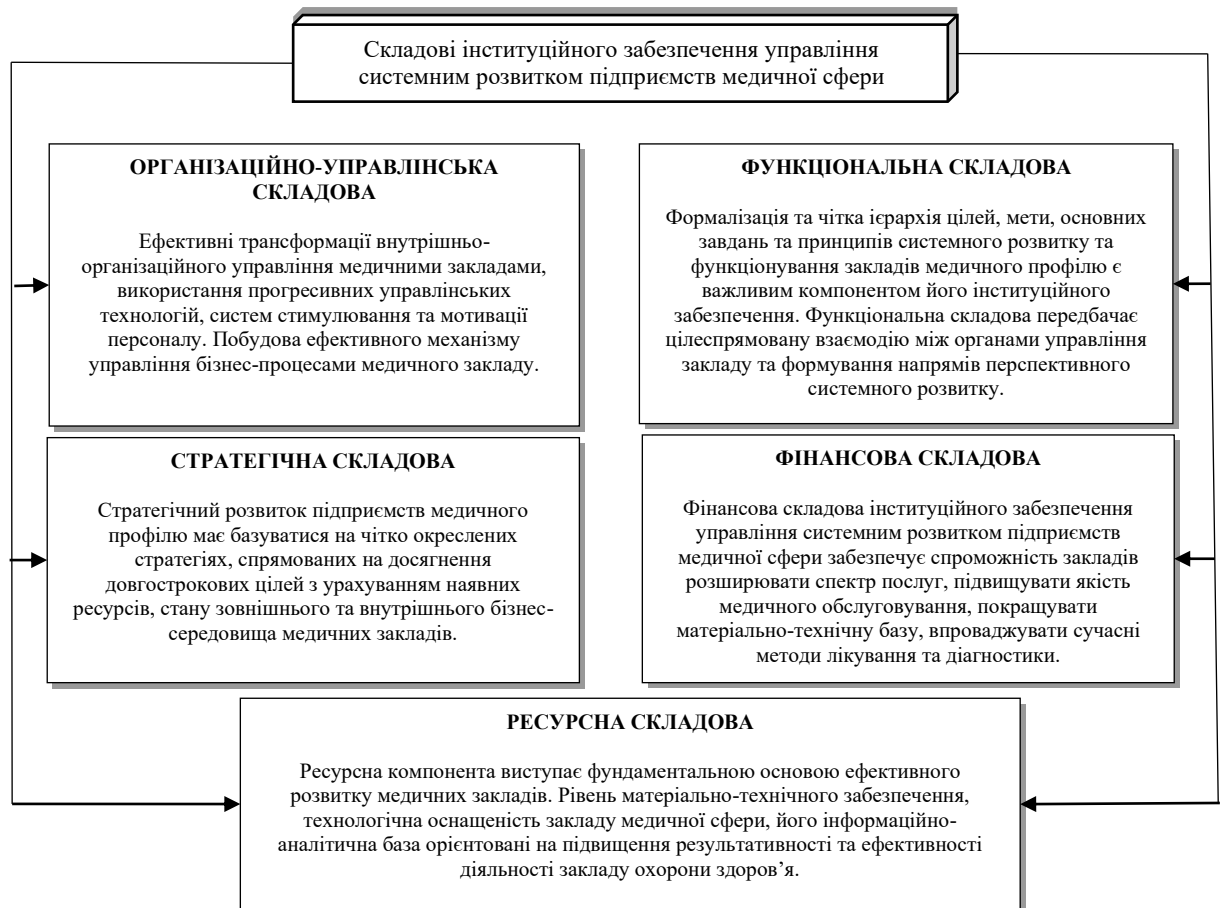


Рис. 3.5. Складові інституційного забезпечення управління системним розвитком підприємств медичної сфери

Джерело: власна розробка автора

Організаційно-управлінська складова виступає фундаментальною основою інституційного забезпечення управління комплексним (системним) розвитком підприємств медичної сфери. Як слушно зазначає І.І Яремко, поточний стан і ефективність функціонування закладів медичної галузі України потребують формування адаптивних управлінських систем, що відповідають сучасним вимогам зовнішнього середовища та потребам

закладів [228, с. 128]. Організаційно-управлінський механізм закладів медичного профілю відрізняється специфічною системою цільових орієнтирів та механізмів, що визначено саме сферою їх діяльності. Адже, в основі системного механізму керування закладами медичної сфери знаходяться базові принципи і засади державного регулювання. Саме ними визначається певна сукупність правил, законодавчих норм та процедур щодо регламентування діяльності, прийняття управлінських рішень та формування механізмів внутрішнього менеджменту. Відповідно, інституційне забезпечення управління системним розвитком медичних закладів має формуватися на основі загальнодержавних принципів та засад, але з урахуванням профілю медичного закладу, його розмірів, матеріально-технічної бази тощо. Для створення дієвих управлінських систем важливо чітко визначити цілі, основні завдання та місію закладу, сформувати ефективну команду менеджерів та медичного персоналу, що забезпечуватиме його ефективне функціонування.

У складі *функціональної компоненти* медичні заклади є специфічною формою організації діяльності. В даному аспекті провідну роль відіграє державне регулювання їх діяльності, загальнонаціональна політика та стратегія розвитку медичної сфери. Це пов'язано з тим, що надання медичних послуг підлягає обов'язковому державному ліцензуванню, а його техніко-технологічна складова жорстко регламентована уніфікованими клінічними протоколами надання медичних послуг. Діюча система державного управління охороною здоров'я та механізми її забезпечення є складним комплексом регламентів, норм та правил. Тому ефективність функціональної складової управління розвитком закладу охорони здоров'я потребує запровадження сучасних світових практик, пошуку нових підходів до системи загальнодержавного регулювання та управління медичною сферою. Більшість науковців дотримуються позиції, що в динамічних умовах сьогодення координування діяльності закладів сфери охорони здоров'я вимагає комплексного реформатування медичної галузі загалом на основі

використання прогресивних та інноваційних інструментів ефективного управління.

Стратегічний вимір інституційного забезпечення розвитку медичних підприємств залежить від внутрішньої політики управління системним розвитком медичного закладу. В даному аспекті стратегія розвитку залежить від компетенції та навичок адміністрації закладу, ефективності формування та удосконалення довгострокових програмно-цільових документів, стратегій та програм розвитку, розумінні тенденцій розвитку медичної сфери, оцінки впливу чинників оточуючого середовища тощо. В українських реаліях адміністративний персонал підприємств медичного профілю найчастіше не приділяє достатньої уваги необхідності формування середньо- та довгострокових планів розвитку, не проводяться комплексні дослідження ринкового середовища, портрету споживачів медичних послуг, не враховуються загальні тенденції розвитку медичної сфери. Заходи системного розвитку медичного бізнесу обмежуються розробкою наказів, розпоряджень оперативного характеру, орієнтовані на реалізацію короткострокових планів. О.В. Стахів у своїх дослідженнях акцентує увагу на бюрократизації управління у сфері медичного бізнесу. Автор зазначає, що бюрократизація більшості управлінських процесів проявляється через посилення нормативної регламентації бізнес-процесів, ускладненні ієрархії управлінських структур. Такий стан значно впливає на зниження комунікаційних процесів у медичних закладах, створює комунікаційні бар'єри. Це врешті-решт значно гальмує системний розвиток медичних закладів в цілому [198]. Такий стан справ доводить, що в сучасних динамічних умовах основні функції та завдання топ-менеджменту закладів медичного профілю повинні бути орієнтовані на ефективну організацію роботи і забезпечення якісної взаємодії між структурними підрозділами медичних установ. Досягти більш високого рівня якості управлінських процесів та посилити комунікаційну складову дозволить запровадження інноваційних цифрових технологій, прогресивних технологій і практик

менеджменту, які активно запроваджуються і використовуються закладами розвинених країн. Інструменти цифровізації та автоматизації управлінських процесів забезпечать прискорення ухвалення та імплементації оперативних управлінських рішень, забезпечать зростання ефективності і результативності діяльності медичних установ. Окрім того, сучасні технології дозволять пришвидшити та покращити процеси розробки, удосконалення та затвердження стандартів, протоколів, інструкцій щодо надання медико-лікувальних та профілактичних послуг. Варто враховувати, що програмно-цільові документи потребують постійного оновлення, перегляду та корегування відповідно до поточних вимог та потреб споживачів та ринкової динаміки.

Фінансова складова у загальному механізмі управління закладами медичної сфери є необхідною компонентою, що забезпечує посилення інструментів економічного управління у поєднанні із його функціональними складовими. Більшість закладів охорони здоров'я працюють на основі державного фінансування та дотримуються кошторису.

Разом з тим, в сучасних умовах актуалізується використання гнучких інструментів фінансового менеджменту в контексті фінансування закладів медичної галузі. Перспективними вбачаємо такі напрямки фінансування як кошти спеціалізованих накопичувальних фондів окремих територіальних громад, а також кошти благодійних фондів, внесків та/або пожертвувань юридичних (фізичних) осіб.

Серед інноваційних джерел фінансового забезпечення варто звернути увагу на надходження від впровадження державно-приватного партнерства – фасиліті-менеджменту (facility management) та спеціалізованого фасиліті-менеджменту. Інструментарій facility management дозволяє переводити на аутсорсинг непрофільні функції лікувально профілактичних установ. Основними перевагами фасиліті-менеджменту для медичних установ виступають: зменшення фінансового навантаження на державний бюджет; підвищення ефективності управління матеріальними ресурсами; оптимізація

витрат на експлуатацію будівель та обладнання; впровадження сучасних технологій управління інфраструктурою. Спеціалізований фасиліті-менеджмент розглядається як окремий напрям фасиліті-менеджменту, який фокусується виключно на специфічних потребах медичних закладів. Основний фокус його впливу передбачає охоплення управлінською особовою увагою такі ланки виробничого процесу як: інфекційна безпека та контроль середовища; енергоменеджмент; організація харчування пацієнтів та персоналу; безпека та аварійне реагування (відеонагляд, системи пожежної безпеки, планування евакуації).

Рациональне використання фінансових ресурсів має закріплюватись на інституційному рівні, визначатись загальною стратегією розвитку закладів. Тут актуалізується аналітичний підхід щодо критичного аналізу фінансових потоків закладу, визначення ефективності та доцільності фінансових витрат та своєчасне прийняття якісних управлінських рішень щодо політики фінансування та розподілу коштів. Даний аспект потребує відповідного управлінського впливу, розвитку інституту фінансового управління в структурі медичних закладів на регіональному та місцевому рівнях.

Формування якісного інституційного забезпечення управління комплексним (системним) розвитком медичних підприємств потребує ефективно-діючого *ресурсного потенціалу*. Належне ресурсне забезпечення є основою для злагодженої роботи бізнес-процесів, забезпечення якісного медичного обслуговування пацієнтів та ефективної роботи закладів. Ресурсна база закладів охорони здоров'я має відповідати сучасним вимогам та рівню розвитку медицини і вимогам нормативно-регулюючих документів із стандартизації та уніфікації.

До основних видів ресурсів, що формують основу ефективного системного розвитку закладів медичного профілю належать: матеріально-технологічні, трудові, фінансові ресурси, інвестиційно-інноваційне забезпечення розвитку, інформаційні ресурси. Комбінація та ефективне використання наявних ресурсів виступає основою продуктивності та

результативності бізнес-процесів розвитку закладу охорони здоров'я. До складу інституцій, на котрі делегуються повноваження та відповідають за реалізацію політики управління системним розвитком закладів медичного профілю у ресурсному напрямку відносимо сектор матеріально-технологічного і технічного забезпечення, HR-відділ та сектор фінансового менеджменту. Формування ефективної системи ресурсного забезпечення повинно відбуватись з урахуванням профілю закладу, його потреб тощо.

Такий комплексний механізм інституційного розвитку має включати систему інституцій та структурних одиниць, відповідальних за процеси планування, організації, імплементації управлінських заходів, проведення контролю (аудиту) їх дієвості і ефективності. Базовим інструментом реалізації системного управління та розвитку виступають програмно-цільові та організаційно-розпорядчі документи, які визначають стратегічні напрями розвитку закладів медичного профілю, окреслюють правила та алгоритми інтеракції між структурними підрозділами закладу, а також зовнішнім середовищем – стейкхолдерами, партнерами, державними інституціями. Вищеописаний механізм дозволяє формувати узгоджену між собою сукупність елементів інституційного забезпечення системного розвитку закладів медичного профілю. Системоутворюючими складовими ефективного розвитку закладів охорони здоров'я виступають: організаційно-управлінська складова, функціональний та стратегічний блоки, фінансова компонента та якість наявного ресурсного забезпечення.

Кожна із діючих інституцій управління системним розвитком закладів медичної галузі потребує активізації відповідних інститутів, що мають на меті забезпечення загальної ефективності інституційного забезпечення.

3.2. Науково-методологічні аспекти удосконалення організаційно-економічного механізму розвитку сфери охорони здоров'я

Організаційно-економічний механізм слугує системо-утворюючим компонентом, фундаментальною складовою розвитку та функціонування національного господарського комплексу в цілому та окремих його складових. Від поєднує базові елементи, що забезпечують діяльність окремих економічних суб'єктів в межах зовнішнього середовища. В даному аспекті, ефективний розвиток господарських одиниць можливий за умов дієвого використання компонентів такого механізму – з одного боку та управлінських інструментів з іншого. Відповідно, трансформація економічної системи сфери охорони здоров'я пов'язана з використанням та удосконаленням діючого організаційно-економічного механізму їх функціонування, гармонізації управлінських процесів та пошуку інноваційних підходів до вирішення поточних проблем.

Галузь охорони здоров'я є важливою складовою національної соціально-економічної системи та надважливою компонентою забезпечення розвитку суспільства в системі національного та міжнародного простору. Необхідність розвитку сфери охорони здоров'я визначається прогресом внутрішніх та глобальних економічних процесів, потребує використання сучасних методів та інструментів щодо оптимізації внутрішнього менеджменту, забезпечення належного функціонування сфери охорони здоров'я. Тут актуалізується потреба активізації окремих складових організаційно-економічного механізму медичної сфери, його зміни відповідно до поточних тенденцій розвитку національного господарського комплексу країни.

Вивчення теоретично-методологічних аспектів функціонування сфери охорони дозволяє конкретизувати специфічні риси функціонування даної галузі, що визначають її соціальну спрямованість. На рис. 3.6 узагальнено

специфічні риси функціонування медичних закладів в системі національного господарського комплексу:

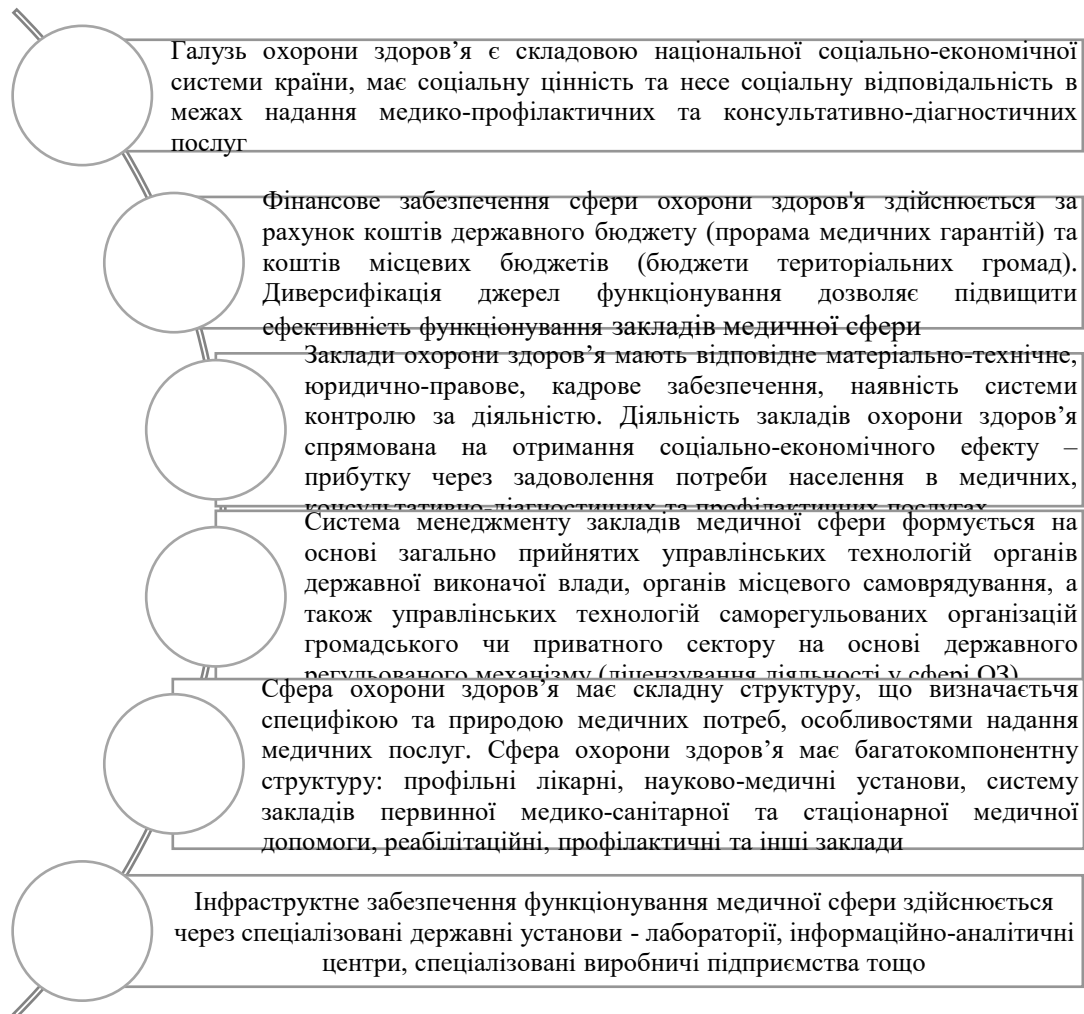


Рис. 3.6. Систематизація специфічних рис функціонування сфери охорони здоров'я в системі національного господарського комплексу

Джерело: побудовано автором на основі [53; 54; 180;]

В умовах сучасних тенденцій функціонуванню галузі охорони здоров'я відводиться важлива роль в забезпеченні розвитку національної економіки, формуванні конкурентоспроможної сфери медичної підтримки, наданні якісних медичних послуг для населення, забезпечення добробуту та благополуччя громадян. Відтак, формування подальшого розвитку сфери охорони здоров'я, спроможної мережі медичних закладів потребує трансформації функціонування її організаційно-економічного механізму,

пошуку шляхів забезпечення ефективного розвитку усіх складників медичної сфери.

Сучасні реалії розвитку національної економіки України, складність політичної ситуації, військова агресія на території нашої держави, зміни, що відбуваються в глобальній системі функціонування медичної сфери посилюють необхідність подальшого реформування медичної галузі. Основоположними цілями поточних змін сфери охорони здоров'я виступають зростання якості медичного обслуговування та забезпечення, підвищення конкурентоспроможності національних медичних закладів та установ, розширення спектру послуг та пошуку шляхів фінансування розвитку медичної галузі.

Трансформація галузі охорони здоров'я в сучасних реаліях економічного розвитку України вимагає пошуку теоретико-методологічних та прикладних рішень щодо зміни організаційно-економічного механізму її функціонування. Наукові погляди визначення категорії «трансформація» зводяться до її актуалізації на певних етапах розвитку економічних процесів та явищ за умови досягнення точок біфуркації. Точки біфуркації визначає стан системи, за якого реакція системи на впливи зовнішнього середовища посилюється, викристалізуються нові вектори розвитку, що відповідають вимогам часу та умовам функціонування системи. Чинники та умови зовнішнього середовища в даному аспекті виступають свого роду регресорами, котрі слугують відправними точками для формування змін, якісних зрушень у розвитку об'єктів та/або систем.

Рушійною силою трансформації національної медичної системи виступає потреба в забезпеченні відповідності медичних послуг та стандартів України світовим тенденціям та вимогам часу. На часі запровадження інноваційних підходів до менеджменту закладів охорони здоров'я, підвищення їх ефективності та фінансової стійкості задля забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню України.

Трансформаційні процеси відіграють важливу роль у розвитку будь-яких соціально-економічних систем. Трансформація як сукупність соціально-економічних, технологічних, інформаційних та політичних процесів дозволяє оптимізувати бізнес-процеси, забезпечує поступальний, системний розвиток у напрямку зростання їх ефективності та продуктивності. Так, Корнійчук А.П. зазначає, що трансформація медичної сфери та запровадження сучасних підходів в систему управління галузі охорони здоров'я має відповідати показникам результативності, процесної ефективності та інфраструктурно-ресурсного забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, рис. 3.7:

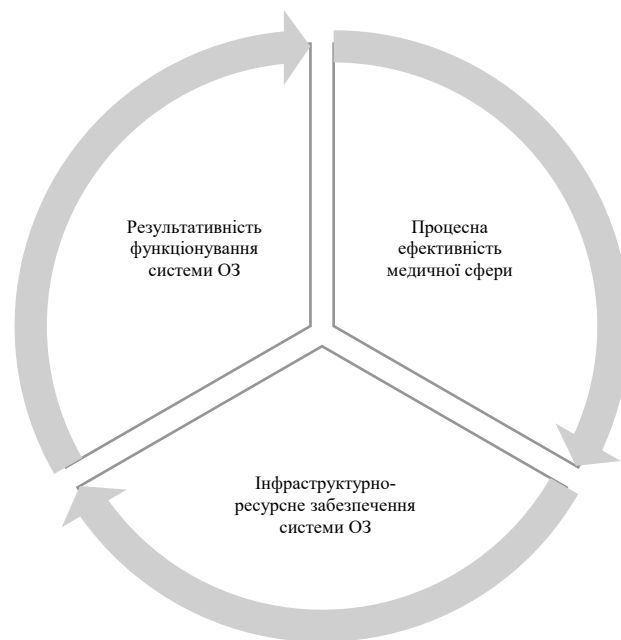


Рис. 3.7. Фундаментальні складові трансформаційних процесів в системі національної системи охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором на основі [83]

Відповідно до даного підходу, результуючі показники характеризують кінцеві соціально-економічні результати функціонування системи охорони здоров'я. Вони відображаються через рівень охоплення населення країни, регіону, територіальної громади медичними послугами, стан здоров'я населення та рівень соціальної рівності в системі споживанні медичних послуг. Тоді як процесна ефективність медичної галузі виражається через

технологічне, інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я. Трансформація процесів в даному розрізі дозволяє досягти зростання ефективності надання медичного обслуговування, покращувати здоров'я пацієнтів, формувати якісний процес медичного сервісу. Даний блок характеризується такими показниками, як: рівень передчасної смертності, зокрема у працездатному віці, запобігання смертності за фактором надання медичної допомоги, етикою взаємовідносин лікаря і пацієнта тощо.

Інфраструктурно-ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я визначається рівнем технічного забезпечення медичних закладів, інформаційною підтримкою пацієнтів. Результуючими показниками в даному аспекті слугують: видатки зведеного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я, структурою та рівнем покриття країни закладами загальної (спеціалізованої) медичної допомоги, кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я та ін.

В той же час Д.Г. Гавриченко розглядає трансформацію системи охорони здоров'я в контексті трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я за умов децентралізації національної медичної сфери. Науковець доводить, що побудова ефективної стратегії реформування медичної галузі, запровадження стратегічних змін має відбуватись з урахуванням вимог пандемії, наслідків повномасштабного військового вторгнення забезпечить досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України. Авторська інтерпретація трансформаційних процесів зводиться до використання дієвих управлінських інструментів та запровадження змін, що відповідають потребам та викликам зовнішнього середовища [29]. Науковцем запропоновано алгоритм дій забезпечення трансформації публічних механізмів регулювання сфери охорони здоров'я на місцевому рівні, виокремлено першочергові напрями для залучення громади до трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації України. Окрім того, концепція трансформації медичної сфери Д.Г. Гавриченка передбачає впровадження у систему

охорони здоров'я державних електронних послуг з метою розвитку цифрового здоров'я в Україні [29, с. 183].

В свою чергу Н. Г. Діденко інтерпретує трансформацію національної системи охорони здоров'я через призму завершення медичної реформи в Україні. Авторкою запропоновано напрями трансформації сфери охорони здоров'я в умовах війни і шляхи ефективного функціонування медичної галузі в період повоєнного відновлення. Згідно з підходом Н. Г. Діденко, на ефективність реформування та трансформації національної медичної системи в сучасних умовах впливають безліч ризиків та викликів. Процеси трансформації гальмують зруйнована інфраструктура галузі, нерівномірність навантаження медичних закладів в регіональному розрізі, нестабільність фінансового забезпечення та інше. Це призводить до необхідності збільшення загального обсягу державних видатків на охорону здоров'я, їх диференційованості, розподілу із посиленням контролю за використанням. Складні умови сьогодення актуалізують прискорення завершення медичної реформи, кластеризації медичної сфери, посилення відповідальності місцевих органів влади за якість медичної допомоги, диверсифікації каналів фінансування медичної сфери, запровадження сучасних технологій в управління медичними закладами [47].

Авторський колектив М.В. Беланюк, О.Г. Радзієвська та Т.В. Маньгора дотримується позиції, що трансформація національної медичної галузі потребує комплексного всебічного підходу, який має бути заснований на реформуванні усіх аспектів сфери охорони здоров'я з урахуванням процесів, викликаних глобалізацією, цифровізацією та інноваційним спрямуванням розвитку галузі. Автори доводять, що трансформаційні процеси лежать у площі удосконалення усіх процесів надання медичних послуг, починаючи від нормативно-правового забезпечення і завершуючи матеріально-технічним, кадровим та ресурсним забезпеченням [8].

Слушним є підхід дослідників та науковців, котрі акцентують увагу на цифровій трансформації сфери охорони здоров'я та рекомендують шляхи

забезпечення трансформації системи охорони здоров'я на основі цифровізації інформаційної інфраструктури медично-лікувальних закладів з метою підвищення ефективності електронної форми взаємодії пацієнтів та медичних закладів. Зокрема, у наукових працях Г.Д. Гавриченка, Т.В. Запорожець, С. Квітки, І.О. Корчинського, М. Миргородської, Н.А. [28; 62; 73; 86] та інших вітчизняних дослідників приділено певної уваги питанням розвитку цифрового управління сферою охорони здоров'я, зокрема охарактеризовано фактори розвитку цифрової трансформації медичної сфери, доведено технологічну ефективність цифрових змін, окреслено системні проблем цифрового розвитку системи охорони здоров'я, окреслено напрями реалізації механізму надання електронних послуг з урахуванням світового досвіду. Серед пріоритетних напрямків виділено: створення єдиного цифрового ринку публічних послуг та базових медичних реєстрів, запровадження відкритих стандартів медичного обслуговування та підтримки населення, впровадження інтегрованих медичних інформаційних систем з метою підвищення ефективності електронних форм взаємодії державних органів та населення країни.

Таким чином, враховуючи різноманітність підходів та диверсифіковані концептуальні положення щодо сутності категорії «трансформація» в системі охорони здоров'я, приходимо до висновку, що метою трансформації національної системи охорони здоров'я є формування багатофункціональної, інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я, орієнтованої на базові потреби громадян. В основі ключових цілей медичної системи країни є забезпечення максимальних вигід для пацієнтів, постачальників медичного сервісу, організаторів та надавачів послуг у сфері охорони здоров'я, місцевих територіальних громад тощо.

З огляду на те, що сфера охорони здоров'я є складною соціально-економічною системою специфіка трансформаційних процесів даної галузі характеризується наступними особливостями, рис. 3.8:

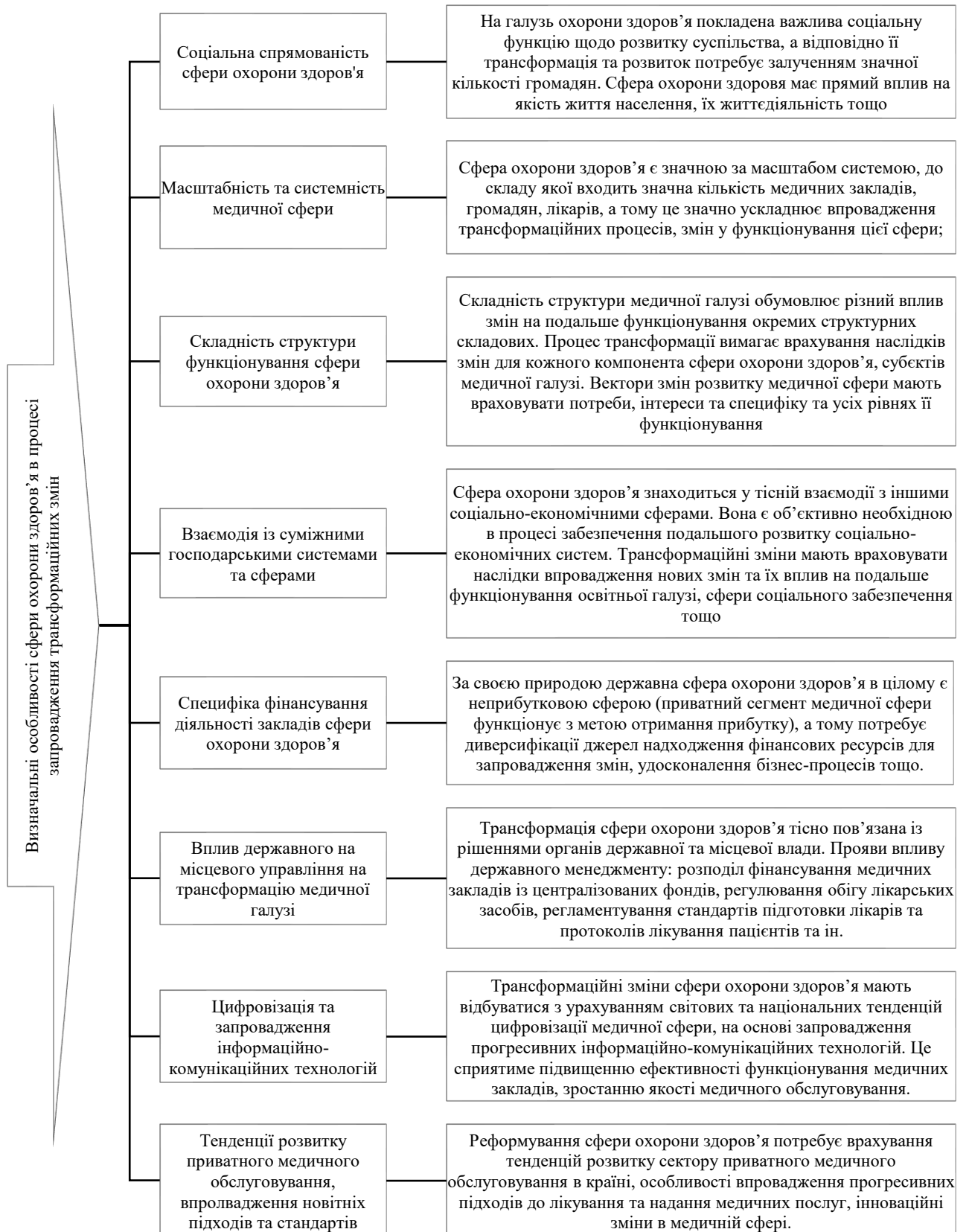


Рис. 3.8. Вплив особливостей сфери охорони здоров'я в процесі запровадження трансформаційних змін

Джерело: побудовано автором на основі [83; 89; 180]

Окрім, окреслених вище специфічних характеристик індустрії охорони здоров'я, котрі визначають пріоритетність та напрямки трансформаційних змін, важливо враховувати наслідки повномасштабної військової агресії російської федерації, котра привела до значних людських та інфраструктурних втрат, руйнувань тощо. Найбільш значимими наслідками військового впливу є наступні:

1) міграція медичного персоналу за кордон, що чинить негативний вплив на рівень доступності та якості медичних послуг для населення, дефіцит кваліфікованого медичного персоналу, низький рівень забезпеченості медичними працівниками окремих територій та регіонів;

2) руйнація закладів медичної сфери, знищення лікувального обладнання та інфраструктури медичної галузі, особливо на окупованих територіях, вивіз сучасного технологічного обладнання;

3) переміщення значної частини лікарів у зони бойових дій, участь медичного персоналу безпосередньо у військових операціях приводить до скорочення кваліфікованого персоналу в тилу;

4) зростання попиту на медичні послуги, стрімкий ріст серцево-судинних та нервових захворювань, загострення важких захворювань, поширення рідкісних хвороб, погіршення психоемоційного стану громадян, що потребують додаткової допомоги;

5) зростання кількості важкопоранених серед військових та цивільних громадян, яким необхідно надавати відповідну допомогу, збільшення кількості інвалідів та важкохворих пацієнтів вимагає від медичних закладів відповідних змін, адаптації під сучасну ситуацію, перепрофілювання відділень, зменшення кількості планових операцій через брак місць та можливостей лікарів;

6) порушення логістичних зав'язків, транспортної інфраструктури, що забезпечує доставку медичних засобів, ліків, профільного обладнання. Криза внутрішнього виробництва медичних препаратів та обладнання, релокація підприємств медичного бізнесу;

7) диспропорції в системі медичного обслуговування у зв'язку із виникненням складнощів у процесах переміщення населення в межах країни, зростання чисельності внутрішньо переміщених громадян змінила попит на медичні послуги в розрізі регіонів країни.

Складність вищевказаних умов потребує запровадження відповідних адаптаційних механізмів у сфері охорони здоров'я, що відповідають складним реаліям сьогодення. Адже, планомірний розвиток медичної сфери визначається впливом факторів зовнішнього середовища, включаючи політично-правовий, економічний та соціальний простір, в якому функціонують медичні заклади України. При цьому діяльність закладів сфери охорони здоров'я має не лише враховувати наявні виклики, але й формувати механізми адаптації до викликів оточуючого середовища. Відповідно, об'єктивний вплив різного спектру чинників призводить до потреби трансформації організаційно-економічного механізму розвитку сфери охорони здоров'я. В даному аспекті виникає потреба більш докладного вивчення особливостей адаптації індустрії охорони здоров'я до умов нестабільного зовнішнього середовища та визначення напрямів трансформації її організаційно-економічного механізму з урахуванням кризоутворювальних ризиків та нестабільності.

Дефініція категорії «адаптація» зводиться до того, що вона є універсальним поняттям, що охоплює процеси пристосування до викликів та змін внутрішнього і зовнішнього середовища через запровадження змін в діяльність бізнес-організацій в розрізі стратегічного розвитку, стратегічних цілей, а також загальних підходів і технологій управління [34]. Поняття «адаптація» є предметом вивчення багатьох наукових напрямків, так як питання адаптації різних систем до оточуючого середовища, непередбачуваних подій та викликів є одними із визначальних з точки зору забезпечення ефективного, сталого розвитку цих систем. Адаптація в економічній науці – це постійний процес, за допомогою якого економічні суб'єкти пристосовуються (адаптуються) до змін зовнішнього середовища –

змін нормативно-правового характеру, державної політичної стратегії, ринкових умов, конкурентного середовища, технологічних нововведень, змін глобального характеру. Основні аспекти адаптації в економічній науці охоплюють: адаптування суб'єктів до ринкових змін (зміни попиту, цінові коливання, впровадження нових технологій, вихід на ринок нових конкурентів); адаптація до змін у державній політиці (податкові реформи, зміни в регуляції бізнесу, екологічні норми, соціальні програми); адаптація до світових (глобальних) тенденцій розвитку економічних процесів (зміни у потоках капіталу (інвестицій), переміщення кадрових ресурсів, розвиток технологій тощо). Адаптація є необхідною умовою для збереження стабільності функціонування економічних систем, їх конкурентоспроможності, стійкості, розвитку та покращення основних бізнес-процесів.

О.Л. Герасимова відзначає, що адаптація бізнес-організацій до впливу оточуючого середовища передбачає реалізацію певних змін в діяльності підприємств. Напрямок, цілеспрямованість змін напряму залежить від поточного стану розвитку організації, впливу зовнішніх чинників, в тому числі кризоутворювальних, стратегічних орієнтирів та планів на короткострокову та довгострокову перспективу. Реалізація змін з метою адаптації організації до оточуючого середовища є складним, динамічним процесом, що передбачає зміну не лише ключових бізнес-процесів, а й загального стратегічного набору підприємства. [34]. В той же час К.Б. Козак зазначає, що адаптація у соціально-економічному просторі – це складний процес пристосування внутрішніх властивостей підприємств до мінливих вимог зовнішнього середовища з використанням організаційно-економічних, соціальних та нормативно-правових регуляторів. Метою запровадження змін та адаптації є забезпечення стабільності розвитку і стійкості функціонування суб'єктів економічної діяльності в довгостроковій перспективі [76].

Увага К. В. Кривобока акцентується на адаптації бізнесу як в процесі змін і пристосування підприємств та/або організацій до змінних зовнішніх і

внутрішніх умов. Процес адаптації дозволяє підприємствам залишатися конкурентоспроможними, ефективними та здатними реагувати на нові виклики. На думку науковця, основні аспекти адаптації бізнесу охоплюють: адаптацію до ринкових умов функціонування, технологічну адаптацію, організаційно-управлінську та фінансову адаптацію [89].

Слушною є позиція Л.О. Корчевської, котра зазначає, що адаптаційний механізм розвитку економічних систем – це комплексний процес налагодження ключових бізнес-процесів, котрий забезпечує високий рівень стійкості у динамічних умовах оточуючого середовища та диверсифікованість напрямків розвитку бізнесу залежно від поточних умов та актуальних тенденцій розвитку економічних процесів [85].

Ю. Кравчук у своїх дослідженнях доводить, що базовою ціллю адаптації національних медичних закладів до впливу факторів зовнішнього середовища має бути забезпечення їх ефективної господарської діяльності через раціональне використання ресурсів, забезпечення балансу інтересів закладу охорони здоров'я із суб'єктами зовнішнього середовища, зміцнення та/або посилення ринкових позицій для забезпечення стабільності та конкурентоспроможності в системі надання медичних послуг [Кравчук Ю., с. 188]. Автор зазначає, що адаптування закладів охорони здоров'я до варіативного зовнішнього середовища може бути параметричним або структурним. Відповідно формуються адаптивна, консервативна та змішана моделі адаптивної поведінки закладів охорони здоров'я [88].

Отже, процес адаптації є важливою та фундаментальною складовою процесу розвитку соціально-економічних систем, незалежно від сфери та галузі їх функціонування. Це підтверджує той факт, що процес адаптації відбувається безпосередньо на основі трансформаційних змін в механізмі функціонування й розвитку окремих господарських систем. Сутність адаптаційного механізму функціонування підприємств сфери охорони здоров'я можна відобразити за допомогою наступної схеми, рис. 3.9:

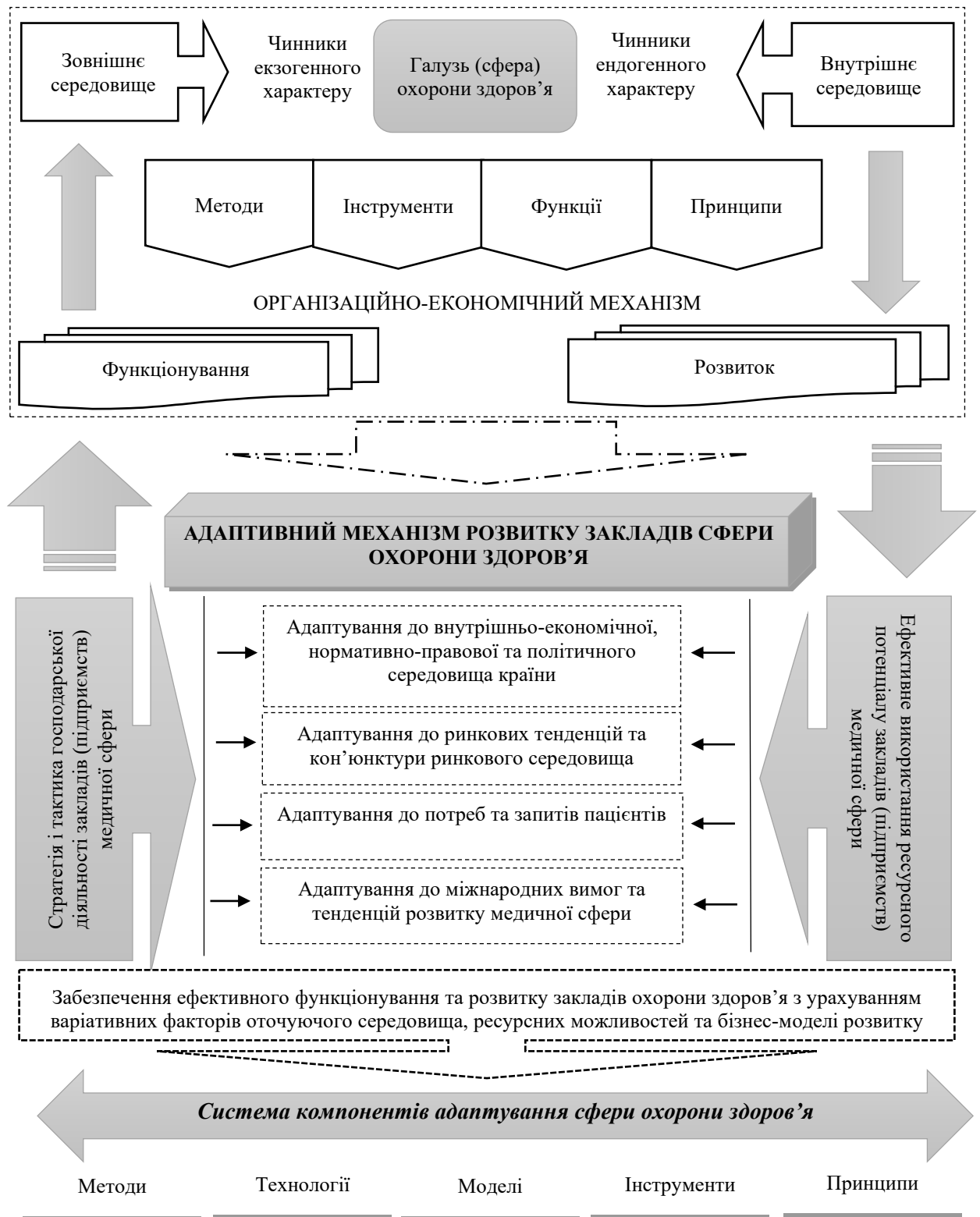


Рис. 3.9. Концептуальна схема адаптаційного механізму розвитку сфери охорони здоров'я

Джерело: власна авторська розробка

Виходячи з проведеного дослідження та аналізуючи концептуальну схему на рис. 3.9, приходимо до висновку, що адаптаційний механізм

розвитку галузі охорони здоров'я – це складна компонентна система, що функціонує як комплекс механізмів та інструментів, котрі тісно взаємодіють з метою адаптування внутрішніх бізнес-процесів медичних закладів до факторів внутрішнього та зовнішнього середовища, ринкових тенденцій, нормативно-правових умов держави та змін у функціонуванні суспільства. Трансформаційний механізм медичної сфери вимагає комплексного аналізу поточного стану розвитку медичних підприємств з урахуванням потреб споживачів та вимог ринкової кон'юнктури. В основі його формування лежить безперервний процес змін, спрямований на удосконалення якості медичного обслуговування, забезпечення ефективності систем охорони здоров'я, імплементації сучасних технологій в розвиток медичної сфери.

Трансформація медичної сфери в сучасних динамічних умовах передбачає реалізацію певних заходів, що включають:

- цифровізацію сфери медичного обслуговування через запровадження електронних медичних карток, інструментів телемедицини, активізацію використання мобільних додатків та інших технологій з метою забезпечення пацієнтів швидким доступом до медичних послуг та забезпечення ефективних комунікацій між медичним персоналом та пацієнтами;

- персоналізоване медичне обслуговування. Даний підхід до надання медичних послуг має забезпечувати адаптацію лікування під конкретного пацієнта на основі його генетичної інформації, способу життя та медичної історії. Такий інноваційний підхід дозволяє вивести процес лікування на новий рівень, робити його більш точним та ефективним;

- запровадження сучасних технологій та використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) в системі лікування пацієнтів. Активізація використання ШІ, аналітики даних актуальна для прогнозування захворювань, аналізу великих масивів медичних даних та оптимізації роботи медичних установ;

- реформування та оптимізація системи фінансування сфери охорони здоров'я через перехід до диверсифікованої моделі фінансового

забезпечення, пошук нових джерел фінансування, трансформації існуючих підходів та методів до фінансування. Для національної медичної сфери потрібна нова прогресивна модель фінансування, що враховує складні реалії, інфраструктурні виклики та специфіку функціонування. Актуалізуються такі інструменти як страхова медицина, державно-приватне- партнерство, консолідація джерел державного фінансування системи охорони здоров'я тощо;

- підвищення кваліфікації медичних працівників: зміни в підготовці медичного персоналу для адаптації до нових технологій і методів лікування;
- запровадження організаційних змін в систему управління медичними закладами, раціональний перерозподіл ресурсів і ключових бізнес-процесів у медичних установах для підвищення ефективності керування та діяльності останніх.

Система адаптації є вкрай важливим і складним процесом для сфери охорони здоров'я у зв'язку із особливостями функціонування цієї системи, наявністю широкого спектру проблем нормативно-регуляційного характеру, складною ситуацією через повномасштабні військові дії тощо. В даній площині можна виокремити специфічні риси адаптаційного механізму розвитку сфери охорони здоров'я:

- ресурсні можливості та потенціал держави у напрямку фінансового забезпечення медичної сфери, так як держава виступає основним джерелом фінансування медичної сфери на сучасному етапі;
- поточні тенденції захворюваності громадян, загальнонаціональний стан здоров'я, виклики військового часу, активізація захворювань, що несуть підвищені загрози для забезпечення життєдіяльності населення;
- глобальні тенденції розвитку медичної сфери, врахування іноземного досвіду в процесах лікування та реабілітації пацієнтів, використання сучасних технологій медичного обслуговування та управління медичними закладами;

- враховувати закономірності та динаміки розвитку медичних систем різних країн з метою забезпечення конкурентоспроможності національної медичної сфери, запровадження інноваційних рішень в процеси медичного обслуговування, інтеграція сучасних інноваційних медичних технологій в бізнес-процеси медичних закладів;

- адаптація медичної сфери під попит та потреби громадян, зміни в структурі послуг, моніторинг стану здоров'я населення, соціальної та вікової структури, регіональних відмінностей населення з використанням сучасних інформаційних та аналітичних технологій та відповідне формування нових технологій та підходів до лікування;

- адаптування медичної сфери до умов загально-економічного розвитку країни, вектору інтеграційних процесів, врахування галузевої структури національного господарства тощо.

У результаті проведеного дослідження приходимо до висновку, що підґрунтям ефективного розвитку національної сфери охорони здоров'я є формування гнучкого організаційно-економічного механізму її розвитку з урахуванням сучасних тенденцій соціально-економічного розвитку внутрішнього простору країни, міжнародних закономірностей розвитку медичної сфери та успішна протидія деструктивним чинниками мікро- та макросередовища. В даному аспекті розділяємо думку, що адаптація закладів охорони здоров'я до змін зовнішнього середовища може бути параметричною або структурною [88]. Ці два види адаптації використовуються залежно від ресурсних можливостей та/або внутрішньо-економічного потенціалу закладу, а також сили впливу факторів оточуючого середовища. При використанні інструментів та можливостей параметричної адаптації впроваджуються зміни параметрів внутрішньої системи управління медичними закладами. В той самий час, використання технології структурної адаптації пов'язане зі змінами самої структури внутрішньо-організаційного механізму медичних закладів, створення нових структурних одиниць –

підрозділів, департаментів, відділів) при одночасній реорганізації або ліквідації існуючих.

Таким чином, адаптаційний механізм розвитку сфери охорони здоров'я – це комплекс процесів, стратегічних орієнтирів та організаційно-економічних заходів, що забезпечують пристосування системи охорони здоров'я до змін оточуючого середовища, технологічних інновацій, напрямів суспільного розвитку та економічних пріоритетів. Основна мета такого механізму полягає у підвищенні якості та комплексності надання медичних послуг, забезпечення їх доступності і відповідності існуючим викликам.

В наступному розділі дисертаційного дослідження будуть обґрунтовані основоположні напрямки підвищення ефективності розвитку сфери охорони здоров'я на базі використання концептуальних засад адаптаційного механізму та розроблених теоретико-прикладних підходів. В контексті перспективного розвитку буде приділена увага проблематиці складних вихідних умов функціонування медичної сфери, впливу зовнішніх кризоутворювальних чинників та поточних соціально-економічних умов національного господарського комплексу.

3.3. Обґрунтування підходів в управлінні охороною здоров'я на засадах доказової практики (EBP -Evidence-Based Practice)

Галузь охорони здоров'я охорона здоров'я є фундаментальною економічною, політичною та соціально-значимою категорією, що забезпечує стійкість національної економічної системи та суспільства в умовах невизначеності та ризиків. Функціональне призначення сфери охорони здоров'я полягає у підвищенні якості життя, розвитку людського капіталу держави та загального розвитку національної економічної системи. Медична галузь постійно трансформується під впливом об'єктивних чинників оточуючого середовища – розвиток технологій та управлінських механізмів,

активна цифровізація економічно-соціальних відносин, розвиток робототехніки та запровадження інновацій в лікувальні процеси.

Варто відзначити, що ефективність функціонування та розвитку сфери охорони здоров'я в значній мірі залежить від внутрішньо-державного механізму нормативно-правового забезпечення та процесів регулювання діяльності медичної сфери. В даному аспекті особливу важливу роль відіграють владно-адміністративні структури та органи місцевого управління. Регуляторна ефективність державних управлінських органів у сфері медичного обслуговування та забезпечення є важливою детермінантою ефективного функціонування національних медичних систем, незалежно від рівня економічного розвитку країн, ступеня розвитку медичної системи держави та частки приватних медичних закладів в структурі медичної інфраструктури. В ключі аналізу даного питання погоджуємося із думкою Ю.В. Бережної, що регуляторна роль держави в системі управління охороною здоров'я в Україні не обмежується вирішенням проблем щодо регламентування та координації ринку послуг з охорони здоров'я, організації медичного сервісу та фінансування медичних закладів. Держава відіграє значиму роль у розвитку медичної сфери через управління та інших важливих галузей національної економіки, що мають вплив на ефективність сфери охорони здоров'я. Зокрема, ринку фармацевтичного забезпечення, ринку медичних технологій та обладнання, сферу медичного страхування, навчання та підготовку персоналу для сфери охорони здоров'я [9, с. 167].

Попередній аналіз засвідчив, що на даному етапі Україна зіткнулася зі складними викликами, котрі обумовлені військовою агресією російської федерації. Такий стан справ поглибив існуючі прогалини в роботі медичної сфери, виникли нові складні перешкоди, що гальмують запровадження медичної реформи, удосконалення системи управління та менеджменту у галузі та створюють нові загрози для продуктивного функціонування сфери. На рис. 3.10 систематизовано перелік таких перешкод та базових проблем у галузі охорони здоров'я на локальному рівні управління.

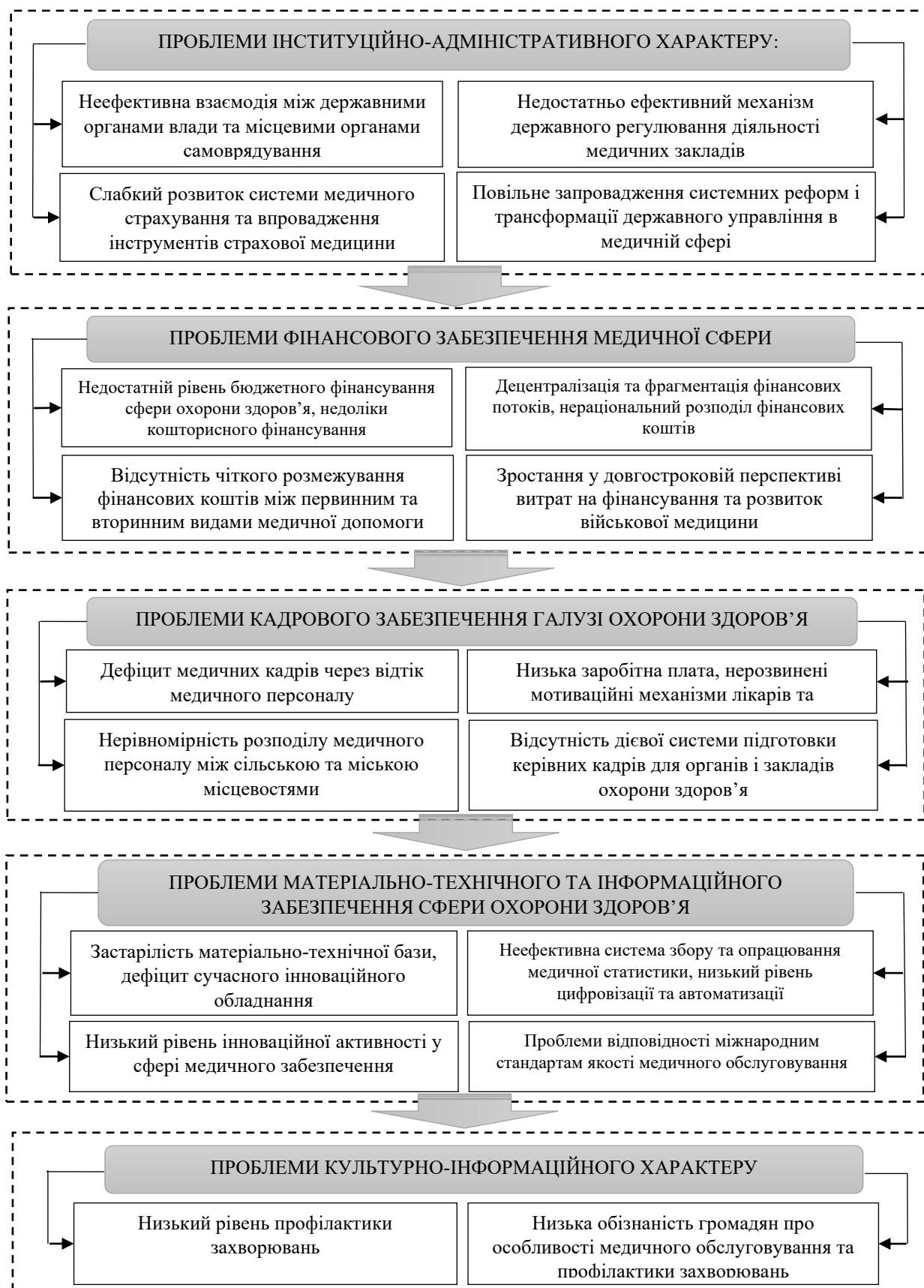


Рис. 3.10. Систематизація проблем функціонування і трансформації організаційно-економічного механізму розвитку національної галузі охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором на основі [189; 186; 197]

Відзначимо, що більшість проблем носять системний характер, знижують спроможність та створюють обмеження для ефективного розвитку національної медичної сфери та її інтегрування в міжнародну медичну систему.

Вище, в рамках дисертаційного дослідження було окреслено науково-методологічні проблеми забезпечення ефективного розвитку національної галузі охорони здоров'я та визначено компоненти адаптаційного механізму такого розвитку. Разом з тим, важливим моментом з позиції забезпечення функціональної ефективності медичної сфери є виявлення та реалізація дієвих напрямків її системної трансформації, впровадження прогресивних технологій управління медичними закладами, механізмів сталого функціонування та розвитку медичної галузі та забезпечення населення якісними медичними послугами. Актуальні питання трансформації організаційно-економічного механізму управління в галузі охорони здоров'я будуть вивчені в контексті поточного підрозділу дисертації.

Таким чином, серед базових проблем функціонування і трансформації організаційно-економічного механізму розвитку національної галузі охорони здоров'я варто виділити проблеми інституційного та нормативно-регуляторного забезпечення, диспропорції комунікативного характеру між медичними закладами та пацієнтами, цілі державної політики розвитку галузі охорони здоров'я не відповідають потребам та вимогам національної медичної системи, недосконалість нормативно-правової та законодавчої бази для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я, відсутність чіткого розмежування та делегування повноважень у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами самоврядування, не відпрацьовані механізми взаємодії державних та недержавних структур, залучення стейкхолдерів до розробки політики управління охороною здоров'я, нерівномірність розподілу медичного персоналу (фахівців) між міською та сільською місцевостями, а також диспропорції в забезпеченості

населення лікарями первинної ланки та профільними спеціалістами, особливо в сільській місцевості (дефіцит лікарів первинного медичного обслуговування та надлишкова чисельність лікарів-спеціалістів) тощо.

Разом з тим, національна система охорони здоров'я володіє достатнім потенціалом для забезпечення її трансформації та структурної перебудови системи медичного забезпечення населення у напрямку соціалізації медичних послуг, забезпечення соціальних гарантій держави та збільшення доступності медичної допомоги і як результат загальне забезпечення ефективного функціонування галузі.

Для структурування сильних та слабких сторін національної галузі охорони здоров'я, а також виокремлення загроз і можливостей її подальшого розвитку використаємо інструмент SWOT-аналізу вітчизняної медичної сфери.

В табл. 3.1 представлено результати комплексного аналізу національної сфери охорони здоров'я із визначенням проблемних ланок та формування трансформаційних змін та вироблення рекомендацій щодо пріоритетних шляхів подальшого розвитку медичної сфери із врахуванням структурно-функціональних ризиків та загроз галузі.

Отже, проведення SWOT-аналізу національної сфери охорони здоров'я дозволило виявити соціально-економічні, організаційно-управлінські, нормативно-правові, технічні та інформаційні пріоритети розвитку медичної галузі в складних умовах деструктивного впливу зовнішнього середовища та внутрішніх диспропорцій розвитку. Враховуючи окреслені результати аналізу, вважаємо, що стратегія розвитку національної сфери охорони здоров'я має ґрунтуватися на наступних положеннях:

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз сфери охорони здоров'я України

МОЖЛИВОСТІ	ЗАГРОЗИ
- реформування національної медичної сфери відповідно до «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»; - формування ефективної системи охорони здоров'я на основі міжнародного досвіду та провідних практик; - підтримка та розвиток приватного медичного сектору з метою підвищення якості медичного обслуговування та залучення інвестиційних ресурсів; - запровадження механізмів медичного страхування населення на базі світового досвіду; - оптимізація та удосконалення матеріально-технічної бази медичних закладів за рахунок міжнародної допомоги і фінансування країн-партнерів; - розвиток національної медичної інфраструктури в регіональному просторі.	- неефективна система державного менеджменту в контексті управління і регулювання медичної галузі; - погіршення соціально-економічної ситуації в країні та медичного забезпечення населення; - повільне впровадження стратегічних реформ медичної сфери через недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я; - втрата кваліфікованого медичного персоналу через зростання інтенсивності міграційних процесів, що викликані військовою агресією; - невизначеність та затягування військового стану призводить до відкладення процесів реформування та розвитку медичної галузі, дезорганізації надання медичних послуг; - відсутність системи медичного страхування та забезпечення вразливих верств населення;

		<i>Продовження таблиці 3.1</i>
СЛАБКІ СТОРОНИ	СЛАБКІ СТОРОНИ ТА МОЖЛИВОСТІ	СЛАБКІ СТОРОНИ ТА ЗАГРОЗИ
- високий рівень професіоналізму та кваліфікації лікарів і допоміжного медичного персоналу; - доступність медичних послуг для населення через державні та приватні медичні заклади; - доступні вартість медичних послуг порівняно із послугами з медичного забезпечення у зарубіжних країнах; - запровадження та розвиток процесів цифровізації в медичній сфері, впровадження автоматизованих систем та інформатизація охорони здоров'я; - наявність інфраструктурної бази для розвитку медичної галузі, впровадження сучасних лікувальних технологій тощо.	- забезпечення зростання якості медичного обслуговування відповідно до потреб на запитів населення; - розвиток сучасних систем лікування та діагностування через запровадження прогресивних технологій; - навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу на базі світового досвіду і запровадження сучасних протоколів лікування; - покращення матеріально-технічної бази медичних закладів через залучення інвестицій та донорського фінансування.	- трансформація моделі управління закладами охорони здоров'я на основі реалій та міжнародного досвіду; - диверсифікація каналів фінансування галузі охорони здоров'я, залучення додаткових ресурсів; - запровадження стратегічних інструментів та технологій в управлінні медичними закладами; - запровадженню процесів стратегування в систему управління державними та комунальними медичними закладами; - залучення стейкхолдерів та розробка програм фінансування медичних закладів на місцевому та регіональному рівнях

Джерело: власна авторська розробка

1) об'єктивна потреба та необхідність післявоєнного відновлення галузі охорони здоров'я з урахуванням проблемних ланок, оновлення та модернізація закладів, технологічна модернізація, підвищення їх енергоефективності, забезпечення доступу до альтернативних джерел енергії;

2) відновлення психологічного та ментального здоров'я населення внаслідок військової агресії та впливу інших деструктивних чинників зовнішньої та внутрішньої дії;

3) акцент уваги на розвиток електронної системи охорони здоров'я, активне запровадження сучасних цифрових технологій в національну систему охорони здоров'я, зокрема: процеси управління медичними закладами, взаємодія між медичним персоналом та пацієнтами (розвиток інструментів телемедицини), удосконалення взаємодії між медичними закладами та владно-адміністративними структурами;

4) удосконалення системи менеджменту персоналу медичної сфери, пошук новаторських підходів до оплати праці та розробка сучасних дієвих мотиваційних механізмів, що сприятимуть залученню кваліфікованих лікарів як в рамках національного ринку, так із-за кордону, особливо в умовах євроатлантичної інтеграції та відкриття кордонів;

5) нарощування інноваційно-інвестиційних можливостей національної галузі охорони здоров'я. Стрімкий розвиток науково-технічного прогресу в медичній сфері, транснаціональне переміщення крупних державних та корпоративних інвестицій, активний розвиток ринку інноваційного медичного обладнання для лікування, високоефективних лікарських засобів в провідних країнах світу потребує залучення у вітчизняну систему охорони здоров'я передових технологій та розробки відповідних механізмів для активізації цих процесів;

6) відновлення медичної інфраструктури, нарощування кадрового потенціалу та виведення медичної системи із кризового стану на досвід країн, де відбувалися військові дії та збройні конфлікти. Національна система охорони здоров'я зазнала руйнівного місцями катастрофічного впливу внаслідок повномасштабного вторгнення та війни, що розпочала країна-агресор. Внаслідок війни відбулось масове переміщення населення, активізувалось ряд захворювань, виникли безліч проблем із ментальним здоров'ям населення, загострились проблеми із професійним вигорянням й

переміщенням медпрацівників, руйнування об'єктів інфраструктури та порушення ланцюгів постачання, а також значне падіння доходів людей і держави. Весь спектр проблем потребує вирішення з боку як державної влади, так і окремих господарюючих суб'єктів медичної сфери. В даному аспекті виникає потреба у створенні спеціальних груп та медичних консультаційних комісій з метою розробки програм та планів відновлення функціонування медичної сфери;

7) диверсифікація джерел фінансування галузі охорони здоров'я та забезпечення стабільності фінансових потоків з метою покриття поточних потреб та відновлення медичної сфери. Внутрішні фінансові ресурси не в змозі покрити витрати та потреби медичної галузі, тому поряд із використанням внутрішніх фінансових можливостей держави, - актуалізується потреба у залученні зовнішніх джерел фінансування.

Деталізація визначених напрямків трансформації організаційно-економічного механізму управління в сфері охорони здоров'я реалізована в рамках «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». В межах фіналізованого проекту Стратегії враховані специфіка національної медичної системи, її проблемні ланки, а також особливості поточного розвитку медичної сфери в умовах повномасштабної військової агресії.

Національна стратегія розвитку галузі охорони здоров'я до 2030 року виступає комплексним документом, що враховує потреби населення, поточний стан сфери охорони здоров'я України, поточний соціально-економічний стан держави, зміни глобального характеру, а також євроінтеграційний вектор медичної системи. Відповідно, стратегічний план розвитку національної системи охорони здоров'я включає напрацювання вертикально-інтегрованої системи нагляду та контролю за рівнем якості медичного обслуговування, пошук напрямків оптимізації нормативно-правової регуляції сфери охорони здоров'я, удосконалення матеріально-технічної та інфраструктурної бази медичної системи, запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я

та розроблення заходів із підвищення продуктивності функціонування сфери охорони здоров'я.

Відповідно до основних положень «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», фундаментальною ціллю визначено доступ громадян України до якісних медичних послуг, що, вважаємо, є дійсно пріоритетним аспектом в системі удосконалення медичної галузі України. Особливо гостро питання запровадження змін відчувається в складних умовах військового часу, коли існує брак кадрового забезпечення, зменшення кількості діючих медичних закладів, руйнації інфраструктури та порушення логістичних зв'язків. Стратегія враховує складність ситуації та спрямована на відновлення роботи медичної системи, реновацію матеріального забезпечення, відбудову інфраструктури та роботу над кадровим забезпеченням медичної сфери. Рисунок 3.11 відображає основні концептуальні положення стратегії.

Важливу роль в системі ефективного забезпечення реалізації Стратегії варто відвести розробці економічних положень, пошуку каналів фінансування та інвестування у сферу охорони здоров'я. Ефективно діючий механізм фінансового забезпечення функціонування медичних установ, раціональний та справедливий розподілу коштів в галузі мають стати ключовими аспектами ефективної реалізації стратегії та доступ громадян до медичних послуг.

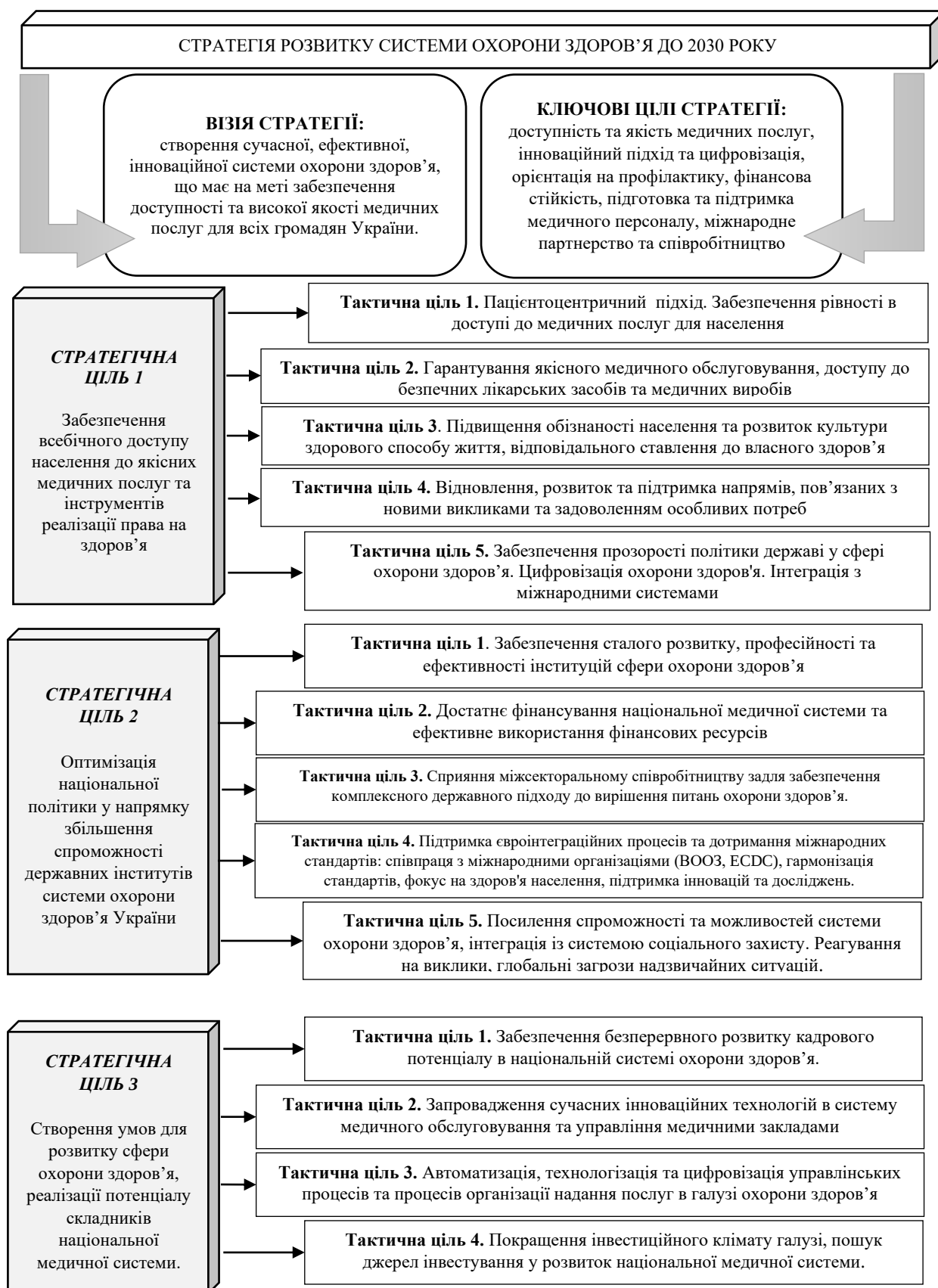


Рис. 3.11. Фундаментальні положення «Стратегії розвитку сфери охорони здоров'я України до 2030 року». Джерело: побудовано автором на основі [134; 200]

Отже, стратегія модернізації та вдосконалення національної системи охорони здоров'я має враховувати поточні (актуальні) загрози розвитку галузі та акцентувати увагу на проблемах дефіциту ресурсів, порушення доступу до послуг із охорони здоров'я, безпекових проблем, збереження доступності медичних послуг для усіх верств населення, забезпечення фінансової стійкості системи та ефективного перерозподілу ресурсів. В даному аспекті важливо забезпечити посилення та підтримку стратегічних і координаційних функцій МОЗ, органів державного управління, а також органів місцевого самоврядування. Також важливо узгодити заходи з відновлення сфери охорони здоров'я на усіх рівнях державного та муніципального управління задля забезпечення спільного бачення та відповідності концепції реформування. Вбачаємо, що механізм трансформації управління в галузі охорони здоров'я має охоплювати наступні складові, які покликані забезпечити ефективне функціонування галузі та її фінансову сталість в умовах економічної невизначеності, негативного впливу деструктивних факторів оточуючого середовища та внутрішніх дисбалансів:

- економічні складові та організаційно-управлінські детермінанти розвитку медичної сфери;
- інформаційно-аналітичні компоненти побудови ефективної системи охорони здоров'я;
- безпекові аспекти та система ризик-менеджменту ефективного розвитку галузі охорони здоров'я.

Зазначені складові орієнтовані на забезпечення ефективного управління фінансуванням медичної сфери, підвищення показників операційної діяльності, якості медичного обслуговування та результатів надання медичних послуг, а також пошуку інноваційних рішень і адаптування до мінливих умов зовнішнього простору.

На рис. 3.12 систематизовано базові складові забезпечення зростання ефективності функціонування сфери охорони здоров'я в Україні.



Рис. 3.12. Стратегічні перспективи організаційно-економічного розвитку сфери охорони здоров'я України

Джерело: побудовано автором на основі [27; 29; 213]

Таким чином, на основі проведеного аналізу визначено ряд ключових заходів, що потребують реалізації для підвищення ефективності розвитку національної сфери охорони здоров'я. Важливо відзначити, що в галузі сформувалася велика кількість складних та системних проблем, які сповільнюють процес реформування та створюють перешкоди для стійкого розвитку медичної сфери. Актуальною та гострою залишається проблема фінансування подальшого розвитку галузі, оскільки в Україні не розвинена система залучення коштів у медичну сферу з використанням диферсифікованих джерел. Основним джерелом фінансування сфери охорони здоров'я залишаються державний та місцеві й регіональні бюджети. Розширення джерел надходження фінансових ресурсів стримує повільний розвиток страхової медицини, складність запровадження її інструментів в медичну систему країни. Складною також є ситуація із неефективно побудованою та незбалансованою системою закладів охорони здоров'я, котра в повній мірі не відповідає структурі реально існуючого попиту на медичне обслуговування, проте потребує постійних витрат на утримання медичних закладів. Нераціональне використання наявних коштів, відсутність або низький рівень використання додаткових джерел фінансування приводить до повільного оновлення медичного обладнання, гальмування розвитку науки й прикладних досліджень у медицині, впровадження медичних інновацій.

Фінансування системи охорони здоров'я України за бюджетною моделлю є ефективним за умови наявності достатнього фінансового забезпечення. Проте, в Україні рівень бюджетних видатків на систему охорони здоров'я залишається вкрай низьким та не дозволяє покрити усі необхідні потреби медичної галузі. Окрім того, спостерігається зниження асигнувань в складних умовах повномасштабної війни [137]. Зокрема, вивчення статистичної інформації свідчить про те, що реальні видатки на охорону здоров'я в Україні за 2015-2024 рр. збільшилися із 70,2 млрд. грн. до 179,3 млрд. грн., або на 155,4% (табл. 3.2). Також зросли витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення із 1640,2 грн. у 2015 році до 5400,6

грн. у 2023 році, проте це зростання також викликане значним скороченням чисельності населення України (на 22,4% у 2023 році, в порівнянні із показником 2015 року).

Таблиця 3.2

Динаміка показників фінансування галузі охорони здоров'я України у
2015-2024 роках

Показник	Роки									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	9 міс 2024 р
Видатки на охорону здоров'я, млрд. грн.	70,2	75,5	102,4	115,9	128,4	175,8	203,6	195,9	179,3	123,3
Видатки на охорону здоров'я (у % до ВВП країни)	3,10	3,17	3,43	3,26	3,23	4,19	3,74	3,74	2,99	1,85
Видатки на охорону здоров'я (% у консолідованих видатках)	12,17	11,02	12,20	11,76	11,94	13,65	13,66	7,24	4,47	4,71
Видатки на охорону здоров'я на 1 громадянина, грн.	1640,2	1768,1	2409,4	2740,0	3057,1	4205,7	4953,8	5565,3	5400,6	3691,6
Чисельність населення (млн. ос.)	42,8	42,7	42,5	42,3	42	41,8	41,1	35,2	33,2	33,4
Видатки державного бюджету, млрд. грн.	576,9	684,9	839,5	985,9	1075,1	1288,1	1490,3	2705,4	4014,4	2617,2
Номінальний ВВП, млрд грн	2262,2	2385,4	2983,9	3560,6	3974,6	4194,1	5450,8	5239,1	5993,9	6651,3

Дані таблиці вказують на скорочення питомої ваги витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП країни, а частка витрат консолідованого бюджету на підтримку та розвиток системи охорони здоров'я скоротилася із 12,17% у 2015 році до 4,47% у 2023 році. Вказана динаміка показників свідчить про те, що обсяги поточного бюджетного фінансування медичної галузі України мають позитивну динаміку, проте зростають повільними темпами. Подібна ситуація викликана складною політичною та економічною ситуацією в країні, активною фазою військового протистояння, що не

дозволяє забезпечити фінансування національної медичної галузі на високому рівні, що відповідає її потребам та запитам.

Вирішення вказаних проблемних питань лежить у площині залучення додаткових державних та приватних інвестицій та поступового створення умов для формування конкурентного ринку медичних послуг. При цьому важливим є забезпечення з боку держави мінімального базового набору безкоштовного медичного обслуговування.

Варто відзначити, що у проєкті Державного бюджету України на 2025 рік витрати на систему охорони здоров'я заплановано на рівні 210,7 млрд. грн. Пріоритетними напрямками визначено створення загальнодержавного єдиного медичного простору через долучення державних закладів охорони здоров'я до Програми медичних гарантій (ПМГ), забезпечення потреб населення в донорській крові та її компонентах, забезпечення житлом медичних працівників у сільській місцевості, а також забезпечення безоплатності послуг для пацієнтів відповідно до умов ПМГ.

Вивчаючи стратегічні напрямки та перспективи трансформації організаційно-економічного механізму управління в галузі охорони здоров'я України, варто акцентувати увагу на заходах управлінсько-організаційного характеру. Як слушно зазначає Гавриченко Д.Г., в межах організаційно-управлінських заходів особливу увагу варто приділити побудові ефективної системи державного регулювання та управління сферою охороною здоров'я [29]. Під механізмом ефективного державного регулювання галузі охорони здоров'я науковець розуміє комплекс цілей, принципів, методів адміністративно-управлінського, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, які реалізуються державою на основі певного набору методів та інструментів і спрямовані на забезпечення ефективного розвитку сфери охорони здоров'я. При цьому важливим є дотримання фундаментальних принципів законності, прозорості, системності, оптимальності, прогнозованості, пріоритетності, ефективності та соціальної

відповідальності з боку державних органів управління у процесі здійснення функцій державного регулювання сфери охорони здоров'я [29, с. 204].

Функціонування національної сфери охорони здоров'я потребує формування ефективної державно-управлінської політики з боку органів державної та місцевої влади, ефективного кадрового забезпечення, запровадження прогресивних інформаційних технологій та цифровізації основних процесів.

За сучасних умов в Україні актуальною є потреба у кваліфікованому медичному персоналі нової генерації з відповідними знаннями та навичками [2]. Вивчення проблематики в медичній галузі показало, що за сучасних умов вирішення першочергових завдань стосується формування системи ефективного топ-менеджменту медичних установ, удосконалення систем контролю та делегування повноважень на регіональному та місцевому рівнях, оптимізації системи оплати праці та мотивування медичних працівників, розширення управлінсько-організаційної та фінансової автономії медичних установ, формування сучасних навчальних програм для професійного розвитку медичного персоналу, розвиток військової медицини.

Іншим важливим напрямком ефективного розвитку медичної галузі є інформатизація та цифровізація охорони здоров'я. В сучасних динамічних умовах пошук ефективних інноваційних підходів, заснованих на інформаційно-комунікаційних технологіях, що дозволять консолідувати організаційні ресурси, підвищити якість роботи з пацієнтами, покращити загально-організаційні показники є важливим аспектом оптимізації бізнес-моделі функціонування закладів охорони здоров'я.

В контексті пошуку стратегічних перспектив трансформації організаційно-економічного механізму управління в медичній галузі та підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я цифрова трансформація охорони здоров'я відіграє важливу роль та дозволяє:

- 1) підвищити раціональність та ефективність витрачання фінансових ресурсів, забезпечити більш ефективний контроль фінансових потоків.

Постійне збільшення фінансування охорони здоров'я без паралельного запровадження дієвих сучасних механізмів контролю використання ресурсів та мотивування медичного персоналу до підвищення якості медичного обслуговування не дозволить забезпечити високі стандарти медичної галузі, покращити якість медичного обслуговування шляхом використання електронних направлень та рецептів, медичних висновків для електронних лікарняних, про народження, COVID-сертифікатів та багато іншого;

2) забезпечити відкритість та прозорість діяльності закладів охорони здоров'я, транспарентність перед власниками, стейкхолдерами та потенційними інвесторами;

3) формування системи превентивного виявлення потенційних загроз для діяльності медичних закладів, їх матеріального забезпечення;

4) більш ефективний розподіл централізованих фінансів в частині закупівельної діяльності (придбання нового обладнання, покращення матеріально-технічного забезпечення медичних закладів тощо.

Впродовж 2023 року в медичній сфері України було реалізовано ряд інноваційних проєктів у напрямку цифровізації охорони здоров'я. Серед найбільш відомих можемо виокремити:

- електронні рецепти;
- програма реімбурсації;
- запровадження COVID-сертифікатів;
- електронний облік реабілітаційних втручань;
- електронна система управління запасами ліків та медичних виробів «e-Stock»;
- розширення функціоналу системи «MedData», («Гуманітарна допомога», «Вакцинація» та «Облік»);
- UNITED24;
- електронна система епідеміологічного нагляду (ЕСЕН);
- цифровізація військово-лікарських комісій;
- модернізація державних реєстрів бази «Дія.Engine» тощо.

Для подальшого розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні на 2024 рік заплановано запустити понад 140 цифрових проєктів.

Сьогодні, в умовах довготривалої збройної агресії проти української державності, спостерігається тенденція щодо ускладнення управлінських процесів на локальному рівні (на рівні окремого підприємства). Особливої уваги заслуговують підприємства, установи та заклади соціальної сфери, які в умовах постійних ворожих атак повинні забезпечувати належний рівень якості, доступності та безпечності надання відповідних соціальних послуг для населення. Насамперед, мова йде про сферу освітніх та медичних послуг, послуг із соціального захисту та соціального забезпечення, тобто про бюджетоорієнтовані та бюджетозалежні сфери, існування яких за рахунок позабюджетних коштів є практично неможливим. І в цій ситуації публічноуправлінська проблема, перш за все, фокусується на локальному рівні управління. Це пояснюється тим, що всі базові соціальні послуги населення отримує на локальному рівні управління, а в умовах довготривалої невизначеності, як це було напочатку з пандемією COVID-19, або навіть продовжує й надалі існувати в умовах вже повномасштабного вторгнення та ведення бойових дій на території східних та низки південних регіонів України, організація їх надання на локальному рівні управління є надзвичайно утрудненою, або навіть неможливою в умовах руйнації чи пошкодження інфраструктурних об'єктів (табл.3.3).

Візуалізація інформації, яка надана Міністерством охорони здоров'я України, показує [120], що національна мережа медичних підприємств постраждала майже у 30% регіонів (8 областей). Тому на підставі цих аналітичних даних можна впевнено сказати, що існуюча нині ситуація ідентифікувала перед керівною ланкою медичних підприємств локального чи регіонального рівня (обласні комунальні неприбуткові підприємства) нове управлінське завдання щодо організації пошуку та застосування інноваційних методів управління з метою досягнення визначених цілей

управління, - надання якісних та доступних послуг в умовах медичного простору, безпечного для пацієнтів та медичного персоналу.

Таблиця 3.3

Характеристика інфраструктурних втрат галузі охорони здоров'я України в умовах повномасштабного вторгнення 2022-2024 рр.

Показник	Кількість зруйнованих об'єктів	Кількість пошкоджених об'єктів
Кількісна характеристика інфраструктурних втрат	214 (без можливості подальшої відбудови)	1619
Регіональний зріз найбільших галузевих втрат	Донецька, Дніпропетровська, Запорізька, Київська, Миколаївська, Харківська, Херсонська, Чернігівська області	

Джерело: складено автором за [25]

Одним із таких інноваційних підходів є підхід, який успішно можна застосувати на локальному рівні управління медичним підприємством в умовах невизначеності або кризи на засадах застосування практики, заснованої на доказах, тобто ЕВР-підхід (англ. - *EBP - evidence-based practice*). Досвід провідних країн зарубіжжя переконує, що ЕВР-підхід як інноваційний інструмент управління, має надзвичайно широкі функціональні можливості, але разом з тим і вимагає структурованого підходу у його застосуванні. Зокрема, ми вивчали роботу Stevens, K. R. "The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas." *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18 (2), в якій представлено вплив ЕВР на покращення якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів; наукову працю Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012) "The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators." *The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417, в якій наголошується на проведених дослідженнях про аналіз впливу ЕВР на результати лікування та економічну ефективність діяльності медичних

підприємств; окремий розділ книги Titler, M. G. (2008) "The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation." *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, в якому розглянуто докази ефективності впровадження ЕВР у медичних закладах з позицій лідерства. Вивчення цих та інших джерел інформації про можливості застосування ЕВР-підходу в діяльності медичних установ, закладів та організацій дозволило визначити, що основними властивостями ЕВР-підходу при застосуванні його в управлінській практиці в умовах невизначеності виступають, насамперед, такі як: формування можливостей до адаптації процесів у сфері управління та організації надання медичних послуг; доступ до швидкої інтерпретації даних і прийнятті обґрунтованих рішень. Тож розглянемо більш ширше основний функціонал ЕВР-підходу, окремі складові якого можуть бути досить ефективними і застосовуватись в публічному адмініструванні медичних закладів на рівні територіальних громад, як комплексно, так і в рамках моноелементного використання (рис. 3.4).

Таблиця 3.4

**Основний функціонал ЕВР-підходу в публічному управлінні
медичними підприємствами**

Інноваційні переваги ЕВР як інструменту публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я: формування можливостей до адаптації процесів у сфері управління та організації надання медичних послуг; доступ до швидкої інтерпретації даних і прийнятті обґрунтованих рішень.

Складові ЕВР-підходу: прийняття рішень на основі даних; прогностична аналітика; гнучкі та ітераційні процеси управління; покращена комунікація та прозорість; критична оцінка доказів; міжфункціональні команди та міждисциплінарна співпраця; етичні міркування та підходи, орієнтовані на пацієнта

1. *Прийняття рішень на основі даних.* Цей складник ЕВР-підходу передбачає, що управлінські рішення ґрунтуються не на системі застарілих

даних, а дані збираються в режимі реального часу, адже саме під час кризи доступ до системно-галузових даних у реальному часі є критично важливим. Медичні підприємства можуть впроваджувати або розширювати системи збору даних для моніторингу кількості пацієнтів, наявності ресурсів (кількість ліжок в реанімації, апаратів штучної вентиляції легенів тощо) і можливостей персоналу.

2.Прогнозна аналітика. Цей складник ЕВР-підходу дозволяє керівнику медичного підприємства або команді менеджерів завчасно розподіляти ресурси та готуватися до різних сценаріїв перебігу подій (позитивний, негативний, оптимальний) в умовах невизначеності на основі використання прогнозних моделей, побудованих на основі історичних даних і даних у реальному часі. Наприклад, це може допомогти більш точно спрогнозувати потік пацієнтів, завчасно розподілити їх за маршрутами подальшого скерування, визначити більш точно потреби в ресурсах або потенційні спалахи чи загрози надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я (епідемія тощо).

3. Гнучкі та ітераційні процеси управління. Цей складник ЕВР-підходу в умовах невизначеності чи кризової ситуації передбачає використання на практиці керівництвом медичного підприємства інструментарію пілотного тестування чи фаст-експерименту. Наприклад, це може бути новий порядок прийому пацієнтів (як це було в період пандемії COVID-19) або запровадження часткової зміни графіку роботи чергової зміни медперсоналу у відділеннях хірургічного профілю, яку початково випробували з невеликою групою персоналу, наприклад гінекологічного відділення, а потім цей графік було успішно імplementовано в діяльність всіх відділень лікарні, які мають хірургічну спеціалізацію, якщо пілотне випробування було ефективним за своїм основним результатом. Ефективність складника гнучких та ітераційних процесів управління додатково підсилюють належним рівнем організації каналів зворотнього зв'язку. Так, регулярний зворотний зв'язок від медичного персоналу на рівень штабного управління (керівник медичного

підприємства/ Low-Line Management) надає цінну інформацію, яка може впливати на прийняті рішення чи коригувати їх або удосконалювати в режимі реального часу.

4. *Покращена комунікація та прозорість.* Цей складник ЕВР-підходу формується через систему чітких каналів зв'язку, які забезпечуються регулярне та транспарентне спілкування з персоналом. А його результатом є зміцнення рівня довіри до керівництва та гарантія, що кожен працівник трудового колективу розуміє обґрунтування прийнятих рішень в умовах невизначеності чи кризи. Регулярні ітерації за цим напрямком допомагають підтримувати моральний дух і зменшувати стрес у невизначені часи для трудового колективу медичного підприємства. Важливим в рамках внутрішніх комунікацій на локальному рівні управління є також періодичне оновлення та застосування доказових даних для медперсоналу у вигляді коротких викладів ключових політик, заснованих на фактичних даних, таких як зміни в протоколах догляду за пацієнтами або процедурах безпеки. Цей інструмент може значно допомогти поінформуванням медичного персоналу про новації медичної практики, яка відповідає найкращим світовим зразкам.

5. *Критична оцінка доказів.* Цей складник ЕВР-підходу дозволяє швидко оцінити якість наявних доказів в критичний момент кризи чи невизначеності, і це є надзвичайно важливо у швидкозмінному середовищі медичної сфери. Керівники можуть використовувати ієрархію доказів (наприклад, рандомізовані контрольні дослідження, висновки експертів, тематичні дослідження тощо). Важливо пам'ятати, що цей складник дозволяє визначити пріоритетність інформації, що надходить в критичний момент з різних джерел, оцінити її та прийняти рішення на основі найвищого доступного рівня доказів. Частіше за все, як це було, наприклад, в період пандемії, на локальному рівні управління керівники послуговувалися внутрішньогалузевими нормативно-правовими актами та документами, що пройшли адаптацію в рамках національного нормативно-правового поля. Слід враховувати, що під час кризи офіційні клінічні рекомендації можуть

відставати від нових доказів. А тому керівники повинні залишатися відкритими для адаптації рекомендацій чи протоколів авторитетних установ (наприклад, таких як ВООЗ чи CDC) щодо їх застосування в медичній практиці на локальному рівні управління.

6. *Міжфункціональні команди та міждисциплінарна співпраця.* Цей складник ЕВР-підходу реалізується у таких напрямках, як формування груп реагування на кризові ситуації (антикризовий штаб), а також спільне партнерство з представниками наукової медичної спільноти (представники закладів вищої медичної освіти виступають експертами та стейкхолдерами). Насамперед, створення міжфункціональних команд забезпечує врахування різних точок зору. А в кризових ситуаціях ці команди можуть сприяти швидкому прийняттю рішень, об'єднуючи докази з різних сфер, що впливають на перебіг кризової події (зовнішні чи внутрішні чинники/загрози/можливості тощо). Частіше за все до складу міжфункціональних команд включають клініцистів, адміністраторів, матеріалістів, аналітиків та ін. Спільне партнерство з ЗВО медичного профілю чи громадськими організаціями охорони здоров'я може надати медичним підприємствам доступ до результатів найновіших зарубіжних досліджень, протоколів лікування та операційних стратегій, розширюючи їх доказову базу.

7. *Етичні міркування та підходи, орієнтовані на пацієнта.* Цей складник ЕВР-підходу є надзвичайно важливим елементом, адже він релевантний головному принципу функціонування системи охорони здоров'я – соціальна справедливість стосовно права на здоров'я. Тож концепції, засновані на доказах, які включають етичні принципи, можуть підтримувати справедливе, послідовне та прозоре прийняття рішень як стосовно адміністративного чи медичного персоналу, так і стосовно пацієнтів, стосовно якості їх лікування та безпеки в часи криз та невизначеності.

Автором розроблено методичний підхід з метою визначення (кількісне визначення) спроможності медичного підприємства до запровадження ЕВР-

підходу, який можна використати на локальному рівні управління як систему оцінки на основі визначення для кожного параметра ЕВР-підходу доказової практики. Пропонується наступна шкала оцінок від 0 до 5 балів, де:

- 5 балів – стандарти повністю відповідають вимогам, процеси встановлені та активно використовуються;
- 4 бали – більшість критеріїв виконано, але є незначні недоліки;
- 3 бали – процес частково впроваджено, але потребує значного вдосконалення;
- 2 бали – існуючі процеси доволі фрагментовані та недостатньо інтегровані в практику медичного підприємства;
- 1 бал – процес ЕВР не встановлено, але проводиться базове навчання персоналу;
- 0 балів – відповідний процес не існує або повністю ігнорується керівництвом медичного підприємства чи керівництвом оперативного рівня управління.

Порогові значення оцінювання за кожним параметром можуть бути такими:

1. Медичне підприємство можна оцінити як добре та відмінно підготовлене, якщо:

- середній бал для всіх параметрів ≥ 4 ;
- компанія готова впровадити підхід ЕВР з мінімальними коригуваннями.

2. Медичне підприємство можна оцінити як частково підготовлене, якщо:

- середній бал для всіх параметрів від 3 до 4;
- медичне підприємство потребує додаткового навчання персоналу та оптимізації процесів.

3. Медичне підприємство можна оцінити як незадовільно підготовлене:

- середній бал для всіх параметрів від < 3 ;

– медичне підприємство не готово до ефективного впровадження ЕВР-підходу і потребує значного удосконалення адміністративних, клінічних та аналітичних процесів.

Отже, ЕВР-підхід в сучасних реаліях України є інноваційним інструментом публічного управління та адміністрування в умовах невизначеності, який слід використовувати в системі охорони здоров'я, насамперед, на локальному рівні, тобто на рівні медичного підприємства державної, комунальної чи приватної форми власності.

Висновки за розділом 3

Підсумовуючи результати проведеного дослідження стратегічних пріоритетів та перспектив трансформації організаційно-економічного механізму управління в галузі охорони здоров'я приходимо до висновку, що сфера охорони здоров'я є однією із ключових соціально-економічної системи країни. Забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні економічної та соціальної стабільності держави, стійкого розвитку та безпеки в складних умовах військової агресії та зовнішніх викликів. Формування умов для підвищення ефективності системи медичного забезпечення населення країни стало основним завданням даного дослідження.

В контексті третього розділу дисертації обґрунтовано особливості інституційного забезпечення ефективного системного управління та розвитку закладів медичного профілю, побудовано структурно-функціоналу модель забезпечення управління комплексним (системним) розвитком підприємств медичної сфери на основі стратегічно-орієнтованого підходу.

Під час проведення дослідження окреслено науково-методологічні аспекти реформування організаційно-економічного механізму розвитку сфери охорони здоров'я через використання інструментів та технологій адаптаційного механізму розвитку сфери охорони здоров'я.

Встановлено, що адаптаційний механізм слугує комплексом процесів, стратегічних орієнтирів та організаційно-економічних заходів, котрі забезпечують пристосування суб'єктів галузі охорони здоров'я до змінних умов оточуючого середовища, технологічних інновацій, орієнтирів суспільного розвитку та економічних пріоритетів. Основна мета такого механізму спрямована на підвищення якості та комплексності надання медичних послуг, забезпечення їх доступності і відповідності існуючим викликам.

Вивчення теоретико-прикладних аспектів забезпечення ефективності стратегічного розвитку охорони здоров'я дозволили виявити наступні шляхи, що охоплюють:

- удосконалення системи державного регулювання та управління в медичній сфері;
- зміна управлінських технологій в управлінні закладами охорони здоров'я;
- розбудова електронної системи охорони здоров'я;
- оптимізація системи фінансового забезпечення;
- пошук джерел фінансування через розвиток медичного страхування та державного приватного партнерства в медичній сфері.

Визначено, що медичні підприємства, які успішно впроваджують практику, засновану на доказах (*англ. - EBP - evidence-based practice*), демонструють значні покращення в різних аспектах охорони здоров'я, таких як зменшення витрат, підвищення задоволеності пацієнтів та досягнення цілей охорони здоров'я. Наприклад, медичні заклади, що впровадили EBP-підхід, зафіксували зростання рівня задоволеності пацієнтів на 25% та скорочення витрат на лікування на 10%. Такі результати свідчать про трансформаційний потенціал EBP-підходу за умови забезпечення належної підтримки та ресурсів. Для удосконалення організаційних аспектів публічного управління у сфері охорони здоров'я важливим є використання набору принципів, які контекстуально забезпечують супровід прийняття

рішень на основі фактичних даних (принципи колаборації; використання новітніх технологій і баз даних для ухвалення управлінських рішень; робота мультидисциплінарних команд; використання цифрових платформ для співпраці; інноваційні моделі управління; інтеграція соціальних і медичних послуг; технологічно підсилена телемедицина; використання штучного інтелекту для підтримки співпраці тощо). Розроблено методичний підхід з метою визначення (кількісне визначення) спроможності медичного підприємства до запровадження ЕВР-підходу, який можна використати на локальному рівні управління як систему оцінки на основі визначення для кожного параметра ЕВР-підходу доказової практики.

Матеріали третього розділу дисертаційного дослідження опубліковано автором у наступних наукових виданнях [110; 111; 114; 116].

ВИСНОВКИ

У дисертації, що є завершеною науково-дослідною роботою, надано нове вирішення важливої наукової задачі, яка полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробленні практичних рекомендацій щодо удосконалення системи публічного управління охороною здоров'я шляхом застосування практики, що ґрунтується на доказах, з особливою увагою до організаційних та правових аспектів. На підставі вирішення низки наукових завдань та досягнутої мети можна сформулювати наступні узагальнюючі висновки:

1. На сучасному етапі суспільного розвитку, тобто у постковідну добу, глобальні ініціативи міждержавних інституцій (ВООЗ, Світовий Банк, Європейська Комісія) визначають для національних урядів пріоритет інтеграції наукових даних у політику охорони здоров'я та управлінських рішень для вирішення складних проблем охорони здоров'я (нерівність у здоров'ї, старіння населення; тягар хронічних захворювань та онкології; епідемічних загроз; викликів війни тощо). Це є підставою для удосконалення організаційних та правових аспектів публічного управління медичною сферою, а відтак формує підвищений науковий інтерес теоретиків та практиків. Однак нами визначено, що в межах галузі публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я організаційні та правові аспекти частіше за все розглядались в контексті вивчення стилів лідерства, процесів прийняття рішень, наявності ресурсів, компетенції персоналу та міжсекторальної співпраці тощо. В той же час поза межами дослідницької уваги вітчизняних науковців залишився напрям удосконалення організаційно-правових аспектів управління сферою охорони здоров'я на основі практико-орієнтованого підходу (*EBP -Evidence-Based Practice*).

2. З позицій авторського підходу запропоновано ввести до понятійно-категоріального апарату у сфері публічного управління охорони здоров'я такий термінологічний конструкт як «*доказова практика (EBP - Evidence-Based Practice) публічного управління у сфері охорони здоров'я*»,

яку слід розглядати як комплексну систему, яка поєднує науковий підхід, професійний досвід та суспільні запити для досягнення результатів, що відповідають потребам жителів територіальної громади та забезпечують її сталий розвиток на основі підвищення тривалості та якості життя й забезпечення доступних якісних та безпечних медичних послуг. Відмінність цього поняття від поняття «доказова медицина» полягає у тому, що тут мова не йде про медичні технології чи протоколи лікування певних захворювань/хворобливих станів. Терміноконструкт *«доказова практика публічного управління у сфері охорони здоров'я»* окреслює сутність публічноуправлінської діяльності, яка здійснюється в умовах надзвичайних ситуацій чи суспільної кризи (війна, пандемія тощо) за відсутності чітких галузевих регламентів національного рівня, а спроможність медичного підприємства до функціонування забезпечується в організаційному плані прийняттям управлінських рішень на мікрорівні та Low-Line Management, у функціональному та нормативно-правовому плані – забезпечується органами місцевого самоврядування шляхом прийняття та фінансування місцевих програм у сфері охорони здоров'я. Обов'язковим елементом в підході *доказової практики (EBP -Evidence-Based Practice)* публічного управління у сфері охорони здоров'я є участь суб'єкта управління в проектах міжнародної технічної допомоги.

3. Визначено, що сьогодні в умовах дії правового режиму воєнного стану в організаційному плані готовність комунальної мережі медичних установ до надання медичної допомоги жителям громади при надзвичайних ситуаціях або в умовах бойових дій є надзвичайно низькою - 8%. З усіх регіонів України тільки два регіони (Дніпропетровська та Харківська область) демонструють документально підтверджену контрактами з НСЗУ готовність та спроможність медичних мереж територіальних громад до надання населенню медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях та в умовах розгортання бойових дій.

Обґрунтовано необхідність удосконалення правової регламентації змісту публічноуправлінської діяльності в рамках забезпечення готовності підприємств медичної сфери до надання медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій шляхом внесення поправок до існуючої законодавчої бази України (в контексті збільшення лікувальних закладів, готових до надання медичної допомоги в умовах надзвичайних станів) у сфері управління охороною здоров'я. Зазначене буде сприяти кращій підтримці організаційного, фінансово-економічного та лікувально-діагностичного функціоналу публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я, що ґрунтуються на доказах, забезпечуючи відповідність найкращим міжнародним практикам.

4. Акцентовано, що в Україні правовий простір публічного управління охорони здоров'я в контексті практико-орієнтовних підходів сформовано в рамках законодавчої регламентації (Конституція України, закони загальногалузевого та спеціальногалузевого впливу), державно-виконавчого впливу (постанови уряду України та Міністерства охорони здоров'я України) та профільного-проектного нормозабезпечення (державні, регіональні та місцеві програми в галузі охорони здоров'я).

Підтверджено, що для України, яка має легітимізований статус держави-кандидата на вступ до ЄС, в правовому плані доцільно розбудовувати на національному рівні публічну політику у сфері охорони здоров'я в рамках Глобальної стратегії-2030. Основні аспекти публічноуправлінської діяльності у цьому напрямку повинні враховувати: *організаційний аспект* - розвиток спеціальних інституцій ЄС щодо транскордонної безпеки; відновлення та стійкість медичної інфраструктури на основі ПМСД-підходу; *правовий аспект* - розроблення єдиного європейського плану боротьби з раком; *функціонально-галузевий аспект* - доступність лікарських засобів та вакцин для всіх категорій населення; комплексний підхід до охорони психічного здоров'я; *управлінсько-технологічний аспект*- цифровізація охорони здоров'я (E-Health).

5. Обґрунтовано комплексну концептуальну ЕВР-модель публічного управління, яка об'єднує організаційні та правові аспекти з метою імплементації науково-обґрунтованих зарубіжних та вітчизняних практик у сфері управління охороною здоров'я. Основою цієї концептуальної моделі управління медичною сферою виступає взаємодія між структурами управління, правовими механізмами та практикою, орієнтованою на доказах (*EBP -Evidence-Based Practice*). Цей базис моделі забезпечує універсальний характер її застосування на основі адаптованості та інтегрованості публічноуправлінського функціоналу на різних рівнях діяльності установ, закладів та підприємств сфери охорони здоров'я в умовах дії правового режиму воєнного стану в Україні. Запропоновано для упровадження методичний підхід з метою визначення (кількісне визначення) спроможності медичного підприємства до запровадження ЕВР-підходу на основі визначення для кожного параметра ЕВР-підходу доказової практики чітко визначений критерій готовності по 5-ти бальній системі. Медичне підприємство, яке за оцінкою має 3 балів вважається неготовим до упровадження ЕВР-підходу і працює в рамках традиційної, а не інноваційної моделі публічного управління.

6. Інноваційними перевагами ЕВР як інструменту публічного управління у сфері охорони здоров'я є: формування можливостей до адаптації процесів у сфері управління та організації надання медичних послуг (структурна та параметрична адаптація); доступ до швидкої інтерпретації даних і прийняття обґрунтованих рішень. Визначено основні складові ЕВР-підходу: джерела доказових даних; прогнозна аналітика; гнучкі та ітераційні процеси управління; покращена комунікація та прозорість; критична оцінка доказів; міжфункціональні команди та міждисциплінарна співпраця; етичні міркування та підходи, орієнтовані на пацієнта та медичний персонал, участь громадськості та міжнародна співпраця. Запропоновано для удосконалення організаційних аспектів публічного управління у сфері охорони здоров'я набір принципів, які контекстуально

забезпечують супровід прийняття рішень на основі фактичних даних (принципи колаборації; використання новітніх технологій і баз даних для ухвалення управлінських рішень; мультидисциплінарні команди; використання цифрових платформ для співпраці; інноваційні моделі управління; інтеграція соціальних і медичних послуг; технологічно підсилена телемедицина; використання штучного інтелекту для підтримки співпраці тощо).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. Академічні візії. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>
2. Акуленко О.В. Особливості діяльності керівника органу державного управління охороною здоров'я в умовах реформування галузі : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.03; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. - Д., 2013. - 20 с.
3. Антонова, О. В., Бакуменко, В. Д., & Дегтяр, О. А. (2017). Інформаційно-аналітична діяльність як засіб підвищення якості державно-управлінських рішень. *Інформаційна діяльність, документознавство, бібліотекознавство*, 32.
4. Бакай А.Є. Міжвідомча взаємодія як інструмент публічного управління галуззю охорони здоров'я в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2017. Т. 5. № 10. С. 29-38. doi: 10.15421/15201732
5. Банчук В.М. Теоретико-методологічні засади державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, № 3, 2016. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=953>
6. Баштанник В. Інституціональні механізми забезпечення стійкості системи охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023 № 33. с. 292-298. DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.33.54>
7. Баштанник В. Механізми публічного управління охороною здоров'я в контексті європейських стандартів медичних послуг на основі доказової практики. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023 № 33. с. 205-211. DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.38>
8. Беланюк, М. В., Радзівська, О. Г., & Маньгора, Т. В. (2019). Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. *Інформація і право*, 4(31), 119-128. [https://doi.org/10.37750/2616-6798.2019.4\(31\).194773](https://doi.org/10.37750/2616-6798.2019.4(31).194773)

9. Бережна Ю.В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 11. С. 166-170.
10. Білинська М. М. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. Київ - Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
11. Білинська, М. М., Сурай, І. Г., Васюк, Н. О., & Савіна, Т. В. (2020). Визначення потреб у навчанні керівників сфери охорони здоров'я України. *Medical Perspectives*, 25(3).
12. Бобровська О., Хожило І. Розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2010. № 4. С. 25—28.
13. Бобровська О. Ю., Антонова О. В. Практично орієнтована парадигма державного управління в процесах соціально-економічного розвитку України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1591> DOI: 10.32702/2307-2156-2020.3.4
14. Бородін Є., Макашов В. Управлінська діяльність щодо оздоровчої рухової активності населення у великих містах Європи: аналіз підходів. *Аспекти публічного управління*. Т. 8. № 6. 2020. URL: <https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/view/841/820> DOI: <https://doi.org/10.15421/1520120>
15. Бородін Є. І., Устимчук О. В. Модернізація організаційно-комунікаційних основ державного управління галуззю охорони здоров'я. *Ефективність державного управління* : зб. наук. пр. Вип. 2(63) : у 2 ч. Ч. 1 / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. С. 88 – 103.
16. Борщ, В. І., Рудінська, О. В., & Кусик, Н. Л. (2022). *Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я* (навч. посібник). Олді+.
17. Бужимська К. О., Царук І. М. Механізми управління розвитком підприємства: сутність і структура. *Бізнес-інформ*. 2020. № 7. С. 278-287.
18. Василенко Н. В. та ін. (2022). Роль публічного управління у формуванні нової моделі державного регулювання охорони здоров'я: вітчизняний та

- зарубіжний досвід. *Міжнародний науковий журнал "Інтернаука". Серія : Економічні науки.* 2022. № 8. С. 9-14.: http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnjie_2022_8_3.
- 19.Васильців Т. Г., Лупак Р. Л., Штець Т. Ф. Обґрунтування стратегічних напрямів, цілей та заходів державної політики реалізації потенціалу ІТ-сектору економіки України. *Підприємництво і торгівля.* 2018. № 23. С. 56-63.
 - 20.Васюк Н. О., Кузюк М. Г. Запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-helth) як важливий напрям трансформації медичної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2022. № 1. – URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2609> (дата звернення: 24.04.2023). DOI: [10.32702/2307-2156-2022.1.37](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2022.1.37)
 - 21.Верба, А. В., Жаховський, В. О., & Лівінський, В. Г. (2017). *Медичне забезпечення Збройних Сил України: стан та погляди на перспективи розвитку* (монографія). СПД Чалчинська Н. В.
 - 22.Вітрова Ю. Медицина в умовах війни: ІТ-революція і розвиток після конфлікту. URL: https://lb.ua/news/2023/09/15/574951_meditsina_umovah_vijni.html
 - 23.Вороненко Ю.В., Михальчук В.М., Радиш Я.Ф. Магістри публічного управління та адміністрування НМАПО імені П.Л. Шупика - нова модель фахівців Національної сфери охорони здоров'я. *Здоров'я суспільства.* Т. 8. № 5. 2019. С. 167 - 173.
 - 24.Всесвітня організація охорони здоров'я: офіційний сайт. URL: <https://www.who.int/>
 - 25.Втрати медичної системи понад два роки війни: 1833 об'єкти медзакладів пошкоджені або зруйновані вцент. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-sistemi-za-ponad-dva-roki-vijni-1833-ob-yekti-medzakladiv-poshkodzheni-abo-zrujnovani-vshent>
 - 26.Вороненко, Ю. В., Кошова, С. П., Михальчук, В. М., & Радиш, Я. Ф. (2021). Здоров'я громадян України—важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави. *Україна. Здоров'я нації*, 1(3), 5-13.

- 27.Гавриченко Д.Г. Глобальні виклики для сфери охорони здоров'я в сучасних умовах. Наука, технології, інновації: тенденції розвитку в Україні та світі: матеріали наук.-практ. конф. (м. Полтава, 27-28 травня 2022 р.). Полтава, 2022. С.42-44.
- 28.Гавриченко Д.Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. *Наукові перспективи*. 2022. №5 (23). С.48-60.
- 29.Гавриченко, Д. Г. (2022). *Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: проблеми теорії та методології* (монографія). ВД «Освіта України», 2022. 434 с.
- 30.Гавриченко Д. Г. Сучасні публічні механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах. *Держава та регіони*. Вип. № 1. 2022. С. 12-17.
- 31.Гайдаєв Ю.О. Наукове обґрунтування моделі впровадження в Україні Державних цільових програм покращання здоров'я нації: Автореф. дис....д. мед. наук. — 14.02.03. — К.: 2007. — 26 с
- 32.Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. Аналітично-порівняльне правознавство. № 6. 2023. С. 189-194. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>
- 33.Ганущак Ю. Самоврядування стимулює розвиток громад і суспільства. *Український інтерес*. <https://uain.press/interview/yurij-ganushhak-samovryaduvannya-stymulyuye-rozvytok-gromad-i-suspilstva-1118270>
- 34.Герасимова О. Л., Подоляну М. В., Чачкова А. В. Адаптація підприємства до змін у зовнішньому середовищі як засіб забезпечення його економічної безпеки. *Інфраструктура ринку*. 2017. Вип. 6. С. 141-146. URL: http://www.market-infr.od.ua/journals/2017/6_2017_ukr/30.pdf
- 35.Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: Монографія. К. : Юрінком Інтер, 2007. 720 с.

36. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с.
URL: <http://dspace.oduvs.edu.ua/handle/123456789/1482>
37. Горбатова Д. І. Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права*: зб. наук. пр. 2019. Вип. 82. С. 54–58. URL: <http://www.apdp.in.ua/v82/10.pdf>
38. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. №3. С. 136-142.
39. Грінченко Р. В. Методи та інструменти формування механізму адаптації підприємства до змін. *Вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки*. 2019. Вип. 34. С. 53–58.
40. Громовик Б. П. Організація роботи аптек. Вінниця, НОВА КНИГА, 2003. 240 с.
41. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*, 30(69), № 2, 2019, С. 102-110.
42. Дацій Н. В., Драган І. В., Малахова Т. В. Ефективні зарубіжні моделі публічного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 20. С. 128-132.
43. Дерезюк А. В., Яремина І. В., Головчанська-Пушкар С. Є., Байдюк І. А. Покращення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з використанням SWOT-аналізу. *Вісник ВНМУ Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова*. 2023, Т. 27, №1. С. 160-165.
44. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

- 45.Державне управління в соціально-гуманітарній сфері: теорія та практика : навч. посіб. / І.І. Хожило, О. Ю. Бобровська, Б. П. Колесніков [та ін.]. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. 211 с.
- 46.Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
- 47.Діденко, Н. Трансформація національної системи охорони здоров'я під час війни й повоєнного відновлення. *National University of Kyiv-Mohyla Academy [et al.]*. Kyiv : NaUKMA, 2023. С. 148-156.
- 48.Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників, ВИПУСК 78 Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 берез. 2002 р. № 117 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html
- 49.Долгіх М. В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7, № 12. С. 16–27.
- 50.Долот В. Д., Дудка Л. А., Ляховченко В. В. Державне регулювання керованої медичної допомоги (за матеріалами літературних джерел). *Економіка та держава*. 2012. № 4. С. 110–112.
- 51.Драгомирецька Н. та ін. (2023). Розвиток понятійно-категорійного апарату у сфері державного управління при забезпеченні біологічної безпеки країни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. №3. С. 57-62. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.3.8>
- 52.Драгомирецька Н.М. Правозахисні громадські організації і вироблення публічної політики з правозахисним підходом. *Наукові інновації та передові технології. (Серія «Управління та адміністрування»)*. 2024. Вип. 2 (30). С. 400-411. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2\(30\)-400-411](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2(30)-400-411)
- 53.Драгунов Д. М. Особливості фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні. *Науковий журнал Причорноморські економічні студії*. Одеса, 2019. № 38(2). С. 88-93.

- 54.Дубина, М. Організаційно-економічний механізм розвитку сфери охорони здоров'я: сутність, морфологія та специфічні особливості функціонування. *Науковий вісник Полісся*. 2023. № 1 (26). С. 238-254.
- 55.Дудка В. В. (2012). *Розвиток державного управління охороною здоров'я на місцевому рівні в Україні*. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління. – Національна академія державного управління при Президентові України.
- 56.Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К.: НАДУ, 2010. 820 сЕлектронна система охорони здоров'я в Україні: сайт. URL: <https://ehealth.gov.ua/>
- 57.Європейська соціальна хартія. офіційний сайт. Страсбург, 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
- 58.Жукова Є.О. Публічне адміністрування та державне управління: особливості співвідношення. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2022. № 2. С. 137-140. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.02.26>
- 59.Забаштанський М. М., Драгунов Д. М., Зуб І. М. Фінансові інструменти стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я в умовах цифрової економіки. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 1(25). С. 159-165. DOI: [https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1\(25\)-159-165](https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1(25)-159-165)
- 60.Зайцев, А. С., Драгомирецька, Н. М., & Мацегора, Н. А. (2023). Розвиток понятійно-категорійного апарату у сфері державного управління при забезпеченні біологічної безпеки країни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (3), 57-62. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.3.8>
- 61.Замчий, С. В., Карамишев, Д. В., Гордієнко, Л. П., & Коршенко, А. В. Ризик-орієнтований підхід до управління розвитком системи охорони здоров'я на засадах кризового менеджменту. *Публічне управління XXI століття: нові виклики і трансформації*, 440-443.<http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/20914/1/%D0%97%D0%B>

- [1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%9A%D0%BE%D0%B
D%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81_2024%20%281%29.pdf#page=441](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/10_2021/5.pdf)
62. Запорожець, Т. В. (2021). Цифрові трансформації системи охорони здоров'я в умовах реформування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/10_2021/5.pdf
63. Запихляк І.Б., Зелінська Г.О., Побігун С.А. Підходи, методи та інструменти управління змінами в системі управління розвитком підприємства. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2018. №23. С. 204-209.
64. Захарчин Р.М. Сучасні виклики щодо формування економічної стратегії розвитку підприємства. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2014. Вип. 24.7. С. 245–250.
65. Зима І. Я. Теоретичні основи формування механізму державного управління охороною здоров'я та співпраці з міжнародними організаціями. Стратегія і тактика державного управління. 2019. № 3-4. С. 25–31. URL: <http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/18312>
66. Зуб І. Сучасні передумови розвитку організаційно-економічного механізму сфери охорони здоров'я України. *Науковий вісник Полісся*. 2023. № 1(26). С. 86-98. DOI: [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1\(26\)-86-98](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1(26)-86-98).
67. Іванов Ю. Б. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Економіка та управління національним господарством. Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.
68. Іванчов П. В. Державне управління трансформацією медичної системи на ринкових засадах.: автореф. дис. ... д. е. н. : 08.00.03 - Економіка та управління національним господарством. – 2021.
69. Кабінет Міністрів України. (2023, 28 лютого). Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова № 174. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
70. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: Магістр, 2006. 401 с. 98.

- 71.Карамишев, Д. В., Суворов, В. П., & Дідок, Ю. В. (2023). Багаторівневе управління комплексною безпекою та формування національної екосистеми стійкості в умовах гібридної агресії. *Публічне управління XXI століття: Нові виклики і трансформації*, 33.
- 72.Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 161–164. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf
- 73.Квітка, С., & Миргородська, М. (2024). Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення. *Аспекти публічного управління*, 12(1), 14-21. <https://doi.org/10.15421/152402>
- 74.Князевич В. М., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень. *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 7. С. 105–110.
- 75.Коваленко Н.В. Організаційне забезпечення управління розвитком підприємств: цілі, принципи, функції та завдання. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2019. №4. С. 69-77.
- 76.Козак К. Б. Механізми адаптації підприємств агропромислового виробництва до траєкторії сталого економічного розвитку. *Економічний простір*. 2020. № 162. С. 30-36. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/bitstream/123456789/5683/1/Kozak.pdf>.
- 77.Козуліна С.О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. - О., 2004. - 20 с.
- 78.Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. №2 (12). С. 38-52.
- 79.Коломоець А. В., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Логістика управління в сучасному медичному закладі: основні механізми організації.

- Український журнал медицини. Медичні науки.* 2020. Том 5, № 5 (27). С. 204-211.
80. Комунікація реформ, залучення громадян. (2023, 22 лютого). Медична реформа в Україні: розвиток попри війну. SmartMediaNews. <https://www.smartmedianews.org/post>
 81. Кондратьєва І., Михайлюта В. Розвиток системи охорони здоров'я: політики та інструменти країн Європейського Союзу/ Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 236 с. С. 154-162.
 82. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1996. Ст. 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
 83. Корнійчук, О. П. (2013). Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український медичний часопис*, 4(96), VII/VIII, 20-26.
 84. Корольчук О. Л. Характеристики резильєнтності системи охорони здоров'я : міжнародний досвід для України. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. № 23. С. 35–41. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/44766>
 85. Корчевська Л. О. Адаптаційні та біфуркаційні стратегії управління економічною безпекою підприємства. *Академічний огляд*. 2020. № 1 (52). С. 26-35. DOI: 10.32342/2074-5354-2020-1-52-3.
 86. Корчинський, І. О., & Фірман, Н. А. (2022). Цифрова медицина: особливості та проблеми становлення в Україні. *Цифрова економіка та економічна безпека*, 1(01), 100-105. <https://doi.org/10.32782/dees.1-16>
 87. Котляревський Ю.О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні : автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Х., 2009. 20 с.

- 88.Кравчук, Ю. (2022). Розвиток системи управління господарською діяльністю: особливості закладів охорони здоров'я. *Modeling the Development of Economic Systems*(4), 187–192. <https://doi.org/10.31891/mdes/2022-6-25>
- 89.Кривобок К. В. Обґрунтування сучасного підходу щодо адаптації підприємства до нестійкого зовнішнього середовища. *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. 14. С. 412-420. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/14_ukr/57.pdf
- 90.Кримчак Л., Гарбузюк В., Романюк І. Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації державного управління. *Innovation and Sustainability*. 2022. № 2. DOI: <https://doi.org/10.31649/ins.2022.2.55.60>
- 91.Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології: монографія. Житомир: 2020. 320 с.
- 92.Куйбіда В. С., Шпекторенко І. В. Методологія публічного управління: аспекти її структури, співвідношення, взаємозалежності законів, закономірностей та функцій управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. Вип. 28. С. 14-18.
- 93.Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13-14. С. 110–116. DOI: [10.32702/2306-6814.2021.13-14.110](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.13-14.110)
- 94.Лещенко, В. В., & Радиш, Я. Ф. (2014). Права людини на життя та охорону здоров'я—методологічна основа державного управління здравооохоронною сферою: вступ до проблеми. *Державне управління: теорія та практика*, (1), 104-113.
- 95.Липовська, Н., & Сахарова, К. (2024). Пріоритети європейської державної політики в галузі охорони здоров'я. *Наукові інновації та передові технології*, (11 (39)).С.140-149. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10\(38\)-140-149](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10(38)-140-149).

96. Липовська, Н., & Сахарова, К. (2024). Стратегічні комунікації в умовах війни: публічноуправлінський аспект. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*, (6 (48)).
97. Лісабонська декларація відносно прав пацієнта. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Lisabon_1983.pdf
98. Лобас В.М., Владзимирський А.В. Електронні засоби державного управління охороною здоров'я: Навч. посібн. / В.М. Лобас, А.В. Владзимирський, В.В. Мозговий. Донецьк: Видво "Ноулідж", 2012. 222 с.
99. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. 244 с.
100. Лупак Р. Л., Дідич А. М. Економічні основи забезпечення конкурентоспроможності підприємства в умовах ринкових відносин. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2017. Вип. 20.6. С. 248-252.
101. Маматова Т. В., Кравцова Т. В., Серьогіна Н. К. Системи менеджменту соціальної відповідальності на основі стандартів ISO як фактор забезпечення сталого розвитку. *Управління проектами та розвиток виробництва*. 2019. № 2(70). С.13–23. URL: <http://www.pmdp.org.ua/index.php/ru/2019/2-70-2019?id=1712>
102. Майданик Р. Єдиний медичний простір як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України. *Медичне право*, 2013. № 1 (11). С. 33-42.
103. Мачуга Н. З. Економічні важелі впливу на формування проякісної моделі системи охорони здоров'я України: концептуалізація та методологія: монографія. Тернопіль: Крок, 2015. 184 с.
104. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія; За заг. ред. М. М. Білинської, Н. О. Басюк, О. Д. Фірсової. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.
105. Медична реформа в Україні: розвиток попри війну. Комунікація реформ, залучення громадян. 22 лютого 2023 р. URL: <https://www.smartmedianews.org/post>

106. Мельниченко О. А., Овчарова Ж. М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 4. С. 40-46. DOI: <https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2022.4.5>
107. Мезенцева Н. Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр: 25.00.01. Київ, 2010. 20 с
108. Миколенко О. М. Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. *Правова держава*. 2019. № 35. С. 44-53.
109. Миронов А. Г. Адміністративно-правове забезпечення державного контролю у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д.філософ : 081 - Право. Право. – 2020.
110. Михайлюта В. (2024). Забезпечення адаптації медичних підприємств України до роботи в умовах воєнного стану. *Суспільство та національні інтереси*, (7), 681-690. <http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/16301/16373>
111. Михайлюта В. (2024). Управління медичним закладом в умовах кризового стану: організаційні аспекти. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*, (9), 252-262. <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/15156/15226>
112. Михайлюта В. (2023). Передумови ефективного управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, (4), 54-60. <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-4-8>
113. Михайлюта В. (2023). Забезпечення економічної стійкості медичних підприємств територіальної громади. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада»-2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 281-283).
114. Михайлюта В. Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання : матеріали Міжнародної науково-

- практичної конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» / за заг. ред. І. І. Рекуненка, В. В. Сулим. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 409 с. (авт. С. 94-98).
115. Михайлюта В. Медична галузь Дніпропетровщини у фокусі міждержавної співпраці: Україна – Чехія. Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України : матеріали XX наук.-практ. конф. 18 травня 2023 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. – Дніпро: НТУ ДП, 2023. – 162 с. (авт.С.88-89).
116. Михайлюта В. Розвиток цифрової медицини в Україні: ключові аспекти / Цифрове суспільство: управління, фінанси та соціум: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2023. – Том 2. – 259 с. С. 231-215.
117. Михайлюта В. Надання медичної допомоги військовослужбовцям з проявами порушень психічної сфери: управлінські аспекти. Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах: матер. IV Всеукр. форуму (Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». 146 с. С. 43-45.
118. Михайлюта В. Розвиток медичних установ на засадах проектного підходу: співпраця з країнами ЄС / Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20 лют. 2024 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Л. В. Гонюкової. Київ: Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2024. 294 с. С. 175-176.
<https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2091/files/498c572d-c229-48d4-b090-f02ea2824af1.pdf>
119. Михайлюта В. Правові основи побудови та функціонування спроможної мережі медичних підприємств в Україні. Практичні та теоретичні питання розвитку науки та освіти: матеріали XIII Міжнародної

- науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 грудня 2024 року. – Львів : Львівський науковий форум, 2024. – 102 с. С.18-19.
120. Міністерство охорони здоров'я України. офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>
 121. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за наук. ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
 122. Мосійчук І.В. (2016). Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. *Сталий розвиток економіки*, №1, с. 30-48.
 123. Набхан О. В., Моїсеєнко Р. О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 110–116. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.5.110
 124. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf
 125. Назарко, С. О. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління*, № 4 (20), 2021. С. 170-175.
 126. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою» від 06.09.2022 року № 1600. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1102-22#Text>
 127. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>
 128. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025: офіційний сайт. URL: https://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf 152

129. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015-2020. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
130. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
131. Ляшко В, Півень Н, Брага М, Короленко В та ін. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. Операційний посібник. К.: Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2019. 62 с.
132. Організація Економічного Співробітництва та Розвитку. URL: <https://www.oecd.org/>
133. Орлова Н. С., Бурик З. М. Державна інформаційна політика в сфері охорони здоров'я. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2021. № 2 (14). С. 233–242.
134. Офіційний веб-портал Верховної Ради України. Проект Закону про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64508
135. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL: <https://mof.gov.ua/storage/>
136. Офіційний веб-сайт проекту «Поліпшення послуг у сфері охорони здоров'я та соціального захисту». <https://www.giz.de/en/worldwide/83322.html>
137. Офіційний сайт Державної служби статистики в Україні – <https://www.ukrstat.gov.ua>
138. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини. *Україна: події, факти, коментарі*. 2018. №3. https://www.nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=3333:silska-meditsina-v-konteksti-medichnoji-reformi-2&catid=64&Itemid=376
139. Пархоменко-Куцевіл О. Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади.

- Науковий вісник. Державне управління.* 2022. № 1(11). С. 166–185. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1\(11\)-166-186](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-166-186)
140. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Український медичний часопис.* 2017. № 2. С. 1–6.
 141. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.04. — Х., 2010. — 37 с.
 142. Перелік надавачів медичної допомоги, визначених для надання стаціонарної допомоги пацієнтам з COVID-19 за договором з НСЗУ: сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/likarni-covid>
 143. Петренко В. О. Організаційно-правові дослідження лікарської корекції нікотинової токсикоманії: автореф. дис. ... канд. фармац. наук : 15.00.01. — Х., 2010. — 24 с
 144. Петрух О. А., Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід.* 2018. Вип. 21. С. 83–86.
 145. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я: підручник: у 2 т / авт. кол.: М.М. Білинська, Н.О. Васюк, Л.І. Жаліло та ін.; ред. кол.: В. М. Князевич (голова), Т.П. Юрочко (заст. голови), Я.Ф. Радиш (заст. голови), Л.І. Жаліло (заст. голови). Нац. акад. держ. упр. При Президентові України. Київ: НАДУ, 2017. Т.1. С. 81.
 146. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, ЄРБ ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 147. Пристая М.М. Система органів публічного управління закладами охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*, № 9, с. 63-70. 257-259. http://lsej.org.ua/9_2023/63.pdf
 148. Про внесення змін до Конституції України (щодо стратегічного курсу держави на набуття повноправного членства України в Європейському Союзі та в Організації Північноатлантичного договору): закон України від 7 лютого 2019 року № 2680. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2680-19#Text>

149. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
150. Програма ПРООН із підвищення стійкості та відновлення. Реагування на війну в Україні: сайт. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine>
151. Проект розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024–2026 роках» URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategija> Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану: Наказ МОЗ України від 26.02.2022 р. № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> 212.
152. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%-BF#Text> 213.
153. Про затвердження Єдиного термінологічного словника з питань управління якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я 421 України від 20 липня 2011 р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text>
154. Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 січня 2020 року № 23-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/23-2020-%D1%80#Text>
155. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п> 219.
156. Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2011 р. № 1008. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1008282-11#Text> 220.

157. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2017 р. № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text>
158. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
159. Проектний менеджмент у публічному управлінні: підручник / кол. авт.; за наук. ред. Ю. П. Шарова. К. : НАДУ, 2017. 344 с.
160. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>
161. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07 грудня 2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>
162. Про переведення єдиної державної системи цивільного захисту у режим надзвичайної ситуації: розпорядження КМУ від 25 березня 2020 р. № 338-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/338-2020-%D1%80#Text>
163. Прокопенко О.В., Щербаченко В.О., Кулібаба В.С. Завдання антикризового управління у сфері охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. Health Economics and Management Review (HEM). Том 1 Випуск 2, 2021 С. 16-23. DOI: <https://doi.org/10.21272/hem.2020.2-02>
164. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14 листопада 2017 року № 2206. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
165. Про підвищення доступності та якості надання медичної офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. Прес-центр. URL: <https://moz.gov.ua/pres-centr>
166. Про Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text>

167. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: закон України від 7 липня 2011 року № 3612. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>*
168. Про порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239/95-вр>
169. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: закон України 16 вересня 2014 року № 1678. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#n2>
170. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
171. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>
172. Про утворення та ліквідацію районів: постанова Верховної Ради України від 17.07.20 № 807-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>
173. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
174. Про утворення Офісу координації розвитку електронної охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 06.12.2022 № 2204
175. Публічна політика та суспільні зміни в Україні в контексті євроінтеграції: монографія / авт. кол. : С.О. Телешун, С.В. Ситник, І.В. Рейтерович, О.Г. Пухкал та ін. ; за заг. ред. С.О. Телешуна, д-ра політ. наук, проф. Київ : НАДУ, 2017. 248 с.
176. Публічне управління: термінол. слов. / уклад.: В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та інших Київ: НАДУ, 2018. 224 с. URL: https://www.dut.edu.ua/uploads/l_888_37081450.pdf

177. Радиш Я.Ф. Дослідження державної освітньої політики як інструменту інтелектуально-духовного розвитку суспільства і держави (за матеріалами літературних джерел). Партнерство в освіті: виклики та перспективи. Науковий вісник КВНЗ "Вінницька академія неперервної освіти". Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції. Вінниця: ТОВ "Віндрук", 2017. Випуск № 2. С. 6—13.
178. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3 (57). С. 162–168. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf) 250.
179. Рогова О. Г. Адаптація законодавства України у сфері охорони здоров'я до європейських стандартів. Актуальні проблеми державного управління. 2018. № 1 (53). URL: <https://periodicals.karazin.ua/apdu/article/view/20037>
180. Роговий А. Концептуальні засади стратегічного управління сферою охорони здоров'я / А. Роговий, Л. Ремньова // Науковий вісник Полісся. 2022. – № 2(25). С. 20-32.
181. Рожкова І. В., Солоненко І. М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні: монографія. Київ: Фенікс, 2008. 160 с.
182. Рудий В.М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні : Автореф. дис... канд. наук з держ. управління: 25.00.02. — К., 2006. — 20 с.
183. Рудік, О. М. (2020). Європейський Союз охорони здоров'я як напрям подальшого поглиблення інтеграції ЄС. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип, 4(47), 147-154. URL: DOI: <https://doi.org/10.33287/1020204>
184. Рябець Д. М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти. *Економічні горизонти*. 2018. № 4 (7). С. 164–174. DOI: 10.31499/2616-5236.4(7).2018.212757

185. Рябець К. Система та сутність загальних функцій державного управління у сучасний період. *Науковий вісник. Державне управління*. 2022. № 1 (11). С. 207–221. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1\(11\)-207-221](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-207-221)
186. Сабецька Т. І. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. Випуск № 27. 2021. С. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/466/448>
187. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я. Рівне, 2018. 168 с.
188. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід* № 16, 2021, С. 86-92. DOI: 10.32702/23066814.2021.16.86
189. Самойлик Ю. В., Погребняк Л. О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 19-20. С. 161-166. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.19-20.161>
190. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. <https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.5.88>
191. Скрипник О.А. Особливості управління медичним підприємством в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2022. № 2 (32). С. 68 – 76. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-07>
192. Скрипник О.А. Публічне управління розвитком системи охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах: інтеграція та новий інструментарій. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.1.16>
193. Слабкий Г., Лехан В. Уроки пілотних регіонів – орієнтир для майбутніх реформ? Ваше здоров'я. 2016. № 43-44. С.12–13.

194. Солоненко І. Сабліна Л., Єна Л. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2020. Вип. 2. С. 100-109. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2020_2_14
195. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: офіційний сайт. URL: <https://www.euro.who.int/en/home>
196. Станасюк Н., Мінко, А. Використання методу SWOT-аналізу як передумова запровадження стратегічного управління в закладах охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. № 52. 2023. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-52-16>
197. Стахів О. В. Макроекономічні та соціальні передумови системного розвитку закладів охорони здоров'я в Україні. *Modeling the Development of the Economic Systems*. 2022. № 3. С. 109-114.
198. Стахів О. В. Методичні засади та специфіка управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2022. № 2. Том 1. С. 61-67.
199. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.
200. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. <http://surl.li/ktlzwm>
201. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Новини медицини та фармації*. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/20562>
202. Телешун С.О., Ситник С.В., Рейтерович І.В. Міжсекторальні взаємодії як основа публічного управління: навч. посібник. Київ: НАДУ, 2018. 224 с.
203. Терська, С. Б., & Баштанник, В. В. Інтегровані системи публічного управління в умовах системних викликів. *Публічне управління XXI століття: нові виклики і трансформації*, 281-285.

- http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/20914/1/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81_2024%20%281%29.pdf#page=282
204. Тихомирова Т.О. Реалізація державної політики охорони здоров'я в системі МВС України: адміністративно-правовий аспект : автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.07. – К., 2010. – 20 с.
 205. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С.83-86.
 206. Трансформація системи охорони здоров'я створила умови для розвитку ринку медичних спеціальностей, - НСЗУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/transformaciya-sistemi-ohoroni-zdorovya-stvorila-umovi-dlya-rozvitku-rinku-medichnih-specialnostej-nszu>
 207. Трощинський В. П. Тенденції розвитку організаційнофункціональної структури державного управління етнонаціональними процесами в Україні. *Аналітика і влада*. 2012. № 6. С. 132–138. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/avlad_2012_6_22
 208. Угода про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/998_012#Text
 209. Указ Президента України «Про введення воєнного стану» від 24 лютого 2022 року № 64. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
 210. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт 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
 211. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. – Л., 2010– 20 с.

212. Фуртак І., Варава А. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник*. 2011. Вип. 6. С. 25–28.
213. Хмелік В. Аналіз сучасного стану та тенденції розвитку сфери охорони здоров'я України. *Вісник Хмельницького національного університету*. № 1. 2024. С. 18-22
214. Хожило І.І. (2023). Охорона респіраторного здоров'я як напрям державної політики України: наукова дискусія у фокусі пандемії та війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. № 4. С.1-8. DOI:10.51547/ppp.dp.ua/2023.4.10
215. Хожило, І. І., & Михайлюта, В. В. (2023). Готовність системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах: досвід Новомосковського району. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права* (2), 55-60.
216. Чехія три роки виділятиме Україні по 20 мільйонів доларів. <https://www.dw.com/uk/cehia-vidilatime-ukraini-soricno-20-miljoniv-dolariv-do-2026-roku/a-63610114>
217. Черниш , В., & Баштанник , В. (2023). Інституційні виклики для системи публічної влади в особливих режимах адміністрування. *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*, (August 18, 2023; Cambridge, UK), 48–49. <https://doi.org/10.36074/logos-18.08.2023.12>
218. Чикаренко І. та ін. (2022). Смарт-спеціалізація в рамках реформованої політики згуртованості європейської комісії: нові пріоритети та виклики. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. № 6. С. 91-99. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.6.14>
219. Шевчук Р. В. Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні : автореферат дис. – д. держ. упр. : 25.00.02. – 2024
220. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони

- здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Вісник THEU*, 4, 2018. С. 168–180.
221. Шпекторенко І.В. Структура та методологія управлінської діяльності. *Державне управління та місцеве самоврядування*: зб. наук. пр. ДРІДУ. Вип. 3 (38). 2018. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2018. С. 46-52 (співавт. Є. І. Бородін) [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_03\(38\)/8.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_03(38)/8.pdf)
 222. Шатило В.Й. та ін. Удосконалення підготовки медичних сестер в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 3. С. 93–96.
 223. Щиріна К.В., Толстанов О.К. Взаємозв'язок рівня захворюваності територіальної громади та антикризового управління в закладі охорони здоров'я. *Лікарська справа*. 2023. № 1. С. 61-71. DOI: <https://doi.org/10.31640/LS-2023-1-05>
 224. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил: наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 379. https://moz.gov.ua/uploads/7/36086-dn_379_25_02_2022.pdf
 225. Яворська, О. О., Радчук, Д. І., Яворський, А. В., Лантух, Д. О., & Сосулев, Є. І. Вплив пандемії COVID-19 на безпекову стійкість підприємств. *Друкується за рішенням Вченої ради державного вищого навчального закладу «Донецький національний технічний університет» (протокол № 11 від 27.12. 2022).*, 228- 238. <https://visnyk.donntu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/10/21.pdf>
 226. Ягельська К. Ю. Організаційно-економічні особливості трансформаційної моделі охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2020. Том 31 (70). № 6. С. 83-88. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/31_70_6/16.pdf
 227. Ямненко Т. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npna_u_2018_2_18.

228. Яремко І.І. Антикризове управління закладами сфери охорони здоров'я. *Молодий вчений*, № 11 (99), 2021. С. 272-277
229. **17 Goals to Transform Our World. United Nations.** URL: <https://sdgs.un.org/>
230. Angeli F, Montefusco A. Sensemaking and learning during the COVID-19 pandemic: A complex adaptive systems perspective on policy decision-making. *World Dev* 2020;136:105106
231. Bashtannyk, V. et al. (2022). Humanization of public administration in the conditions of transformation processes: European experience for Ukraine / Bashtannyk, V., Goncharuk, N., Zayats, D., Ragimov, F., Boiko, N., Karpa, M. *Ad Alta: Journal of interdisciplinary research*, 12 (1), XXV, 60-66. https://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/162991/%d0%91%d0%b0%d1%88%d1%82%d0%b0%d0%bd%d0%bd%d0%b8%d0%ba_14%20%2b.pdf?sequence=1&isAllowed=y
232. Bodenheimer T, Sinsky C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713. PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781.
233. Borshch V. I., Maslennikov Ye. I., Truba V. I., Tokarchul L. M. Publicprivate partnership as an investment and innovation tool for medical facilities: a case of Ukrainian healthcare. *Wiadomości Lekarskie*. 2019. Tom LXXII. Nr. 11. Cz. I. Pp. 2155-2160.
234. Donabedian, A. (1988). *"The Quality of Care: How Can It Be Assessed?"*. *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>
235. Gaievskaya, L., Kveliashvili, I., Lipovska, N., Ieroshkina, O., Niema, O. & Kokhalyk, K. (2021). Theoretical foundations of innovation in public administration. *Ad Alta. Journal of interdisciplinary research*, 11(1-XVII), 6-10. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/110117/papers/A_01.pdf
236. Choflet A, Packard T, Stashower K. Rethinking organizational change in the COVID-19 era. *J Hosp Manag Health Policy* 2021;5:16. doi: 10.21037/jhmhp-21-11

237. EU. European Health Union. URL: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en
238. EU Global Health Strategy.2022. URL: https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_en
239. EU. Global Health Summit in Rome, May 21, 2021. Rom Declaration. URL: https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en
240. Health System Reform Strategy for Ukraine 2015-2025. URL: http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/SAG_Strategy_draft_22_11_ENG.pdf.
241. Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance Challenges in Global Health
New England Journal of Medicine, 368, 936-942. DOI: 10.1056/NEJMr1109339
242. Information and communication technologies in public management of the
healthcare institutions network during COVID-19 pandemics / Samofalov DA,
Izhytska NV, Dragomyretska NM, Lyashenko AV. // Wiad Lek.
2020;73(11):2535-2542. PMID: 33454697. DOI: [10.36740/WLek202011136](https://doi.org/10.36740/WLek202011136)
243. Khozhylo, I., Lipovska, N., Chernysh, O., Antonova, O., Diegtiar, O.,
Dmytriieva, O. Implementation of smart-city tools as a response to challenges in
sociohumanitarian field in ukrainian metropolises. *Acta Logistica*, 2022, 9(1), стр.
23–30
244. Kraje z najlepszą opieką zdrowotną. Jak wypadła Polska? [RANKING].
URL: <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/kraje-z-najlepsza-opieka-zdrowotna-jak-wypadla-polska-ranking/pdr0zk7#:~:text=Ranking%20kraj%C3%B3w%20z%20najlepsz%C4%85%20opiek%C4%85,wynik%2091%20pkt%20na%20100>
245. Law of Ukraine No. 2801-XII dated November 19, 1992 "Basics of
Ukraine's legislation on health care" (with amendments). URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
246. Lipovska N. al. (2022). Availability and quality of medical services in
Ukraine under martial law conditions: aspects of management. Archiv

EuroMedica. 2022. 12; sp: e1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.

247. Local self-government in the focus of the medical reform in Ukraine: Analysis of powers
Khozhylo, I., Nadyuk, Z., Antonova, O., Tarasenko, T., Serohina, T. Theoretical and Empirical Researches in Urban Management, 2020, 15(2), стр. 22–38. URL: <http://www.um.ase.ro/no152/2.pdf>
248. Lupak R., Boiko R., Kunytska-Iliash M., Vasylytsiv T. State management of import dependency and state's economic security ensuring: New analysis to evaluating and strategizing. Accounting. 2021. № 7 (4). P. 855-864.
249. Khozhylo I., Borodin Ye., Shevtsov V. (2019), Transformation of the management system in dentistry: european models for Ukraine. Archiv euromedica. Vol. 9. Num. 3. P. 5 – 7. URL: http://www.ewg-board.eu/archiv-euromedica/archiv_euromedica_03-2019/archiv_euromedica_03_2019_maket_24_12_2019_ARICLE_1.pdf, <https://doi.org/10.35630/2199-885X/2019/9/3.1>
250. Vadym Mykhailiuta, Iryna Khozhylo. International cooperation in the field of health care: practical experience of a ukrainian hospital. Moderní aspekty vědy: XLVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 598. (p. 33-43).
251. Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business Review Press.
252. Skrypnyk A. Et al. SWOT-analysis of models of organization of provision of primary health care in the united territorial communities / Skrypnyk Alexandr // Tallinn, Publisher «Scientific Route», European Union, «EUREKA:Health Sciences». Number 6 (2019). p. 65-71. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2019.001052>
253. Chykarenko I. A. al. (2020). Organizational and Legal Aspects of Elaboration of Amalgamated Territorial Communities Sustainable Development Strategies (Організаційно-правові аспекти розробки стратегій сталого розвитку

- об'єднаних територіальних громад). International Journal of Management. Vol. 11. Iss. 05. P. 1084-1093. DOI: 10.34218/IJM.11.5.2020.099
254. On the ratification of the Association Agreement between Ukraine, on the one hand, and the European Union, the European Atomic Energy Community and their member states, on the other hand: Law of Ukraine dated September 16, 2014 № 1678. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#n2>
255. Ukraine received the status of an EU candidate country. Government portal. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/ukrayina-otrimala-status-kandidata-nachlenstvo-v-yes>
256. Ukraine: review of the healthcare funding reform 2016–2019. Joint report of WHO and the World Bank. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf
257. United Nations. Resolution against Ukraine invasion: Full text. URL: <https://www.aljazeera.com/news/2022/3/3/unga-resolution-against-ukraine-invasion-full-text>
258. Ustinov. International healthcare partnership: the 45th memorandum on cooperation has already been signed. Ukrainian medical journal. June 14, 2024. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-255313-yevrointegratsiya-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya-dosyagnennya-za-2-roki
259. WHO. Coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
260. WHO. (2000). *"The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance."* <https://iris.who.int/handle/10665/42281>

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

МИХАЙЛЮТИ ВАДИМА ВІКТОРОВИЧА

Наукові праці, статті у монографіях (в т.ч. у зарубіжних):

1. Vadym Mykhailiuta, Iryna Khozhylo. International cooperation in the field of health care: practical experience of a ukrainian hospital. Moderní aspekty vědy: XLVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 598. (p. 33-43).

Авторський внесок: збір первинної інформації, ідея наукового дослідження, формулювання наукових висновків дослідження

2. Кондратьєва І., Михайлюта В. Розвиток системи охорони здоров'я: політики та інструменти країн Європейського Союзу / Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 236 с. С. 154-162.

Авторський внесок: ідентифікація та опис інструментів політики країн Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я, інфографіка до тексту статті

Наукові праці, статті

3. Михайлюта В. (2023). Передумови ефективного управління медичним підприємством в умовах пандемічної загрози. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, (4), 54-60. <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-4-8>

4. Хожило, І. І., & Михайлюта, В. В. (2023). Готовність системи охорони здоров'я територіальних громад до роботи в надзвичайних умовах: досвід

Новомосковського району. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права* (2), 55-60.

Авторський внесок: збір первинної інформації за темою наукової статті, статична обробка даних, формулювання висновків дослідження.

5. Михайлюта В. (2024). Управління медичним закладом в умовах кризового стану: організаційні аспекти. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*, (9 (51)). 252-262.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/15156/15226>

6. Михайлюта В. (2024). Забезпечення адаптації медичних підприємств України до роботи в умовах воєнного стану. *Суспільство та національні інтереси*, (7 (7)). 681-690.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/16301/16373>

Наукові праці, тези доповідей на науково-практичних комунікативних заходах:

7. Михайлюта В. (2023). Забезпечення економічної стійкості медичних підприємств територіальної громади. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада»-2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 281-283).

8. Михайлюта В. Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» / за заг. ред. І. І. Рекуненка, В. В. Сулим. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 409 с. (авт. С. 94-98).

9. Михайлюта В. Медична галузь Дніпропетровщини у фокусі міждержавної співпраці: Україна – Чехія. Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України : матеріали XX наук.-практ. конф. 18

травня 2023 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. – Дніпро: НТУ ДП, 2023. – 162 с. (авт.С.88-89).

10.Михайлюта В. Розвиток цифрової медицини в Україні: ключові аспекти / Цифрове суспільство: управління, фінанси та соціум: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2023. – Том 2. – 259 с. С. 231-215.

11.Михайлюта В. Надання медичної допомоги військовослужбовцям з проявами порушень психічної сфери: управлінські аспекти. Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах: матер. IV Всеукр. форуму (Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». 146 с. С. 43-45.

12.Михайлюта В. Розвиток медичних установ на засадах проектного підходу: співпраця з країнами ЄС / Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20 лют. 2024 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Л. В. Гонюкової. Київ: Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2024. 294 с. С. 175-176.
<https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2091/files/498c572d-c229-48d4-b090-f02ea2824af1.pdf>

13.Михайлюта В. Правові основи побудови та функціонування спроможної мережі медичних підприємств в Україні. Практичні та теоретичні питання розвитку науки та освіти: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 грудня 2024 року. – Львів : Львівський науковий форум, 2024. – 102 с. С.18-19.

Додаток Б

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»
Навчально-науковий інститут
державного управління



MINISTRY OF EDUCATION
AND SCIENCE OF UKRAINE
Dnipro University of Technology
Educational and Research
Institute of Public Administration

01.11.2024 № 12-34/165

ДОВІДКА про участь у науково-дослідних роботах

Видана *Михайлюті Вадиму Вікторовичу* про те, що він дійсно брав участь у виконанні науково-дослідних робіт (далі – НДР) кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме:

– 01.09.2023 до 01.09.2024 – виконавець теми НДР «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022; затверджена Вченою радою університету 12.05.2022 р., протокол № 5).

Особистий внесок: наукове обґрунтування організаційно-правових підходів щодо імплементації просвітопеєвських принципів публічного адміністрування сфери охорони здоров'я на територіально-об'єктовому рівні в рамках моделі доказової практики щодо функціонування та розвитку медичних некомерційних підприємств в умовах невизначеності, криз та війни з метою надання медичних послуг зі збереження життя та зміцнення здоров'я жителів територіальної громади.

Результати дослідження були використані під час викладання таких навчальних дисциплін: «Громадське здоров'я» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування, а також увійшли до наукових публікацій В.В.Михайлюти, що готувалися під час виконання наукової теми.

Директор
навчально-наукового інституту
державного управління
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»



Свгеній БОРОДІН

Додаток В

Громадська наукова організація «Міжнародний центр з розвитку науки і технологій»
 (Державний реєстраційний номер: 1494300)
 Україна, 01135, м. Київ, вул. Павлівська, буд. 22, оф. 12
 Телефон/факс: (044) 222-5-889

Вих. № 2709-2024-1838
«27» вересня 2024 року

ДОВІДКА
про участь у науковій темі

Видана Михайлюті Вадиму Вікторовичу, здобувачу третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти НТУ Дніпровська політехніка», про те, що він дійсно бере участь у виконанні науково-дослідної теми: «Управління проектами розвитку громадянського суспільства в Україні» (Номер державної реєстрації 0118U100227), яка виконується ГО «Міжнародний центр з розвитку науки і технологій» зокрема, як відповідальний виконавець підрозділу 17.1 «Наукові основи розвитку медичних закладів в Україні» (Договір про виконання науково-дослідних робіт № 09/763-1838 від «27» вересня 2024 року. Строк дії договору: до «27» вересня 2025 року).

Голова ГО «Міжнародний центр
 з розвитку науки і технологій»
 К.е.п., доцент



О. Русіна