

*Пояснювальна записка
до кваліфікаційної магістерської роботи*

на тему:

***Особливості публічного управління
в галузі медицини (на прикладі КП
«Рівненський обласний госпіталь
ветеранів війни» РОР)***

21м

Виконала: студентка 2 курсу, групи ДСз-

спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
освітньої програми
«Державна служба»

Патійчук Катерина Романівна

Керівник: к.пед.н., доцентка кафедри
менеджменту та публічного
врядування

Мартинюк Галина Федорівна

Рецензент: Мотовиляк О.Б. завідувачка
приймально-діагностичного
відділення РОГІВв

Звіт подібності

метадані

Заголовок

відпрацьовано varictetelaa.docx

Автор

Патітчук Катерина Романівна

Назва файлу / Експорт

Патітчук Катерина Романівна

Назва

National University of Water and Environmental Engineering

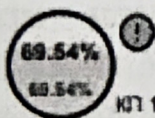
Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв	0	5
Інтервали	A	1
Мікропробіли	0	64
Білі знаки	0	0
Парафрази (SmartMarks)	a	261

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності означає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають тавтологію. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КІТ 1



КЦ

25

Детальний звіт для конфіденційності 2

21201

Кількість слів

170074

Кількість знайдено

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Копія тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Копія тексту

Порядковий номер	Назва та адреса джерела (URL (назва бази))	Відсоток (коefficient) слів (кількість)
1	https://ir.vtei.edu.ua/g.php?frame=29029.pdf	1566 7.39 %
2	https://ir.vtei.edu.ua/g.php?frame=29029.pdf	710 3.35 %
3	https://ir.vtei.edu.ua/g.php?frame=29029.pdf	621 2.48 %
4	https://ir.vtei.edu.ua/g.php?frame=29029.pdf	518 2.44 %
5	https://www.bestreferat.ru/referat-226325.html	379 1.79 %
6	http://ir.podissiauniver.edu.ua/bitstream/123456789/13299/1/Initskiy_VV_KR_281_2022.pdf	363 1.71 %

Рівне – 2024

ЗМІСТ

Вступ

**РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО
УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ.....**

1.1. Сутність і зміст управлінської діяльності

1.2. Основні засади публічного управління діяльністю медичних установ

1.3. Організаційна структура публічного управління госпіталю

Висновки до розділу 1

**РОЗДІЛ II. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В
ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ**

2.1. Аналіз публічного управління медичних установ

2.2. Фінансове забезпечення публічного управління діяльністю медичних
установ в умовах воєнного стани.

2.3. Проблеми та виклики медичних установ в умовах воєнного стану.

Висновки до розділу 2

**РОЗДІЛ III. Шляхи вдосконалення публічного управління в галузі
медицини на прикладі госпіталю**

3.1. Медична реформа та її вплив на публічне управління медичними
установам в умовах воєнного стану

3.2. Пропозиції щодо публічного управління діяльністю
медичних установ в умовах воєнного стану

3.3 Пріоритетні напрямки вдосконалення

Висновки до розділу 3

ВИСНОВОК

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Вступ

Актуальність теми дослідження. На сьогоднішній день публічне управління діяльністю медичних установ спрямоване на організацію та оптимальне функціонування галузі. У мирний час реформи у сфері охорони здоров'я були спрямовані на перетворення, зміну інститутів, медичних установ, удосконалення механізмів державного управління між ними. В умовах воєнного стану питання публічного управління діяльністю медичних установ залишається актуальним, оскільки нагальними є заходи щодо відновлення медичної інфраструктури, відновлення складу медичного персоналу, налагодження логістичних зв'язків тощо. Інтенсивні бойові дії значно пошкодили сектор охорони здоров'я. З прикрістю констатуємо, що у перший день війни (24 лютого 2022 року) 817 об'єктів медичної інфраструктури було зруйновано частково, 122 – повністю знищено. Розорено п'ятсот (500) аптек, поруйновано і транспортні засоби, зокрема вісімдесят п'ять карет швидкої допомоги були виведені з ладу, викрадено окупантами понад сто п'яти (105) машин. На відновлення інфраструктури медичних закладів знадобиться понад 35 млрд 808 млн. грн. А на будівництво нових лікарень на місці зруйнованих потрібно не менше 15 млрд грн.

Пошкодження можна оцінити попередньо майже на тридцять п'ять мільярдів гривень. Та найстрашніше, що внаслідок ворожої агресії в Україні загинули медичні працівники, значна частина лікарів та медичного персоналу отримали поранення.

Реалізація прав людини на якісні медичні послуги в мирний час, вивчення досвіду організації медичної галузі в європейських країнах спонукало до змін у державній політиці України, зокрема щодо реформування системи охорони здоров'я, створення ефективної національної моделі управління нею. Однак, нові реалії змушують нас

долучитися до системного аналізу проблеми публічного управління

діяльністю медичних установ в умовах воєнного стану. Зазначене сприяло вибору теми кваліфікаційної роботи.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні аспекти публічного управління діяльністю медичних установ в умовах війни.

Об'єктом дослідження - процес публічного управління діяльністю медичної установи КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР в умовах війни.

Мета роботи полягає в обґрунтуванні теоретичних основ та практичних рекомендацій щодо формування публічного управління діяльністю медичної установи в умовах воєнного стану.

Для досягнення мети роботи необхідно вирішити такі завдання:

- дослідити теоретико-методологічні аспекти публічного управління діяльністю медичної установи;
- проаналізувати особливості публічного управління діяльністю медичної установи в умовах воєнного стану;
- описати шляхи вдосконалення публічного управління діяльністю в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: теоретико-методологічний аналіз відповідних наукових джерел, який використовується для теоретичного обґрунтування дослідження; методи кількісної порівняльної оцінки і якісного аналізу результатів дослідження.

Практичне значення отриманих результатів. Проведені теоретичні обґрунтування та практичні пропозиції щодо особливостей публічного управління діяльністю медичних установ в умовах військових дій, які можуть бути використані органами публічної влади на різних рівнях.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел, що нараховує дев'яносто вісім сторінок та додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ

1.1. Сутність і зміст управлінської діяльності

Ефективність охорони здоров'я полягає у відновленні здоров'я головної складової частини продуктивних сил суспільства - людини, сприяючи зниженню захворюваності, зростанню продуктивності праці, продовженню працездатного періоду. Посилаючись на Долгіх М, « в цілому ефективність охорони здоров'я виражається як міра її впливу і дії на збереження і поліпшення здоров'я населення, що сприяє підвищенню продуктивності праці, зменшенню витрат на охорону здоров'я і соціальне забезпечення» [15].

З метою збільшення тривалості життя, населення, Постановою кабміну було узгоджено « задля укріплення здоров'я і зниження смертності від найбільш значимих захворювань на основі забезпечення доступності медичної допомоги і підвищення ефективності медичних послуг Уряд України напрацював низку законних та підзаконних актів у галузі охорони здоров'я У зв'язку з цим реалізація державних цільових, регіональних програм модернізації охорони здоров'я сприяла розвитку ресурсної бази медичних закладів, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах» [Помилка! Джерело посилання не знайдено.].

Соціально-економічні критерії, що використовуються для оцінки ефективності системи охорони здоров'я, посилаючись на Загнибиду Ю. «повинні відповідати багатьом вимогам, а саме вони повинні бути об'єктивними, адекватними (відповідність критерію реальним завданням діяльності системи), вимірювальними (що означає можливість отримання якісних чи кількісних оцінок для проведення порівняльного аналізу) , чутливими до змін, що відбуваються в системі, стійкими до малих змін

вихідних даних, синтетичними (що означає властивість відображати в сукупності всі істотно важливі напрямки діяльності системи) тощо»

[Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено.].

Васюк Н. О зазначає, що «основними критеріями ефективності державного регулювання системи охорони здоров'я є: успішна реалізація державою функцій гаранта дотримання загального соціально-економічного інтересу суспільства в поліпшенні здоров'я населення; наявність умов, які забезпечують доступність медичної допомоги всім категоріям громадян; визначення співвідношення платної та безкоштовної для населення медичної допомоги, що забезпечує соціальний норматив споживання медичних послуг як заможними, так і слабо соціально захищеними верствами населення; забезпечення ефективності ліцензування фармацевтичної та медичної діяльності » **[Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено.].**

У охороні здоров'я , згідно постанов «пріоритет має надаватися досягненню соціальних цілей, хоча обмеженість ресурсів робить необхідним поєднання соціальних та економічних цілей, що задовольняють суспільну потребу. У зв'язку із цим актуальним є питання результативності роботи лікувально-профілактичних закладів. Під результативністю слід розуміти здатність організації забезпечити досягнення кінцевих результатів, відповідних поставлених меті. Загальна результативність охорони здоров'я повинна оцінюватися не за величиною отриманих доходів, а за такими критеріями:

- ступенем захищеності населення в галузі охорони здоров'я,
- ступенем реалізації прав пацієнтів,

- збільшенням тривалості життя,
- збільшенням народжуваності,
- зниженням захворюваності населення» **[Помилка! Джерело посилання не знайдено.]**.

Іншими показниками соціальної результативності у діяльності організацій управління охороною здоров'я щодо розподілу, наприклад, бюджетних коштів, згідно опису Долгих М « є:

- цільове витрачання;
- використання обласної та муніципальної власності для здійснення гарантій безоплатної медичної допомоги населенню;
- підтримання належного рівня культури медичного обслуговування;
- забезпечення наявності системи безперервного покращення якості медичної допомоги;
- забезпечення наявності механізму згладжування негативних ринкових наслідків у недержавному секторі охорони здоров'я;
- планове охоплення населення диспансеризацією, профілактичними заходами тощо.

Управління неможливе без інформації. Інформацію формують показники, що кількісно та якісно характеризують явище або досліджуваний об'єкт. Поділяють показники діяльності та показники ефективності. І ті, й інші використовують у економічному аналізі з підвищення якості управлінських рішень .

Економічна ефективність - це відношення результату до витрат. У цьому сенсі економічна ефективність охорони здоров'я може бути визначена як частка від поділу суми, яка дорівнює «вигоді» від цього заходу, на суму витрат на нього в грошах. Таким чином можна порівняти суму витрат, витрачених на весь оздоровчий захід, з вигодами від запобігання збитків (наприклад, вигодою може виступати сума економії

від зниження захворюваності, інвалідності, смертності у грошовому вираженні) »[**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**]. Зміст поняття «ефективність» передбачає наявність її вимірювачів (показників).

Насправді ефективність управління часто ототожнюють з ефективністю виробництва та вдаються до допомоги показників ефективності власне економічної діяльності. Тоді узагальнюючими показниками виступають обсяг діяльності, прибуток, рентабельність (з погляду виміру ефективності ці показники мають зростати), а конкретними показниками – ті, що характеризують рівень використання окремих видів ресурсів: матеріальних, фінансових, трудових. Однак сучасні умови вимагають оцінки ефективності та самої системи управління. Тоді необхідно використовувати кількісні показники діяльності у галузі управління охороною здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1

Медичні показник	Соціальні показники
Захворюваність	Звернення до медичних закладів
Смертність	Рівень задоволеності населення якістю медичних послуг
Тривалість життя	Якість життя (компонент пов'язаний із суб'єктивною оцінкою власного здоров'я)
Питома вага ускладнень	Час очікування консультації, госпіталізації, діагностики
Питома вага летальних випадків	Кількість скарг, щодо якості обслуговування (якість лікування)
Рівень якості лікування	Тривалість знаходження на листку непрацездатності (кількість днів

Безперечно, для забезпечення належної ефективності роботи медичного закладу, згідно інформації Коротун, Бурачик « необхідно здійснювати адекватний контроль. Сьогодні назріла потреба поряд із фінансовим аудитом проводити аудит ефективності. Аудит ефективності в охороні здоров'я є новою технологією державного контролю, яка виходить за межі традиційного фінансового контролю.

Однак, якщо аудит ефективності був зафіксований у Лімській декларації керівних принципів контролю ще в 1977 році на IX Конгресі Міжнародної організації вищих контрольних органів і в даний час становить 50-60% у загальній кількості перевірок, які проводяться вищими органами державного контролю зарубіжних країн, то в нашій країні досі відсутні нормативно-правові документи, що підтверджують необхідність проведення аудиту ефективності поряд із фінансовим аудитом. Так, відомо, що для оцінки ефективності системи охорони здоров'я у Канаді застосовуються п'ять критеріїв: доступність; своєчасність; якість медичної допомоги; здатність системи реагувати на мінливі потреби суспільства; достовірність показників »[8].

Комплексна оцінка вимагає розробки міжгалузевих показників діяльності, спрямованих на покращення здоров'я населення, соціальної результативності діяльності органів управління охороною здоров'я, наприклад, таких як відповідність пріоритетів у розподілі фінансових засобів охорони здоров'я обґрунтовано обраним соціальним пріоритетам; величини надходжень до бюджету органів управління охороною здоров'я фінансових відрахувань підприємств на покращення екологічної обстановки, на створення умов праці та зниження травматизму працівників підприємств, на проведення оздоровчих заходів; ступінь охоплення населення профілактичними заходами тощо .

Розглядаючи ту ж проблему ефективності використання ресурсів

охорони здоров'я на мікрорівні, тобто в лікувально-профілактичних закладах, ми виділяємо такі показники:

- підвищення рівня цільового використання ліжкового фонду,
- підвищення рівня раціонального використання ліжкового фонду, скорочення простою ліжка,
- скорочення термінів госпіталізації за рахунок збільшення ефективності та інтенсивності лікування,
- скорочення кількості госпіталізацій за рахунок лікування в денних стаціонарах та впровадження нових технологій в АПУ (амбулаторно-поліклінічних закладах),
- скорочення ліжкового фонду за рахунок денних стаціонарів та підвищення інтенсивності лікування,
- частка фінансових засобів лікувально-профілактичних закладів, спрямованих на профілактичні заходи.

На підставі запровадження баз даних планових показників фінансування за програмою загального медичного страхування проводиться аналіз та контроль використання коштів загального медичного страхування у медичних закладах, які уклали договори на надання лікувально-профілактичної допомоги по договорах загального медичного страхування. До показників ефективності управління фінансовими ресурсами лікувально-профілактичних закладів, згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 12.03.2022 № 263 «можна віднести повноту повернення фінансових коштів у систему загального медичного страхування, яка дорівнює фактичній сумі коштів, що надійшли, з системи загального медичного страхування у лікувально-профілактичні заклади (фактична сума коштів, що надійшли з фонду обов'язкового медичного страхування в лікувально-профілактичний заклад + недоотримані фінансові кошти + сума фінансових санкцій страховика до лікувально-профілактичного закладу) x 100%. Цей показник використовується з метою

оцінки ефективності діяльності лікувально-профілактичного закладу у системі загального медичного страхування. Метою ж аналізу фінансового стану є безперервне покращення якості управління фінансовими ресурсами організації охорони здоров'я, яке, у свою чергу, має бути адаптоване до організаційно-економічних умов, що постійно змінюються, і залежати від вибору пріоритетних цінностей » **[Помилка! Джерело посилання не знайдено.]**.

Таким чином, величезною перевагою медико-економічного підходу до розподілу коштів є те, що він передбачає вироблення механізму розрахунку витрат та вигоди від альтернативних рішень, що сприятиме забезпеченню пацієнтів максимально можливою та ефективною медичною допомогою в умовах обмеженості ресурсів. Впровадження в управління охороною здоров'я медико-економічних та медико-соціальних критеріїв дозволить оперативно відслідковувати ефективність медичних послуг населенню.

У сучасних умовах відбувається якісна зміна способів і методів управління діяльністю медичних установ. Процеси трансформації сприяли появі нових понять «державне управління», «публічне управління», «адміністрування. Філіпова Н.В. зазначає, що « не варто поняття «державне управління», «публічне управління», «адміністрування» використовувати як синоніми. У них є відмінності. Державне управління, на думку науковця, входить до публічного управління, становить його складову, проте публічне адміністрування включає зміст понять і публічного управління, і адміністрування, а також допомагає реалізовувати поставлені завдання органів влади.

Державне управління 1) переважає адміністративний та організуючий вплив держави;

2) достатньо спирається на публічний сектор;

3) використовує функції регулювання економічною, соціально-культурною та адміністративно- політичною сферами .

Публічне управління: 1) забезпечує взаємодію інтересів держави і народу;
2) спирається на державну владу;
3) долучає суспільство до соціально - економічних, громадських, суспільно-політичних процесів.

Публічне адміністрування: 1) забезпечує реалізацію рішень органів влади;
2) може застосовувати демократичні, публічні, ліберальні форми та методи управління щодо суспільного, соціального, економічного розвитку країни»
[2]

Бакуменко В. Д., зорієнтовує нас щодо поняття «особливості», то «воно тлумачиться як характерна риса, ознака, властивість кого-, чого-небудь. Основними особливостями сучасного публічного управління персоналом у сфері охорони здоров'я України є: функціонування в умовах активних реформувань даної сфери; невизначеність та непередбачуваність зовнішніх і внутрішніх умов функціонування досліджуваної сфери у стратегічному періоді; наявність значних викликів, зокрема воєнний стан»
[1].

Варто у дослідженні виділити дефініцію «воєнний стан», яка в Законі України описується у значенні «правового режиму, що вводиться в Україні чи деяких її частинах (місцевостях) у випадку збройної агресії чи загрози нападу, небезпеки державній незалежності України, зокрема її територіальній цілісності, а також, який надає відповідним органам державної влади, військовому командуванню, зокрема військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування такі повноваження, які необхідні для усунення загрози, відсічі збройної агресії, забезпечуватиме національну безпеку та ін. » [5].

Отож і для публічного управління в умовах воєнного стану виділяються характерні особливості та механізми розвитку.

По-перше, в умовах воєнного стану виникає стан незручності і деякої розгубленості, який несприятливо діє на різні сфери функціонування

держави і суспільства.

По-друге, відбуваються інституційно-правові зміни.

По-третє, військова агресія ззовні, а також різка трансформація цілої низки неформальних інститутів, що слідує за нею та ін.

Акцентуємо нашу увагу і на поняттях «медична установа», «лікарня», «заклад охорони здоров'я» як наведено в Барзилович А. Д. «Лікарня може тлумачитися медичним закладом або лікувально-профілактичною установою, у якій надають стаціонарну кваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу.

Заклад охорони здоров'я розглядається у словниках юридичною особою, яка може мати різні форми власності, організаційно-правові форми. Прослідковується відокремлення підрозділів, які забезпечують медичним обслуговуванням населення, маючи при цьому відповідні ліцензії. У визначенні медична установа теж ключовими є слова «медична послуга», «юридична установа», проте зазначено, що має право користуватися оперативним управлінням щодо майна, згідно чинного законодавства » [3].

Отже, вивчення категорійного апарату дослідження публічного управління діяльністю медичних установ в умовах війни допомагає нам краще зрозуміти проблему в повному обсязі. Зазначимо, не варто поняття «державне управління», «публічне управління», «адміністрування» використовувати як синоніми. Це різні поняття. У державному управлінні переважає адміністративний та організуючий вплив держави; достатньо спирається на публічний сектор; а публічне управління забезпечує взаємодію інтересів держави і народу; спирається на державну владу; залучає суспільство до участі в соціально-економічному та громадському, суспільному та політичному процесах. Публічне адміністрування забезпечує реалізацію рішень органів влади. Зіставлення, наведених, переважно одномірних підходів до понять, дозволимо зробити узагальнення. Так, дефініція «лікарня» може бути і «закладом охорони

здоров'я », і «медичною установою», проте вона має мати ліцензії та повинна бути забезпечена відповідними професіоналами.

1.2. Основні засади публічного управління діяльністю медичних установ.

В Україні продовжуються відбуватися воєнні дії, зважаючи на це управлінська система потребує удосконалення і змін щодо покращення її механізмів. У 2022 році парламент ухвалив три великі галузеві закони, підготовка яких тривала у попередні роки. Вони покликані врегулювати розвиток мережі лікарень, систему громадського здоров'я та сферу лікарських засобів.

1. Закон про "спроможну мережу лікарень".

Потреба у реорганізації лікарняної мережі була актуальною чи не з першого року незалежності. Україна, яка витрачає на охорону здоров'я у двадцять шість разів менше, ніж середня країна ЄС, має другу за розміром мережу стаціонарів. Роздута, фінансово неспроможна, технологічно слабка мережа лікарень споживає величезні кошти, проте сотні лікарень існують скоріше за інерцією, ніж у відповідь на реальну потребу. Організована у 1970-80-і роки, ця мережа була неефективною навіть для тодішнього населення у 50 мільйонів. Сьогодні ж вона не лише технічно, але й цивілізаційно та морально застаріла для сучасної України, яка прагне до ЄС. У 2017р запропонували ідею створення госпітальних округів, які обслуговують 200-300 тисяч населення кожен. Але в умовах незавершеної адміністративно-територіальної реформи це не мало успіху. Новий закон та ухвалена услід за ним постанова уряду – це ще одна спроба підійти до проблеми. Згідно з ними, країну поділять на госпітальні округи, які збігаються з межами областей, та госпітальні кластери, які відповідають утвореним у 2020 році новим районам. Лікувальні заклади поділені на три категорії: загальні, кластерні та надкластерні. Загальні, за законом,

надають базові лікарняні послуги, обслуговують від 40 тисяч населення і мають бути доступними у радіусі 60 км. Кластерні лікувальні заклади обслуговують від 120 тисяч населення – в кожному районі має бути одна така лікарня, а якщо населення району перевищує 300 тисяч, кластерних лікарень може бути більше. Перелік послуг у кластерній лікувальній закладі ширший, там наявні більш вузькі спеціалізації. Нарешті, надкластерна лікарня (вона може бути дорослою або дитячою) охоплює населення цілого госпітального округу і є центром за такими напрямками, як-от онкологія, кардіологія, психіатрія тощо.

Згідно з новим законодавством, мережа лікарень виглядає струнко та логічно, вона відповідає новому адміністративно-територіальному поділу країни. Передбачена і певна оптимізація – наприклад, у загальних лікарнях не планують залишати акушерських відділень через замалу кількість пологів у них. Крім того, у законі та постанові наголошено на фінансовій стійкості лікарень – важливому критерії в умовах тяжкої фінансової ситуації, у якій опинилася Україна через війну. Водночас, якщо дивитися на зміни з точки зору довготривалої перспективи (15-20 років) – вони виглядають занадто консервативними. Де-факто закон передбачає місце у новій мережі для всіх наявних лікарень: у загальних легко впізнати старі малопотужні "районки", а у надкластерних – обласні заклади. Завжди існує спокуса просто повісити на старі лікувальні заклади нові вивіски – і новий закон цьому не перешкоджає.

Кількість населення, яке охоплюють заклади (а відтак їхня потужність та спроможність), не відповідає навіть чинним європейським підходам, не кажучи про перспективу. Сучасна європейська загальна лікарня обслуговує від 300 до 600 тисяч населення, а багато країн планує ще більше укрупнення закладів.

Створення стаціонарів для 40-50 тисяч населення давно відійшло в минуле. У їхньому випадку норму про фінансову спроможність апріорі неможливо

виконати: сучасний технологічний заклад фінансово не виживе при такій низькій потужності.

Таким чином закон скоріше спрямований на впорядкування існуючої мережі лікарень, але його замало для створення нової.

2. Закон про громадське здоров'я.

Сфера громадського здоров'я потребувала галузевого закону від початку свого реформування у 2015 році, тому його ухвалення стало важливим позитивним кроком. На зміст закону суттєво вплинула пандемія COVID-19. Вона завдала людському капіталу України значних втрат.

За оцінками видання The Economist, на додачу до понад 106 тисяч зареєстрованих смертей безпосередньо від COVID-19, пандемія забрала додатково більше 195 тисяч життів від інших причин, пов'язаних із нею. Відповідь системи громадського здоров'я України на пандемію була не найкращою, хоча в цьому ми не унікальні. За винятком небагатьох країн Скандинавії та Південно-Східної Азії більшість держав не склали іспит на протидію великій пандемії. Обидва міністри охорони здоров'я, задіяні у боротьбі з пандемією, вбачали рішення у "створенні вертикалі", побудову якої і передбачає новий закон. Він покладає довгий перелік функцій громадського здоров'я саме на МОЗ, змінюючи ідею реформи 2015 року, яка передбачала децентралізовану модель з розподіленими функціями під координацією новоствореного Центру громадського здоров'я (ЦГЗ).

Виконання функцій МОЗ на місцях буде покладене на мережу новостворених Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), підпорядкованих напрямку міністерству. Очолювати "вертикаль" буде Головний санітарний лікар, якого призначатиме уряд із числа заступників міністра. А кожен голова ЦКПХ буде вважатися головним санітарним лікарем у межах регіону. Центр громадського здоров'я, який згідно з оригінальним задумом мав стати головним координаційним органом системи, тепер має обмежені функції. Його роль зведена до "головної інформаційно-аналітичної, методичної, науково-дослідної установи", а

голова ЦГЗ за посадою стає заступником Головного санітарного лікаря. Основним побоюванням частини експертів щодо закону була можлива реінкарнація старої постсовєцької Санітарно-епідемічної служби (СЕС) у новій формі. Нова система, хоч і не є прямим відтворенням СЕС, все ж повертається до її певних управлінських традицій. Очікується, що така модель зробить реагування на епідзагрози більш керованим. Водночас найбільшим ризиком такої моделі є концентрація більшості повноважень у політичної особи – заступника міністра (а де-факто, міністра), і покладання більшості завдань на МОЗ – органу, для якого пряме управління системою та реалізації політики є невласливими функціями.

3. Закон про лікарські засоби

Всі учасники ринку ліків також очікували на ухвалення оновленого галузевого закону (попередній ухвалений 1996 року). До того ж сфера ліків – одна з кількох у охороні здоров'я, які впливають на євроінтеграцію України. Хоча новий закон і не містить особливих проривних змін і навіть містить деякі речі з минулого (наприклад, далі визнає ліками гомеопатію), свою місію він виконує. Це базовий документ для фармацевтики в Україні, який адаптує до стандартів ЄС регулювання виготовлення, реєстрації, обігу лікарських засобів на всіх етапах. Крім того, закон створює новий державний орган, який стане регулятором та контролюватиме обіг ліків на українському ринку. У законі він називається "орган державного контролю" й, імовірно, передбачатиме об'єднання нинішніх регуляторів – Державного експертного центру (ДЕЦ) та Держлікслужби. Більшість норм закону вводяться в дію через 30 місяців після завершення воєнного стану – тобто щонайраніше з 2026 року.

Медична реформа, продовження якої є критичним для довготривалої стійкості медичної системи під час війни та у повоєнний період, у 2022 році робила кроки і вперед, і назад. Ще наприкінці 2021 року ВР запровадила нову організаційно-правову форму для лікарень –

державні некомерційні підприємства. Це створило юридичну можливість для відомчих та державних медичних закладів услід за комунальними стати учасниками Програми медичних гарантій, укласти договори з НСЗУ та працювати за принципом фінансування за фактично надані послуги.

У жовтні 2022 року уряд скористався цією можливістю і надав дозвіл на реорганізацію однієї з ключових лікарень країни – Національного інституту раку (НІР) у державне некомерційне підприємство. За договором, який НІР уклав з НСЗУ, у 2023 році він надаватиме 15 груп медичних послуг і отримає понад 440 млн гривень – суттєво більше, ніж у рамках державної програми, яка фінансувала його раніше. Сьогодні НІР залишається єдиним таким прецедентом. Щоправда, у березні 2023 року уряд погодив долучення клінічної лікувальні заклади "Феофанія" (належить Державному управлінню справами та обслуговує державних службовців) до надання послуг за Програмою медичних гарантій. Проте зробив це у вигляді "пілотного проекту": горезвісна "Феофанія" не буде реорганізована у підприємство і буде отримувати кошти і від НСЗУ, і від ДУС. Пілотний проект триватиме до 31 грудня 2023 року, є причини думати, що його буде продовжено. Наприклад, заклади Національної академії медичних наук знаходяться у подібному "пілотному проекті" уже сьомий рік.

Зосередимо увагу на вивчення змісту поняття «механізми управління». Трамбування механізмів публічного управління діяльністю медичних установ простежується в працях В. А. Грабовського, Л.А. Мельника, які їх тлумачать через оптимальну структуру та сукупність форм і методів, засобів і функцій державного та внутрішньогосподарського управління щодо забезпечення заданих параметрів розвитку галузі.

Система закладів охорони здоров'я формує своєрідну галузь суспільної сфери, тому на відміну від комерційних суб'єктів господарювання, значно ускладнюється адаптивне управління ,а саме:

- 1) сукупність методів теорії керування, які дозволяють синтезувати її;
- 2) продуктивність,
- 3) варіативне сполучення функцій управління і самоуправління медичними закладами .

Суто внутрішнє управління медичними закладами має забезпечувати необхідні послуги для збереження здоров'я українців і громадян, які проживають на території України, одночасно, організовувати економічно ефективну діяльність відповідного медичного закладу.

Відповідно до тверджень фахівців, параметри завдань для механізмів усіх систем управління не може бути точно визначеними, оскільки кожна організаційна структура має специфіку своєї діяльності і відмінний характер функціонування (галузеві, територіальні, ментальні та ін. складові) .

Кузьменко О. під «публічним адмініструванням» розуміє «діяльність суб'єкта публічної адміністрації, спрямовану на виконання владних повноважень публічного змісту. Воно відбувається шляхом використання засобів управління, надання адміністративних послуг, участі у відносинах відповідальності суб'єктів публічної адміністрації, застосування заходів впливу за порушення правил, встановлених публічною адміністрацією » [30, с. 39]. Проект Закону України «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» містить визначення «медичного обслуговування населення», воно трактується як діяльність закладів охорони здоров'я, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку у сфері охорони здоров'я або сертифікат на професійну діяльність молодшого спеціаліста з медичною освітою, що не обов'язково обмежується медичною допомогою [47]. Імпонує визначення Захарчук В. В. «публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, яке дослідниця тлумачить як законодавчо врегульована цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних працівників з

надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження громадського здоров'я та генофонду українського народу» [18].



Рисунок 1.1 – Основні ознаки медичного обслуговування населення

Складовими елементами структури механізму публічного адміністрування є наступні категорії: суб'єкт і об'єкт управління; цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Окремі дослідники виділяють такі елементи механізму публічного адміністрування, як: суб'єкт, об'єкт; адміністративно-правові засоби. Об'єкт та суб'єкт публічного адміністрування є первинними складовими частинами цього механізму, їхня взаємодія передбачена нормативно-правовими актами, які визначають державний вплив на сферу медичного обслуговування населення.

Закон України “Про правовий режим воєнного стану” затверджує, що «нормативно-правові акти регламентують напрями діяльності суб'єктів, встановлюють відповідні сучасні правила поведінки у сфері медичного обслуговування населення. Б. Логвиненко в монографії «Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика» запропонував класифікацію суб'єктів публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні (рис. 1.2) :

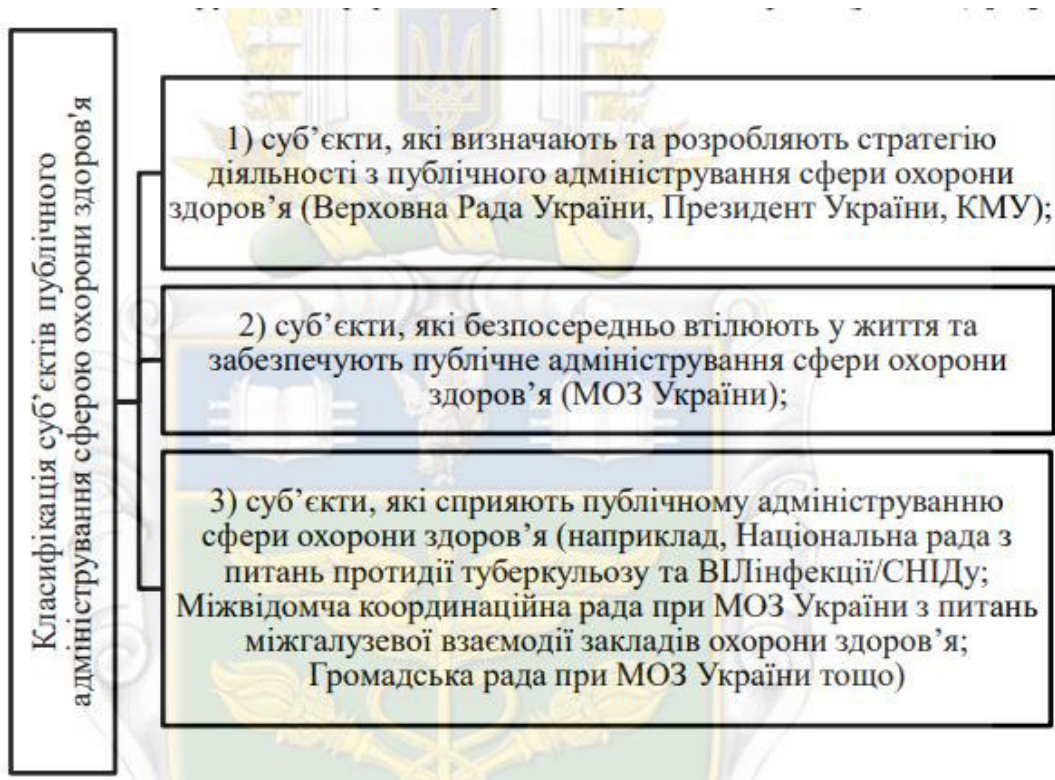


Рисунок 1.2 – Класифікація суб'єктів публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні за Б. Логвиненком

Учасниками процесу управління охороною здоров'я можуть бути різні державні органи: – окрема чітко визначена роль відводиться законодавчому органу – Верховній Раді України; – органи виконавчої влади (Кабінет Міністрів України та інші центральні виконавчі органи); – органи судової влади» [31].

Класифікація суб'єктів публічного адміністрування сферою охорони здоров'я 1) суб'єкти, які визначають та розробляють стратегію діяльності з публічного адміністрування сфери охорони здоров'я (Верховна Рада України, Президент України, КМУ); 2) суб'єкти, які безпосередньо втілюють у життя та забезпечують публічне адміністрування сфери охорони здоров'я (МОЗ України); 3) суб'єкти, які сприяють публічному адмініструванню сфери охорони здоров'я (наприклад, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛінфекції/СНІДу; Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я; Громадська рада при МОЗ України тощо)

В результаті проведення реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади – децентралізаційна реформа – до процесу управління охороною здоров'я долучаються й інші державні та місцеві органи влади, недержавні установи та агенції. Механізм регулювання системи охорони здоров'я передбачає взаємодію всіх учасників ринку за допомогою інституцій та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг. Регулювання здійснюється на трьох рівнях: міжнародному, національному та регіональному [31]. О. Краснова і Т. Плужнікова зазначають, що механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я є окремою складовою механізму, який регулює економіку в цілому, та визначають його як «сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціальномотиваційного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів і направлені на забезпечення ефективного та динамічного розвитку сфери охорони здоров'я» [28]. Основними елементами механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є суб'єкт, об'єкт, мета, цілі та принципи, а також інструменти реалізації механізму. О. Краснова і Т. Плужнікова наголошують, « що забезпечення населення країни якісною медичною допомогою залежить від вирішення таких економічних завдань, як визначення обсягів бюджетного фінансування та розвиток добровільного медичного страхування, вдосконалення системи надання платних медичних послуг, підготовка кадрів, упровадження нових технологій у сфері охорони здоров'я »[28]. Захарчук В.В. виокремлює такі класифікаційні групи нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення, залежно від предмета правового забезпечення сфери медичного обслуговування населення: «1) акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги; 2) акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я з пацієнтами; 12 3) акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного

обслуговування населення; 4) акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення» [18]. Нормативно-правові засади реформування системи охорони здоров'я було закладено в нормативно-правових документах, які наведено на рисунку 1.3. Україна майже два роки живе без стратегічного документу у сфері охорони здоров'я. Попередня Стратегія розвитку системи охорони здоров'я діяла у 2015–2020 роках, а на темп розроблення нової значно вплинула пандемія коронавірусу COVID-19. Проте в 2022 році Міністерство охорони здоров'я почало роботу над проєктом Стратегії на період до 2030. Метою нової Стратегії є сприяння здоров'ю та добробуту громадян через забезпечення справедливого доступу до якісних медичних послуг, побудови стійких систем охорони здоров'я та забезпечення участі суспільства у їх діяльності. Основне завдання Стратегії-2030 — зробити систему охорони здоров'я в Україні людино орієнтованою [52]. Особливість публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення обумовлена важливістю і продуманістю організацій, які від імені держави здійснюють адміністрування зазначеною галуззю. Показники здоров'я нації не завжди прямо залежать від ефективності діяльності органів публічного управління у сфері охорони здоров'я, у тому числі й у сфері медичного обслуговування населення, проте останні значною мірою здатні впливати на стан зазначеної сфери.



Рисунок 1.3 – Нормативно-правові підвали попереднього реформування системи охорони здоров'я

Погоджуюсь із Захарчук В. В., яка виокремлює напрями удосконалення ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення: «1) цифровізація у сфері медичного обслуговування населення; Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету

Міністрів України від 30.11.2016 р. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 р. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6.04.2017 р. 14 2) розвиток навчальної та науково-дослідної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення; 3) удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення; 4) впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення; 5) покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення; 6) розвиток сфери трансплантології » [19]. Отож, проведений аналіз особливостей публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення виявив сильні та слабкі сторони процесу, обґрунтував необхідність розробки рекомендацій щодо його удосконалення.

На думку А.С. Зеніної -Біліченко, «механізмами публічного управління можуть виступати спеціальні засоби, які сприятимуть здійсненню регулятивного впливу публічних адміністрацій на соціально-економічні, територіальні системи різних рівнів (країни, області, району, міста, села, громади), які зможуть забезпечувати відповідні умови життєдіяльності людей певної громади .

За узагальненнями А.С. Зеніної-Біліченко виділено декілька видів комплексного механізму публічного управління:

- економічний,
- мотиваційний,
- організаційний,

- політичний,
- правовий.

Під економічним видом комплексного публічного управління розуміють складові публічного адміністрування банківським, грошово-валютним, інвестиційним, кредитним, податковим страховим важелями діяльності та ін.

Мотиваційний вид комплексного публічного управління включає командно-адміністративні та соціально - економічні стимули, які спонукають управлінців до ефективної співпраці.

У організаційному виді комплексного публічного управління поєднано організаційні структури (об'єкти, суб'єкти публічного адміністрування, цілі, завдання, функції, методи, результати їх функціонування).

Звернено увагу і на політичний вид комплексного публічного управління щодо функціонування політики, зокрема, економічної, соціальної, фінансової та ін.).

Нормативно - правове забезпечення (закони, постанови, розпорядження, укази Президента України , методичні рекомендації та ін.) становлять правовий вид комплексного публічного управління » [8]

Варто звернути увагу, що В. Бакуменко, О. Білошицька, В.Грабовський «узагальнюють механізми управління у таких видах: організаційному, економічному, структурному, технічному, адміністративному, державному, інформаційному. Прослідкуємо особливості деяких з них.

Виокремимо, організаційний механізм управління, який немає однозначного тлумачення, часто може звучати як «організаційно-економічний механізм», «господарський механізм», «економічний механізм», і включає ринкову структуру організації виробництва, менеджмент, організаційно-правові норми і стандарти, інфраструктуру ринку.

Щодо економічного механізму управління, то він включає елементи планування, прогнозування, які сприяють ціноутворенню, економічному стимулюванню, фінансовому кредитуванню, налагодженню систем формування та розвитку прибутку, покращенню матеріально-технічного забезпечення.

Фахівці дотримуються думки, що до структурного механізму управління включено послідовний розподіл обов'язків в системі управління та між підрозділами, виокремлено взаємоузгоджені дії, які супроводжуються дедлайнами щодо виконання. Усе зазначене працює системно, кожний виконавець розуміє, що порушення зазначеного, не матиме винагороди .

Цілком слушно стверджують науковці, що технічний механізм управління сприяє впровадженню у виробничий процес підприємницької діяльності сучасних цифрових технологій, автоматизації деяких процесів через заміну устаткування, що здійснює економію ресурсного потенціалу підприємства. Інтернет-технології відіграють значну роль, оскільки забезпечують швидку комунікації між персоналом і машинами, між керівниками і виконавцями.

Звернемо увагу, щодо адміністративного механізму управління відносять взаємоузгоджені дії, процеси, які взяті у системі і сприятимуть забезпеченню стабільного розвитку та діяльності організації, підтриманню дисципліни та порядку, отриманню позитивних фінансових результатів та ін.

Звернемо увагу, що саме в цьому механізмі значну роль відіграє керівник, оскільки він фактично є законодавчим напрямом влади організації, здійснює виконавчі функції в управлінні. Прийняття стратегічних рішень та відповідальність за їх виконання також лежать на керівникові.

Механізми державного управління можна прослідкувати через

законодавчі акти, інструкції, нормативи, норми, стандарти, методичні вказівки (що можуть мати обов'язковий і рекомендаційний характер). Саме враховуючи ці документи, закономірності соціально-економічного характеру виконавчі та законодавчі органи влади здійснюють вплив на господарську, фінансову, виробничу діяльність підприємств, організацій, установ, сприяють стабілізації та розвитку соціально-економічної системи. Автори стверджують, що саме зазначений механізм націлений на системність, регулятивність, цілісність, встановлює суворі правила взаємодії влади і бізнесу. У ньому прослідковується співпраця, функціонування та розвиток » [2].

Зауважимо, щодо функцій державного управління охороною здоров'я, то воно є одночасно механізмом і формою реалізації суспільних інтересів. На організаційні та управлінські компоненти безпосередньо впливають законодавчі регламентації та державні механізми. Отож чітко прослідковуються відносини між різними органами і лікувальними установами.

Не менш важливим є інформаційний механізм управління, який забезпечує збір і оперативну доставку інформації, що є достовірною, актуальною, структурованою щодо кожного виконавця, суб'єкта зовнішнього середовища та враховує його спроможність щодо виконання функцій і завдань.

Вивчення стану, ситуації перед плануванням чи вкладанням коштів, оцінка ситуації на ринку, прогнозування, це технічні складові інформаційного механізму управління.

Для управління системою охорони здоров'я інструментальні засоби не тільки забезпечують основні функції управління, а й конкретизують операційну діяльності суб'єктів менеджменту в різних секторах економіки (державному, приватному, нетрадиційному(народне цілителство), сприяють збереженню та зміцненню здоров'я населення України.

Розвиваючи ідеї І. Яремка « щодо компонентів державного управління

сферою охорони здоров'я (завдань та механізмів управління; схем управлінської діяльності; умов щодо дій механізмів управління; визначень та властивостей об'єкта управління; принципів розвитку управління в медичних закладах; критеріїв ефективності управління; принципів, функцій та форм механізмів управління; видів, методів і типів механізмів) варто наголосити на суб'єктно-об'єктних відносинах » [15] .

На основі розгляду підходів до механізмів управління, можна зробити висновок, що науковці розглядають їх комплексно, звертають увагу на переваги того чи іншого механізму. Сучасні дослідники пропонують найкращі практики (best practices) для посилення дієвості механізмів управління, проте варто враховувати соціальний зміст і суспільну значимість функціонування закладів охорони здоров'я, які мають дещо іншу систему цільових орієнтирів.

1.3. Організаційна структура публічного управління госпіталю

Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни є дуже важливим медичним закладом для ветеранів, які потребують спеціалізованої медичної допомоги. Для нашого суспільства дуже важливо, щоб ці ветерани отримували якісне та ефективне медична допомога. В Україні через повномасштабне вторгнення збільшилася кількість ветеранів, яким потрібна медична допомога.

Стосовно об'єкту дослідження необхідно підкреслити, що КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради розташований в Рівненському районі, с. Клевань, загальна площа медзакладу складає понад 11 гектарів. На території госпіталю розміщено 2 лікувальні корпуси, адміністративний корпус з актовю залом, корпус фізіотерапевтичного і водного лікування та відділення реабілітації. Під послуги з відновлення пацієнтів виділено 41 будиночок котеджного типу з покращеними умовами перебування [0]. В листопаді 2024 року було розпочато експлуатацію 10 модульних будиночків (спільний проект з ТОВ

«Нова пошта»), які повністю облаштовані та пристосовані для життя військових, котрі пересуваються за допомогою крісел колісних.

Один із основних аспектів ефективного управління госпіталем – це забезпечення оптимального використання ресурсів. Це означає, що необхідно розподіляти персонал, обладнання та матеріали таким чином, щоб максимізувати результативність та забезпечити задоволення потреб пацієнтів. Також, важливо забезпечити належне фінансування госпіталю, щоб мати достатні ресурси для надання якісної медичної допомоги.

Сучасні умови ставлять перед нами все більш високі вимоги до якості медичних послуг. Щоб задовольнити ці вимоги, нам потрібно ефективно управляти процесами і забезпечувати високий рівень якості. У комунальних підприємствах, які отримують фінансування з бюджету, особливо важливо раціонально використовувати обмежені фінансові ресурси. Це означає, що кожна витрата повинна бути обґрунтована і максимально ефективна. Для досягнення цієї мети, важливо вдосконалити систему управління, що дозволить знизити витрати й підвищити ефективність використання ресурсів. Інноваційні підходи в менеджменті є важливими для сучасних організацій. Вони дозволяють впроваджувати нові методи та технології, що сприяють покращенню ефективності управління. Наприклад, використання сучасних інформаційних систем та управлінських практик допомагає забезпечити більш швидке та точне прийняття рішень, а стратегічне планування дозволяє організації зосередитися на важливих цілях та напрямках розвитку. У науковій літературі широко досліджено теоретичні аспекти управління ефективністю менеджменту. Існує значна кількість праць, присвячених загальним принципам менеджменту в організаціях, включаючи медичні заклади. Роботи таких авторів, як Генрі Мінцберг [Помилка! Джерело посилання не знайдено.], Пітер Друкер [Помилка! Джерело посилання не знайдено.], Майкл Портер [Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено.], стали

основоположними для розвитку теорії управління і менеджменту. Вони описують ключові концепції та моделі, які можуть бути застосовані у сфері охорони здоров'я.

«Тема управління ефективністю менеджменту медичного закладу є добре розробленою як з теоретичної, так і з практичної точки зору. Проте, у цій сфері залишається багато викликів і можливостей для подальших досліджень, особливо щодо адаптації сучасних управлінських підходів до специфічних умов медичних закладів та впровадження інноваційних технологій. Це забезпечує широкий простір для наукових пошуків і вдосконалення управлінських практик у сфері охорони здоров'я.

Існує багато емпіричних досліджень, що стосуються управління медичними закладами. У різних країнах проведено численні дослідження щодо впливу управлінських практик на ефективність роботи лікарень, клінік та інших медичних закладів. Ці дослідження часто включають аналіз показників якості медичних послуг, задоволеності пацієнтів, економічної ефективності та використання ресурсів » [19] .

Основний документ, що регулює діяльність закладу, є Статут, « який визначає правові та економічні основи організації та діяльності закладу. Госпіталь є об'єктом права спільної власності територіальних громад сіл, селищ , міст Рівненської області в особі Рівненської обласної ради (Власник).

Госпіталь керується у своїй діяльності чинним законодавством України, актами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, рішеннями Рівненської обласної ради, розпорядженнями голови Рівненської обласної ради та голови Рівненської обласної державної адміністрації.

Органом управління Госпіталю є Рівненська обласна рада. До компетенції рівненської обласної ради, як органу управління, належить:

1.Розпорядження основними засобами Госпіталю:

- прийняття рішень про відчуження майна,

- позики, застава,
 - списання не повністю амортизованих основних засобів.
2. Затвердження та внесення змін до Статуту Госпіталю.
 3. Погодження планів Госпіталю та затвердження звітів про їх виконання у встановленому порядку.
 4. Призначення та звільнення керівника Госпіталю.
 5. Прийняття рішення про припинення діяльності Госпіталю, його ліквідацію, затвердження ліквідаційного балансу.
 6. Органом управління Госпіталю також є наглядова рада (у разі її утворення), яка утворюється за рішенням Рівненської обласної ради.
- Керівництво госпіталю.

Керівництво поточною діяльністю Госпіталю здійснює начальник (керівник), який призначається Власником. Керівником може бути особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Керівник призначається Власником або органом, що здійснює галузеве управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Рівненської області шляхом укладення контракту.

У Контракті визначається строк найму, права, обов'язки і відповідальність Керівника умови його матеріального забезпечення, умови звільнення з посади, інші умови за погодженням сторін.

Керівник може бути звільнений з посади раніше зазначеного терміну дії Контракту з підстав та в порядку, визначеному Контрактом, чинним законодавством України та Положенням про порядок управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Рівненської області.

Керівник підзвітний Власнику з усіх питань Статутної, фінансової, соціально-побутової, організаційно-господарської діяльності Госпіталю, несе перед ним відповідальність за забезпечення діяльності Госпіталю

відповідно щодо покладених на нього завдань і функцій згідно чинного законодавства України.

Керівник вирішує усі питання діяльності Госпіталю, урахуванням обмежень, передбачених Статутом закладу.

До компетенції Керівника відноситься:

- забезпечення Статутної діяльності Госпіталю,
- вирішення поточних питань роботи Госпіталю,
- вирішення внутрішніх кадрових питань,
- вирішення питань матеріально- технічного забезпечення,
- організація ведення обліку, звітності, внутрішнього контролю,
- укладення договорів та угод, які пов'язані з діяльністю Госпіталю,
- видача довіреностей на представництво та захист інтересів у суді та інших довіреностей, які необхідні для забезпечення діяльності Госпіталю,
- право першого підпису на фінансових документах,
- розпорядження коштами та майном Госпіталю відповідно до чинного законодавства,
- прийняття на роботу та звільнення з роботи працівників згідно чинного законодавства,
- затвердження положень про структурні підрозділи Госпіталю, посадових інструкцій працівників та інших необхідних документів,
- ведення переговорів щодо укладення колективного договору, звітування та несення відповідальності за його виконання,
- накладення дисциплінарних стягнень з працівників Госпіталю,
- створення належних умов працівникам для високопродуктивної праці, забезпечення дотримання законодавства про працю, правил, норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування,
- несення персональної відповідальності за збереження , відчуження, списання майна.

Керівник та головний бухгалтер Госпіталю несуть персональну

відповідальність за дотримання порядку ведення і достовірності обліку та звітності.

На вимогу Власника або органу, що здійснює галузеве управління об'єктами спільної власності, Госпіталь у встановлений термін надає інформацію стосовно будь-яких напрямів своєї діяльності.

Контроль за діяльністю госпіталю.

Контроль за окремими сторонами діяльності Госпіталю здійснюють державні органи, на які, відповідно до чинного законодавства України, покладено контроль за використанням бюджетних коштів, за сплатою податків та інших обов'язкових платежів, здійснення нагляду за безпекою виробництва та праці, протипожежною та екологічною безпекою, інші органи відповідно до законодавства України.

Відносини Госпіталю з органами державної влади і місцевого самоврядування регулюються відповідно до цього Статуту, Законів України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», інших законодавчих актів України, які визначають компетенцію цих органів.

Власний контроль за діяльністю Госпіталю здійснює Рівненська обласна рада, шляхом перевірок всіх питань фінансово-господарської діяльності, за власною ініціативою або на вимогу профільної постійної комісії обласної ради.

На вимогу Власника, Госпіталь зобов'язаний проводити незалежну аудиторську перевірку фінансової звітності та бухгалтерського обліку.

Керівник вирішує усі питання діяльності Госпіталю, з урахуванням обмежень, передбачених Статутом закладу. У разі відсутності Керівника його обов'язки виконує медичний директор. У разі відсутності особи, що може виконувати обов'язки Керівника, його обов'язки виконує посадова особа, визначена Власником у встановленому порядку.

З метою регулювання виробничих, трудових та соціально-економічних відносин впродовж діяльності закладу, укладено колективний

договір. Колективний договір укладений у відповідності до Закону України «Про колективні договори і угоди». Договір містить узгоджені зобов'язання сторін, що його уклали, щодо створення умов підвищення ефективності роботи підприємства, приймається для згоди інтересів колективу та адміністрації, регулювання трудових відносин, визнає абсолютне право адміністрації на планування, управління та контроль лікувально-профілактичної діяльності: прийняття на роботу, забезпечення зайнятості, нормування та оплату праці, встановлення робочого часу та відпочинку, забезпечення безпечних умов праці.

Сторонами цього колективного договору є:

- адміністрація підприємства в особі директора з однієї сторони;
- профспілковий комітет в особі голови профспілкового комітету з другої сторони.

Адміністрація визнає профспілковий комітет повноважним представником трудового колективу в спілкуванні з питань організації та оплати праці, організації оздоровлення та відпочинку. Чинність Договору поширюється на всіх працівників, незалежно від членства в профспілці. Зміни і доповнення до Договору можуть вноситись при взаємній згоді адміністрації і профспілкового комітету в порядку, який передбачений при укладанні Договору. Жодна зі сторін протягом дії Договору не може в односторонньому порядку призупиняти виконання прийнятих зобов'язань. Переговори щодо укладення нового колективного договору на наступний термін починаються не пізніше як за два місяці до закінчення строку дії колективного договору. Після схвалення проекту колективного договору на загальних зборах уповноважені представники сторін у термін одного тижня підписують колективний договір. Після підписання, колективний договір спільно подається для повідомної реєстрації в місцеві органи державної виконавчої ради. Протягом 5 днів після реєстрації колективний договір доводиться до відома профспілкового комітету, працівників підприємства.

Важливою складовою управлінської діяльності є профспілковий комітет. Адміністрація визнає профспілковий комітет повноважним представником інтересів працівників, які працюють на підприємстві та погоджує з ними накази та інші нормативні акти.

Адміністрація зобов'язується:

- Забезпечувати реалізацію прав та гарантій діяльності профспілок, встановлених чинним законодавством або перешкоджання їх здійсненню.
- Забезпечувати профспілковим організаціям можливість розміщувати власну інформацію у приміщеннях і на території підприємства в доступних для працівників місцях (ст. 249 КЗпП України, ст. 40, ст. 42 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності»).
- забезпечувати членам виборних профспілкових органів підприємства та представникам профспілкових органів вищого рівня можливість безперешкодно відвідувати та оглядати місця роботи на підприємстві, ознайомлюватись із документами, що стосуються трудових прав та інтересів працівників (ст.248 КЗпП України, ст. 40 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності»).
- приймати участь у заходах профспілкової сторони на її запрошення (ст. 25 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності»).

Звільнення голови профкому з ініціативи власника не допускається протягом 2 років після закінчення виборних повноважень, крім випадків, передбачених діючим законодавством (ст. 252 КЗпП України).

В свою чергу, перед профспілковим комітетом також є зобов'язання.

Обов'язки профкому:

1. Контроль виконання адміністрацією підприємства Закону України «Про відпустки», Кодексу законів про працю України.
- 2.. Здійснювати контроль за виданням наказів про прийняття та звільнення, переведення на іншу роботу, зміну режимів праці та відпочинку.
3. Організовувати комісії по трудових спорах на підприємстві, шляхом

обирання загальними зборами (конференцією) трудового колективу підприємства, установи, організації з числом працюючих не менш як 15 чоловік, згідно зі ст. 223 КЗпП України » [22].

Враховуючи багатофункціональність закладу, управлінська діяльність, розподіл обов’язків між підлеглими працівниками підрозділу, визначення ступеню їх відповідальності, здійснення делегування повноважень; здійснення комунікативних функцій між працівниками підрозділу та іншими підрозділами відповідного органу також здійснюється в межах кожного підрозділу. Структура закладу:

Рис. 2



Структура КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (2024 р.)

Кожен лікувально-профілактичний підрозділ має завідувача відділення. Завідувач відділення – працівник лікувальні заклади, що належить до керівного персоналу та підпорядковується медичному директору закладу. Його мета – спрямувати роботу відділення на те, щоб

здійснювати лікувальну, профілактичну, діагностичну роботу з метою поліпшення якості життя та здоров'я пацієнтів завдяки плановій, ургентній та превентивній медичній допомозі.

Згідно з посадовою інструкцією, «завідувач відділення лікувальні заклади у своїй діяльності керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, принципами та правилами медичної етики та деонтології, правилами внутрішнього трудового розпорядку та іншими локальними нормативними актами медзакладу, службовими наказами та розпорядженнями керівництва.

Медичний персонал підпорядковується завідувачу згідно штатного розпису. За відсутності завідувача (хвороба, відпустка та ін.) його посадові обов'язки доручають виконувати іншому медичному працівнику відділення. Щодо роботи з середнім та молодшим медичним персоналом, то в підпорядкуванні у завідувача є старша медична сестра відділення. Метою роботи старшої сестри медичної — організація роботи середнього та молодшого медичного персоналу відділення, контроль за виконанням лікарських призначень, здійснення сестринського процесу, відповідного поводження з медикаментами, інструментарієм, білизною та іншим майном відділення.

Інші підрозділи закладу.

1. Господарсько-обслуговуючий персонал. Даний підрозділ керується завгоспом, котрий забезпечує збереження господарського інвентарю, його відновлення та поповнення, а також дотримання чистоти у приміщеннях та на прилеглій території. Стежить за станом приміщень та вживає заходів щодо своєчасного їх ремонту. Забезпечує працівників канцелярським приладдям та предметами господарського вжитку. Керує роботою обслуговуючого персоналу. Завідуючий господарством підпорядковується безпосередньо керівнику. У своїй діяльності керується Конституцією, Законами України, Указами Президента України, рішеннями Кабінету Міністрів України і органів управління всіх рівнів з питань

адміністративно-господарської діяльності закладів охорони здоров'я, правилами і нормами охорони праці, техніки безпеки і протипожежного захисту, а також Статутом і локальними правовими актами госпітально (в тому числі Правилами внутрішнього трудового розпорядку, наказами і розпорядженнями керівника), дотримується законодавства про працю; правил і норм з охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії та протипожежного захисту.

2. Відділ розвитку, статистики та інфекційного контролю. Медичний статистик належить до професійної групи "Фахівці". Призначення на посаду медичного статистика та звільнення з неї здійснюється наказом головного лікаря із дотриманням вимог Кодексу законів про працю . Медичний статистик підпорядковується безпосередньо керівнику. Вказівки медичного статистика в межах його компетенції є обов'язковими для виконання медичним персоналом. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

3. Бухгалтерія. Керівником підрозділу є головний бухгалтер. Бухгалтер належить до професійної групи «Професіонали». Призначення на посаду бухгалтера та звільнення з неї здійснюється наказом директора підприємства за поданням головного бухгалтера з дотриманням вимог Кодексу законів про працю України.. Підрозділ укомплектований штатом економістів та бухгалтерів, котрі здійснюють професійну діяльність в різних напрямках економічної сфери закладу. Самостійно і в повному обсязі веде облік необоротних активів, запасів, коштів, розрахунків та інших активів, власного капіталу та зобов'язань, доходів та витрат за прийнятою на підприємстві формою бухгалтерського обліку з додержанням єдиних методологічних засад бухгалтерського обліку та з урахуванням особливостей діяльності підприємства й технології оброблення даних. За погодженням з керівником підприємства та керівником підрозділу бухгалтерського обліку, подає в банківські установи

документи для перерахування коштів згідно з визначеними податками й платежами, а також для розрахунків з іншими кредиторами відповідно до договірних зобов'язань. Бере участь у проведенні інвентаризації активів і зобов'язань, оформленні матеріалів, пов'язаних з нестачею та відшкодуванням втрат під нестачі, крадіжки й псування активів підприємства, у перевірках стану бухгалтерського обліку у філіях, представництвах, відділеннях та інших відокремлених підрозділах підприємства. Забезпечує підготовку оброблених документів, реєстрів і звітності для зберігання їх протягом установленого терміну. Госпіталь веде первинний бухгалтерський облік результатів своєї роботи, складає статистичну інформацію, надає відповідно до вимог закону фінансову звітність та статистичну інформацію щодо своєї господарської діяльності. Встановлення цін і тарифів на виконані роботи, виготовлену продукцію та надані послуги здійснюється відповідно до вимог чинного законодавства України.

4. Також к структуру входить відділ кадрів. Начальник відділу кадрів належить до професійної групи «Керівники». Призначення на посаду начальника відділу кадрів та звільнення з неї здійснюється наказом керівника підприємства з дотриманням вимог Кодексу законів про працю України та чинного законодавства про працю. Начальник відділу кадрів безпосередньо підпорядковується керівнику підприємства. Очолює роботу із забезпечення підприємства працівниками потрібних професій, спеціальностей і кваліфікації згідно з рівнем та профілем отриманої ними підготовки та ділових якостей. Керує розробленням перспективних і річних планів комплектування підприємства персоналом з урахуванням перспектив його розвитку, змін складу працюючих у зв'язку з упровадженням нової техніки та технології, механізації і автоматизації виробничих процесів, а також пуском виробничих об'єктів. Бере участь у роботі з прогнозування і визначення потреби в кадрах на основі планів економічного і соціального розвитку підприємства. Вирішує питання

найму, звільнення, переведення працівників, контролює їх розстановку і правильність використання у підрозділах підприємства » [22].

Оскільки в Госпіталі відбуваються відносини трудового найму, діють правила внутрішнього трудового розпорядку, то в ньому зберігає свою роль трудова дисципліна, яка означає поведінку відповідно до умов трудової угоди і трудового законодавства.

Навчальна дисципліна передбачає дотримання відповідних правил, у тому числі організаційних і методичних, при навчанні персоналу Госпіталю.

Законність і дисципліна в державному управлінні великою мірою визначаються відповідальністю, яка є відносинами, що забезпечують інтереси і свободу взаємопов'язаних сторін та гарантуються суспільством і державою.

Юридична відповідальність безпосередньо пов'язана з неправомірними рішеннями, вчинками і діями людей, а в суб'єкті державного управління – з правопорушеннями з боку посадових осіб та інших державних службовців. Законодавство передбачає в міру необхідності застосування юридичної відповідальності державних службовців, а саме: дисциплінарної, адміністративної, матеріальної та кримінальної. Відповідальність державних службовців настає за порушення законності та службової дисципліни, невиконання або неналежне виконання ними посадових обов'язків. Вона полягає в застосуванні до державних службовців тих чи інших покарань, стягнень, передбачених законодавством, за вчинення ними правопорушень, тобто за провини та дії, що юридично визнані протиправними. Як відомо, правопорушення поділяються на злочини та провини (делікти). Протиправне невиконання чи неналежне виконання державним службовцем покладених на нього обов'язків (порушення трудової дисципліни), яке не тягне за собою кримінальної відповідальності,

прийнято називати посадовою (дисциплінарною) провиною. Та чи інша дія (чи бездіяльність) працівника є порушенням трудової дисципліни лише за наявності одночасно трьох умов:

- якщо дія (бездіяльність) є протиправною, тобто порушується певна вимога чи положення нормативно-правового акта;
- якщо протиправна дія (бездіяльність) є винною, тобто вчинена навмисно або через необережність (іншими словами, невиконання працівником службових обов'язків з причин, що від нього не залежать: недостатня кваліфікація або працездатність, відсутність належних умов роботи, неотримання службовцем інформації й матеріалів, потрібних для виконання посадових обов'язків і т. д., – така дія не може розглядатись як невиконання службових обов'язків, бо в цьому разі працівник не винний у її невиконанні);
- якщо не виконано саме посадові обов'язки, тобто обов'язок, що випливає з певних державно-службових відносин (прикладами таких порушень посадових обов'язків, зокрема, є недотримання державної та іншої таємниці, що охороняється законом, розголошення відомостей, які стали відомі державному службовцеві у зв'язку з виконанням посадових обов'язків і стосуються приватного життя, честі та гідності громадян).

Дисциплінарна відповідальність – це застосування заходів дисциплінарного впливу в порядку службового підпорядкування за винні порушення правил державної служби, що не підпадають під дію кримінальної відповідальності. Видами дисциплінарних стягнень є зауваження, догана, попередження про неповну службову відповідність, звільнення. Варто зазначити, що звільнення як міра дисциплінарного покарання державного службовця допускається лише за наявності підстав, зазначених у законах України «Про державну службу» та «Про боротьбу з корупцією». Дисциплінарне стягнення накладається органом державної влади або його керівником, які мають право на призначення державного

службовця на посаду. Це правило зумовлене характером стягнень. Право попереджати про неповну службову відповідність і вирішувати питання про звільнення з посади надається тим органам і керівникам, які мають право призначати на посаду.

Чинним законодавством передбачено кримінальну відповідальність посадових осіб за зловживання посадовими повноваженнями, перевищення посадових повноважень, відмову в наданні інформації, присвоєння повноважень посадової особи, незаконну участь у підприємницькій діяльності, одержання хабарів, дачу хабарів, халатність. Залежно від характеру цих суспільно небезпечних дій суд призначає різні міри кримінального покарання, у тому числі позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю.

До державних службовців має також застосовуватися матеріальна відповідальність. Вона виконує правовідновну функцію та настає за посадовий проступок, який завдав матеріальних збитків державній організації (органу державної влади). Матеріальна відповідальність передбачає відшкодування винним службовцем завданих ним збитків.

Важливо також зазначити, що громадський контроль і взаємодія з громадськістю мають важливе значення для забезпечення законності та ефективності роботи закладу. Громадські організації, ЗМІ та громадяни мають право спостерігати за роботою закладу, висувати пропозиції та зауваження, а також звертатися до відповідних органів у разі виявлення порушень або недоліків у роботі закладу.

Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни, як державний орган, зобов'язаний діяти відповідно до принципів законності, прозорості та ефективності. Законність вимагає виконання всіх вимог та норм, встановлених українським законодавством, що регулює діяльність у сфері публічного управління та розвитку медицини. Це означає, що заклад повинен керуватися законами, такими як Конституція України, закони про публічне управління, закони щодо надання медичної допомоги населенню,

а також іншими відповідними нормативними актами, що регулюють її діяльність, враховуючи воєнний стан та надання медичної допомоги військовим. Прийняття рішень та здійснення дій повинні бути засновані на цих правових актах і відповідати їхньому змісту. Крім того, прозорість є важливим принципом публічного управління. Госпіталь повинен забезпечувати доступ до інформації про свою діяльність, процеси планування та прийняття рішень, витрати та розподіл ресурсів. Це включає оприлюднення інформації про проекти, їхній прогрес виконання, умови конкурсних торгів та участь зацікавлених сторін у процесі. Ефективність також має бути однією з основних пріоритетів. Вона повинна раціонально використовувати наявні ресурси та забезпечувати якісне виконання проектів. Оцінка результатів та впливу реалізованих проектів також є важливою, щоб забезпечити досягнення стратегічних цілей розвитку медичної служби в області. Порухення законності або недбалість у виконанні обов'язків можуть мати юридичні наслідки для Госпіталю. Це може включати проведення адміністративних, фінансових або дисциплінарних заходів, а в разі вчинення злочинних діянь - кримінальну відповідальність. Отже, Госпіталь повинен діяти відповідно до законності, забезпечуючи прозорість та ефективність у своїй діяльності. Дотримання цих принципів сприяє забезпеченню високої якості та ефективності медичної служби.

Контроль - систематична конструктивна діяльність органів державного управління, їх керівників і підрозділів щодо забезпечення відповідності фактичних результатів роботи запланованим або визначеним рішеннями органів вищого рівня. Контроль, виступаючи з одного боку, формою впливу на підконтрольні об'єкти, а з другого – формою демократичного керівництва, є складовою управлінського процесу, а також частиною державно-суспільного устрою, важливим засобом удосконалення управління в цілому.

Госпіталь самостійно відповідає за своїми зобов'язаннями відповідно

до чинного законодавства України. Госпіталь не відповідає за зобов'язаннями Власника, а Власник не відповідає за зобов'язаннями Госпіталю. Держава, її органи не несуть відповідальності за зобов'язаннями Госпіталю. Госпіталь не відповідає за зобов'язаннями держави, її органів, а також інших підприємств, установ, організацій. Контроль за окремими сторонами діяльності Госпіталю здійснюють державні органи, на які, покладено контроль за використанням бюджетних коштів, за сплатою податків та інших обов'язкових платежів, здійснення нагляду за безпекою виробництва та праці, протипожежною та екологічною безпекою, інші органи відповідно до законодавства України. Відносини Госпіталю з органами державної влади і місцевого самоврядування регулюються відповідно до цього Статуту, Законів України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», інших законодавчих актів України, які визначають компетенцію цих органів. Власний контроль за діяльністю Госпіталю здійснює Рівненська обласна рада, шляхом перевірок всіх питань фінансово-господарської діяльності, за власною ініціативою або на вимогу профільної постійної комісії обласної ради. На вимогу Власника, Госпіталь зобов'язаний проводити незалежну аудиторську перевірку фінансової звітності та бухгалтерського обліку.

В результаті проведення реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади – децентралізаційна реформа – до процесу управління охороною здоров'я долучаються й інші державні та місцеві органи влади, недержавні установи та агенції. Механізм регулювання системи охорони здоров'я передбачає взаємодію всіх учасників ринку за допомогою інституцій та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг.

Висновки до розділу 1

У охороні здоров'я пріоритет має надаватися досягненню соціальних цілей, хоча обмеженість ресурсів робить необхідним поєднання соціальних та економічних складових, що задовольняють суспільну потребу. У зв'язку з викликами сьогодення, наявністю воєнного стану на території України, реформи в медичній галузі повинні швидко реагувати на зміни та виклики, діючи відповідно потребам.

КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР є надкластерним медичним закладом, котрий надає високоспеціалізовану медичну допомогу, яка включає в себе діагностику, лікування та реабілітацію як військових, так і цивільних осіб згідно програми медичних гарантів НСЗУ, а також співпрацює зі страховими компаніями, та надає широкий спектр платних послуг. В умовах воєнного стану даний заклад розширив міжнародну співпрацю, залучивши велику кількість закордонних спеціалістів, з метою покращення роботи та обміну досвідом. Також введено в експлуатацію модульне містечко, що забезпечить повноцінну реабілітацію та адаптацію до побуту поранених бійців, що мають інвалідність та користуються додатковими засобами пересування. Розширюються лікувально-діагностичні можливості шляхом будівництва нового корпусу, де буде розширено ліжко-місця для збільшення кількості пролікованих пацієнтів. У вищевказаних проектах залучено інвестиції міжнародних організацій, фондів, всеукраїнські програми, обласний бюджет, кошти органів місцевого самоврядування та приватних компаній, що вказує на конструктивну співпрацю задля досягнення максимального результату.

РОЗДІЛ II.

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ.

2.1. Аналіз публічного управління медичних установ.

В полі зору науковців донедавна була проблематика трансформацій в системі охорони здоров'я, становлення та розвиток муніципальної медицини в контексті децентралізаційної реформи.

Ніколіна І.І. та Герасимюк К.Х., зокрема, розкривали питання належного функціонування муніципальної медицини « з позиції врахування євроінтеграційного спрямування України та рівня розвитку основних складових процесу адміністрування » [41]. Проте, військова агресія росії проти України зумовила гостру необхідність дослідження інших питань. Одним з ключових завдань в діяльності органів публічної влади на центральному та місцевому рівнях під час воєнного стану є надання медичної допомоги населенню та забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я. 41 Височанський В. та Мешко Є., зазначають, що в нових критичних, напружених, екстремальних умовах воєнного стану працюють всі сфери суспільства, включно зі сферою охорони здоров'я, де медичні працівники щодня демонструють приклади справжнього героїзму на робочому місці» [7]. На думку Литвина О.Л., «ситуація сьогодення викликає необхідність знаходити нові підходи до надання медичної допомоги пацієнтам по всій країні, особливо складно це завдання реалізувати у тих регіонах України, де відбуваються бойові дії, де пошкоджені або взагалі зруйновані лікувальні заклади, де не вистачає медичного персоналу, немає належних умов та необхідного обладнання, лікувальних засобів для надання медичної допомоги як військовослужбовцям, так і цивільному населенню» [32]. Зауважимо, що у

зоні бойових дій медична допомога, згідно Наказ МОЗ України від 17.03.2022р № 496 « може надаватися пораненим у військово-польових умовах в так званих «червоній», «жовтій» та «зеленій» зонах. В «зеленій» зоні розташовані мобільні польові шпиталі (як військові, так і цивільні) та спеціалізовані клініки, де вже є необхідні лікувальні засоби, препарати та медичне обладнання. «Жовта» зона – зона тактичного укриття, де й надається невідкладна медична допомога. «Червона» зона передбачає надання медичної допомоги безпосередньо на територіях, де проходять обстріли та унеможливорює переміщення постраждалого у медичні заклади. В умовах воєнного стану під час надання медичної допомоги цивільному населенню та військовослужбовцям застосовується й тактична медицина. Вона передбачає, що кожен борець сучасної армії має володіти прийомами надання медичної допомоги в бойових умовах (це певні базові навички для надання невідкладної само- та взаємодопомоги усіма штатними та підручними засобами). З перших днів війни медичному менеджменту довелося приймати першочергові рішення щодо забезпечення сталого функціонування української медичної системи, які дозволили закладам охорони здоров'я підлаштуватися під нові умови існування: – спрощено маршрут пацієнта; 42 – покращено доступність медичної допомоги за рахунок того, що Міністерство охорони здоров'я спростило правила користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти); – усунуто вимоги щодо обов'язковості візиту до свого сімейного лікаря чи необхідності електронного направлення при візиті до спеціаліста; – дозволено не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це робити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки. Зрозуміло, що з особливими викликами зіткнулися території, які були в зоні обстрілів та безпосередньо окуповані: відсутність комунальних аптек, тимчасове припинення роботи приватних аптек, загроза роботі медперсоналу та пацієнтів, неможливість лікарень надавати медичні

послуги, через порушення ланцюгів постачання медичних товарів проблемним є забезпечення необхідними ліками та медичним обладнанням, що означає обмежений доступ пацієнтів до лікування та ліків, масове знищення медичної інфраструктури в багатьох регіонах країни. Хоча, відповідно до Женевської конвенції про захист цивільного населення під час війни, цивільні лікувальні заклади, організовані для надання допомоги пораненим, хворим, інвалідам та породіллям, за жодних обставин не можуть бути об'єктом нападу, натомість вони завжди користуються повагою сторін конфлікту й перебуватимуть під їхнім захистом» [25, с. 18]. « Особи, які займаються регулярно й виключно обслуговуванням та адмініструванням цивільних лікарень, у тому числі персонал, призначений для пошуку, підбирання, транспортування та лікування поранених і хворих цивільних осіб, інвалідів та родичів, користуються повагою та перебувають під захистом» [25, с. 20].

Особливим викликом в Україні стало питання надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Як передає Укрінформ станом на 27 вересня за даними Міжнародної організації з міграції кількість внутрішньо переміщених осіб в Україні перевищує 8 мільйонів, ця цифра постійно збільшується, що 43 свідчить про вимушеність громадян України покидати свої міста, селища, залишати своє житло. Внутрішньо переміщені особи – це люди, які залишили свої домівки, рятуючись від небезпеки, але не перетнули міжнародний кордон, а залишились на території України. Внутрішньо переміщені особи перебувають під законним захистом : у законі України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» від 20.10.2014 N 1706-VII зазначено, що внутрішньо переміщеною особою є громадянин України, іноземець або особа без громадянства, яка має право на постійне проживання в Україні, яку змусили залишити або покинути своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних

ситуацій природного чи техногенного характеру. Вони зберігають усі права та захист згідно з міжнародним законодавством з прав людини [43]. Позитивний досвід багатьох громад за напрямом надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам заснований на співпраці волонтерів та органів місцевого самоврядування. Височанський В. та Мешко Є., зазначають, «що найкращими кейсами є синергія та кооперація усіх залучених стейкхолдерів, впорядкування та координація їхньої діяльності» [7]. В статті «Аналіз надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах воєнного стану» колектив дослідників, зауважує, «що забезпечення основних життєвих потреб для внутрішньо переміщених осіб, у тому числі медичного обслуговування, і досі залишається актуальним для нашої держави» [7]. У Конституції України встановлено, що «державна створює умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Кожний пацієнт, який досяг 14 років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування, відповідно до його рекомендацій» [34]. Фізична особа, що офіційно проживала на 44 території, яка на даний час є непідконтрольною територією України, після отримання довідки про взяття на облік ВПО «має право отримати необхідну медичну допомогу за новим місцем проживання (у державному або комунальному закладі охорони здоров'я). Внутрішньо переміщена особа, яка проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, має право звернутися до закладу охорони здоров'я на власний вибір із заявою з проханням поставити на облік за місцем фактичного проживання. Серед внутрішньо переміщених осіб є люди похилого віку (які, як правило, мають вікові захворювання та проблеми зі станом здоров'я); особи з інвалідністю (які потребують постійного контролю з боку медичних працівників та особливих умов перебування);

вагітні жінки (які повинні знаходитись на медичному обліку та систематично проходити обстеження у лікарів певної спеціалізації задля нормального перебігання вагітності); діти (які часто хворіють на сезонні захворювання, потребують належних умов життя, потребують планових щеплень за віком для нормального самопочуття, нормального стану здоров'я та виключення інфекційних хвороб: вітряної віспи, правця, прокази, корі, вірусного гепатиту та інше); особи, які страждають на хронічні захворювання (спадкові, вроджені, набуті)» [32]. Надання первинної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах воєнного стану Міністерство охорони здоров'я України врегулювало окремим наказом МОЗ України від 17.03.2022 № 496 «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» [12]. В документі врегульовано, що всі надавачі медичних послуг зобов'язані надавати медичні послуги всім особам, які до них звертаються за місцем знаходження. Амбулаторія чи інший лікувальний заклад, до якого звернулися внутрішньо переміщена особа, повинні: - вести облік переміщених осіб, які звертаються; - надавати первинну, а також медичну допомогу пацієнтам у невідкладному стані; 45 - проводити вакцинацію відповідно до календаря профілактичних щеплень. На сьогоднішній день внутрішньо переміщені особи мають можливість укласти декларацію з сімейними лікарями в будь-якому закладі міста, що надають первинну медико-санітарну допомогу. Це дозволяє отримати безкоштовну медичну допомогу в повному обсязі, також отримати рецепти на лікарські засоби за програмою «Доступні ліки». Ще одне завдання щодо оптимізації надання медичних послуг в умовах воєнного стану – правильно розподілити сили медичного персоналу та своєчасне надання медичної допомоги. Для цього Наказом Міністерства охорони здоров'я від 24.02.2022 р. № 374 було затверджено «Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» [46]. Згідно з даним Стандартом медичне сортування

постраждалих надає змогу швидко та якісно здійснити початкову оцінку стану постраждалих, що госпіталізуються або самостійно звертаються у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, максимально коректно розподілити їх за спорідненими клініко-нозологічними групами та визначити подальший маршрут постраждалого у заклад охорони здоров'я» [46]. Алгоритм медичного сортування надає змогу покращити якість надання медичної допомоги у ситуаціях масового надходження постраждалих до закладів охорони здоров'я та при відповідному дефіциті сил медичного персоналу та засобів. На період воєнного стану, з метою збільшення одночасного надання медичної допомоги населенню, яке постраждало внаслідок воєнних дій в Україні, дозволено залучати до роботи іноземних медиків. На допомогу українським лікарям зголосилися британські колеги в рамках проєкту UK-MED (Велика Британія) «Головна мета інтервенції – це забезпечити доступ до кваліфікованої медичної допомоги для переселенців, шляхом організації оглядів на базі мобільної клініки. 05.05.2022 р. команда медиків 46 міжнародної неурядової організації Вони надають гуманітарну медичну допомогу внутрішньо переміщеним особам. Мобільні амбулаторії з іноземними фахівцями гуманітарної місії здійснюють медичний огляд »[42]. За даними Міністерства охорони здоров'я в Україні на теперішній час працюють 230 іноземних медичних працівників, ще понад 2 тисячі іноземних фахівців подали заявки на приїзд до України з метою допомоги українським медичним працівникам рятувати пацієнтів (здебільшого, це представники Литви, Ізраїлю та Німеччини). Тому Міністерство охорони здоров'я України урегулювало можливість дозволило залучати до роботи лікарів-інтернів, молодших спеціалістів з медичною освітою і лікарів-спеціалістів без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії та здобувачів медичних закладів вищої освіти. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 лютого 2022 року передбачено, «що керівники закладів охорони здоров'я у період дії

воєнного стану мають допускати у добровільній формі до надання своєчасної, безперервної допомоги постраждалим медичних працівників-іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в країні на законних підставах, за умови наявності у них підтверджувальних документів про відповідну освіту та професійну кваліфікацію » [45]. Також, з метою покриття медичними послугами осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій в Україні відповідно до Наказу Міністерство охорони здоров'я України від 27.02.2022 року на період запровадження воєнного стану в Україні, до надання медичної допомоги та виконання інших заходів, які є необхідними для її надання, залучаються лікарі-інтерни, молодші спеціалісти з медичною освітою, а також лікарі-спеціалісти без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії [44]. Ці медичні фахівці залучаються за потреби у відповідних адміністративно-територіальних одиницях у зв'язку з воєнними діями в Україні, яку формують структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. 47 Проте, Міністерство охорони здоров'я України рекомендує в першу чергу залучати до роботи лікарів-інтернів, які проходять практичну підготовку в інтернатурі на момент залучення. Також визначено, що першочерговою медичною допомогою мають бути зупинка кровотечі, серцево-легенева реанімація, допомога при інсульті, опіках, переохолодженні, удавленні, втраті свідомості та важкі поранення. Отож, незважаючи на сильний вплив воєнних дій на українську систему охорони здоров'я, варто зазначити, що вона змогла адаптуватися до нових умов роботи щодо надання населенню медичних послуг. Першочерговими діями медичного менеджменту були зміненні підходи до базових процесів надання медичної допомоги в умовах війни. Сьогодні система охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях спрямована на збереження фізичного та психологічного здоров'я людей, незважаючи на те, що не завжди є можливість надати професійну медичну допомогу.

Під час збройної агресії щодо України актуальні такі ризики стосовно інформаційно-комунікаційних, електронних комунікаційних систем та електронних реєстрів:

- Пошкодження місць зберігання реєстрових даних із повною або частковою втратою даних.
- Пошкодження інфраструктури реєстрів, інформаційно-комунікаційних систем, що має наслідком недоступність реєстрів для користувачів як для перегляду, так і для внесення інформації.
- Несанкціонований доступ до даних реєстрів, внаслідок якого може бути здійснено перегляд, зміну або видалення реєстрових даних. Реєстри ЦБД ЕСОЗ містять чутливу медичну інформацію щодо стану здоров'я громадян, детальні дані про надавачів медичних послуг, включаючи адреси та координати місць надання послуг, персональні дані медичних працівників та пацієнтів, тому навіть перегляд без зміни таких даних зловмисниками може мати суттєві наслідки. Несанкціонований доступ може бути здійснений як безпосереднім доступом до реєстрів, так і через робочі місця користувачів з використанням їх реєстрових даних.
- Немоżliвість користувачів отримати доступ до свого робочого місця для роботи з реєстрами, внаслідок чого неможливе внесення нових даних у реєстр.

Рішенням Уряду визначено такі рекомендації для функціонування інформаційно-комунікаційних систем та реєстрів в умовах воєнного стану:

- «1. Розміщувати державні інформаційні ресурси та публічні електронні реєстри на хмарних ресурсах та/або в центрах обробки даних, що розташовані за межами України на безоплатній або платній основі
2. Створювати додаткові резервні копії державних інформаційних ресурсів та публічних електронних реєстрів з дотриманням установлених для таких ресурсів вимог щодо цілісності, конфіденційності та доступності. Резервні копії можуть бути використані для швидкого відновлення реєстрових даних та доступності реєстрів у разі пошкодження інфраструктури або

несанкціонованого знищення реєстрових даних.

3. Зупиняти, обмежувати роботу інформаційних, інформаційно-комунікаційних та електронних комунікаційних систем, а також публічних електронних реєстрів у плановому порядку для територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією.

4. У разі появи загрози несанкціонованого доступу до інформаційних, інформаційно-комунікаційних, електронних комунікаційних систем та публічних електронних реєстрів, зокрема внаслідок тимчасової окупації певної адміністративно-територіальної одиниці, адміністратори таких інформаційних, інформаційно-комунікаційних, електронних комунікаційних систем та публічних електронних реєстрів невідкладно припиняють доступ користувачів до них в межах відповідної території, про що протягом двох днів інформують відповідних держателів інформаційних, інформаційно-комунікаційних, електронних комунікаційних систем та публічних електронних реєстрів » [27].

Вказані заходи вживаються як на стороні ЦБД ЕСОЗ, так і на стороні МІС.

Також на початку введення воєнного стану в Україні було прийнято Постанову Кабінету міністрів України від 23.03.2022 р. № 351 “Деякі питання забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров’я в умовах воєнного стану”, якою визначено «порядок прийняття рішень щодо зупинення доступу користувачів електронної системи охорони здоров’я, які розташовані на територіях, на яких ведуться бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією, а також алгоритм дій для подальшого відновлення доступу » [31].

Деякі нормативно-правові акти, які встановлювали «виключення щодо обов'язковості ведення електронних документів в ЕСОЗ та в разі відсутності технічної можливості можливості виписування паперових документів спочатку на всій території України, а згодом шляхом внесення змін було звужено до територій активних бойових дій та прифронтових територій.

За час воєнного стану в Україні ЕСОЗ “відбила” низку кібератак, а також постійно адаптується до поточних реалій. До прикладу, під час масштабного збою в роботі одного з мобільних операторів ухвалювались тимчасові рішення та зміни щодо виписування електронних рецептів тощо. Користувачам ЦБД ЕСОЗ варто пам'ятати та дотримуватися загальних правил протидії комп'ютерним загрозам, що особливо важливо в період воєнного стану на всій території України. (детально див. тема 6.1. Основи кібербезпеки).

Окремо слід згадати зниження рівня доступності пацієнтів до медичної допомоги внаслідок:

- 1.Переміщення громадян (пацієнтів) з місць постійного проживання у інші регіони України або за кордон.
- 2.Переміщення медичних працівників з місць праці у інші регіони України або за кордон.
- 3.Пошкодження або знищення інфраструктури закладів охорони здоров'я.

1 січня 2021 р. відбулися докорінні зміни адміністративно-територіального устрою в Україні на місцевому та районному рівнях внаслідок реалізації реформи децентралізації, метою якої є створення й розвиток повноцінного середовища для мешканців, що неможливо без медичної складової. Одним із пріоритетів для новостворених чи дооб'єднаних територіальних громад має стати розвиток медичної інфраструктури в регіоні. Зважаючи на це, представниками міжрегіональних департаментів НСЗУ впродовж 2020-2021 рр. проведено зустрічі з представниками місцевої влади в регіонах, надано консультації щодо можливостей розвитку окремих медичних закладів, формування ефективної мережі, а також змін законодавства у вказаній сфері. З огляду на широкий спектр детермінантів, що впливають на здоров'я населення, очевидно, що діяльність органів місцевого самоврядування відіграє важливу роль у поліпшенні здоров'я та добробуту в місцевих громадах»[11]. 15 Відповідальність за здоров'я несуть не лише медичні працівники

закладів охорони здоров'я в цих громадах. Рішення та діяльність інших підрозділів виконавчої влади й комунальних установ також можуть створювати сприятливі умови, знижувати ризики та підвищувати чинники збереження здоров'я. Децентралізація і трансформація системи охорони здоров'я, а також залучення всіх стейкхолдерів, надають громадам можливості для створення якісної медицини в регіоні [10]. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) звертає увагу на те, що трансформація охорони здоров'я - це не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [56]. Започатковані Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я ще в 2016 році основні положення щодо реформування системи фінансування охорони здоров'я стали головним стартовим механізмом для започаткування комплексних реформ у цій життєво важливій сфері та створення в Україні сучасної, гідної великої європейської держави медицини [48]. Проведення реформи забезпечить створення ефективної і доступної системи охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України, підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, покращення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персонал}-, що працює у сфері охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку й оптимізації системи соціальної підтримки [34]. Національна служба охорони здоров'я зазначає, що « трансформація системи охорони здоров'я створює умови для сталого розвитку медичних закладів, зростання заробітних плат та покращення умов праці медичних працівників. Керівництво заклад}- та його власники повинні вміти скористатися ними можливостями, правильно розподіляти ресурси і розвивати свої заклади для потреб пацієнтів та з урахуванням інтересів медичних працівників [53]. 16 Пріоритетним завданням системи охорони здоров'я будь-якого уряду є забезпечення належного рівня здоров'я

населення, що визначається стратегічними документами національного, європейського та міжнародного рівнів. У сфері охорони здоров'я основними цілями уряду є забезпечення мікроекономічної ефективності, справедливого та рівного доступу до медичних послуг, а також макроекономічний контроль за видатками у сфері охорони здоров'я (табл. 1.1). Україна гостро потребує трансформаційних механізмів у системі охорони здоров'я та переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі з метою поліпшення доступності і якості медичного обслуговування в державі. Стан здоров'я населення, якість медичного обслуговування залежать від ефективного використання та забезпеченості медичної галузі трудовими, матеріальнотехнічними, фінансовими ресурсами. Таким чином, сучасна система охорони здоров'я вимагає формування такої державної політики, яка дасть змогу охопити основними видами профілактики, допомоги, лікування і реабілітації все населення, забезпечити надання медичних послуг достатніми фінансовими ресурсами, підвищити ефективність та зменшити фінансові ризики, пов'язані з наданням допомоги» [92].

Механізм регулювання системи охорони здоров'я передбачає взаємодію всіх учасників ринку за допомогою інститутів та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг. Регулювання здійснюється на трьох рівнях: міжнародному, національному та регіональному. Цілі, завдання, інститути та інструменти кожного рівня різні, але всі вони спрямовані на вирішення завдань, спільних для ринку медичних послуг. Доступність медичної допомоги - це основна мета системи охорони здоров'я населення, а її передумови полягають у збалансованості необхідних обсягів медичної допомоги з можливостями та ресурсами держави. Якість медичної допомоги, у свою чергу, відзначається сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню розвитку медичної науки і технології. Основними характеристиками якості медичної

допомоги є адекватність, доступність, наступність і безперервність, безпека, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу й результату, постійне вдосконалення та поліпшення. На сьогодні також напрацьовано проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. «(Стратегія-2030). Вказаний документ поєднаний з Цілями сталого розвитку у сфері охорони здоров'я та демографічними показниками до 2030 р., а також розроблений МОЗ із залученням ключових стейкхолдерів сфери охорони здоров'я та у співпраці з міжнародними партнерами [93].

Принципами та цінностями названої Стратегії визначено:

людиноцентричний підхід; підзвітність; міжсекторальну взаємодію; запобігання збідненню через погіршення здоров'я; рівність та залученість; універсальний доступ. Щодо людиноцентричності в системі охорони здоров'я та медичній допомозі, то послуги спільно вироблені для того, щоб відповідати потребам людей: послуги координовані для забезпечення безперервної допомоги; послуги є комплексними, безпечними, ефективними, своєчасними та доступними: всі 18 надавачі послуг вмотивовані, мають відповідні знання та навички, працюють у підтримуючому середовищі. Ключовими цілями Стратегії-2030 є продовжувати реформу охорони здоров'я, спираючись на успіхи та враховуючи здобутий досвід; рухатись у напрямі забезпечення Універсального медичного страхування - Universal Health Coverage; покращити показники здоров'я населення, рівень задоволеності послугами та рівень захисту фінансових ризиків; забезпечити фактологічний підхід до процесу, одночасно визнаючи контекстуальну специфіку та потреби; забезпечити узгодженість з ЦСР та міжнародними зобов'язаннями України перед її партнерами; залучити громадянське суспільство та стейкхолдерів до процесу розробки Стратегії та консультацій. Структура інституційного механізму державного управління охороною здоров'я базується на інтеграції методів запровадження державної політики у сфері охорони

здоров'я, методів управління галуззю, форм застосування важелів управління, конкретних інструментів управління [9]. Серед методів управління охороною здоров'я організаційні та економічні можуть використовуватися як на державному, так і на регіональному, місцевому рівні, такі методи, як психологічні, спеціальні, адміністративні, застосовуються більшою мірою на регіональному рівні та в процесі організації функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я та інших медичних установ. Безпосередньо важелі впливу, які застосовує держава в процесі реалізації інституційного механізму} - державного управління охороною здоров'я, можна поділити на економічні та фінансові, які мають управлінський вплив на медицину} - як інструменти оперативного управління та вирішення питань; правові, які мають більш довгостроковий характер; організаційні, які надають конкретні методи реалізації правових норм та концентрують увагу} виконавців на рекомендованих способах вирішення проблем; політичні, які формують загальний вектор реалізації державних програм та курсу держави загалом у Більш конкретні методи, що використовуються в інституційному механізмі державного управління охороною здоров'я - це технології, програми, 19 концепції та постанови. Що стосується технологій, то вони мають дві форми - високотехнологічні пристрої для лікування, що містять у собі наукові доробки у сфері фармацевтики, інформаційних технологій, електроніки, та технології (протоколи) лікування, які включають нові інноваційні методики лікування » [9].

2.2. Фінансове забезпечення публічного управління діяльністю медичних установ в умовах воєнного стану.

Жодна сфера у ринковій економіці, зокрема охорона здоров'я, не може успішно розвиватися без добре налагодженої системи фінансового забезпечення. Незважаючи на те, що у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі наведений широкий спектр результатів наукових досліджень із

фінансового забезпечення охорони здоров'я, є низка невирішених проблем у цій сфері. Наявні суперечливі підходи до організації фінансового забезпечення охорони здоров'я, формування його джерел, форм і методів, оцінки специфіки функціонування, визначення проблем і розроблення шляхів їх розв'язання. Борщ В. І. вказує, що «специфіка фінансових процесів в охороні здоров'я, зокрема у її фінансовому забезпеченні, вимагає наукового осмислення, детального аналізу та обґрунтування конкретних пропозицій щодо фінансового забезпечення медичної сфери.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, запроваджено принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами послуг. Предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги – прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни [2]. Специфічною рисою ринку медичних послуг є його соціальна

спрямованість, за якої максимізація прибутку в жодному разі не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг. Сама по собі послуга являє специфічну форму виробничої діяльності, результат якої спрямований не на створення матеріального блага, а на отримання певного (конкретного) корисного ефекту, що стосується безпосередньо людини. Отже, медична діяльність передбачає послугу, в основу якої покладено ефект збереження та зміцнення здоров'я. Такий різновид послуг обмежений у транспортуванні, оскільки, наприклад, хірургічні операції практично не 110 виконуються вдома, а інші (ін'єкції, маніпуляції, консультування тощо) можуть бути виконані й на виїзді. Тому специфіка ринку надання медичних послуг накладає відбиток на цей різновид бізнесу. У цьому контексті можна виокремити особливості системи охорони здоров'я: поперше, надання багатьох різновидів медичної допомоги потребує великих первинних витрат та наявності стартового капіталу і, по-друге, попит на цьому ринку може активно стимулювати появу нових спеціалістів і псевдофахівців [3]. В період реформування економіки загальноринкові підходи до формування пакету медичних послуг дають можливість підтримувати координаційні механізми державно-приватного співробітництва для забезпечення потреб всіх верств населення. Таке співробітництво передбачає надання безкоштовної невідкладної медичної допомоги малозабезпеченим та уразливим верствам населення, і можливість населенню із середнім або високим рівнем доходів отримувати, за бажанням, медичну допомогу, як у державних закладах охорони здоров'я, так і в приватних.

Система охорони здоров'я України виявилася стійкою під час воєнного стану. Крім того, багато міжнародних партнерів підтримали її за допомогою ресурсів, включаючи бюджетну підтримку Національної служби охорони здоров'я України. Потреби в медичній допомозі зростають через виклики, що стоять перед нами. Понад 10 млн людей, які так чи інакше потребують підтримки, або через консультації, або через

первинну медичну допомогу чи підтримку, або через догляд у закладах охорони здоров'я з боку медсестер та лікарів. Тягар захворювань збільшується через хронічні хвороби внаслідок несвоєчасного надання допомоги у випадку інсульту або інфаркту. В свою чергу, несвоєчасна допомога збільшує потреби в реабілітації. Це все має вплив на те, скільки нам потрібно ресурсів зараз та в майбутньому.

Складна економічна й політична ситуація в Україні зумовила недостатнє бюджетне фінансування охорони здоров'я останніми роками. Причинами низького рівня фінансового забезпечення медичної сфери є недостатність бюджетних коштів, нераціональне їх використання, недосконалість наявних бюджетних і небюджетних механізмів управління. У 2013–2017 роках видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я збільшилися на 66,30%, що має більше номінальний характер, який пояснюється темпами інфляції, а не реальним зростанням видатків, оскільки у відсотковому відношенні до ВВП та загальних видатків зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я не демонстрували зростаючої тенденції. Навпаки, спостерігалось скорочення частки видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я щодо як обсягу ВВП (з 4,20% у 2013 році до 3,43% у 2017 році), так і обсягу загальних видатків зведеного бюджету (з 12,17% у 2013 році до 9,69% у 2017 році).



Рис. 2.1. Динаміка видатків зведеного бюджету України на охорону

здоров'я у 2013–2017 роках

Водночас Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Європейським союзом рекомендовано бюджетне забезпечення охорони здоров'я на рівні не менше 7% ВВП. У 2013–2017 роках видатки державного бюджету на охорону здоров'я збільшилися у 9,61 раза, тоді як видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я зросли тільки у 1,76 раза .

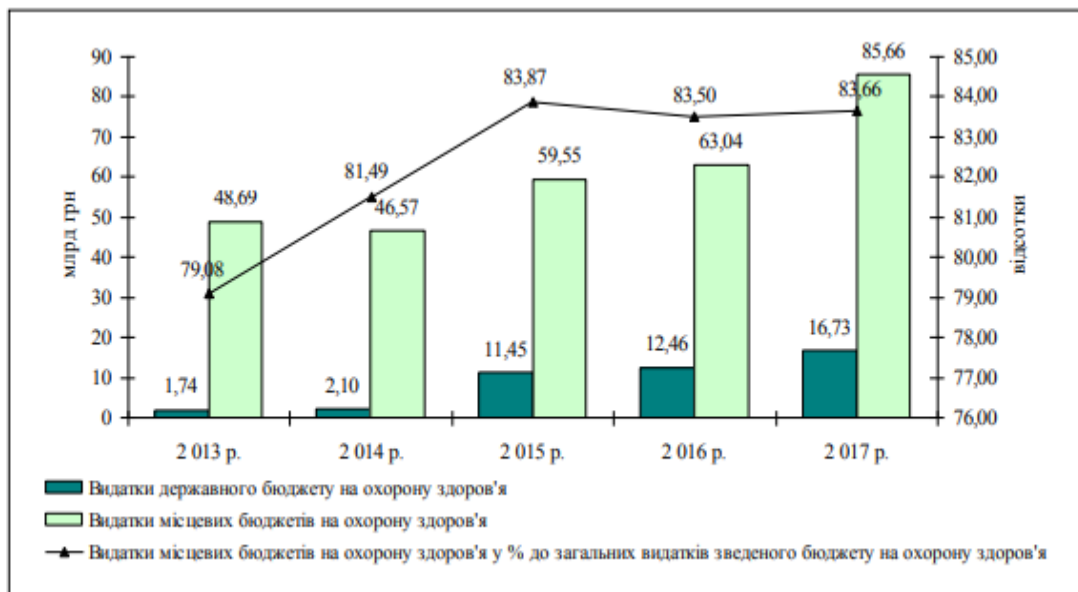


Рис. 2.2 Динаміка видатків на охорону здоров'я в розрізі ланок бюджетної системи України у 2013–2017 роках

Збільшення фінансування галузі медицини дозволило спрямувати кошти центрального фонду для закупівлі медичних препаратів, поповнюючи дефіцит та заповнюючи необхідні потреби лікувальних закладів.

Незважаючи на відсутність стрімкої спрямованості до збільшення, у 2013–2017 роках частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 82,32% і мала тенденцію до зростання. Така ситуація пов'язана із тим, що Бюджетним кодексом України за місцевими бюджетами закріплено проведення видатків, що забезпечують населення життєвонеобхідними суспільними благами та послугами, серед яких чільне

місце посідає охорона здоров'я. Впродовж 2013–2017 років найбільше зростання спостерігалось за видатками на охорону здоров'я, що здійснюються із бюджетів об'єднаних територіальних громад, що зумовлено проведенням реформи фінансової децентралізації в Україні (У 2013–2017 роках найбільші видатки на охорону здоров'я здійснювалися за рахунок загального фонду зведеного бюджету України).

На початку повномасштабного вторгнення, для безперебійної роботи лікарень під час військової агресії Російської Федерації, Уряд прийняв зміни до Порядку реалізації програми медичних гарантій у 2022 році, затвердженого постановою КМУ №1440. Ці зміни забезпечували фінансування медичних закладів у надзвичайній ситуації. Відповідно до прийнятих змін, медзаклади щомісяця отримували фіксовану суму коштів, які сплачувала Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Оплати заклади отримували у перших числах місяця. При цьому НСЗУ не враховувало фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я через відсутність можливості багатьох закладів робити це. Також планувалось на період дії воєнного стану, що заклади не зобов'язані подавати звіти для оплати. Всі оплати мали відбуватися на основі реєстрів, які формує і передає до органів державного казначейства НСЗУ. Завдяки запровадженню змін: медзаклади максимально швидко отримували кошти на рахунки, а навантаження на лікувальні заклади, пов'язане із звітуванням, зменшилося. Також медзаклади отримали фінансові ресурси, що забезпечували їхню безперебійну роботу. За умов, коли була порушена логістична вертикаль, директори медичних установ мали достатнє правове поле для релокування закладів, реорганізацій відділень та адаптування своїх закладів згідно нагальних потреб та надходження пацієнтів.

Принцип "гроші за пацієнтом" призупинили, а фактична місячна оплата медичних послуг відбувалась за принципом 1/12. Кожен заклад міг отримати затверджену 1/12 від суми договору за минулий рік, де 12 – це кількість місяців, на яку було укладено договір (проте вона могла бути й

меншою). Внесення інформації до ЕСОЗ зробили необов'язковим. Вже у липні оплата за надані медичні послуги за принципом 1/12, а також необов'язковість внесення даних в ЕСОЗ залишилась лише для тих закладів охорони здоров'я, які знаходяться на територіях, де ведуться активні бойові дії або які знаходяться під тимчасовою окупацією (в оточенні, блокуванні).

Великим кроком назад стало повернення до регулювання заробітних плат для медичних та фармацевтичних працівників. Верховна Рада внесла зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я і закріпила повноваження уряду встановлювати мінімальний рівень оплати праці працівників у комунальних та державних закладах охорони здоров'я. Відповідні зміни було внесено також і до закону про оплату праці.

У січні 2022 року Кабмін, отримавши відповідні повноваження та де-факто виконуючи указ президента, чітко визначив мінімальний розмір заробітної плати для лікарів (20 тисяч гривень) та медсестер (13,5 тисяч гривень), а також питання доплат і надбавок.

Щоб виконати цю постанову, Національна служба здоров'я була змушена виконати невластиву для себе функцію: де-факто вона виплатила медичним закладам субсидію під виглядом нового пакету медичних послуг "Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги", розрахованого на заклади охорони здоров'я комунальної власності.

Пакет, очевидно, зовсім не стосується послуг – ідеться про дофінансування закладів охорони здоров'я, щоб останні мали змогу виплачувати заробітні плати своїм працівникам на рівні, який встановив уряд. За цим пакетом закладам було виплачено 1,4 мільярда гривень у 2022 році, а на 2023 рік планується збільшити цю цифру до 3,1 мільярда.

Схожу практику застосували і для оплати праці лікарів-інтернів під час воєнного стану. У липні 2022 року парламент ухвалив рішення про їхній

допуск до надання медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій. Щоб забезпечити цю політику, було запроваджено додатковий пакет медичних послуг у рамках ПМГ під назвою "Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів".

Медична допомога населення є важливим завданням і частиною державної політики, яка реалізується через публічне адміністрування у цій сфері взаємодії населення та публічної влади. Сфера медичного обслуговування населення є досить складною соціально-економічною системою, яка покликана зберігати й покращувати здоров'я громадян, захист нації та, відповідно, ефективно надання кваліфікованої медичної допомоги кожному, хто його потребує. Так, забезпечення якісного медичного обслуговування досягається шляхом складних і перманентних активних зусиль усіх структур і систем суспільства й держави, які беруть участь у процесі збереження життя та здоров'я громадян, підтримання якого не видається можливим без належного механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення .

2.3. Проблеми та виклики медичних установ в умовах воєнного стану.

Військове вторгнення, яке набуло повномасштабного характеру, стало викликом для медицини України, забезпечення населення медичною допомогою та лікувальними засобами. Але швидке реагування влади, прийняття необхідних рішень, у тому числі з боку МОЗ України, сприяли майже безперебійному забезпеченню українців необхідними, життєвоважливими ліками. Українці продовжують отримувати необхідну медичну допомогу, а лікарі — рятувати життя.

Першочергове завдання Міністерства охорони здоров'я України — «це забезпечення безперебійної роботи лікарень у разі великої кількості поранених. Тобто спільно з Міністерством оборони України було чітко

відпрацьовано перелік закладів охорони здоров'я, куди першочергово потраплятимуть хворі. Також організовано запас необхідних лікарських засобів. Одним з важливих завдань також було забезпечення наявності генераторів резервного живлення в усіх закладах охорони здоров'я. У рамках робочих візитів представники нашого Міністерства, у тому числі міністр, керівники структурних підрозділів та я особисто, відвідували лікувальні заклади у різних регіонах, перевіряли їх роботу, запаси лікарських засобів та наявність генераторів » [3].

Попри значне навантаження на систему охорони здоров'я на заході України, куди приїхало чимало вимушено переміщених осіб (ВПО), лікувальні заклади впоралися. Управлінці швидко зреагували, а система проявила гнучкість. Головне — вдалося зберегти безоплатну медичну допомогу для усіх пацієнтів. Пацієнти, які вимушено змінили місце проживання, можуть отримати медичну допомогу лікаря у будь-якому регіоні України без підписання декларації. Зробити це можна у порядку живої черги.

Відбувся незначний відтік кадрів серед медичних працівників. Переважно їдуть за кордон на роботу молодший та середній персонал, менше — лікарі. Особливо така тенденція поширена серед працівників охорони здоров'я, які володіють іноземними мовами. Але їхні місця зайняли вимушено переміщені медики, як у великих містах, так і в містечках.

Значно зросла потреба у консультації психолога, особливо для ВПО. Ймовірно, надалі попит на цю послугу буде зростати, тому це завдання для керівників лікарень, які вже мають замислюватися над доцільністю її впровадження.

Лікувальні заклади в перші дні повномасштабного вторгнення зіткнулись із низкою проблем в логістиці, оскільки, військових атак зазнали медичні підприємства, заводи, склади, що унеможливило доставку медичних виробів та ліків до лікарень та пацієнтів. На допомогу прийшли волонтерські організації, хаби, котрі налагоджували доставку ліків до

медичних закладів. Наразі проблема із доставкою медичних препаратів на захід України стабілізувалася, але лікувальні заклади готуються до різних сценаріїв та формують запаси.

Постійна й конструктивна комунікація усіх ланок медичної допомоги допоможе медикам та управлінцям приймати ефективні рішення, ділитися досвідом та визначити план дій лікарів на кожній точці маршруту пацієнта.

Українська система охорони здоров'я витримала першу хвилю навантаження завдяки медикам, які продовжували працювати, та управлінцям, які швидко й ефективно відреагували на ситуацію, змінивши специфіку роботи. Медики зазначають, що західні регіони часто були проміжними пунктами. Іноді ВПО залишалися у містах на нетривалий час, після чого їхали за кордон, що також вплинуло на систему охорони здоров'я.

Також змінилася робота стаціонарного підрозділу. Лікувальні заклади повинні тримати ліжковий резерв на випадок масових поступлень. Друга сторона, це те, що почали лікувати військові травми. Важливо, що попри війну, пацієнти отримують медичну допомогу безоплатно. Національна служба здоров'я України якраз встигла законтрактувати заклади. Для того, щоб збереглася система надання медичної допомоги пацієнтам, щоб заклади надалі могли отримувати кошти і міг працювати персонал, було прийнято, що ми фіксуємо суму. Сьогодні бачимо, що воно було абсолютно правильне. Адже це зберегло можливість пацієнту отримувати медичну допомогу, через те що зберігся персонал і заклади отримують кошти.

Значно вплинуло повномасштабне вторгнення на онкологію. Іноземні клініки відгукнулися на прохання українських колег прийняти на лікування онкохворих пацієнтів. Хоча українські лікарі й не припиняли працювати, адже ця сфера передбачає довготривале лікування, де не можна переривати процес. Проте нестабільна ситуація та повітряні тривоги

ускладнюють роботу.

Онкологія — це направлення в медицині, де найбільше пацієнтів виїхало за кордон на лікування, близько 70%. Не дивлячись навіть на те, що онкологи в Україні не припиняли працювати ні на один день від 24 лютого. Пацієнти їдуть за кордон отримувати медичну допомогу, оперативне лікування, хіміотерапію, променеву терапію.

Водночас зазначається, що були випадки, коли окремих спеціалістів не могли прийняти на роботу, оскільки у їхній клініці не було відкритих вакансій. Але місцеві лікарі, знаючи про вакантні робочі місця в менших містах, ділилися інформацією з вимушено переміщеними колегами. Варто розуміти, що є міста, які за чисельністю населення менші, але вони мають клініки, серйозні лікувальні заклади, які можуть надавати не менш високоякісну медичну допомогу і розвивати у себе напрямки, яких у них не вистачає. Оскільки зараз карта бойових дій, у порівнянні з березнем значно змінилася, деякі медики повертають на попередні місця роботи. Наразі масового перенавантаження медичним персоналом у західних областях України не спостерігалось.

Переосмислення психологічної допомоги та подальші кроки. У перші місяці до медичних закладів зверталися переважно вимушено переміщені українці, які часто перебували у стресовому стані та потребували зовнішньої підтримки. Тож специфіка роботи лікарів змінилася, оскільки попри різні захворювання, пацієнти потребували й консультації психолога. Люди приїжджали потягами, які були перенаповнені, а дехто — тривалий час добирався на власних автомобілях. Вони були в жахливому емоційному та фізичному стані. Впродовж березня дійсно головною потребою пацієнтів була консультація психолога. Тому наголошується на пріоритизації послуг: завдання на майбутнє — оцінити наскільки нам будуть потрібні психологи, психіатри, психотерапевти й реабілітологи, та де вони мають знаходитися. Також наскільки це питання актуальне для кожної громади: яку послугу у себе розгортати, чому

надавати переваги, або від чого відмовлятися.

Лікарням важливо вибудовувати стосунки з громадськими організаціями та волонтерами. Медична система не лише витримала навантаження, але й проявила гнучкість. Лікувальні заклади активно почали співпрацювати з благодійниками, з громадськими організаціями та волонтерами. Це допомогло медучреждениям розв'язувати проблеми із доставкою медичних препаратів, виробів медичного призначення, які припинили постачати або пацієнти не могли їх придбати в аптеках. Були зрозумілі проблеми із закупівлями лабораторних реактивів, які купували в Харкові. Наразі лікувальні заклади формують запаси, щоб у разі повторних логістичних проблем чи атак на фармакологічні склади, можна було забезпечити пацієнтів усіма необхідними ліками. Рівненська клінічна лікарня організувала великий гуманітарний хаб. Звідси 5 тонн різних виробів медичного призначення та лікарських засобів, відправляють у центральні, східні, південні регіони.

Комунікація: обмін досвідом та робота з пацієнтами.

Важливу роль зіграли комунікації між лікарем і пацієнтом, між самими медиками та колегами з інших країн. Комунікація між медичними закладами, що працюють в різних регіонах, сьогодні ще важливіша, ніж це було раніше. Адже медики заходу України, перебуваючи у відносній безпеці, повинні допомагати лікарням сходу, півночі та півдня.

Важливою складовою роботи лікарів стала комунікація з вимушено переміщеними українцями щодо надання медичної допомоги. Люди часто не знають куди звернутися, чи можна отримати консультацію без декларації у сімейного лікаря. Усе це — виклик для охорони здоров'я. Тому у місцях скупчення ВПО, наприклад, у ЦНАПах, пунктах надання гуманітарної допомоги, чи на вокзалах, для них залишали інформацію про можливість отримати медичну допомогу.

Висновки до розділу 2

На сьогодні процеси реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, які впроваджуються в Україні, потребують доказового підґрунтя. Особливої уваги заслуговують питання наукового обґрунтування вибору моделі управління сферою охорони здоров'я для забезпечення потреб населення в медичних послугах. Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, зокрема державного, формування й використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом. У свою чергу відповідно до статті 49 Конституції України в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; наявна мережа таких закладів не може бути скорочена. Ефективне державно-приватне співробітництво у сфері надання медичних послуг буде сприяти збільшенню кількості надаваних окремих видів медичної допомоги, державними і приватними закладами охорони здоров'я, досягненню високої їх якості за рахунок конкуренції, збільшенню відсотка приватного сектору у наданні послуг у сфері охорони здоров'я, забезпеченню стандартів якості та доступності цін при розширенні спектру медичних послуг, що надаються, підвищенню якості медичної допомоги за рахунок підвищення кваліфікації медичних працівників. Таке співробітництво дозволить забезпечити доступність та якість надання медичної допомоги всім верствам населення. Післявоєнне відновлення, враховуючи масштаби втрат у галузі та порушення її функціонування, повинно включати не лише матеріальну реанімацію медичних закладів, що зазнали нападів, але й нові виклики для працівників охорони здоров'я та всього населення держави,

зокрема, збільшення потреби в ментальній реабілітації. Система охорони здоров'я має адаптуватися до особливостей воєнного стану – стати гнучкішою.

РОЗДІЛ III. Практичні рекомендації щодо формування ефективного механізму публічного управління медичних установ з урахуванням воєнного стану.

3.1. Медична реформа та її вплив на публічне управління медичними установами в умовах воєнного стану.

Війна, що розпочалася 24 лютого 2022 року, мала надзвичайно серйозні наслідки для України, викликаючи масштабні руйнування та глибоке соціальне та економічне відчуття. Різко загострилися проблеми з місцевим населенням, інфраструктурою та економікою, що призвело до значного збільшення потоку внутрішньо переміщених осіб та вимушених переселенців. Зазначені події породили серйозне обговорення щодо можливостей відновлення країни та необхідності ефективних стратегій для подолання кризової ситуації. Україна знаходиться перед викликом відновлення руйнівного наслідку конфлікту. Однією з головних проблем є руйнування міст та населених пунктів, що вимагає не тільки відбудови будівель та інфраструктури, але й відновлення соціального та культурного середовища. Процес відновлення має включати розробку та впровадження комплексних програм відбудови, спрямованих на реабілітацію міст та покращення якості життя населення.

Кабінет Міністрів України своєю постановою від 25 квітня 2018 р. №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» встановив «Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ та Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я. Внаслідок такого регулювання отримувати фінансування від НСЗУ за трансформованою моделлю фінансування закладів охорони здоров'я зможуть тільки ті установи, які правильно ввели інформацію про

місця надання первинної медичної допомоги, дані щодо декларацій з пацієнтами. Міністерство охорони здоров'я України, в свою чергу, регулює впровадження eHealth на нормативно-правовому рівні. НСЗУ безпосередньо укладає договори з постачальниками медичних послуг, розробляє програми медичних гарантій, встановлює тарифи, здійснює оплату за медичні послуги на умовах договору. Вдосконалення медичного обслуговування жителів територіальної громади, в тому числі і Вінницької міської територіальної громади, жителям якої надає медичні послуги КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР може бути реалізоване шляхом використання цифрової медицини. Цифрова медицина принципово нова діяльність КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР щодо медичного обслуговування жителів територіальної громади завдяки застосування цифрових технологій. 36 Основним підходом у реформуванні медичної галузі в Україні сьогодні є створення на основі збору даних профілактичних обстежень, цифрової ідентифікації патентів у закладах охорони здоров'я інтегрованої єдиної інформаційно-аналітичної системи обліку стану здоров'я громадян з метою подальшого використання в статистичних, експертних, аналітичних системах. Дефініція «цифрова-медицина» включає в себе широкий спектр систем та послуг, які знаходяться на перетині інформаційно-комунікаційних, цифрових технологій, аналітичних програмних засобів, охорони здоров'я, медицини » [4]. Основна частина цифрової медицини, що використовуватиметься в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР повинна забезпечувати взаємодію між установами. медичними працівниками, патентами за допомогою цифрових технологій.

Основними напрямками розвитку цифрових послуг у сфері в системі медичного обслуговування пацієнтів передбачає наступний перелік заходів:

- ведення в цифровому вигляді медичної документації; - впровадження інформаційної автоматизованої галузевої системи;

- розвиток телемедицини;
- вдосконалення розвитку системи моніторингу стану здоров'я населення;
- упровадження та створення профілактики захворювань, нових комп'ютерних технологій, діагностики, забезпечення лікувальних процесів;
- створення цифрових загальнодоступних медичних ресурсів.

Суттєвими позитивними рисами впровадження цифрової-медицини є швидке передавання даних та інформації про результати обстежень між різними спеціалізованими лікарнями без транспортування хворого; зростання ефективності та якості лікування; можливість здійснення дистанційних консультацій вузькими спеціалістами в територіально віддалених медичних установах; скорочення термінів обстеження хворих.

Важливим завданням в процесі публічного адміністрування цифрових медичних послуг у закладах муніципальної медицини є формування єдиного цифрового медичного простору, що має бути вирішеним за допомогою інтенсивного використання цифрових технологій. В КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР виникає проблема зростання обсягів інформаційних потоків. Розв'язання її можливе завдяки опануванню й використанню медичної інформації, її раціонального збирання та аналізу шляхом впровадження цифрової медичної картки кваліфікованими працівниками КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР. Лікарі закладу кодують в електронній картці скарги пацієнта та діагнози за міжнародною системою МКХ та ІСРС-2. Шифр захворювань використовуються, оскільки, дана інформація є конфіденційною та може розголошуватись лише з дозволу пацієнтів. Використання лікарями госпіталю підпрограм статистичної обробки даних надасть можливість легко та швидко підготувати необхідні звіти відповідно до вимог департаменту охорони здоров'я, контролюючих органів, МОЗ. Електронний рецепт може використовуватись як електронний реєстр пільгових ліків на базі унікального коду лікарських засобів. За такими окремими протоколами (API) медичні заклади можуть

здійснювати автоматизований обмін даними, використовувати коди препаратів для власного товарно-матеріального обліку та інших потреб. МІС надає доступ до призначень лікарям, пацієнтам (при завантаженні відповідних програм на особисті гаджети), фармацевтам, розпорядникам коштів, і при цьому вона має захищатись від проникнення сторонніх осіб. Позитивним моментом також є можливість відійти від використання стандартних паперових бланків рецептів і перейти на електронні послуги. Переваги використання електронного рецепту представлено на рис. 3.1



Рисунок 3.1 – Переваги використання цифрового рецепта у сфері медичного обслуговування

3.2. Пропозиції щодо публічного управління діяльністю медичних установ в умовах воєнного стану

Рекомендації щодо вдосконалення управління ефективністю менеджменту організації КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради». Рекомендації щодо вибору стратегії розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради»

Вибір стратегії розвитку закладу охорони здоров'я, такого як КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради», потребує проходження кількох ключових етапів. Цей процес описується в роботі Коротун, Бурачик « складається з підготовки, аналізу поточного стану, розроблення стратегії, її обговорення та затвердження, реалізації і моніторингу. Розглянемо детальніше кожен з цих етапів:

а) Підготовка до стратегічного планування

1. Оцінка готовності до розроблення стратегічного плану госпіталю:

Визначення рівня підготовки закладу до стратегічного планування.

2. Створення робочої групи з розроблення стратегії госпіталю та затвердження положення щодо її роботи: Формування команди, яка займатиметься розробкою стратегії, і офіційне затвердження регламенту її діяльності.

3. Розроблення та узгодження структури стратегії та плану подальших дій госпіталю: Формування основних елементів стратегії та плану дій, які будуть виконуватись.

б) Аналіз поточного стану системи охорони здоров'я та госпіталю

1. Визначення зацікавлених сторін та аналіз необхідності їх залучення на різних етапах роботи госпіталю: Ідентифікація основних зацікавлених сторін та їх роль у процесі розробки і реалізації стратегії.

2. Збір та аналіз статистичної інформації щодо динаміки та особливостей стану медичного обслуговування в госпіталі, доступу та задоволеності послугами: Збір даних про поточний стан медичного обслуговування.

3. Збір та аналіз інформації щодо стратегій, програм, проектів: Аналіз

існуючих стратегій і програм, які можуть вплинути на розробку нової стратегії.

4. Аналіз фінансово-економічних показників діяльності госпіталю: Оцінка фінансового стану госпіталю для визначення можливостей і обмежень.

5. Збір додаткової інформації щодо діяльності госпіталю за потреби: Збір будь-яких додаткових даних, які можуть бути корисними для стратегічного планування.

в) Розроблення стратегії розвитку госпіталю

1. Обговорення цінностей: Визначення основних цінностей, на яких буде базуватись діяльність госпіталю.

2. Визначення стратегічного бачення майбутнього (візії): Формулювання бачення того, яким госпіталь має стати у майбутньому.

3. Визначення місії: Формулювання місії госпіталю.

4. Проведення SWOT-аналізу з використанням даних, зібраних на етапі II: Аналіз сильних і слабких сторін госпіталю, а також можливостей і загроз, що стоять перед ним.

5. Визначення стратегічних напрямків, цілей і завдань: Визначення основних напрямків розвитку, конкретних цілей та завдань.

6. Розроблення імплементаційного плану: Визначення шляхів реалізації стратегії, відповідальних виконавців, термінів виконання, обсягів та джерел фінансування, індикаторів виконання та очікуваних результатів.

г) Обговорення та затвердження стратегії

1. Широкі громадські обговорення стратегії: Залучення громадськості та зацікавлених сторін до обговорення проекту стратегії.

2. Доопрацювання стратегії, згідно з результатами обговорень і пропозицій: Внесення змін до стратегії на основі отриманих пропозицій та зауважень.

3. Затвердження стратегії розвитку керівництвом закладу: Офіційне затвердження стратегії керівництвом госпіталю.



Рис. 3.2. Етапи стратегічного планування (сформовано авторами)

4. Комунікація стратегії: Інформування працівників та інших зацікавлених сторін про затверджену стратегію.

д) Реалізація стратегії

1. Розроблення детального операційного плану: Визначення конкретних кроків для реалізації стратегії.
2. Перегляд організаційної структури, відповідно до стратегії: Внесення змін до організаційної структури, якщо це необхідно для реалізації стратегії.
3. Розроблення плану моніторингу та оцінки: Визначення механізмів моніторингу і оцінки виконання стратегії.

е) Моніторинг та оцінка

1. Моніторинг реалізації стратегії: Постійний контроль за виконанням стратегії.
2. Оцінка ефективності реалізації стратегії: Аналіз результатів реалізації стратегії для визначення її ефективності і внесення необхідних коректив.

Для ефективного розвитку та підвищення ефективності менеджменту КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» необхідно чітко визначити завдання, цілі та умови реалізації стратегії. Графічне зображення відображає ключові аспекти цього процесу.

Основні цілі реалізації стратегії розвитку

Підвищення рівня задоволеності клієнтів (хворих, що лікуються у госпіталі):

- поліпшення якості обслуговування та медичної допомоги;
- впровадження ефективних механізмів зворотного зв'язку з пацієнтами.

Покращення якості медичної допомоги:

- застосування сучасних методик лікування та діагностики;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу через постійне навчання та розвиток.

Підвищення керованості закладу:

- Впровадження сучасних інформаційних систем управління.

Оптимізація адміністративних процесів та внутрішньої комунікації.

Орієнтованість на втілення стратегії розвитку:

- розробка чітких планів дій для досягнення стратегічних цілей;
- регулярний моніторинг та оцінка виконання стратегії.

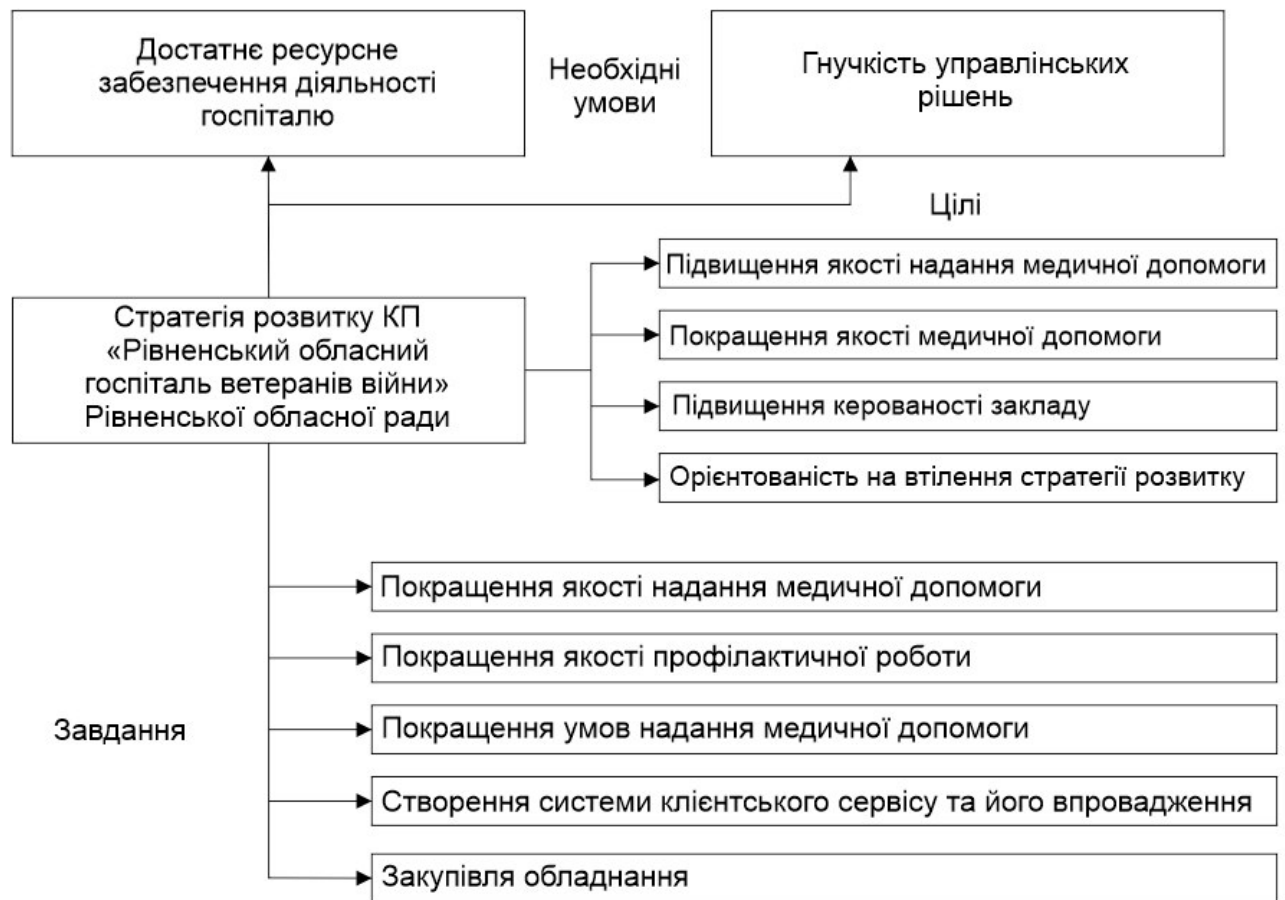


Рис. 3.3. Завдання, цілі та умови реалізації стратегії розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (сформовано авторами)

Основні завдання для реалізації стратегії

Покращення якості надання медичної допомоги:

- впровадження нових медичних технологій та обладнання;
- підвищення стандартів медичного обслуговування.

Покращення якості профілактичної роботи:

- розробка та реалізація програм профілактики захворювань;
- інформування населення про методи запобігання хворобам.

Покращення умов надання медичної допомоги:

- модернізація інфраструктури госпіталю;
- поліпшення умов перебування пацієнтів у медичному закладі.

Створення системи клієнтського сервісу та його впровадження:

- запровадження системи управління взаємовідносинами з клієнтами (CRM);
- навчання персоналу принципам клієнтоорієнтованого підходу.

Закупівля обладнання:

- визначення потреб у новому медичному обладнанні;
- залучення фінансових ресурсів для оновлення матеріально-технічної бази.

Необхідні умови для реалізації стратегії:

- Достатнє ресурсне забезпечення:
- фінансові ресурси для закупівлі обладнання, модернізації інфраструктури та навчання персоналу;
- матеріальні та технічні ресурси для забезпечення ефективної роботи закладу.

Гнучкість управлінських рішень:

- здатність адаптувати стратегію та оперативні плани до змін у зовнішньому середовищі;
- впровадження механізмів швидкого реагування на виклики та можливості» [8] .

Ефективна реалізація стратегії розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» залежить від чіткого визначення цілей, завдань та умов, а також від здатності закладу до гнучкого управління та достатнього ресурсного забезпечення.

Впровадження сучасних методів управління, інноваційних технологій та орієнтація на потреби пацієнтів сприятиме покращенню якості медичних послуг та підвищенню задоволеності клієнтів.

При реалізації стратегії розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» повинні бути задіяні усі підрозділи. А типова стратегічна карта для госпіталю повинна включати мету та основні завдання, систему стратегічних задач, що включає різні види діяльності (лікувально-діагностичну діяльність, економіку і фінанси, платні послуги) та забезпечення та підтримку діяльності закладу та реалізації стратегії розвитку.

Типову стратегічну карту для КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» наведено.

Наступним етапом, було проведено SWOT-аналіз КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» з виділенням потенційних внутрішніх сильних сторін госпіталю (S) та потенційних внутрішніх слабких сторін госпіталю (W). Крім того, здійснимо аналіз потенційних зовнішніх сприятливих можливостей госпіталю (O) та потенційних зовнішніх загроз (T). В подальшому сформується SWOT-матриця, візуально елементи SWOT матриці наведено на рис. 3.5.

Для КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» побудуємо SWOT-матрицю на рис. 3.6.

При аналізі стану діяльності та розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради» із застосуванням SWOT-матриці виявлено основні сильні і слабкі сторони госпіталю, які потребують подальшого зміцнення.

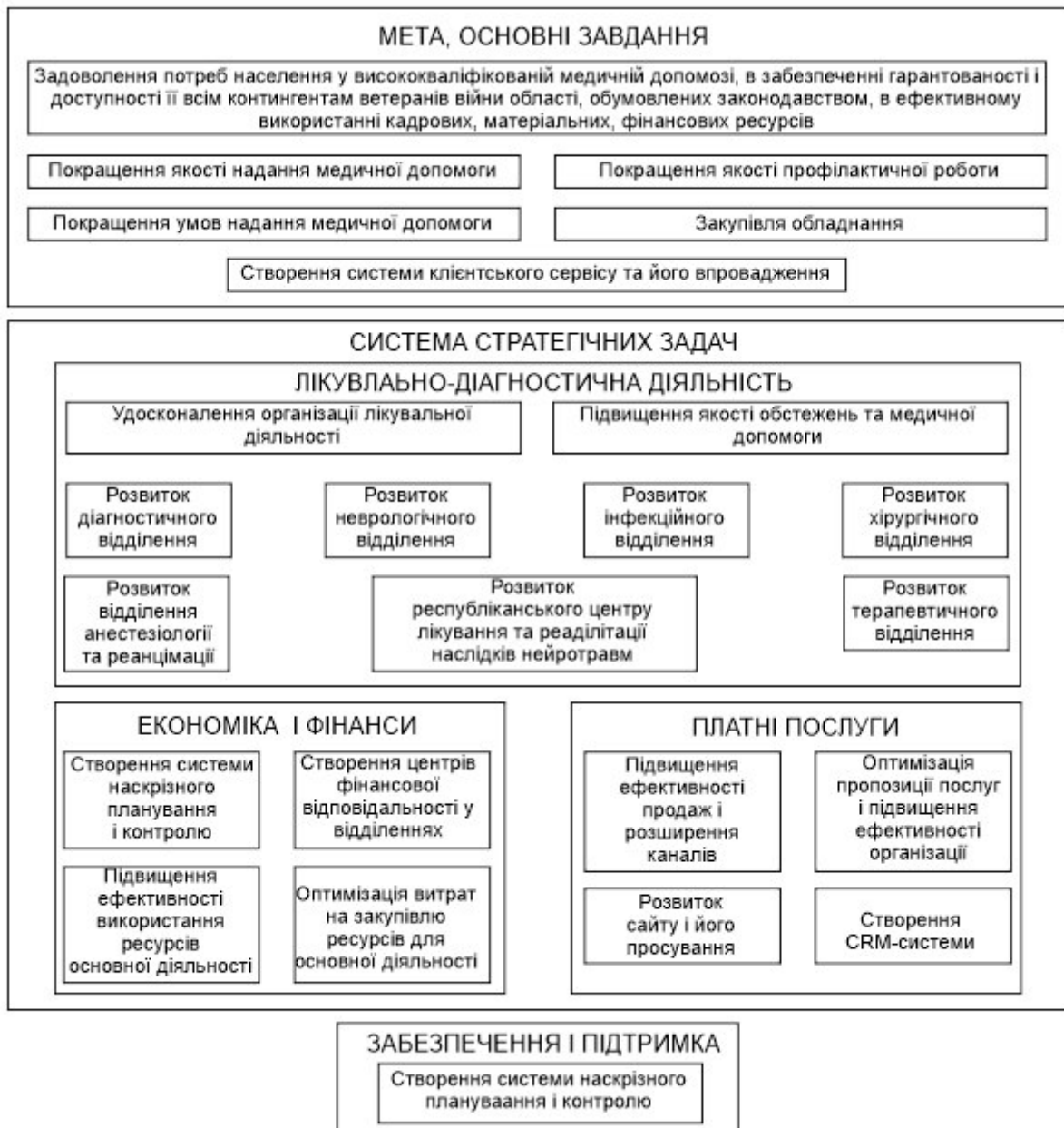


Рис. 3.4 Типова стратегічна карта для КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

S.W.O.T. МАТРИЦЯ	СИЛЬНІ СТОРОНИ S Перелік сильних сторін	СЛАБКІ СТОРОНИ W Перелік слабких сторін
МОЖЛИВОСТІ O Перелік можливостей	Стратегія «Сильні сторони-Можливості» S-O Використайте сильні сторони, щоб скористатися перевагами	Стратегія «Слабкі сторони-Можливості» W-O Подолайте слабкі сторони використовуючи переваги

	можливостей	можливостей
ЗАГРОЗИ Т	Стратегія «Сильні сторони- Загрози» S-T	Стратегія «Слабкі сторони – Загрози» W-T
Перелік загроз	Використовуйте сильні сторони, щоб уникнути/знешкодити вплив загроз	Ризик. Необхідний сценарій для зменшення чутливості впливу загроз і мінімізації слабких сторін

Рис. 3.5. Елементи SWOT-матриці

S.W.O.T. МАТРИЦЯ КП «РІВНЕНСЬКОГО ОБЛАСНОГО ГОСПІТАЛЮ ВETERANІВ ВІЙНИ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	<u>СИЛЬНІ СТОРОНИ S</u> S 1. Досягнення укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичних працівників S 2. Нові підходи фінансування закладів охорони здоров'я відповідне до медичної субвенції S 3. Співпраця відділень госпіталю з науково-дослідними медичними закладами S 4. Впровадження стандартів якості, локальних протоколів S 5. Впровадження нових методів, що сприяють своєчасній діагностиці захворювань S 6. Наявність найсучаснішого обладнання для проведення лікувально- реабілітаційних заходів S 7. Закупівля діагностичного обладнання S 8. Наявність системи післядипломної підготовки медичних працівників	<u>СЛАБКІ СТОРОНИ W</u> W 1. Помірний рівень клієнтського сервісу W 2. Відсутні фінансова система мотивації персоналу W 3. Недофінансування госпіталю щодо затверджених бюджетом видатків W 4. Несвоєчасна поставка ліків (вакцин) W 5. Більшість лабораторних аналізів робиться вручну W 6. Недостатній розвиток інфраструктури W 7. Існування певних недоліків у розподілі ліжкового фонду
	<u>МОЖЛИВОСТІ О</u> О 1. Розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я О 2. Державний характер охорони здоров'я О 3. Децентралізація повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням відповідальності за надання медичної допомоги О 4. Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників О 5. Використання досвіду інших країн О 6. Використання потенціалу державно-приватного партнерства	Стратегія «Сильні сторони - Можливості» S-O S 1 – O 1 S 1 – O 4 S 2 – O 2 S 3 – O 5 S 3 – O 6 S 4 – O 5 S 5 – O 5 S 5 – O 6 S 6 – O 6 S 7 – O 3 S 3 – O 2
ЗАГРОЗИ Т	Стратегія	Стратегія «Слабкі сторони - Можливості» W- O
		W 1 - O 1 W 2 - O 4 W 3 - O 6 W 4 - O 3 W 4 - O 6 W 5 - O 1 W 5 - O 5 W 6 - O 2 W 7 - O 5

	«Сильні сторони - Загрози» S-T		«Слабкі сторони - Загрози» W-T	
Т 1. Конкуренція з боку приватних центрів у місті	S 1 – T 1		W 1 – T 1	
Т 2. Неприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних станів, то зумовлює загрозу здоров'ю населення	S 1 – T 2		W 2 – T 5	
	S 2 – T 3		W 2 – T 1	
	S 2 – T 4		W 3 – T 3	
Т 3. Перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я	S 3 – T 1		W 4 – T 2	
	S 4 – T 2		W 4 – T 4	
	S 5 – T 1		W 5 – T 1	
Т 4. Низький рівень оплати праці медичних працівників	S 5 – T 6		W 6 – T 2	
Т 5. Брак коштів на капітальні видатки в галузі	S 6 – T 5		W 6 – T 6	
Т 6. Наслідки військових дій на території України	S 7 – T 3		W 7 – T 1	
	S 8 – T 1			

Рис. 3.6. Матриця SWOT-аналізу КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

Окрім проведеного аналізу діяльності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради та виділення сильних і слабких сторін, проведено аналіз зовнішнього середовища та виділено потенційні можливості та загрози.

У SWOT матриці КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (рис. 5) представлено 4 види стратегій, а саме: стратегія «Сильні сторони - Можливості» S-O, стратегія «Слабкі сторони - Можливості» W-O, стратегія «Сильні сторони - Загрози» S-T та стратегія «Слабкі сторони - Можливості» W-O.

Стратегія розвитку може бути різною, і при її виборі слід зважати на кількість комбінацій стратегій для КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради. На сьогодні реалізується стратегія організаційних змін, однак доцільно було б реалізовувати стратегію стабілізації, оскільки в умовах дестабілізації всієї медичної сфери саме така стратегія дозволить зберегти висококваліфікований колектив і подолати негативні прояви пандемії та повномасштабного вторгнення.

Розвиток закладів охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний з

підвищенням якості обслуговування пацієнтів. Для цього необхідно впроваджувати у практику діяльності вітчизняних закладів сучасні практики та методичні підходи, що використовуються у закордонних закладах і можуть бути адаптовані до українських реалій. Такою корисною практикою є клінічний аудит, який у першу чергу спрямований на удосконалення процесів і процедур, що реалізуються у вітчизняних закладах охорони здоров'я.

Теоретичне поняття клінічного аудиту походить з медичного аудиту. У 1989 році у Великобританії медичний аудит був визначений як систематичний аналіз якості у медицині, в якому відстежувалися процедури діагностики і лікування, використання ресурсів, результати і якість життя пацієнтів. Протягом часу поняття аудиту значно розширилося. Клінічний аудит є процесом поліпшення якості, метою якого є покращення лікування пацієнтів і результатів лікування, оцінюючи їх систематично з певними критеріями і застосовуючи необхідні зміни як для окремих співробітників, так і для закладу або структурної одиниці на рівні конкретної медичної послуги.

У більшості досліджень підкреслюють «британське коріння» клінічного аудиту, акцентуючи увагу на підвищенні якості та відповідності потребам пацієнтів у якісному обслуговуванні та підвищенні якості їх життя після лікування. Підкреслюється також, що за допомогою клінічного аудиту можна сприяти впровадженню кращої практики в охороні здоров'я і покращувати як внутрішній порядок надання медичної послуги, так і результати для її кінцевих користувачів – пацієнтів. Клінічний аудит – це один з можливих способів розвитку якості медичної допомоги.

Історія клінічного аудиту починається з середини 19 століття. Угорський лікар Ігнац Філіп Земмельвейс [Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено.] виявив, що частота появи пологової гарячки після пологів, яке було цілком звичайним явищем для середини 19 століття, і смертність в результаті якої сягала до

35%, насправді можна значно знизити, якщо дезінфікувати руки в пологових будинках. Хоча результати після впровадження правил гігієни були хорошими, доктору Земмелвейсу було важко впровадити свої ідеї в медичному середовищі, так як знайшлися лікарі, яких образила пропозиція частіше мити руки. Популярність здобула і Флоренс Найтінгейл, яку вважають засновником сучасного медсестринства, епідеміологічного підходу і порівняння результатів в охороні здоров'я. Ф. Найтгейл проводила під час Кримської війни (1853-1856) клінічний аудит, фокусом якого були антисанітарні умови в лікувальні заклади, і виходить із цього велика смертність серед поранених і хворих солдатів. Після введення строгих правил гігієни смертність впала з 40% до 2%. Важливою особистістю, яка заслуговує також згадки в зв'язку з клінічними аудитами, є Ернест Кодман **[Помилка! Джерело посилання не знайдено., Помилка! Джерело посилання не знайдено.]**, який працював в першій половині 20 століття. Він відстежував відновлення пацієнтів після операції, щоб знайти помилки в лікуванні, і за допомогою отриманих результатів поліпшити якість лікування. В оцінці якості охорони здоров'я важливу роль відіграє і Авендіс Донабедіані з опублікованої в 1966 році роботою «Оцінка якості в медицині», в якій він зробив висновок про те, що в охороні здоров'я важливо оцінити не тільки структуру і процеси, так і якість результатів лікування. Лікарі завжди намагалися покращувати свою діяльність і пропонувати пацієнтам послуги з кращою якістю. Незважаючи на це в Великобританії систематичні аудити почали організовувати починаючи з 70-х років, але офіційно перший медичний аудит був проведений в 1989 році.

Взагалі, підходи до проведення клінічного аудиту мають стандартні основи, але вони вимагають певного уточнення залежно від специфіки об'єкта та мети такого аудиту. Схему проведення клінічного аудиту показано на рис. 3.7.

На першому етапі обирається об'єкт і ставляться завдання клінічного

аудиту. Тут важливо уявляти, що клінічний аудит в основному має ретроспективний характер, оскільки потребує аналізу наявного досвіду лікування певних захворювань і груп пацієнтів. Також оцінюється ефективність існуючих стандартів та протоколів лікування, що ґрунтується на порівнянні очікуваних та реальних результатів. Таким чином, об'єктом клінічного аудиту можуть бути:

- а) процеси діагностики;
- б) процеси лікування;
- в) процеси догляду за пацієнтами;
- г) процеси ресурсного забезпечення медичних закладів;
- д) протиепідемічні заходи;
- е) наслідки медичних втручань;
- ж) вплив лікування на якість життя пацієнта.

Якщо об'єкт вже вибраний, розробляється перелік завдань, які характеризують очікувані результати, що мають бути досягнуті у майбутньому, а також дозволяють визначитись із операційними процесами та розподілом повноважень в команді аудиту. Об'єкт і завдання допомагають встановити чіткі цілі клінічного аудиту та зосередження уваги на їх досягненні.

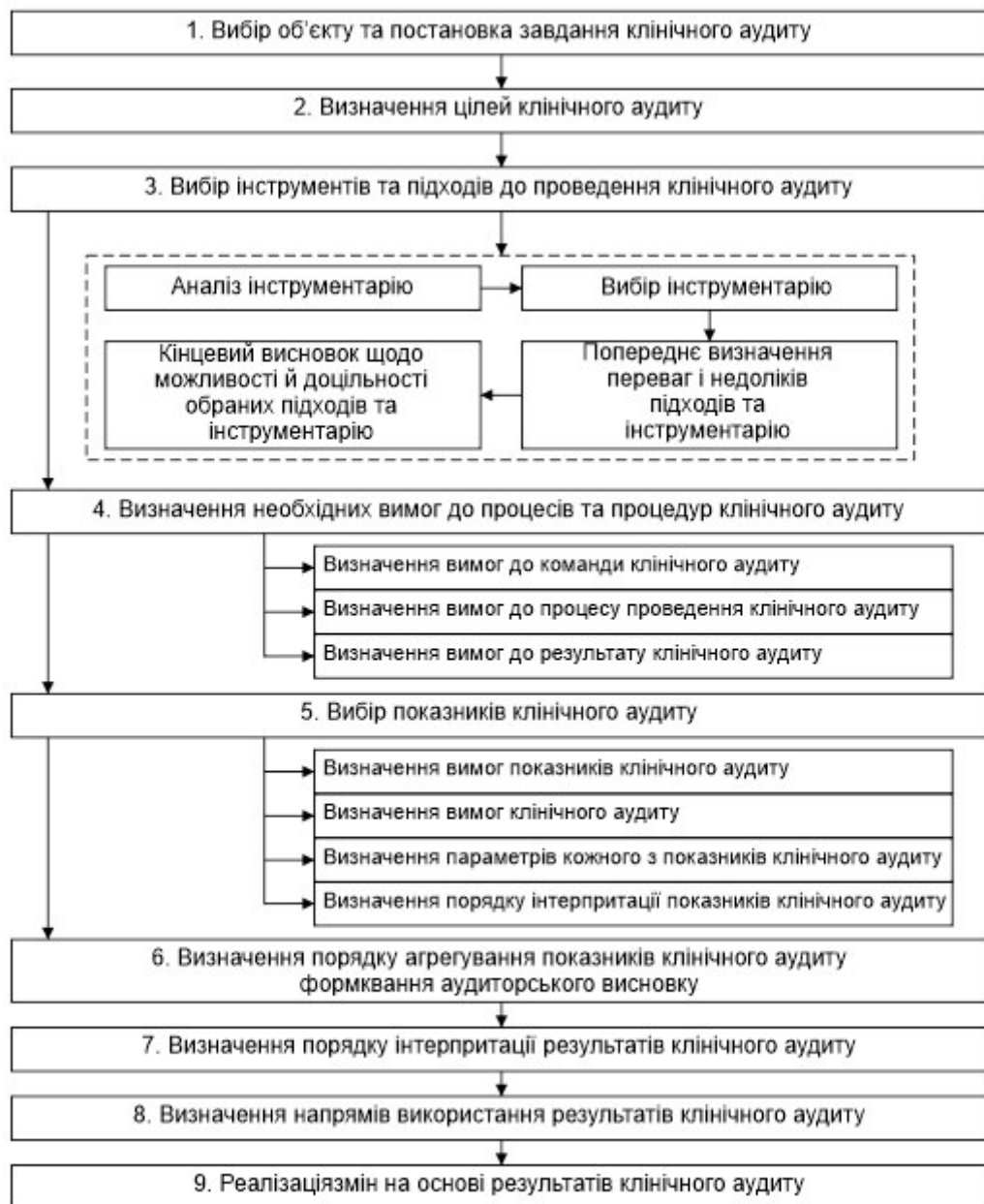


Рис. 3.7. Схема проведення клінічного аудиту

На третьому етапі проведення клінічного аудиту здійснюється вибір інструментів та підходів до проведення. Вибір інструментів потребує ретельного підходу, оскільки оперативність та інформативність аудиту залежатимуть від набору інструментів і вміння їх ефективно використовувати командою.

Четвертий етап передбачає визначення необхідних вимог до процесів та процедур клінічного аудиту. Попередні кроки дозволяють здійснювати

аудит оперативно та відповідно до найкращих практик. Особливу увагу слід звернути на формування команди клінічного аудиту, розпочавши з визначення вимог до неї.

При формуванні команди слід пам'ятати, що персонал повинен мати компетентність у таких областях:

- а) достатня компетентність у проведенні аудиту;
- б) базові знання методології аудиту;
- в) навички збору та аналізу даних;
- г) формування та пояснення результатів;
- д) управління проектами;
- е) використання сучасних технологій комунікації;
- ж) робота в команді.

Особливу роль у формуванні команди відіграє керівник, який розподіляє обов'язки та визначає предметні області для кожного фахівця. Він має мати практичний досвід у проведенні аудиту. До членів команди висувають відповідні вимоги, зокрема:

Аудитори повинні відповідати таким критеріям:

- а) Мати достатню компетентність у своїй спеціальності, включаючи знання діючих медичних стандартів, нові методи лікування та інноваційні підходи.
- б) Підтверджена об'єктивність та відсутність зацікавленості в результатах аудиту.
- в) Незалежність від теми аудиту.
- г) Наявність досвіду клінічної роботи у відповідній області.
- д) Надійність, чесність, добропорядність і ввічливість.
- е) Досвід співпраці у команді.

Після формування команди, керівник разом з колегами конкретизує вимоги та результати проведення клінічного аудиту. З урахуванням вищезазначених процесів відбувається п'ятий етап, на якому здійснюється вибір показників клінічного аудиту. Цей етап передбачає визначення вимог до показників, конкретизацію самих показників, визначення параметрів кожного з них та порядку їх інтерпретації.

На шостому етапі здійснюється визначення порядку агрегування показників та формування аудиторського висновку. Висновок не є самоціллю, оскільки на його основі реалізуються подальші дії з удосконалення процесів функціонування закладів охорони здоров'я. Відповідно, визначається порядок інтерпретації результатів та конкретизуються напрями використання результатів клінічного аудиту. Детальний аналіз аудиторського звіту та висновку є важливою передумовою для реалізації якісних змін у діяльності закладу охорони здоров'я. Результати цього аналізу дозволяють керівництву розробити низку шляхів удосконалення процесів та процедур, що сприятиме довгостроковому розвитку та здатності закладу адекватно реагувати на актуальні загрози та потреби.

У роботі наведено заходи з удосконалення управління розвитком КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради. Реалізація такого підходу до удосконалення управління дозволяє забезпечити ефективне функціонування закладу та підвищити якість медичних послуг, що надаються пацієнтам.

Рекомендації з удосконалення управління розвитком КП «Рівненський
обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

№	Назва заходу	Короткий зміст	Прогнозований результат
1	Рекомендації щодо вибору стратегії розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради	Вибір стратегії розвитку на основі діагностики середовища функціонування організації	На сьогодні реалізується стратегія організаційних змін, однак доцільно було б реалізовувати стратегію стабілізації
3	Формування методичних підходів до проведення клінічного аудиту в контексті розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради	Формування схеми проведення клінічного аудиту	Дозволяє керівництву розробити низку шляхів удосконалення процесів та процедур, що є передумовою реалізації якісних змін у діяльності закладу охорони здоров'я

Реальність функціонування закладів охорони здоров'я підкреслює потребу в постійному удосконаленні системи управління ефективністю менеджменту організації та її розвитком. КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, хоч і працює стабільно, потребує нових підходів і стратегій розвитку, особливо в умовах повномасштабного вторгнення.

Для визначення шляхів розвитку та ключових стратегічних цілей необхідно розробити стратегію розвитку цього закладу з урахуванням можливих альтернатив та фактичних ресурсів. Проведене дослідження показало, що наразі доцільно зосередитися на стратегії стабілізації. У контексті великої завантаженості закладу важливо систематично моніторити всі аспекти функціонування закладу. Тому рекомендується впровадження клінічного аудиту, для чого розроблена відповідна схема його реалізації.

Запропоновані у роботі заходи сприятимуть підвищенню ефективності менеджменту організації досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

В розділі зазначено шляхи можливої модифікації публічного управління в галузі медицини. Також відведено значну роль залученню різних джерел фінансування та управління, налагодження міжнародної співпраці, запозиченні їхнього досвіду та взаємообмін інформацією, задля покращення якості надання медичних послуг в Україні, враховуючи умови воєнного стану.

Висновок

При аналізі стану КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради із застосуванням SWOT матриці виявлено основні сильні і слабкі сторони госпіталю, які потребують подальшого зміцнення. Так на сьогодні реалізується стратегія організаційних змін, однак доцільно було б реалізовувати стратегію стабілізації.

З метою оперативної реакції та удосконалення операційних процесів організації у роботі запропоновано формування методичних підходів до проведення клінічного аудиту в контексті розвитку КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

Розроблено схему проведення клінічного аудиту. Це дозволяє керівництву розробити низку шляхів удосконалення процесів та процедур, що є передумовою реалізації якісних змін у діяльності закладу охорони здоров'я.

Розроблені пропозиції дозволять певним чином забезпечити сталий розвиток КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

Дослідження показало, що ефективне управління медичним закладом є комплексним процесом, який вимагає використання системи ключових показників ефективності, врахування економічних принципів, аналізу внутрішніх та зовнішніх чинників, а також постійного моніторингу показників ефективності.

У роботі проведено обґрунтування теоретичних основ, пошук перспектив вирішення проблемних питань, що відносяться до публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування пацієнтів на прикладі функціонування КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР задля удосконалення цього процесу:

1. Досліджено теоретичні основи публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Узагальнено, що публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення тлумачать

як законодавчо врегульовану цілеспрямовану та організаторську діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних працівників з надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження громадського здоров'я та генофонду українського народу.

Виявлено основні ознаки медичного обслуговування населення та проведено класифікацію суб'єктів публічного адміністрування сфері охорони здоров'я в Україні. Систематизовано нормативно-правові підвали попереднього реформування системи охорони здоров'я. На основі проведеного аналізу особливостей публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення виявлено сильні та слабкі сторони процесу, обґрунтовано необхідність розробки рекомендацій щодо його удосконалення.

2. Досліджено трансформації публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Проаналізовано головні цілі уряду, спрямовані на модернізацію сфери охорони здоров'я України. Показано, що основними результатами проведення реформи в Україні мають стати ефективна й доступна система охорони здоров'я, підвищення рівня і якості життя населення, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивна зайнятість персоналу, що працює у сфері охорони здоров'я, підвищення рівня соціального забезпечення населення та оптимізації системи соціальної підтримки.

3. Проведено дослідження та аналіз правових засади функціонування, організаційної структури КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР показали, що установа працює в рамках чинного правового поля, має оптимальну організаційно-функціональну структуру.

4. Здійснивши аналіз факторів ризику КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР, виявлено високу залежність від фінансових субсидій, не значну плинність кадрів, високий рівень зносу основних

фондів, повну забезпеченість засобами медичного призначення, лікарськими засобами.

Також, сьогодні під час війни, спостерігається зростання медичних витратних матеріалів, інших необхідних господарських матеріалів для розвитку лікувальні заклади, потреби в генераторах та іншому стабілізаційному обладнанні.

Констатовано, що в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР створено достатні умови для кваліфікованого медичного обслуговування пацієнтів.

5. Запропоновано шляхи вдосконалення медичного обслуговування пацієнтів КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР на основі узагальнення орієнтирів підвищення ефективності надання медичних послуг в умовах воєнного стану.

6. Розроблено пропозиції щодо вдосконалення надання медичних послуг КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» РОР

Список літератури

1. Бакуменко В. Д., Бондар І. С., Горник В. Г., Шпачук В. В. Особливості публічного управління та адміністрування : навч. посіб. Київ : Ліра-К, 2019. 254 с.
2. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 21-22. С. 147–153.
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140.
4. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та перспективи розвитку. 2020. №1. С. 140–159
5. Закон України “Про правовий режим воєнного стану”
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.03.2022 № 263 “Деякі питання забезпечення функціонування інформаційно-комунікаційних систем, електронних комунікаційних систем, публічних електронних реєстрів в умовах воєнного стану”
7. Постанова Кабінету міністрів України від 23.03.2022 р. № 351 “Деякі питання забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану”
8. Коротун, Бурачик, Скорина Стаття Hidden Name29.08.2024
Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")
9. Височанський В., «Надання медичних послуг під час воєнного стану: на що слід звертати увагу на рівні громад».
URL:<https://decentralization.gov.ua/news/15125>
10. Рівненський госпіталь ветеранів війни отримає більше мільярда гривень на розвиток. URL : <https://medicine.rayon.in.ua/news/626199-rivnenskiy-gospital-veteraniv-viyni-u-otrimae-bilshe-milyarda-griven-na-rozvitok> (дата звернення: 17.07.2024)
11. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб : Закон

України від 20.10.2014 р. №1706-VII.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>

12. Гавриченко Д.Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. Публічне управління та регіональний розвиток. 2022. №1. С. 68-85.

13. Медична реформа. Урядовий портал. URL:

<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

14. Долгіх М. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. Аспекти публічного управління. 2019. № 12. С. 16–27.

15. Загнибіда Ю. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. Менеджмент ХХІ століття: сучасні моделі, стратегії, технології: зб. матеріалів ІХ Всеукраїнської науково-практичної інтернетконференції, м. Вінниця, 06 жовтня 2022 р. Вінниця, 2022. Ч. ІІ. С.90-99.

16. Загнибіда Ю. Особливості публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ.52 Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ ДТЕУ, 2022. Вип.145. С. 153-160.

17. Запорожець Т. В. Цифрові трансформації системи охорони здоров'я в умовах реформування. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 10. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/10_2021/5.pdf.

18. Литвин О. Л. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. Прикарпатський юридичний вісник. 2022. Вип. 1(42). С.82-85. URL: http://pjuv.nuoua.od.ua/v1_2022/17.pdf

19. Захарчук В.В. Доктринальна характеристика напрямків удосконалення сфери медичного обслуговування населення. Visegrad journal on human lights. 2020. № 6. (Yol. 1). С. 213-219.

- 20.Іщенко Г., Юристовська Н. Перспективи розвитку державно-приватного партнерства в умовах реформи охорони здоров'я. Демократичне врядування. 2020. № 26. URL: <http://dv.lvivacademy.com/article/view/228506>.
- 21.Кагановська Т., Горбатова Д. Організаційно-правові засади діяльності Міністерства охорони здоров'я України в період загальнодержавного карантину. Підприємництво, господарство і право. 2020. № 6. С. 143–148.
- 22.Карлаш В. В. Державне регулювання реформуванням системи охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 15. С. 121–124.
- 23.Карпенко О. В., Карпенко Ю. В., Кульгінський Є. А. Застосування технологій штучного інтелекту у реформуванні сфери охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 11. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2021/4.pdf.
- 24.Карпишин Н. І., Сидор І. П. Фінансування медичних послуг: досвід зарубіжних країн і України. Економіка, фінанси, право. 2020. № 8. С. 9–13.
25. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. Державне управління та місцеве самоврядування. 2015. Вип. 2. С. 147-159.
26. Кошова С. П., Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 9.
27. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1
28. Краснова О.І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. №7. С.46-48. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf
- 29.Криничко Л. Проблеми системи охорони здоров'я та напрями їх вирішення: погляд науки та практики. Аспекти публічного управління. 2020. № 6. С. 115–131.
30. Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому

госпітальному етапі»: Наказ МОЗ України від 24.02.2022 р. № 368

31. Конвенція про захист цивільного населення під час війни. Женева. 12 серпня 1949 року. Поточна редакція від 08.02.2006. № 3413-IV

32. Захарчук В. В. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Часопис Київського університету права. № 1. 2021. С. 171-174.

33. Ніколіна І.І., Герасимюк К.Х. Децентралізаційні трансформації механізмів управління муніципальною медициною. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2022. № 28. С. 90-93

34. Кузьменко О.В. Курс адміністративного права України : підручник. Київ : Юрінком Інтер, 2018. 820 с.

35. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: 54 удосконалення та розвиток. 2018. № 11.

URL:http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf.

36. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.

37. Мунько А. Ю. Стандартизація системи публічних послуг (на прикладі сфери охорони здоров'я). Державне управління: удосконалення та розвиток : Наукове фахове видання / Головний редактор: Кобець А. С. 2020. № 8.

URL:http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/8_2020/52.pdf.

38. Краснова О. І., Харченко Н. В. «Організаційно-економічні особливості охорони здоров'я країн пострадянського простору. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 19-20. С. 35–39. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1.

39. Науменко В. П. Фінансовий механізм реалізації медичного обслуговування населення. Сучасний стан та перспективи розвитку фінансової системи України : збірник наукових праць ІХ Всеукраїнської

науково-практичної Інтернет-конференції, 16 червня 2020 р. / голова ред. кол. Н. Л. Замкова. Вінниця, 2020. С. 170–177.

40. Ніколіна І.І. Трансформація публічного управління в Україні в умовах децентралізації. Економічні та гуманітарні виміри європейської інтеграції України: Збірник наукових праць VII Міжнародної наук.-практ. конференції (м. Вінниця, 17-19 вересня 2018 р.). Вінниця. 2019. С. 279-290.

41. Логвиненко БО. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. 244 с.

Ніколіна І.І., Герасимюк К.Х. Децентралізаційні трансформації механізмів управління муніципальною медициною. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2022. № 28. С. 90-93

42. Як трансформується система охорони здоров'я? Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://news.dtki.ua/society/community/54960-yaktransformujetsya-sistema>

43. Щербак М. О., Кравченко О. О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості надання медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 20. С. 101–108. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/20_2021/19.pdf.

44. НСЗУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/transformaciya-sistemi-ohoroni-zdorovyastvorila-umovi-dlya-rozvitku-rinku-medichnih-specialnostej-nshu>
компетентність підходу в управлінні медичними закладами в умовах реформування системи охорони здоров'я

45. 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/rada/show/v0383282-22#Text>

46. Дмитрук О. В. Формування комплексу маркетингу як актуальна проблема медичних неприбуткових підприємств. Інфраструктура ринку. 2020. Вип. 39. С. 160–164.

47. Про організацію медичного обслуговування населення в Україні.
Законопроект. URL: <https://www.apteka.ua/article/426436?print>
48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Верховна Рада України.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#n856>
49. Рєпіна А. Державно-приватне партнерство в системі охорони здоров'я України: міф чи реальність. Юридична газета online. 2020. №13 (719).
URL: <https://yurgazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatnepartnerstvo/derzhavnoprivatne-partnerstvo-v-sistemi-ohoroni-zdorovyaukrayini-mif-chi-realnist.html>.
50. 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.
URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/19-20_2020/27.pdf.
51. Самофалов Д. О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. № 9.
52. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні.
URL: <https://rpr.org.ua/news/strategiia-okhorony-zdorov-ia-2030-dozvolythromadianam-otrymuvaty-iakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiy-ukrainikerivnytsia-dyrektoratu-moz/>
53. Про залучення лікарів-інтернів та деяких інших осіб до виконання заходів, пов'язаних із наданням медичної допомоги особам, які постраждали під час надзвичайної ситуації, яка виникла в період воєнного стану в Україні: Наказ МОЗ України від 27.02.2022 р. № 385. URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/36097-dn_385_27022022.pdf системи охорони здоров'я створила умови для розвитку ринку медичних спеціальностей. -

НСЗУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/transformaciya-sistemi-ohoroni-zdorovyastvorila-umovi-dlya-rozvitku-rinku-medichnih-specialnostej-nszu> компетентнісного підходу в управлінні медичними закладами в умовах реформування системи охорони здоров'я. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2020. № 1. С. 108–114.
URL: <http://ppeu.stu.cn.ua/article/view/220507>.