

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДНІПРОВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

Гавва Олена Андріївна

УДК 351.77:614:005.96/.97

ДИСЕРТАЦІЯ

**ДІЯЛЬНІСТЬ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

**ACTIVITIES OF LOCAL SELF-GOVERNMENT BODIES IN THE FIELD OF
PUBLIC HEALTH UNDER EMERGENCY CONDITIONS**

Галузь знань 28 – «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність 281– «Публічне управління та адміністрування»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

_____ О.А. Гавва

Науковий керівник: Бородін Євгеній Іванович, доктор історичних наук,
професор, Заслужений працівник освіти України

Дніпро-2025

АНОТАЦІЯ

Гавва О.А. Діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 – «Публічне управління та адміністрування» – Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», Дніпро, 2025.

Актуальність теми дослідження обумовлена тим, що в сучасному контексті глобальних проблем охорони здоров'я та управління виконана дисертація усуває критичні прогалини в розумінні ролі місцевих органів влади в управлінні надзвичайними ситуаціями (НС) в секторі охорони здоров'я (ОЗ) на регіональному рівні, маючи потенціал для інформування про політику та практику. Актуальність дисертаційного дослідження формується на підставі існування комплексу актуальних викликів в системі публічного управління наданням медичної допомоги при НС, а саме:

- зростанням частоти надзвичайних ситуацій (НС), які безпосередньо впливають на здоров'я населення. Згідно з Базою даних про надзвичайні події (ЕМ-DAT), кількість природних катаклізмів, про які повідомляється у всьому світі, зросла приблизно з 200 у 1980 році до понад 400 щорічно в останні роки (ВООЗ);

- децентралізацією управління, яка є глобальним трендом публічної політики багатьох країн сучасного світу. Приймаючи політику децентралізації, національні уряди, переважно, покладають більшу частину соціальної відповідальності на місцеві органи влади за надання державних послуг, включаючи охорону здоров'я;

- очевидним існуванням значних регіональних відмінностей в готовності до надзвичайних ситуацій. Експерти ВООЗ зазначають, що на

регіони з низьким і середнім рівнем доходу припадає понад 90% смертей, пов'язаних із стихійними лихами, через недостатню готовність мережі ОЗ;

- впливом умовно-обмежених правових та інституційних рамок, які іноді формують управлінський простір діяльності та залежність ефективності роботи місцевих органів влади в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я;

- недостатньо сформованим на регіональному рівні управління середовищем для ефективного розвитку державно-приватного партнерства та залучення громад в управління надзвичайними ситуаціями;

- існування розривів при впровадженні протоколів реагування на глобальні виклики НС та їх ефективним використанням на регіональному рівні застосування.

На глобальному рівні пандемія COVID-19 як надзвичайна ситуація у сфері охорони здоров'я ідентифікувала упродовж 3-х років існування летальні випадки у 7 млн. ос. Внаслідок повномасштабного розгортання військової агресії багатомільйонний потік українських біженців створив для національних систем ОЗ як європейських країн, так і самої України, додаткове інфраструктурне навантаження (7,7 млн. пацієнтів в країнах ЄС, як зазначає МОМ, та відповідно близько 5,0 млн. ос. як категорія внутрішньо переміщених осіб). Для мінімізації існуючих розривів Рада моніторингу глобальної готовності (GPMB, 2022) викликів НС підкреслює необхідність удосконалення публічного управління та адміністрування сфери ОЗ на національному, регіональному та місцевому рівнях на основі прискорення впровадження глобальних рекомендацій.

Саме тому виконане дисертаційне дослідження має на меті зробити внесок у розвиток більш стійких, справедливих та ефективних систем охорони здоров'я, здатних протистояти майбутнім кризам та надзвичайним ситуаціям. Метою дисертації є теоретичне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

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

- актуалізувати зміст публічноуправлінської проблеми щодо забезпечення ефективної діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій;
- обґрунтувати теоретико-методологічні основи управління охороною здоров'я на рівні місцевого самоврядування з урахуванням сучасних викликів;
- розробити функціональну модель резильєнтного управління у сфері охорони здоров'я в діяльності органів місцевого самоврядування;
- запропонувати класифікацію управлінських функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій;
- удосконалити методичні підходи до оцінювання спроможності органів місцевого самоврядування щодо надання медичних послуг у надзвичайних умовах;
- обґрунтувати доцільність формування медичних кластерів як інноваційної моделі організації охорони здоров'я у громадах в період війни.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері публічного управління та адміністрування системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження – діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

У першому розділі дисертаційної роботи, який називається «Теоретичні засади публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я», представлено ґрунтовне опрацювання теоретичних основ публічного управління у сфері охорони здоров'я. Основна дослідницька увага у цьому розділі присвячена розгляду теоретичних аспектів управління системою охорони здоров'я територіальної громади крізь призму функцій місцевого самоврядування; аналізу понятійно-категоріального базису управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я; визначенню методологічних підходів у дослідженні ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері охорони

здоров'я. Особливий акцент зроблено на аналізі запровадження нових механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах трансформаційних процесів, спричинених децентралізацією влади в Україні. У сучасних умовах ефективність публічноуправлінської діяльності відіграє ключову роль у забезпеченні доступності, якості та безпеки медичних послуг, належної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та підвищенні якості життя громадян, особливо в умовах дії правового режиму воєнного стану. Акцентовано на необхідності удосконалення теоретичного обґрунтування цих процесів з метою створення теоретико-методологічного базису для подальшого удосконалення управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі та у період повоєнної відбудови цієї галузі.

Зміст другого розділу дисертаційного дослідження презентує аспекти розвитку управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. Особливу увагу приділено дослідженню публічноуправлінської діяльності з реалізації державної політики щодо запобігання ризикам надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я; визначенню функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в період галузевих, адміністративно-територіальних та воєнно-медичних трансформацій територіального простору громади. Показано, що в період кризового стану (пандемія COVID-19, розгортання повномасштабної збройної агресії проти української держави, ризик техногенних чи природних катастроф) значно підвищується необхідність аналізу сучасного стану та можливостей розвитку управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. І, насамперед, у такі періоди значно актуалізується для жителів територіальної громади соціально-політичний вимір ролі органів місцевого самоврядування в управлінні соціально значущими галузями (освіта, охорона здоров'я, соціальний захист, безпека та правопорядок). З цією метою у другому розділі дисертації проведено дослідження національного та зарубіжного досвіду для

виявлення найкращих зразків публічноуправлінської діяльності. Їх ґрунтовний аналіз та адаптація до українських реалій сприятиме забезпеченню їх ефективного використання у вирішенні актуальних проблем у сфері охорони здоров'я. Вивчення цього питання є надзвичайно важливим для формування стійкої та адаптивної системи охорони здоров'я на регіональному рівні управління.

У третьому розділі дисертаційного дослідження представлено результати авторського наукового здобутку з питань удосконалення організаційно-правової моделі управління наданням медичних послуг територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій. Фокус дослідницької уваги було зосереджено на проблематиці питань децентралізації управління системою охорони здоров'я в умовах глобальних та локальних ризиків; дослідженню публічноуправлінських підходів у визначенні потреб територіальної громади у медичних послугах в умовах надзвичайних ситуацій; розробці організаційно-правової моделі управління наданням медичних послуг територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій. У розділі обґрунтовується авторська позиція про те, що в сучасних умовах вкрай назріла необхідність удосконалення організаційно-правових засад публічного управління сфери охорони здоров'я. Актуальність удосконалення публічноуправлінської діяльності на місцевому рівні обумовлена зростанням частоти та масштабів надзвичайних ситуацій, особливо руйнації об'єктів критичної інфраструктури соціальної сфери в період воєнного стану. Забезпечення безперервного надання медичних послуг у таких умовах вимагає ефективних організаційно-правових рішень, які враховують специфіку територіальних громад. Розробка удосконаленої моделі управління в цьому контексті є важливою умовою забезпечення стійкості системи охорони здоров'я та підвищення рівня якості здоров'я, тривалості та безпеки життя для жителів громади.

Наукова новизна отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у розробленні концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

Основні положення дисертації, що становлять її наукову новизну, полягають у такому:

Уперше розроблено функціональну модель резильєнтного управління діяльністю органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, яка охоплює стратегічний, організаційний, операційний, комунікаційний блоки та підсистему моніторингу й адаптації, забезпечуючи інтеграцію ризик-менеджменту, цифрових рішень і кризової координації;

- запропоновано концептуальну класифікацію функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я за умов кризової ситуації, з акцентом на аналіз ризиків, резервування ресурсів, забезпечення безперервності медичних послуг, психосоціальної підтримки населення та інноваційного управління;

- сформульовано авторське бачення доцільності створення медичних кластерів як адаптивної моделі організації охорони здоров'я у громаді в період війни, що об'єднує інституції різних рівнів для забезпечення координації, ефективного використання ресурсів та підтримки інновацій.

Удосконалено:

- методичний інструментарій оцінювання спроможності органів місцевого самоврядування до забезпечення медичних послуг у надзвичайних умовах, шляхом включення критеріїв адаптивності, інклюзивності, управлінської гнучкості та рівня партнерської взаємодії;

- організаційно-правові підходи управління наданням медичних послуг у територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій, що передбачає чіткий розподіл повноважень, інтеграцію цифрових технологій, нормативне

регулювання діяльності мобільних медичних бригад та механізми залучення гуманітарної допомоги;

Дістали подальшого розвитку:

- теоретико-методологічні підходи до вивчення охорони здоров'я як сфери діяльності місцевого самоврядування в контексті публічного управління, з урахуванням сучасних викликів (війна, пандемія, міграція);
- ідеї використання міжнародного досвіду функціонування громадських систем охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, адаптовані до українського контексту із застосуванням принципів резильєнтного управління;
- принципи стратегічного планування в системі охорони здоров'я на місцевому рівні, зокрема з урахуванням ризиків безперервності медичних послуг, стійкості медичної інфраструктури та збереження кадрового потенціалу.

Практичне значення отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що в роботі проведено узагальнення теоретичних та методичних положень щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Запропоновані авторкою методичні підходи доведено до рівня практичних рекомендацій, використання яких у процесі управління медичними підприємствами в умовах надзвичайних ситуацій буде сприяти оптимізації використання галузевих ресурсів, у тому числі людських ресурсів, а також буде сприяти забезпеченню ефективного функціонування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на рівні територіальних громад України.

Ключові слова: *публічне управління та адміністрування, охорона здоров'я, функції місцевого самоврядування, правовий механізм управління, надзвичайні ситуації, досвід ЄС, війна, пандемія, європейська інтеграція, стійкість (резильєнс), організація, медична реформа*

ABSTRACT

Havva O.A. Activities of local self-government bodies in the field of public health under emergency conditions – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of Public Management and Administration, specialty 281 – «Public Management and Administration» – Dnipro University of Technology, Ministry of Education and Science of Ukraine, Dnipro, 2025

Relevance of the research topic stems from the urgent global challenges in healthcare and public administration. This dissertation addresses critical gaps in understanding the role of local authorities in managing emergencies in the healthcare sector at the regional level, providing valuable insights for both policy and practice. The relevance of the dissertation is determined by a set of pressing challenges in the public administration of emergency healthcare delivery, namely:

An increasing frequency of emergencies that directly impact public health. According to the EM-DAT disaster database, the number of reported natural disasters globally has risen from about 200 in 1980 to over 400 annually in recent years (WHO);

Decentralization of governance, which is a global trend in public policy. As countries adopt decentralization, national governments increasingly delegate responsibility for public service provision—including healthcare—to local authorities;

Significant regional disparities in emergency preparedness. WHO experts note that over 90% of deaths from natural disasters occur in low- and middle-income regions due to weak healthcare readiness;

Legislative and institutional constraints that limit the operational capacity of local governments in managing health emergencies;

Underdeveloped regional governance environments that hinder effective public-private partnerships and community engagement in emergency response.

Gaps in implementation of global response protocols at the regional level. The COVID-19 pandemic alone caused over 7 million deaths worldwide in three years. Meanwhile, Russia's full-scale military aggression has triggered mass displacement, creating additional infrastructure burdens: 7.7 million Ukrainian refugees in EU countries and nearly 5 million internally displaced persons in Ukraine (IOM). To bridge these gaps, the Global Preparedness Monitoring Board (GPMB, 2022) emphasizes the need to strengthen public health governance at national, regional, and local levels through the accelerated implementation of global recommendations.

This dissertation seeks to contribute to the development of more resilient, equitable, and effective healthcare systems capable of responding to future crises. The objective is to provide theoretical justification and practical recommendations for improving local self-government activities in healthcare during emergencies. To achieve this goal, the following research tasks were formulated:

- to conceptualize the public administration problem of ensuring effective local governance in healthcare during emergencies;
- to substantiate the theoretical and methodological foundations of local-level healthcare management under current challenges;
- to develop a functional model of resilient governance in local healthcare administration;
- to propose a classification of governance functions in healthcare for crisis conditions;
- to improve methodological approaches for assessing the capacity of local governments to deliver healthcare services in emergencies;
- to justify the feasibility of establishing medical clusters as an innovative model for community healthcare during wartime.

Object of research: Public relations in the sphere of public administration and healthcare system management.

Subject of research: Activities of local self-government bodies in healthcare during emergencies.

Chapter 1, titled “*Theoretical Foundations of Public Administration in Healthcare*”, offers an in-depth exploration of the theoretical underpinnings of public healthcare governance. The chapter focuses on the theoretical aspects of managing community healthcare systems through local government functions, conceptual foundations of emergency healthcare management, and methodological approaches to analyzing the role of local authorities in health emergencies. Emphasis is placed on new public governance mechanisms amid Ukraine’s decentralization reforms. In today’s conditions, effective public administration is key to ensuring the availability, quality, and safety of medical services—especially under martial law. The need to improve the theoretical foundation of these processes is emphasized, aiming to build a methodological base for future enhancement of governance mechanisms during the post-war recovery of the healthcare sector.

Chapter 2 examines the development of local healthcare governance. It focuses on local governments’ roles in implementing national policy to mitigate healthcare emergency risks, as well as on identifying their functions during sectoral, territorial, and wartime transformations. The chapter emphasizes the growing need to assess the state and prospects of local healthcare governance during crises—such as the COVID-19 pandemic, armed aggression, or natural and man-made disasters. In these times, the socio-political role of local governments becomes especially relevant for communities. Comparative analysis of national and international experience in this chapter helps to identify best practices that can be adapted to Ukrainian realities and used to address pressing healthcare issues, ensuring a more resilient regional health system.

Chapter 3 presents the author’s contributions to improving the organizational and legal model of healthcare service delivery to communities during emergencies. The focus is on the decentralization of healthcare governance amid global and local risks; public administration approaches to identifying healthcare needs during emergencies; and the development of a new organizational and legal model for

emergency healthcare delivery. The author argues for the urgent need to modernize the legal and organizational framework for healthcare governance. This need is driven by the increasing frequency of emergencies, especially the destruction of critical social infrastructure during martial law. Ensuring continuous healthcare service delivery under such conditions requires effective legal and organizational solutions tailored to the specifics of each community. An improved governance model is essential to maintaining system resilience and ensuring citizens' health, safety, and longevity.

Scientific novelty lies in the development of conceptual, theoretical, methodological, and practical approaches to solving the scientific problem of enhancing local self-government in healthcare during emergencies.

Key contributions include:

- For the first time, a functional model of resilient healthcare governance at the local level was developed. It includes strategic, organizational, operational, and communication blocks, as well as a monitoring and adaptation subsystem integrating risk management, digital solutions, and crisis coordination.
- A conceptual classification of local government functions during healthcare crises was proposed, emphasizing risk analysis, resource allocation, service continuity, psychosocial support, and innovation-driven governance.
- The author proposed medical clusters as an adaptive wartime model for healthcare organization in communities, integrating institutions at various levels for coordination, efficient resource use, and innovation.

Improved:

- Methodological tools for assessing local government capacity to deliver healthcare in emergencies, incorporating adaptability, inclusivity, flexibility, and partnership engagement;
- Organizational and legal frameworks for emergency healthcare delivery in communities, including clearer responsibilities, digital integration, mobile medical unit regulation, and humanitarian aid mechanisms.

Further developed:

- Theoretical and methodological approaches to healthcare as a local governance domain, considering war, pandemics, and migration;
- Adapted international practices of community health systems under emergencies using resilient governance principles;
- Strategic planning principles in local health systems, focusing on service continuity, infrastructure resilience, and workforce retention.

Practical significance: The dissertation systematizes theoretical and methodological foundations for improving local governance in emergency healthcare. The author's recommendations, grounded in research, can be used to optimize resource use (including human resources) and strengthen healthcare service delivery in Ukrainian territorial communities under emergency conditions.

Key words: public management and administration, healthcare, local government functions, legal mechanism of management, emergencies, EU experience, security in the medical sector, war, pandemic, European integration, resilience, preparedness, organization, medical reform.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Гавви Олени Андріївни

Статті (окремі розділи) у колективних монографіях

1. Гавва О.А. Стійкість медичних підприємств в умовах загроз пандемії та війни: європейський досвід / Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. 236 с. (авт. С. 176-186). https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf

2. Гавва О.А. Науковий дискурс у сфері публічного управління медичними підприємствами України в сучасних умовах. Moderní aspekty vědy: XLVII. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 461. (авт. С.117-127). <http://perspectives.pp.ua/public/site/mono/mono-47.pdf>

Статті у наукових періодичних виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України (категорія Б) за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування

3. Гавва, О. А. (2023). Сучасне значення цифрових технологій в публічному управлінні системою охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*, (9). <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-9-02-07>

4. Гавва О.А. (2023). Методологічні аспекти дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. № 6, 209-215. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.35>

5. Гавва, О. (2023). Управління медичним забезпеченням територіальних громад в умовах надзвичайних ситуацій: зарубіжний

досвід. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*, (5(71), 27-32. [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5\(71\)-3](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5(71)-3)

Статті у наукових періодичних виданнях зарубіжних країн, включених до зарубіжних наукометричних баз даних

6. Borodin Yevgeniy, Havva Olena. Organization of Surgical Care for Ukrainian Military in Civil Medical Facilities: Dnipro Experience. *Archiv EuroMedica*. 2022. 12; sp: e1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.4. <https://surli.cc/eadmst>

Публікації апробаційного характеру, які опубліковані у збірниках матеріалів вітчизняних та зарубіжних науково-комунікативних заходів

7. Гавва О.А. Медичні установи регіону як об'єкти критичної інфраструктури: аспекти управління в умовах режиму воєнного стану. The 44th International scientific and practical conference «Recent Trend in Science and Technology» (December 29-30, 2022) Littera Verlag, Munich, Germany. 2022. 148 p. (авт. С. 42-46). https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2023/01/germany_30122022.pdf

8. Гавва О.А. Кластеризація як європейська технологія управління медичними підприємствами на регіональному рівні. Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: матеріали XX наук.-практ. конф. 18 травня 2023 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. – Дніпро: НТУ ДП, 2023. – 162 с. (авт. 45-47). <http://surl.li/usopkn>

9. Гавва О.А. Е-медицина Дніпропетровщини: досягнення та перспективи. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада» - 2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 244-246). <http://surl.li/toqoim>

10. Havva O. About aspects of the new functionality of authorities in the conditions of war in Ukraine. Сучасні аспекти модернізації науки: стан,

проблеми, тенденції розвитку: матеріали L-ої Міжнародної науково-практичної конференції / за ред. І.В. Жукової, Є.О. Романенка. м. Добрум (Туреччина): ВАДНД, 07 листопада 2024 р. 275 с. (авт. С. 24-27). <http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-50.pdf>

11. Гавва, О. (2024). Лікарня як об'єкт критичної інфраструктури: аналіз нормативно-правової бази. *Матеріали конференцій МЦНД, «Розвиток наук в умовах нової реальності: проблеми та перспективи»* 04.10.2024; Ужгород, Україна, 48–50. <https://archives.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/196/193>

12. Гавва О.А. Готовність медичних установ до надання медичних послуг в умовах війни: публічноуправлінські аспекти/ Національна безпека України в умовах воєнного стану: матеріали I Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернігів, 06-08 березня 2024р.) / Під загальною редакцією д.н.держ. упр., професорки Гбур З.В. – Чернігів, ІПТ, 2024. – 322 с. (авт. С. 83-84). <https://institut.cn.ua/wp-content/uploads/2024/04/Zbirnyk-konferentsiy-CHIBiP-IPT-1.pdf>

13. Гавва О.А. Діяльність органів влади в управлінні медичною сферою в умовах надзвичайних ситуацій: аналіз сучасних викликів. Пріоритетні шляхи розвитку науки і освіти: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 січня 2025 року. Львів : Львівський науковий форум, 2025. 78 с. (авт. С.6-10). <http://www.lviv-forum.inf.ua/save/2025/29-30.01/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>

14. Гавва О.А. Євроінтеграційний курс України у галузі охорони здоров'я: аналіз концептуальних позицій та функціонального змісту: *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України* : матеріали XXII регіональн. наук.-практ. конф. 9 травня 2025 р., м. Дніпро / за заг. ред. О. М. Рудіка. Дніпро: НТУ ДП, 2025. 138 с. (авторські С.54-55). <https://salo.li/C0b17c7>

ЗМІСТ

Анотація (укр.)

Анотація (англ.)

Список наукових праць автора

Перелік умовних скорочень 19

Вступ 20

РОЗДІЛ 1 30

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Охорона здоров'я територіальної громади як функція місцевого
самоврядування: теоретичні аспекти 30

1.2. Управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я: 51
понятійно-категоріальний апарат

1.3. Методологія дослідження ролі органів місцевого самоврядування в 63
управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я

Висновки за розділом 1 81

Список використаних джерел до розділу 1 84

РОЗДІЛ 2 99

РОЗВИТОК УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Основні засади державної політики України щодо управління 99
системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій

2.2. Інноваційні підходи в управлінні медичним підприємством в 128
умовах сучасних викликів (на прикладі Дніпропетровської області)

2.3. Зарубіжний досвід управління та адміністрування медичної сфери 151
в умовах надзвичайних ситуацій

Висновки за розділом 2	165
Список використаних джерел до розділу 2	170
РОЗДІЛ 3	180
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	
3.1. Діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: традиційні, модернізовані та адаптивні функції	180
3.2. Кластерний підхід в управлінні медичним забезпеченням громад в умовах воєнного стану	199
3.3. Концептуальні підходи в реалізації резильєнтного управління органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій	224
Висновки за розділом 3	240
Список використаних джерел до розділу 3	245
ВИСНОВКИ	257
ДОДАТКИ	260

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	-	внутрішньо переміщені особи
ДСНС	-	Державна служба надзвичайних ситуацій
ЕСОЗ	-	електронна система охорони здоров'я
ЄС	-	Європейський Союз
ЗОЗ	-	заклад охорони здоров'я
ЗУ	-	закон України
КМУ	-	Кабінет Міністрів України
МОЗ України	-	Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	-	Міжнародна організація з питань мігрантів
ОВА	-	Обласна військова адміністрація
ОДА	-	Обласна державна адміністрація
ОЗ	-	охорона здоров'я
НС	-	надзвичайна ситуація
НСЗУ	-	Національна служба здоров'я України
COVID-19	-	пандемія коронавірусної інфекції (англійською)
WHO	-	Всесвітня організація охорони здоров'я (англійською)

ВСТУП

Актуальність теми дослідження обумовлена тим, що в сучасному контексті глобальних проблем охорони здоров'я та управління виконана дисертація усуває критичні прогалини в розумінні ролі місцевих органів влади в управлінні надзвичайними ситуаціями (НС) в секторі охорони здоров'я (ОЗ) на регіональному рівні, маючи потенціал для інформування про політику та практику. Актуальність дисертаційного дослідження формується на підставі існування комплексу актуальних викликів в системі публічного управління наданням медичної допомоги при НС, а саме:

- зростанням частоти надзвичайних ситуацій (НС), які безпосередньо впливають на здоров'я населення. Згідно з Базою даних про надзвичайні події (EM-DAT), кількість природних катаклізмів, про які повідомляється у всьому світі, зросла приблизно з 200 у 1980 році до понад 400 щорічно в останні роки (ВООЗ);

- децентралізацією управління, яка є глобальним трендом публічної політики багатьох країн сучасного світу. Приймаючи політику децентралізації, національні уряди, переважно, покладають більшу частину соціальної відповідальності на місцеві органи влади за надання державних послуг, включаючи охорону здоров'я;

- очевидним існуванням значних регіональних відмінностей в готовності до надзвичайних ситуацій. Експерти ВООЗ зазначають, що на регіони з низьким і середнім рівнем доходу припадає понад 90% смертей, пов'язаних із стихійними лихами, через недостатню готовність мережі ОЗ;

- впливом умовно-обмежених правових та інституційних рамок, які іноді формують управлінський простір діяльності та залежність ефективності роботи місцевих органів влади в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я;

- недостатньо сформованим на регіональному рівні управління середовищем для ефективного розвитку державно-приватного партнерства та залучення громад в управління надзвичайними ситуаціями;
- існування розривів при впровадженні протоколів реагування на глобальні виклики НС та їх ефективним використанням на регіональному рівні застосування.

На глобальному рівні пандемія COVID-19 як надзвичайна ситуація у сфері охорони здоров'я ідентифікувала упродовж 3-х років існування летальні випадки у 7 млн. ос. Внаслідок повномасштабного розгортання військової агресії багатомільйонний потік українських біженців створив для національних систем ОЗ як європейських країн, так і самої України, додаткове інфраструктурне навантаження (7,7 млн. пацієнтів в країнах ЄС, як зазначає МОМ, та відповідно близько 5,0 млн. ос. як категорія внутрішньо переміщених осіб). Для мінімізації існуючих розривів Рада моніторингу глобальної готовності (GPMB, 2022) викликів НС підкреслює необхідність удосконалення публічного управління та адміністрування сфери ОЗ на національному, регіональному та місцевому рівнях на основі прискорення впровадження глобальних рекомендацій.

До цього часу українські вчені здійснили вагомий внесок у вивчення проблем медичного забезпечення населення в умовах надзвичайних ситуацій та війни, що охоплює питання екстреної медичної допомоги, медичної евакуації, організації реабілітаційної допомоги, міжсекторальної взаємодії, підготовки кадрів, розвитку євроінтегаційного спрямування національної системи охорони здоров'я. У наукових працях В. Баштанника [7], Є. Бородіна [12], Д. Карамишева [38], Н. Липовської [48], В. Пощиборщ [97], Д. Самофалова [75], А. Рачинського [80], Г. Рощина [101], А. Терент'євої [90] та інших висвітлюється проблематика сучасних викликів організації надання безперервності медичної допомоги в умовах бойових дій та вимушеного переміщення населення. Ці дослідження становлять наукове підґрунтя

продовження подальших наукових пошуків з метою удосконалення місцевої політики в галузі охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Саме тому виконане дисертаційне дослідження має на меті зробити внесок у розвиток більш стійких, справедливих та ефективних систем охорони здоров'я, здатних протистояти майбутнім кризам та надзвичайним ситуаціям.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана згідно з визначеними пріоритетними напрямками, зазначеними у Законі України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», а саме: ст. 3 п. 2 в частині «фундаментальні наукові дослідження з найбільш важливих проблем розвитку науково-технічного, соціально-економічного, суспільно-політичного, людського потенціалу для забезпечення конкурентоспроможності України у світі та сталого розвитку суспільства і держави». Дисертаційна робота має безпосередній зв'язок з планами науково-дослідних робіт Національного технічного університету «Дніпровська політехніка»: автор брав участь як виконавець НДР кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління за темою «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375. *Особистий внесок*: наукове обґрунтування нового функціоналу органів місцевого самоврядування, а саме Дніпропетровської обласної ради в умовах дії правового режиму воєнного стану та повоєнної відбудови України крізь призму управління регіональною мережею закладів охорони здоров'я як сукупності об'єктів критичної інфраструктури у межах суспільно-правової відповідальності щодо задоволення спільних інтересів територіальних громад сіл, селищ та міст Дніпропетровської області (довідка від 01.11.2024 № 12-34/163).

Також авторка брала участь як відповідальний виконавець у виконанні науково-дослідної роботи Громадської наукової організації «Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій» за темою «Стратегічні напрями відновлення України від наслідків війни» (номер державної

реєстрації 0122U200383), автором проведено дослідження, яке спрямоване на висвітлення потенційних переваг цифрових технологій у повоєнному відновленні та економічному зростанні України. Результати дослідження показують, що цифрові технології, такі як система електронної охорони здоров'я, мають значний потенціал для революційної зміни способу надання медичної допомоги, управління нею та доступу до неї. Інтеграція цих технологій у медичну сферу може допомогти поліпшити загальну якість медичної допомоги, підтримати економічне зростання та сприяти процесу післявоєнного відновлення. Авторка обґрунтувала важливість інвестування в цифрові технології в медичній сфері, особливо після війни. Показано, що інтеграція цих технологій може призвести до значних покращень у наданні медичної допомоги та створити нові можливості для економічного зростання. Практичне значення проведеного дослідження полягає у його здатності щодо інформування політиків і постачальників медичних послуг про потенційні переваги цифрових технологій і заохочувати інвестиції у цю нову сферу (довідка від 26.09.2024 № 01-26/09-24).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертації є теоретичне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

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

- актуалізувати зміст публічноуправлінської проблеми щодо забезпечення ефективної діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій;

- обґрунтувати теоретико-методологічні основи управління охороною здоров'я на рівні місцевого самоврядування з урахуванням сучасних викликів;

- розробити функціональну модель резильєнтного управління у сфері охорони здоров'я в діяльності органів місцевого самоврядування;

- запропонувати класифікацію управлінських функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій;

- удосконалити методичні підходи до оцінювання спроможності органів місцевого самоврядування щодо надання медичних послуг у надзвичайних умовах;

- обґрунтувати доцільність формування медичних кластерів як інноваційної моделі організації охорони здоров'я у громадах в період війни.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері публічного управління та адміністрування системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження – діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

Методи дослідження. У роботі застосовано комплекс наукових методів дослідження, які у своїй сукупності забезпечили високий рівень обґрунтованості наукових результатів, підтвердити актуальність авторських рішень та забезпечити комплексний міждисциплінарний підхід до дослідження публічного управління медичною сферою в умовах сучасних викликів, а також дозволили всебічно проаналізувати діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та сформувати інноваційні управлінські підходи.

Метод системного та структурно-функціонального аналізу застосовано для розробки функціональної моделі резильєнтного управління органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, а також для визначення логіки взаємозв'язків між стратегічним, організаційним, операційним, комунікаційним блоками та підсистемою моніторингу й адаптації в умовах надзвичайних ситуацій. Крім того, це допомогло здійснити структуризацію функцій органів місцевого самоврядування в умовах кризових подій (ризик-аналіз, резервування ресурсів, безперервність медичних послуг, психосоціальна підтримка тощо). Метод моделювання застосовано для побудови авторської функціональної моделі резильєнтного управління та концептуалізації ідеї створення медичних кластерів як адаптивної

організаційної форми охорони здоров'я в громадах як відповідь на виклик періоду війни. Також він був корисним для формалізації типології управлінських функцій в умовах кризових ситуацій. Метод контент-аналізу нормативно-правових актів та стратегічних документів дозволив ідентифікувати організаційно-правові прогалини у сфері управління охороною здоров'я на місцевому рівні і на цій основі розробити рекомендації для удосконалення підходів щодо регламентації діяльності мобільних медичних команд, координації гуманітарної допомоги та інтеграції цифрових сервісів. Крім того, на основі методу контент-аналізу проведено порівняльне дослідження кількох варіантів стратегій стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та здійснено обґрунтування найбільш оптимальної з них. Емпіричні методи дослідження (анкетування, кейс-стаді), як прямі, так і опосередковані, застосовувались для оцінки управлінської спроможності органів місцевого самоврядування забезпечувати медичні послуги в умовах надзвичайних ситуацій. Метод кейс-стаді дозволяв провести верифікацію розробленого методичного інструментарію оцінювання (за критеріями адаптивності, інклюзивності, гнучкості, партнерства) та визначити можливості стосовно практики створення медичних кластерів у прифронтових, тилкових, деокупованих та постраждалих громадах. Метод SWOT-аналізу застосовано для розробки рекомендацій щодо стратегічного планування медичних послуг у громаді з урахуванням загроз безперервності та кадрових ризиків, а також цей метод дозволив визначити сильні і слабкі сторони управлінських систем у громадах та перспектив розвитку кластерного підходу для розвитку місцевої мережі закладів охорони здоров'я. Метод SWOT-аналізу забезпечив обґрунтування доцільності інституціоналізації партнерств між закладами охорони здоров'я, органами влади та гуманітарними структурами. Метод бенчмаркінгу (порівняння) використовувався для вивчення та адаптації міжнародного досвіду функціонування місцевих систем охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, а також він забезпечував проведення порівняння моделей

українських підходів до медичної резильєнтності з європейськими та світовими практиками (приклади з Польщі, Ізраїлю, Литви, Швеції).

Окрім вищевказаного, інформаційною базою для виконання дисертаційного дослідження слугували нормативно-розпорядчі документи локального рівня (КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова «ДОР»), результати власних досліджень автора та практичні кейси публічноуправлінської діяльності автора, що реалізовані на керівних посадах локального рівня управління та упродовж численних стажувань в органах галузевого управління регіону та медичних підприємств країн Європейського Союзу.

Наукова новизна отриманих результатів. Наукова новизна отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у розробленні концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

Основні положення дисертації, що становлять її наукову новизну, полягають у такому:

Уперше розроблено функціональну модель резильєнтного управління діяльністю органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, яка охоплює стратегічний, організаційний, операційний, комунікаційний блоки та підсистему моніторингу й адаптації, забезпечуючи інтеграцію ризик-менеджменту, цифрових рішень і кризової координації;

- запропоновано концептуальну класифікацію функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я за умов кризової ситуації, з акцентом на аналіз ризиків, резервування ресурсів, забезпечення безперервності медичних послуг, психосоціальної підтримки населення та інноваційного управління;

- сформульовано авторське бачення доцільності створення медичних кластерів як адаптивної моделі організації охорони здоров'я у громаді в період війни, що об'єднує інституції різних рівнів для забезпечення координації, ефективного використання ресурсів та підтримки інновацій.

Удосконалено:

- методичний інструментарій оцінювання спроможності органів місцевого самоврядування до забезпечення медичних послуг у надзвичайних умовах, шляхом включення критеріїв адаптивності, інклюзивності, управлінської гнучкості та рівня партнерської взаємодії;

- організаційно-правові підходи управління наданням медичних послуг у територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій, що передбачає чіткий розподіл повноважень, інтеграцію цифрових технологій, нормативне регулювання діяльності мобільних медичних бригад та механізми залучення гуманітарної допомоги;

Дістали подальшого розвитку:

- теоретико-методологічні підходи до вивчення охорони здоров'я як сфери діяльності місцевого самоврядування в контексті публічного управління, з урахуванням сучасних викликів (війна, пандемія, міграція);

- ідеї використання міжнародного досвіду функціонування систем місцевого охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, адаптовані до українського контексту із застосуванням принципів резильєнтного управління;

- принципи стратегічного планування в системі охорони здоров'я на місцевому рівні, зокрема з урахуванням ризиків безперервності медичних послуг, стійкості медичної інфраструктури та збереження кадрового потенціалу.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що в роботі проведено узагальнення теоретичних та методичних положень щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони

здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Запропоновані авторкою методичні підходи доведено до рівня практичних рекомендацій, використання яких у процесі управління медичними підприємствами в умовах надзвичайних ситуацій буде сприяти оптимізації використання галузевих ресурсів, у тому числі людських ресурсів, а також буде сприяти забезпеченню ефективного функціонування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на рівні територіальних громад України. Також результати дисертаційної роботи використовуються при викладанні освітніх компонентів за такими навчальними дисциплінами: «Громадське здоров'я» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування, а також увійшли до наукових публікацій О.А.Гавви, що готувалися під час виконання наукової теми НДР кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління за темою «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні» (довідка ННІ ДУ НТУ «Дніпровська політехніка» від 01.11.2024 № 12-34/163).

Особистий внесок здобувача. Дисертація Гавви О.А. є самостійно виконаним, належним чином науково-обґрунтованим та завершеним науковим дослідженням. Усі наукові результати, викладені у роботі, отримані автором особисто й здобули апробацію та відображення в опублікованих працях. У дисертації не використовуються ідеї і розробки, що належать співавторам. Внесок автора в опубліковані у співавторстві 3 наукових праці конкретизовано у списку публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертаційного дослідження, висновки і рекомендації було апробовано авторкою на 8-ми міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях та форумах, зокрема таких як: The 44 th International scientific and practical conference «Recent Trend in Science and Technology» (December 29-30, 2022,

Munich, Germany); XX науково-практична конференція «Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України» (18 травня 2023, м. Дніпро); Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада»-2023» (11-13 жовтня 2023, м. Дніпро); L-на Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Добрум, Туреччина, 07 листопада 2024); наукова конференція «Розвиток наук в умовах нової реальності: проблеми та перспективи» (04 жовтня 2024, Ужгород); I науково-практична конференція з міжнародною участю «Національна безпека України в умовах воєнного стану» (06-08 березня 2024, м. Чернігів); XIV Міжнародна науково-практична конференція «Пріоритетні шляхи розвитку науки і освіти» (29-30 січня 2025, м. Львів); XXII регіональна науково-практична конференція «Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України» (9 травня 2025, м. Дніпро).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списків використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 265 сторінок. Робота містить 15 таблиць, 17 рисунків, 2 додатки, список використаних джерел складається із 310 найменувань. Обсяг основного тексту дисертації становить 203 сторінки (8,3 авт. арк.).

Публікації. Основні наукові результати дисертаційної роботи опубліковані в 14 наукових працях, із них: 3 статті у наукових фахових виданнях України; 2 статті як окремі розділи колективних вітчизняних (м. Дніпро, Україна) та зарубіжних (Чеська Республіка) монографіях; 1 стаття – у зарубіжному науковому періодичному виданні (Німеччина) та 8 тез доповідей, що опубліковані у збірниках науково-комунікативних заходів, які проходили в Україні та країнах зарубіжжя. У співавторстві з науковим керівником (Є.І. Бородін) опубліковано 1 наукову працю. *Особистий внесок автора полягає у пошуку ідеї дослідження, формулюванні мети дослідження, зібранні фактологічного матеріалу, обґрунтовані висновків та основних результатів дослідження.*

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Управління сферою охорони здоров'я як функція місцевого самоврядування: аспекти наукового дискурсу

Децентралізація функцій управління в органах влади надала широких можливостей місцевому самоврядуванню у вирішенні проблемних питань соціальної сфери територіальних громад. І це слід вважати доволі прогресивним кроком у розвитку демократичних засад українського суспільства та прикладним аспектом теорії демократичної держави. В рамках цієї теорії роль місцевого самоврядування полягає в організації системи управління суспільними відносинами через самодіяльність і саморегулювання. Для цього окремі громадяни та територіальні громади отримують відповідні права й можливості, які реалізуються в межах закону та під їхню власну відповідальність. Демократичний характер місцевого самоврядування, насамперед, визначається можливістю гарантування основних прав і свобод людини й громадянина, а насамперед, соціальних прав. Тож одним із пріоритетів діяльності місцевого самоврядування є соціальна сфера.

Соціальна сфера охоплює значне коло питань у життєзабезпеченні громади [32; 112]. Основні функції, що реалізуються органами місцевого самоврядування у відповідності до положень чинного законодавства України, зокрема ст.ст. 27-38 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [69] охоплюють такі напрямки діяльності:

- організація і забезпечення соціального захисту населення;
- підтримка освіти, культури та спорту;
- розвиток та підтримка молодіжної політики;
- житлово-комунальні послуги та благоустрій;

- забезпечення зайнятості населення;
- захист прав дитини;
- забезпечення розвитку системи охорони здоров'я.

Тож, як бачимо, в контексті реалізації внутрішньої державної політики України сфера охорони здоров'я є детермінованою складовою соціальної сфери і на рівні місцевого самоврядування, що закріплено у законодавчому порядку. А функції місцевого самоврядування щодо здійснення управління у сфері охорони здоров'я поділяються на власні та делеговані, які теж чітко регламентовані відповідними законами України [39; 63; 65; 69;].

Так, конституційні основи управління у сфері охорони здоров'я в Україні базуються на положеннях Конституції України, яка є основним законом держави і визначає ключові принципи функціонування системи охорони здоров'я, права та обов'язки громадян, а також компетенцію органів державної влади та місцевого самоврядування. Основні аспекти, які регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, включають такі напрямки:

- право на охорону здоров'я (стаття 49 Конституції України);
- безоплатність медичних послуг у державних та комунальних медичних закладах;
- рівний доступ до медичних послуг (стаття 24 Конституції України);
- охорона здоров'я як стратегічний пріоритет української держави (ст.ст.1,3, ст. 49 про санітарно-епідеміологічне благополуччя);
- міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я (ст.9 конституції України дозволяє імплементацію міжнародних договорів у національне законодавство, що створює можливості для участі України у глобальних ініціативах, спрямованих на покращення охорони здоров'я);
- повноваження органів влади у сфері охорони здоров'я.

Стосовно повноважень органів влади слід зазначити, що вони розподіляються таким чином: Верховна Рада України приймає закони, що

регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я; уряд України забезпечує виконання державної політики в цій сфері, реалізує програми, пов'язані з охороною здоров'я, та здійснює контроль за їх виконанням. Місцеве самоврядування в рамках повноважень (власних та делегованих державою) відповідає за:

- організацію первинної медичної допомоги;
- забезпечення діяльності комунальних медичних закладів та створення умов для надання якісних послуг на місцевому рівні;
- організація профілактичних заходів, спрямованих на покращення здоров'я населення;
- здійснення взаємодії з державними органами у сфері медичного забезпечення жителів територіальної громади.

В Україні місцеве самоврядування відіграє важливу роль у забезпеченні доступності, якості та безпечності організації надання медичних послуг населенню. Звіти Національної служби здоров'я України показують, що протягом 2024 року приблизно 22 млн наших громадян звернулися за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я різних форм власності в межах реалізації свого права як учасники Державної програми медичних гарантій. Надавачами медичних послуг, за які сплачує держава, є 3408 медичних закладів. Усі ці заклади мали договори з НСЗУ. Серед медичних підприємств, що надають безоплатні послуги гарантованої державою якості, найбільшу частку складають комунальні медичні підприємства – 60%, кабінети лікарської практики (ФОП) – 24%, приватні медичні заклади – 14%, державні медичні установи – 1%. Тож очевидно, що лідерські позиції комунальних медичних установ/підприємств та ефективність організації охорони здоров'я залежить від фінансової спроможності, адміністративного ресурсу органів місцевого самоврядування та їхньої здатності до налагодження партнерства із медичними установами, представниками медичного бізнесу, неурядових громадських /волонтерських організацій та населенням.

Розвиток національної системи охорони здоров'я у довоєнний період не можна охарактеризувати як такий, що мав ознаки стабільності. Звісно, що це не зовсім так. Адже коли ми говоримо про стабільність будь-якої системи, то слід сказати що вона передбачає, перш за все функціональну стійкість. Сутність останньої полягає у тому, що у моменти стабільного розвитку, без надзвичайних викликів зовнішнього чи внутрішнього середовища, на всіх рівнях системи – від національного (рівень центральних органів виконавчої влади) до локального рівні управління (рівень окремого медичного підприємства) здійснюються заходи ефективного управління, які забезпечують досягнення визначених цілей управління на всіх його рівнях: від прямого надання якісних та доступних медичних послуг, як цільова управлінська функція локального рівня, до забезпечення реалізації державної політики у межах національного медичного простору держави як цільова функція Міністерства охорони здоров'я України.

Разом з тим, ми повинні акцентувати про те, що, починаючи з 2015 року національна мережа медичних підприємств, а значить і система в цілому, функціонує у середовищі довготривалих криз, що обумовлювались:

- системно-галузевим характером (1);
- поглибленням адміністративно-територіальних трансформацій (2);
- позасистемними викликами надзвичайних ситуацій, що пов'язані з пандемією COVID-19 та збройним військовим конфліктом проти української держави, що триває понад 10 років (3).

Першу групу викликів формуються системно-галузеві чинники, які обумовлені запровадженням медичної реформи, децентралізацією управління у сфері охорони здоров'я, розвитком євроінтеграційних засад управління медичною сферою в контексті євроінтеграційного руху української держави [48; 65; 72; 73; 75; 77; 93].

Друга група системних викликів на медичну галузь обумовлена запровадженням адміністративно-територіальної реформи, яка у часі співпадала або відбувалась паралельно до основних етапів реалізації

адміністративно-територіальної реформи з утворенням нових територіальних громад та перенаправленням частини управлінських функцій з центрального рівня управління на рівень місцевого самоврядування без належного фінансового забезпечення для реалізації нового публічноуправлінського функціоналу органами місцевого самоврядування [8; 23; 25; 44; 69; 71; 72; 78; 84; 89; 94; 118].

І третю групу системних викликів складають чинники непередбачуваної генези, перебіг яких характеризується терміновістю та масштабністю одночасної дії на великих територіях, або негативними наслідками для значної кількості населення, а значить їх можна категоризувати як чинники, що представляють загрозу національній безпеці України, з одного боку, а з іншого – загрозу функціонування національної системи охорони здоров'я. Цю групу чинників представляють пандемія COVID-19 та збройний конфлікт, внаслідок яких руйнується як інфраструктура медичної сфери, так і основні її складові (кадрові, матеріально-технічні ресурси, фінансування тощо) [13; 15; 28; 52; 57; 63; 88; 111].

Про нестабільний характер розвитку системи надання публічних послуг в Україні зазначає вітчизняний дослідник А.А. Хлебников [97]. Він вказує, що якість послуг у соціальній сфері, а галузь охорони здоров'я є її складовою, можна оцінити як незадовільну. Це, на думку науковця, пояснюється, по-перше, тим, що система публічних послуг потребує удосконалення механізмів їх правового регулювання. По-друге, на порядку денному стоїть питання забезпечення стратегічного характеру розвитку системи публічних послуг, розроблення відповідної стратегії за участі всіх стейкхолдерів. По-третє – актуальним у сфері публічного управління та адміністрування є питання удосконалення організаційних механізмів надання публічних послуг. А по-четверте - забезпечення зростання адаптивності системи надання публічних послуг до змін внутрішнього та зовнішнього середовища. Ми повністю погоджуємось, що в умовах довготривалих криз та невизначеності найбільш пріоритетними напрямками удосконалення публічного адміністрування

послуг у соціальній сфері, у тому числі й послуг у сфері охорони здоров'я, на основі удосконалення правових засад управління, організаційного механізму з метою формування стійкої інфраструктури соціальної сфери на засадах принципу адаптивності.

У розвиток напрямку стійкості медичної інфраструктури в умовах викликів пандемії та періоду воєнного стану, професор В.В. Баштанник вказує, що ефективність інституційних механізмів в системі галузевого управління реалізується на основі:

- стійкості систем охорони здоров'я в надзвичайних ситуаціях;
- оперативного швидко реагуйте на виклики без шкоди для якості медичних послуг;
- оптимізації функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я [6; 7].

У дисертаційному дослідженні С.М. Вовк щодо механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я уперше було теоретично обґрунтовано низку актуальних функцій державного управління [16]. Зокрема, розглянуто такі функції як соціально-орієнтована, організаційно-стабілізуюча, фінансово-економічна, мотиваційна, інформаційна, освітньо-наукова. Дослідниця надала визначення поняттю «роздержавлення медичної власності». У такий спосіб держава позбавляється низки функцій прямого управління основними засобами виробництва медичних послуг, та передає їх рівень медичних підприємств. Тобто, відбувається делегування управлінських функцій та повноважень на рівень органів регіонального управління та рівень місцевого самоврядування. І тут на наш погляд слід зазначити, в цілому погоджуючись із професором С.М. Вовк, що в новітніх умовах важливою функцією є безпекова функція, як для суб'єктів державного управління на різних рівнях, так і для органів місцевого самоврядування.

У дисертаційній роботі М. Литвиненка зроблено важливий акцент на доцільності й об'єктивній необхідності зміни ролі держави як основного

суб'єкта управління сферою охорони здоров'я на роль суб'єкта регулювання зазначеної сфери [49]. Встановлено, що здійсненню медичної реформи, реалізація якої розпочалась восени 2017 р., загрожують численні ризики, найголовнішим з яких є неготовність механізму її реалізації.

Все вищезначене суттєво впливає на якість та доступність надання медичних послуг населенню. Важливий акцент полягає у тому, що у випадку новітніх викликів традиційні підходи та методи управління закладами медичної сфери виявляються вкрай неефективними, адже ці виклики (III група) є для української держави в історії її незалежного розвитку такими, що виникли уперше. І у такому випадку перед керівниками всіх ланок управління медичною сферою постало завдання щодо застосування інноваційних та неординарних управлінських підходів з метою забезпечення належного функціонування медичної галузі в нових реаліях, і сьогодні це реалії дії правового режиму воєнного стану [19; 20; 37; 61; 63;].

Для будь-якої країни світу, сфера охорона здоров'я – це, насамперед, окрема соціально-орієнтована та соціально обумовлена сфера суспільного життя, яка функціонує в середовищі людей, керується (управляється, адмініструється) людьми, на відміну від інших сфер, де багато функцій виконується на основі штучного інтелекту, і в якій послуги надаються в рамках індивідуалізованого запиту набувача в момент його звернення. Послуги сфери охорони здоров'я є, відповідно до чинного законодавства, послугами соціального змісту, а відтак саме суспільство реально повинно усвідомлювати їх цінність як для держави в цілому, так і на рівні окремого індивіда [22].

Це яскраво підтверджує нещодавна пандемія коронавірусної інфекції, де за життя кожного громадянина боролися не тільки медичні працівники, не тільки система охорони здоров'я, не тільки українська держава, а навіть все суспільство у його глобальному вимірі. Тому ми впевнено стверджуємо, що за останні роки медична галузь зазнала особливо помітних змін і викликів, ефективність вирішення яких є пріоритетним завданням на будь-якому рівні управління системою охорони здоров'я.

В умовах довготривалої збройної агресії, яка руйнує та знищує інфраструктуру системи охорони здоров'я України, медична галузь продовжує функціонувати та надавати населенню медичні послуги завдяки застосуванню як нових медичних технологій, так і завдяки упровадженню нових інструментів ефективного публічного управління та адміністрування на всіх рівнях управління. Це стало можливим завдяки науковообґрунтованим методичним підходам та технологіям публічноуправлінської діяльності, які сьогодні активно досліджуються вітчизняними науковцями. Тож розглянемо їх більш детально з метою визначення сучасних тенденцій у науковому дискурсі сфери публічного управління та адміністрування.

Як ми вже вказували, одним із напрямків, який безпосередньо впливає на розвиток системи управління у сфері охорони здоров'я, є напрям адміністративно-територіальних трансформацій. І тут слід відзначити наукову працю А.О. Рогулі, в якій досліджується роль органів місцевого самоврядування в контексті безпечного простору територіальних громад та реагування на надзвичайні ситуації, у т.ч. і питання підтримки готовності територіальної системи охорони здоров'я до роботи в надзвичайних умовах [83]. Ефект управління в таких ситуаціях залежить, насамперед, від вдалого поєднання місцевих і загальнодержавних інтересів та від реалізації цілеспрямованої соціальної політики на місцях в умовах обмеженості ресурсів.

Окрім безпекового напрямку регіональної політики, важливий сенс в контексті поглиблення адміністративної реформи, як відзначає дослідниця М.В. Лукашук, має прозорість суспільних відносин між владою та громадськістю [50]. Вона вказує, що органи місцевого самоврядування, починаючи від моменту активної реалізації територіальної реформи в Україні, значно підвищили рівень прозорості своєї співпраці з представниками громадського сектору. Це демонструє на практиці новий формат публічного управління, на відміну від системи державного управління радянського зразку,

коли органи влади провадили, переважно, політику «закритого вікна» в діалогах із громадськістю.

Важливо зазначити, що саме у період активних різногалузевих реформ та значних суспільних катастроф (війна, пандемія тощо) відкритість органів влади у міжсекторальній співпраці відіграє дуже велику роль в питаннях узяття під контроль цих надзвичайних викликів та мобілізацію всіх ресурсів для подолання їх негативних наслідків. І в умовах війни це надзвичайно важливо в публічноуправлінській діяльності для прифронтових регіонів, які є водночас і переселенським хабом, і зоною прифронтових шпиталів, і форпостом незламності, де всі цивільні медики стали єдиною командою військових медиків, які надають водночас медичні послуги військовослужбовцям Збройних Сил України та цивільному населенню [67].

Наш погляд про відкритість і прозорість дій органів місцевої влади повністю кореспондується з поглядом вітчизняного дослідника Р. Черніховського. Він, зокрема, акцентує, що на регіональному рівні в умовах дії правового режиму воєнного стану, регіональна система охорони здоров'я має достатньо сформований правовий базис для виконання своїх функцій [102]. Дослідник вказує, що правовий базис стійкості регіональної системи охорони здоров'я складають, насамперед, законодавчі і нормативні акти загальнодержавного значення та підзаконні нормативні акти, які приймаються місцевими органами влади і стосуються підвідомчого їм регіону. На регіональному рівні система охорони здоров'я регулюється як загальнодержавними законодавчими та нормативними актами, так і підзаконними документами, ухваленими місцевими органами влади для їхнього відповідного регіону. Така нормативно-правова база забезпечує функціонування медичних закладів і гарантує належний рівень їх фінансового забезпечення. Дослідник наголошує, що реалії воєнного стану, а значить і стану надзвичайного, повинні формувати, насамперед, такі пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я як: розвиток моделей реабілітаційної допомоги, інтеграцію послуг психічного здоров'я на рівні

первинної медико-санітарної допомоги, організацію травматологічної та ортопедичної допомоги в межах госпітальних кластерів, а також удосконалення програм медичних гарантій для ветеранів і постраждалих унаслідок воєнних дій. Повністю з ним погоджуємось, адже вказані стратегічні напрями враховують сучасні виклики, що стоять перед українським суспільством, і спрямовані на забезпечення ефективного й доступного надання медичних послуг на всіх рівнях системи охорони, а насамперед, на регіональному рівні, в рамках якого формується та функціонує госпітальний округ із замкненим циклом надання всіх видів медичних послуг.

Досліджуючи специфіку та основні тренди розвитку місцевого самоврядування в сучасних умовах, можна виокремити напрям цифрової трансформації сфери публічного управління. Це є надзвичайно актуальним для розвитку міст та мегаполісів на основі smart спеціалізації. Так, дослідниця К. Дзюндзюк вказує, що одним із найважливіших факторів успішної реалізації концепції розумного міста є налагоджена взаємодія місцевої влади та громадян [27]. Основними видами участі громадян у реалізації концепції smart city є участь у процесі прийняття рішень, участь у реалізації проектів smart city та використання ІКТ, які є частиною інфраструктури smart city. Як учасники процесу прийняття рішень громадяни можуть узгоджувати цілі стратегії розвитку розумного міста та обговорювати реалізацію поточних завдань. Як користувачі ІКТ громадяни можуть отримати вигоду від відкритих даних і результатів реалізації проектів розумного міста, адже ключовими складовими розумного міста є: інтелектуальна інфраструктура, розумний транспорт, енергоефективність, ефективне управління, інноваційна економіка, активні та освічені громадяни, а також передові технології та сучасна система охорони здоров'я. Окрім основних компонентів, розумні міста мають низку характерних атрибутів, таких як: стійкість; висока якість життя; адаптація до урбанізації; загальна інтелектуальна орієнтація. К.Дзюндзюк акцентує, ефективне публічне управління розвитком міст відповідно вже сьогодні вимагає запровадження додаткової підготовки державних службовців до

діяльності в умовах таких сучасних розумних міст та мегаполісів. Тому пропонує вже сьогодні створювати в органах місцевого самоврядування спеціалізовані підрозділи, відповідальні за планування та реалізацію проєктів, пов'язаних із розумним містом [27]. Тож ми підтримуємо думку дослідниці про те, що складовою системи «розумного міста» беззаперечно повинно бути «розумна охорона здоров'я», актуальність якої і затребуваність будуть надзвичайно високими у період повоєнного відновлення. Але вже сьогодні над цим слід працювати та проводити відповідну підготовку працівників галузевих структур в органах місцевого самоврядування.

У дисертаційній роботі вітчизняного дослідника Мішина С. І. на тему «Реформування системи місцевого самоврядування в Україні як умова демократичних змін» розвивається далі тематика формування «розумного міста» [58]. Автор обґрунтовує нову «технологічну» модель системи місцевого самоврядування, яка базується на впровадженні сучасних соціальних і технологічних процесів, що формують розвиток суспільства та держави в цілому. На його думку, ключовою умовою створення такої моделі є наявність необхідних ресурсів, що спричиняє трансформацію розуміння простору та території в рамках місцевого самоврядування. Упровадження такої «технологічної моделі» місцевого самоврядування буде впливати на зміну форми політичної й соціальної поведінки, способи самоорганізації, механізми ухвалення рішень та типи взаємодії між органами місцевого самоврядування, громадянами та державними структурами. Нові підходи у системі місцевого самоврядування, повинні бути спрямованими на вдосконалення послуг і підвищення підзвітності перед громадянами. А основою такого підходу є управління продуктивністю, яке дозволяє демонструвати результативність і ефективність наданих послуг, а також оцінювати їхній вплив на якість життя громадян. Але в той же час, дослідник зазначає, що в рамках реформування системи місцевого самоврядування мова може йти не тільки про «розумне місто», але це може бути «розумний простір», «розумна територія» тощо. Нам імпонує позиція дослідника про те,

що пропонувані ним зміни засновані на принципі демократизації місцевого самоврядування та доступу громадян до управління. нам вбачається така можливість у період повоєнної відбудови говорити про «розумну лікарню», «розумний реабілітаційний хаб» або «розумний простір здоров'язбереження».

Натомість, в умовах незакінченого процесу децентралізації, а тим більш в умовах війни, існують великі ризики щодо спроможності громад в ефективному реформуванні медичної сфери. Як зазначає В.І. Мельничук, децентралізація та пов'язані з нею зміни в системі державного управління в Україні отримали одну з найвищих оцінок міжнародної експертної спільноти та зарубіжних партнерів [54]. Системний характер реформи вирізняється активною законотворчою діяльністю та високим рівнем діалогу між центральною владою та регіонами. Водночас внутрішні аспекти перебудови регіональної самоврядності в умовах швидких темпів реформування породжують низку викликів. Зокрема, громади та їхні об'єднання стикаються з труднощами не лише у реалізації нових розширених повноважень, а й в управлінні переданим майном, інфраструктурою та їх належному утриманні. Відповідно до загальних критеріїв, організаційна структура виконавчих органів місцевого самоврядування має бути адаптованою до нових повноважень і забезпечувати їх ефективну інституційну реалізацію.

Серед проблемних сфер виявилася охорона здоров'я, особливо в частині функціонування районних лікарень у межах нового територіального поділу. Зокрема, обговорюється намір створити в Україні 350 Центрів безпеки, які поєднуюватимуть функції пожежної служби, екстреної медичної допомоги та поліції в єдину інтегровану модель безпекової комунікації [101]. Для уникнення деструктивних чинників у формуванні повноважних і спроможних громад необхідно проводити галузевий аналіз потреб, визначати точну кількість і категорії отримувачів послуг на відповідній території, залучати кваліфіковані кадри та впроваджувати інші заходи. Усі ці кроки є невід'ємною частиною поточного етапу децентралізації в Україні.

Про необхідність підвищення безпекової складової на основі комунікативного концепту у системі публічного управління медичною сферою вказують й такі знані вітчизняні дослідники як Є.Бородін Д. Карамишев, Я. Радиш [12; 21; 38]. Зокрема, професор Є.І. Бородін вказує на визначну роль у формуванні організаційно-комунікаційних основ управління галуззю. Зазначені основи виступають певним майданчиком для взаємодії всіх суб'єктів управління: Міністерство охорони здоров'я України, органи місцевого самоврядування, департаменти (управління/відділи охорони здоров'я міст), комунальні неприбуткові медичні підприємства та лікарі-ФОП, населення, ЗМІ, громадські організації та ін. окремо дослідник акцентує на значенні органів управління галуззю у світлі диджиталізації сервісів для здійснення завдань медичної реформи.

Долгіх М.В. у дисертаційному дослідженні на тему «Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я» [29] запропонував інноваційну модель державного управління системою охорони здоров'я. Структурно вона реалізується у 8-ми послідовних напрямках: удосконалення законодавчої бази; запровадження механізмів державно-приватного партнерства; ефективна кадрова політика; організаційне підсилення команди МОЗ України роботою науково-практичної групи кваліфікованих спеціалістів за напрямом «менеджмент»; напрям комунікаційної взаємодії між надавачами та набувачами медичних послуг; підсилення механізмів державного нагляду за працею медичних працівників для підвищення їх продуктивності та розвиток ринку страхової медицини. Певною мірою ми погоджуємось з такою трактовкою моделі державного механізму управління сферою охорони здоров'я, але на наш погляд серед складових авторської моделі відсутній компонент громадівської системи охорони здоров'я та не схарактеризована роль органів місцевого самоврядування у забезпеченні жителів громади якісними та доступними медичними послугами, особливо в умовах надзвичайних ситуацій. Дисертація захищалась у період перебігу пандемії коронавірусної хвороби, то цілком

логічним було б звернути увагу на інтеграцію такого структурного компоненту як епідемічна безпека в інноваційну модель державного управління.

У дисертаційній роботі В.В. Дудки [58] на теоретичному та практичному рівнях обґрунтовано науково-практичний підхід до формування цілісного механізму державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні. При цьому відмінність одержаних результатів від результатів існуючих досліджень полягає в поєднанні трьох основних способів у досягненні мети оптимізації системи державного управління охороною здоров'я:

- децентралізації управління охороною здоров'я на рівні місцевих органів влади;
- законодавчого закріплення самостійності в діяльності закладів охорони здоров'я;
- широкого залучення громадських організацій до розв'язання проблем охорони громадського здоров'я через їх активну взаємодію з органами місцевого самоврядування.

Наступний новітній напрям наукового дискурсу у сфері публічного управління охорони здоров'я характеризується підвищенням дослідницької уваги науковців із суміжних галузей науки (медичні, економічні та політичні науки тощо). Так, у галузі медичних наук активно розробляється напрям удосконалення управління медичними закладами. На офіційному сайті Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика на вкладці «Спеціалізовані вчені ради» у 2023 році було оприлюднено оголошення про захист 31 дисертації доктора філософії. Однак, тільки 1 робота за авторством К.В. Щиріної захищена в галузі «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Соціальна медицина» на тему «Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я» (табл.2).

Ми переконані, аналізуючи інформацію із табл. 2, що науково-дослідних робіт такого спрямування могло би бути більше, адже, як і раніше, керівний

склад медичних установ України формується саме із представників медичних професій [1].

Таблиця 1.1.

**Співвідношення наукових тем дисертаційних досліджень
публічноуправлінської тематики у сфері медичних наук**

Всього захищено дисертацій доктор філософії	Загально-лікувальна тематика дисертацій	Публічно- управлінська тематика дисертацій
31 дисертаційна робота у 2023 році	31 (97%)	1 (3%)

(складено автором)

Зазначимо, що у вітчизняному науковому просторі ситуація з викликами пандемії та війни сьогодні обумовлює розширення наукової уваги до проблематики управління медичною сферою. Так, можемо виокремити такий напрям, у якому проводяться активні наукові розвідки, це управління медичною галуззю в контексті євроінтеграційного курсу України. Так, у галузі політичних наук дослідник О. Рудік аналізує досвід країн Європейського Союзу на основі інструментарію вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я [85]. Вітчизняний політолог побудував аналіз політики у сфері охорони здоров'я на основі застосування технології інтегрованої медичної допомоги. Така інтеграція, як зазначає дослідник, існує на різних рівнях надання медичних послуг: на мікрорівні (медична послуга для пацієнта), мезорівень (органи управління наданням медичних послуг) та макrorівні (фінансування та контекст політики).

В контексті узгодженості національної політики у сфері охорони здоров'я зі стандартами ЄС, особливо після набуття Україною статусу країни-

кандидата [62; 73], професор Н.А.Липовська зазначає, що належне функціонування системи охорони здоров'я виходить за рамки суто національного виміру, а набуває дедалі більше ознак стійкої глобальної публічноуправлінської проблематики [48].

Дослідниця Н. Колісніченко акцентує, що в сучасних умовах фокус публічноуправлінської уваги слід скеровувати на побудову оптимальної системи багаторівневого управління. Його складовими виступають інформаційна культура; здатність збирання, акумулювання та використання баз даних, що є вкрай потрібним для оптимального управління та прийняття управлінських рішень; вимірювання ефективності; управління структурно-функціональною перебудовою медичної галузі та управління змінами; зміцнення управлінської спроможності; управлінські індикатори; аналіз інформації; плани стратегічного розвитку та удосконалення, які становлять суть управління, орієнтованого на результати [43]. В сучасних умовах позиції оптимального управління, які визначає Н.Колісніченко, потребують питання відповідної підготовки кадрів та спеціальної стратегії кадрової політики у галузі охорони здоров'я. Схожу думку мають і інші науковці [91; 98].

Так, професор А. Рачинський стосовно актуальності проблем удосконалення кадрової політики і підготовки менеджерів нової генерації у сфері охорони здоров'я [80] переконливо доводить, що за останні 15-20 років суспільство та управлінці медичної галузі стали більш свідомими того, що для ефективного управління у сфері охорони здоров'я керівниками вже не вистачає суто медичної підготовки, адже в період пандемії чи війни саме опора на лідерські якості керівника, його креативність та нестандартне мислення здатні забезпечити належні результати діяльності галузі та впоратися з низкою суміжних проблем як-то демографічні, соціальні, фінансово-економічні, ресурсно-дефіцитні тощо, які накопичуються та масштабуються в умовах невизначеності

Дослідник обґрунтовує позицію про те, що успішне управління медичним закладом в сучасних умовах обумовлено єдністю таких положень:

- *медичні кадри* мають безпосередньо впливають на збереження і поліпшення громадського здоров'я через свою ресурсну апріорність в структурі національної системи охорони здоров'я;

- *медичні кадри* безпосередньо «виробляють» доступні та якісні медичні послуги для населення в режимі 7/24/365;

- *медичні кадри* нової генерації є основою ефективної трансформації національної системи охорони здоров'я в умовах євроінтеграційного курсу української держави [80].

Вітчизняний дослідник Юнгер В.І. зауважує, що в умовах суспільних криз та невизначеності проголошені стратегічні реформи медичної галузі повинні тривати. А для їх успішної реалізації галузь охорони здоров'я повинна мати не просто стратегію розвитку як нормативний документ, а цей документ повинен відзначатись варіативністю свого контенту та передбачати різні сценарії реформування системи охорони здоров'я, що будуть обумовленні як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками [107].

Тут слід акцентувати, що окрім вітчизняних дослідників, наукова проблематика діяльності органів місцевого самоврядування також активно досліджується й зарубіжними вченими. Багато уваги зарубіжних дослідників було приділено аспектам публічноуправлінської діяльності органів місцевого самоврядування в умовах пандемії COVID-19. Як визначив Han Z. [115], здійснивши глибинний аналіз реагування місцевих органів влади на спалах COVID-19 у Китаї, в контексті системного публічноуправлінського підходу реагування органів місцевого самоврядування можна чітко виокремити три етапи діяльності:

- 1-й етап - осмислення масштабів надзвичайної події та попередження (інформування) громадськості;
- 2-й етап - скоординована реакція з боку органів публічної влади;
- 3-й етап - обережне відновлення на ранніх стадіях, що передбачало оголошення надзвичайного стану; створення групи реагування на надзвичайні

ситуації; термінове запровадження заходів медичного та позамедичного змісту [115].

Автори вказують, що широке запровадження низки нефармацевтичних заходів, як-то носіння захисних масок, рукавичок, застосування санітайзерів тощо та заходи фізичного дистанціювання були основними методами, які використовували уряди округів напочатку епідемічного спалаху COVID-19. Медичні контрзаходи, підтримка основних державних послуг і ефективна тактика комунікації з громадськістю є важливими союзниками суворих заходів фізичного дистанціювання, які можуть змусити громадськість дотримуватися вимог. Дослідники роблять головний висновок про те, що органи місцевого самоврядування є першим краєм реагування на надзвичайні ситуації. Як регульована політика (наприклад, фізичне дистанціювання), так і допоміжні послуги (наприклад, медична та необхідна підтримка життя) необхідні для успішного реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Адже ефективна відповідь на пандемію 2020-2023 рр. передбачала швидкі та динамічні зміни саме в системі публічного управління та адміністрування охорони здоров'я.

Спільна наукова праця міжнародного наукового колективу дослідників зі Сполучених Штатів Америки, Великої Британії та Бельгії щодо діяльності органів публічної влади у період пандемії COVID-19 на чолі зі Scott L. Greer засвідчило, що на національному рівні управління у період надзвичайної ситуації політики можуть централізувати владу всередині та між урядами [120]. Зокрема, багато урядів централізувалися навесні 2020 року, але згодом, вже у 2021 році із запровадженням масової вакцинації та пролонгацією смертельних випадків серед вакцинованого контингенту найбільш помітною стала тенденція до поступово децентралізації управління у сфері охорони здоров'я через значну втрату довіри населення до представників політичної влади. Тому із запровадженням масової вакцинації поступову управлінські акценти змістились на регіональний та місцевий рівень.

Sagan A. зі співавторами у науковій праці «Health system resilience during the pandemic: it's mostly about governance» зазначає, що формування ефективної відповіді на пандемію, як і інші кризові стани, до ліквідації наслідків яких залучається сфера охорони здоров'я, повинна передбачати обов'язкову участь громадського сектора в управлінських структурах [119]. Такий підхід, як зазначають автори, може покращити готовність регіональної системи для реагування на майбутні надзвичайні ситуації, особливо спалахи інфекційних захворювань, які поширюються на рівні громади завдяки громадським контактам передачі та вимагають реагування з урахуванням та участю представників громади. Тож голос громадськості є надзвичайно важливим і повинен бути включеним при формуванні колективної відповіді на пандемію, а також громадськість може відіграти суттєву роль у наданні більш якісних медичних послуг. З розвитком системи управління охороною здоров'я, повинно також розвиватись та удосконалюватись форми залучення громади в контексті як інтегрованого суб'єкту управління в реагуванні на кризу, а також системи управління та стійкості закладів охорони здоров'я в умовах кризи.

Як зазначають зарубіжні дослідники, мова йде про кризу тоді, коли суспільство відчуває загрозу основним цінностям або життєво необхідним функціям соціальної системи. Саме такий стан вимагає термінових заходів для виправлення ситуації в умовах глибокої невизначеності [110].

У розвиток цього напрямку, інша група зарубіжних дослідників, акцентує увагу, що сьогодні, у XXI ст. важливим аспектом діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування є їх готовність до боротьби з катастрофічними лихами. Їх позиція ґрунтується на матеріалах порівняльного аналізу таких глобальних катастроф як терористична атака на вежі-близнюки Всесвітнього торгового центру в Нью-Йорку (США) 11 вересня 2001 та серія із чотирьох ураганів, що затопили штат Флориду у 2004 році, спричинивши загрозу життю майже 2-х млн. осіб. І тут автори стверджують, що величезне значення має не тільки практика управління надзвичайними ситуаціями, але й формування та реалізація державної політики. Серія ураганів у штаті Флорида

2004 року науковці класифікують як приклад «звичайної» катастрофи природного походження. Вони аргументують, що реакція органів державної влади та органів місцевого самоврядування на надзвичайну подію 11 вересня є чітким доказом, по перше, застосування різних стандартів у різних сферах суспільного життя, і саме такої координації зусиль очікує суспільство від органів влади всіх рівнів у XXI столітті. По-друге, зарубіжні дослідники акцентують на існуванні фундаментальної різниці між звичайними катастрофами, як це відбувалось у Флориді, та катастрофічними лихами. Тому громадськість все більше очікує від сектору органів влади (державного та муніципального) кращого керівництва ДО, ПІД ЧАС І ПІСЛЯ катастрофічних лих, у порівнянні з минулим досвідом. Тож високі стандарти оперативності та миттєва реакція представників ЗМІ змушують політичних лідерів державного рівня, а тим більш лідерів місцевих громад ефективно координувати ресурси в умовах загроз чи проявів надзвичайних ситуацій [117].

У глобальному звіті Управління ООН зі зменшення ризику стихійних лих «Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022 (GAR2022)» зазначається, що у XXI ст. національні уряди повинні усвідомити, що сучасне суспільство перебуває у зоні так званого «системного ризику» [121]. А тому найкращим захистом від системного ризику є трансформація систем, у тому числі й системи публічного управління, щоб зробити їх більш стійкими. Політика та особисті дії зараз можуть змінити цю тенденцію, але лише за умови кращого розуміння системного ризику та прискорення дій щодо зменшення ризику. Фундаментальне рівняння про те, що ризик є функцією небезпечної події в поєднанні з уразливістю та впливом, не змінилося. Однак системний ризик виникає в сучасному глобалізованому світі через низку взаємопов'язаних впливів: цифрову та фізичну інфраструктуру; глобально інтегровані ланцюги поставок; прогресуюча урбанізація; збільшення людської мобільності.

Тож як бачимо, питання діяльності органів місцевого самоврядування у відповідь на виклики надзвичайних ситуацій, в роботах зарубіжних авторів,

переважно, фокусувались на таких напрямках публічного управління сферою охорони здоров'я як:

- вплив пандемії COVID-19 для державного управління та лідерства;
- децентралізовані системи охорони здоров'я та спроможність місцевого самоврядування в надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я;
- вирівнювання можливостей для ефективного управління під час криз: уроки пандемії COVID-19;
- зміна ролі державного сектора в управлінні масштабними надзвичайними ситуаціями;
- вплив глобальної оцінки щодо зменшення ризику стихійних лих;
- структура управління сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій на місцевому рівні.

У підсумку нашого дослідження можемо зробити висновок, що сфера охорони здоров'я в сучасних умовах не тільки характеризується надзвичайно високим рівнем соціальної цінності в рамках національного простору, а з 2020 року вона значно закріпила своє глобальне лідерство в контексті найактуальніших суспільних проблем. Цей факт ставить на перші позиції тематику публічноуправлінського контексту у науковому дискурсі, який охоплює суміжні сфери вітчизняної науки (медичні, юридичні, економічні науки тощо).

В рамках національного виміру наукового дискурсу ми показали лише фрагментарно ті напрямки, в яких сьогодні в умовах дії правового режиму воєнного стану ведуться наукові розвідки з питань удосконалення публічного адміністрування медичних підприємств. Окрім галузі публічного управління та адміністрування, в науковому плані ця тема викликає науковий та прикладний інтерес дослідників із суміжних галузей науки. Проте аспекти функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в надзвичайних умовах, кількісно переважають наукові розвідки окремих дослідників (наукові статті, тези, доповіді тощо), а от ґрунтовних дисертаційних досліджень на заявлену тему зустрічається не так багато.

1.2. Управління сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій: понятійно-категоріальний апарат

У світі існує декілька концептуальних підходів до аналізу діяльності органів місцевого самоврядування в управлінні сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Ці підходи забезпечують основу для розуміння, оцінки та підвищення ефективності місцевого врядування в управлінні територіальною системою охорони здоров'я. Тож розглянемо низку ключових підходів, які визначають характер діяльності органів місцевого самоврядування в управлінні сферою охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій:

1. Системний підхід в управлінні.

В рамках системного підходу важливо, щоб діяльність місцевого самоврядування щодо управління системою охорони здоров'я відбувалась та кореспондувалась як частина більшої системи, взаємопов'язаної з іншими секторами (наприклад, соціальні послуги, інфраструктура та управління надзвичайними ситуаціями). Особлива увага приділяється аналізу циклів зворотного зв'язку, взаємозалежності та хвильового впливу рішень, прийнятих місцевою владою. Це важливо для вивчення того, як координація між установами впливає на ефективність та результати медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій.

2. Підхід щодо підтримки структури стійкості.

В рамках цього підходу місцеві органи влади повинні демонструвати здатність поглинати шоки, адаптуватися до мінливих умов і ефективно відновлюватися. У Сендайській програмі зменшення ризику стихійних лих на 2015–2030 рр. і Рамковій програмі Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та управління ризиками стихійних лих наголошується саме на важливості місцевого управління для

підвищення стійкості регіональної чи територіальної систем охорони здоров'я [121-123].

3. Багаторівневий підхід до управління.

В рамках багаторівневого управління увага керівників органів місцевого самоврядування повинна зосереджуватись на взаємодії між місцевим, регіональним, національним і міжнародним рівнями управління. Важливо підкреслити, що органи місцевого самоврядування співпрацюють з вищими рівнями влади, представниками бізнесових структур та неурядовими організаціями, міжнародними організаціями для управління ресурсами та стратегіями у сфері охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій.

4. Модель державно-приватного партнерства (ДПП).

Таке партнерство між органами місцевого самоврядування та приватними організаціями у наданні медичних послуг під час надзвичайних ситуацій є надзвичайно важливим для жителів територіальної громади. Адже як показують проведені тематичні дослідження епідемічного спалаху лихоманки Еболи та пандемії COVID-19 такі партнерства мають вирішальну роль у мобілізації ресурсів, забезпеченні надання послуг і посиленні можливостей реагування через спрощений механізм правового забезпечення управлінських процесів поставками обладнання, медикаментів, медичних кадрів тощо, у порівнянні з торпідною машиною бюрократичного державного апарату в органах державної виконавчої влади.

5. Процес формування та структура реалізації політики.

В рамках застосування структурного підходу у формуванні та реалізації політики для органів місцевого самоврядування важливим є застосування широкої палітри інструментів для впровадження політики охорони здоров'я, а також політики щодо розподілу ресурсів та адаптації політики в режимі реального часу під час надзвичайних ситуацій. Зокрема, принцип структуризації дозволяє оцінити рівень узгодженості політики з потребами громади та їх відповідністю до міжнародних рекомендацій, таких як Міжнародні медико-санітарні правила (IHR, 2005) [122].

6. Підхід рівності та соціальної справедливості.

Застосування цього принципу органами місцевого самоврядування забезпечує справедливий доступ до медичних послуг під час надзвичайних ситуацій, особливо для вразливих і маргіналізованих верств населення. Цей управлінський підхід дозволяє керівникам органів місцевого самоврядування аналізувати відмінності у розподілі ресурсів, доступі до медичної допомоги та результатах у різних громадах регіону [192].

7. Аналіз зацікавлених сторін та партисипативне управління.

Застосування такого підходу в публічному управлінні уможливорює участь різних зацікавлених сторін в удосконаленні управління мережею територіальних медичних підприємств та сферою охорони здоров'я загалом, включаючи постачальників медичних послуг, громадянське суспільство та громадські групи, групи науково-експертного супроводу у процесах прийняття рішень. Саме цей підхід дозволяє ідентифікувати можливість місцевих органів влади щодо сприяння інклюзивному врядуванню, щоб забезпечити залучення громади та довіру до реагування на внутрішні проблеми системи охорони здоров'я та зовнішні чинники, які можуть негативно впливати на стійкість локальної медичної мережі.

8. Кризове управління та моделі прийняття рішень.

Сучасний антикризовий менеджмент фокусує увагу на необхідності досягнення ефективності процесів прийняття рішень під час надзвичайних ситуацій. Зазначене вказує на першочерговій оцінці таких факторів, як:

- своєчасність прийняття управлінських рішень;
- пріоритезація ресурсів місцевої громади;
- використання місцевими органами влади підходів на основі даних.

9. Бенчмаркінг в публічному управлінні.

Цей підхід включає порівняння практик місцевого самоврядування в різних регіонах або країнах для виявлення передового досвіду та спільних проблем, які можуть існувати у питаннях публічного управління охорони

здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Корисно для отримання уроків з регіонів з успішним управлінням охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій. Як зазначає Добош В.Д. у науковій праці «Бенчмаркінг як інструмент післявоєнного розвитку», в сучасних умовах для української держави важливим аспектом бенчмаркінгу в державному управлінні є донесення до громадськості аналізу та порівняння з іншими містами та регіонами. Застосування саме бенчмаркінгу у сфері публічного управління дозволить знизити рівень корупції та переконати міжнародну моніторингову спільноту у тому, що Україна дотримується демократичних європейських цінностей. Застосування бенчмаркінгу в системі управління охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій може показати жителям територіальної громади, стейкхолдерам, органам державної влади галузевого напрямку, а саме МОЗ України, що органи місцевого самоврядування здатні досягти значного успіху щодо розвитку та підвищення спроможності територіальної медичної мережі у надання якісних безпечних та доступних медичних послуг населенню.

Добош В.Д. запропонував власне трактування поняття «», яке розглядає як важливий інструментом повоєнного розвитку та відновлення української держави загалом, або будь-якої галузі зокрема. Бенчмаркінг в публічному управлінні дозволяє здійснювати якісне стратегічне планування, покращувати співпрацю між містами та регіонами, здійснювати оцінку ефективності управлінських рішень та проводити моніторинг стану соціально-економічного розвитку територій.

Важливе значення для органів місцевого самоврядування в питання управління сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій мають керівні принципи та рекомендації, що представлені у низці тематичних міжнародних документів. Основними з них є такі:

Сендайська програма зі зменшення ризику стихійних лих на 2015-2030 pp. (*Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015*). Зміст цього документу

підкреслює роль місцевих органів влади в управлінні ризиками стихійних лих і стійкості сектора охорони здоров'я.

Міжнародні медико-санітарні правила, 2005 (*International Health Regulations, Geneva: World Health Organization*). У цьому документі наголошується на важливості субнаціонального управління в реалізації стратегій готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування [122].

Звіти Ради моніторингу глобальної *готовності* (*The Global Preparedness Monitoring Board, GPMB*). Глобальний комітет моніторингу готовності розробив і запустив у 2023 році нову програму моніторингу готовності для оцінки готовності світу до наступної пандемії. В рамках глобального моніторингу необхідно зосередити увагу на діях на місцевому рівні, які є критично важливими для глобальної безпеки охорони здоров'я.

Європейська хартія місцевого самоврядування (Рада Європи, 1985) та Європейська соціальна хартія (1996) формують правовий базис глобальної системи управління у соціальній сфері. Зміст цих міжнародних документів дозволяє сформулювати, особливо в умовах надзвичайних ситуацій, соціальну відповідальність місцевих органів влади за надання жителям громади базових соціальних послуг, включаючи послуги у сфері охорони здоров'я [32].

Концепція Всесвітньої організації охорони здоров'я у надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я та управління ризиками стихійних лих (*Health emergency and disaster risk management framework, WHO*). Надає головні рекомендації місцевим органам влади щодо підготовки та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я [32].

Враховуючи зміст основних принципів управління та зміст основних міжнародних регламентів щодо організації діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, доцільно перейти до розгляду понятійно-категоріальної бази за темою дисертаційного дослідження. Адже саме на цій підставі формується єдність підходів та координація дій суб'єктів в рамках багаторівневого управління.

При планування дисертаційного дослідження ми свідомо визначили, що не будемо наводити трактування змісту загальновідомих понять, таких як визначення поняття «здоров'я», визначення поняття «державне управління», «публічне адміністрування» тощо. Визначення сутності цих понять досить репрезентативно представлено у багатьох тематичних словниках, енциклопедичних та інших тематичних виданнях [9; 10; 24; 31; 36]. Ми лише окреслимо зміст тих понять, які мають безпосереднє відношення до теми нашого дисертаційного дослідження.

У дисертаційному дослідженні І.В. Котова на тему «Удосконалення механізмів публічного управління сталим розвитком територіальних громад в умовах кризи» [45] розглядається поняття «СМАРТ- здоров'я» як обов'язковий елемент сталого розвитку громад. Він пропонує враховувати в рамках національного контексту такі складники смарт-здоров'я, як: застосування телемедицини та медичних інтернет-платформ для забезпечення доступу до медичних послуг у віддалених та недостатньо забезпечених районах. На наш погляд, саме такий підхід повинен бути пріоритетним напрямком в умовах воєнного конфлікту, коли громади мають обмежені ресурси, та періоду повоєнної розбудови галузі охорони здоров'я. Схожу думку висловлює й дослідниця Н.Д. Солоненко в науковій праці «Механізми державного управління системою охорони здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів в Україні». А також в інших наукових працях дослідниці звучить теза про принцип справедливості у доступі до медичних послуг, що є надзвичайно актуальним в період довготривалої пандемії та війни [87].

Вітчизняний дослідник Черненко Б. Г. надав авторське визначення поняття «механізми державного управління медичними надзвичайними ситуаціями» як механізм, за допомогою якого суб'єкти управління (органи влади та представники громадськості) можуть впливати на суспільство та убезпечувати його від виникнення чи усунення їх наслідків набір заходів та інструментів (організаційно-управлінських, фінансово-економічних,

правових, соціокультурних та цифрових), які використовуються для реалізації охоронних рішень і забезпечують досягнення цілей і завдань державної політики у сфері охорони здоров'я [100].

Шевчук Г. А. у дисертаційній роботі «Медико-соціальне обґрунтування застосування принципу визначення безпеки лікарень» в галузі медичних наук (спеціальність соціальна медицина) запропонувала методику математичного обчислення та визначення статусу лікарні на підставі обрахування 155 показників, які характеризують медичний та управлінський функціонал медичного підприємства з метою визначення «індексу безпеки лікарні». Але ми вважаємо такий підхід хоча й прогресивним, але в умовах надзвичайних ситуацій (пандемія, війна) він є занадто громіздким і непластичним для оперативного виконання та прийняття управлінських рішень. Дослідниця провела апробацію запропонованої методики в рамках одного столичного медичного підприємства (м.Київ). Однак масового застосування ця методика ще не знайшла ані з боку суб'єктів галузевого управління, ані з боку органів місцевого самоврядування. Теоретичний аспект методики є беззаперечним, а от прикладний аспект не виявив належної затребуваності серед управлінців.

Надзвичайна ситуація (НС) – це складне й багатокomпонентне поняття, яке охоплює різноманітні аспекти, зокрема негативні фактори, обставини, наслідки, умови, збитки тощо. Усі ці складові також можна розглядати як окремі елементи. НС має нерозривний зв'язок із соціальними та економічними системами, адже визначення ситуації як надзвичайної залежить не лише від класифікації чи впливу окремих чинників, а й від специфіки функціонування відповідної галузі, соціальних груп, їхніх правил, норм і соціально-економічних відносин.

Економічний аспект НС полягає у значному впливі на економічні відносини та інфраструктуру, що потребує розробки та впровадження стратегій і програм економічного розвитку. Соціальний аспект НС визначається формуванням стійких очікувань постраждалих щодо дій суб'єктів, відповідальних за запобігання та ліквідацію наслідків. Основну роль

у цьому відіграють органи публічного управління, які мають планувати свої заходи з урахуванням потреб постраждалих, забезпечуючи їхній цивільний і соціально-економічний захист як у звичайних умовах, так і в умовах НС.

У нормальних умовах об'єктами цивільного захисту є все населення адміністративно-територіальної одиниці. Але важливо сформулювати усвідомлення представниками органів влади всіх рівнів, а перш за все, представниками органів місцевого самоврядування, що в умовах НС такими об'єктами стають постраждалі громадяни, окремі соціальні групи, а також вразливі верстви населення, включно з багатодітними сім'ями, людьми з інвалідністю, дітьми-сиротами, малозабезпеченими та іншими категоріями. Такий підхід до формування та диференціації об'єктів управління в умовах надзвичайної ситуації підкреслює важливість розвитку системи надання державних послуг у сфері цивільного захисту. Це дозволить задовольнити нагальні потреби населення до, під час і після виникнення надзвичайних ситуацій.

В рекомендаціях щодо попередження і ліквідації надзвичайних ситуацій Державної Прикордонної Служби глосарій вміщує понад 30 основних термінів з управління надзвичайними ситуаціями, серед яких контент 13 термінів містить такі поняття як «здоров'я людей», «загроза життю», «стан здоров'я», «рятування життя», «збереження здоров'я людей». Це є підтвердженням того, що медична сфера є детермінованим елементом єдиної державної системи цивільного захисту (ЄДСЦЗ).

В ході дослідження понятійно-категоріального апарату дослідження ми проаналізували його аспекти в діяльності замовника послуг у сфері охорони здоров'я, тобто з боку Національної служби здоров'я України і встановили наступне. Поняття «безпека» в діяльності цього суб'єкта управління має дуальний вимір: медико-соціальний та протекційно-орієнтовний. Як зазначає А.Фенчак, безпека означає своєчасну госпіталізацію при таких критичних станах життя як інсульт та інфаркт. Це є прикладом медико-соціального виміру поняття «безпека» в контексті виконання державних гарантій

медичного обслуговування населення [65; 77; 95]. А протекційно-орієнтований вимір поняття «безпека» спрямований на забезпечення умов готовності медичних закладів України приймати участь у ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій. В практиці публічноуправлінської діяльності цей вимір представлений закупівлею у медичних підприємств таких послуг як: - «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях» (пакет № 42 НСЗУ); «Готовність та забезпечення медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (пакет № 57 НСЗУ).

На рівні глобального управління все ще немає єдиного стандартизованого бачення та підходів до визначення термінів «надзвичайна ситуація», «катастрофа» або «кризове управління» [3]. Однак застосування цих концепцій істотно варіюється. Наприклад, у США акцент ставиться насамперед на «надзвичайних ситуаціях» та «управлінні надзвичайними ситуаціями». У Великій Британії використовують терміни «надзвичайні ситуації» та «управління непередбачуваними ситуаціями». У Швеції застосовується поняття «надзвичайні ситуації», «криза» та «війна», а у правовому полі Італії представлені терміни «надзвичайні ситуації» та «громадська безпека». На рівні ЄС в нормативно-правових документах акцентується на поняттях «криза», «надзвичайні ситуації» та «громадська безпека», де останнє поняття розглядається як основа та механізм поліпшення співробітництва між державами-членами під час природних катастроф або техногенних аварій [3].

І тут важливо акцентувати на принциповій різниці, яка відповідно до змісту основних термінів та понять окреслює проблемне поле діяльності органів місцевого самоврядування у випадках надзвичайних ситуацій. Відповідно до Закону України «Про цивільний захист», *надзвичайна ситуація* – це ситуація, яка обмежена певною територією чи об'єктом і відрізняється від звичайних умов, і включає велику катастрофу, аварію, пожежу, стихійне лихо, епідемію, епідемію тварин, спалах хвороби рослин, знищення тощо або

використання засобів, що створюють загрозу (чи можуть загрожувати) життю чи здоров'ю людей, спричиняють численні жертви, значні матеріальні збитки або перешкоджають перебуванню людей на таких територіях чи об'єктах чи провадженню там господарської діяльності. Це визначається як ситуація, викликана небезпечною подією, яка унеможливорює продовження нормальної життєдіяльності чи функціонування об'єкта/підприємства. Тож подолання НС знаходиться у прямому визначення функцій та повноважень місцевого самоврядування.

Разом з тим, українське законодавство регламентує можливість запровадження ще двох спеціальних правових режимів: надзвичайного та воєнного стану. Відповідно до ЗУ «Про правовий режим надзвичайного стану» (2000 р.) *надзвичайний стан* – це особливий правовий режим, який Президент України може запроваджувати на певний строк на всій території країни або на окремих територіях за погодженням з Верховною Радою України. Максимальна тривалість надзвичайного стану становить 30 днів по всій країні та 60 днів по регіонах, але в обох випадках Президент України може продовжити його не більш ніж на 30 днів за окремим погодженням з Верховною Радою України. ЗУ «Про правовий режим воєнного стану» (2015 р.) визначає, що мотивом введення воєнного стану є збройна агресія або загроза збройної агресії. Під час воєнного стану військовий уряд відповідатиме за цивільну оборону та громадську безпеку на закріплених за ним територіях. Рада національної безпеки і оборони України має повноваження подати Главі держави пропозицію про введення воєнного стану, і ця пропозиція має бути негайно затверджена Верховною Радою України. В Україні надзвичайний стан (локдаун) було введено перші два місяці пандемії COVID-19. А воєнний стан було оголошено 24 лютого 2022 року. Тому говорячи про діяльність органів місцевого самоврядування у сфері управління охороною здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій проблемне поле визначається в рамках територіальної громади (село, селище, об'єднані територіальні громади, місто, район, регіон/область). А управління в умовах

надзвичайного чи воєнного стану – це функція центральних органів державної влади, державних обласних, а в умовах воєнного стану – обласних військових адміністрацій.

В рамках опрацювання значного масиву вітчизняної та зарубіжної наукової літератури [31; 34; 68; 79] згруповано основні терміни та поняття, що характеризують діяльність органів місцевого самоврядування в управлінні медичною сферою в умовах надзвичайних ситуацій у 6 функціональних груп.

I. Група термінів, що окреслює організаційно-управлінські функції:

Кризове планування (Crisis Planning) – розробка планів дій з медичного забезпечення населення у випадку надзвичайних ситуацій.

Координація ресурсів (Resource Coordination) – узгодження використання медичних ресурсів, залучення медичних установ та громадських організацій.

Управління комунікаціями (Communication Management) – забезпечення оперативного обміну інформацією між службами реагування, медичними установами та населенням

II. Група термінів, що окреслює оперативні функції управління

Мобілізація медичних служб (Mobilization of Medical Services) – залучення медичних бригад для оперативного надання допомоги постраждалим.

Розгортання мобільних медичних пунктів (Deployment of Mobile Medical Units) – створення тимчасових пунктів надання медичних послуг у кризових зонах.

Евакуація пацієнтів (Patient Evacuation) – організація транспортування постраждалих до безпечних місць або спеціалізованих медичних закладів.

III. Група термінів, що окреслює функції контролю та моніторингу

Моніторинг стану здоров'я населення (Health Status Monitoring) – збір та аналіз даних про стан здоров'я громадян під час надзвичайної ситуації.

Контроль за інфекційними захворюваннями (Infectious Disease Control) – впровадження санітарно-епідеміологічних заходів для запобігання поширенню інфекцій.

Моніторинг медичних ресурсів (Medical Resource Monitoring) – контроль запасів медикаментів, обладнання та витратних матеріалів.

Оцінка якості медичної допомоги (Health Care quality assessment) – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам окремих груп населення та пацієнтів.

IV. Група термінів, що окреслює функцію забезпечення матеріально-технічних ресурсів

Управління поставками медичних ресурсів (Medical Supply Chain Management) – організація постачання медикаментів та обладнання в кризових умовах.

Резервування стратегічних ресурсів (Strategic Resource Stockpiling) – створення резервів для забезпечення медичної допомоги у тривалих надзвичайних ситуаціях.

Забезпечення безперервності електро- та водопостачання (Utility Continuity Assurance) – підтримка роботи медичних установ за умов аварійного відключення інфраструктури.

V. Група термінів, що окреслює функцію соціальної підтримки населення

Інформування населення (Public Information) – надання актуальної інформації про стан медичної ситуації та заходи захисту.

Психологічна підтримка (Psychological Support) – організація психологічної допомоги постраждалим та медичному персоналу.

Робота з волонтерами (Volunteer Coordination) – залучення та управління діяльністю добровольців у сфері медичного забезпечення.

Доступність медичної допомоги (Availability) – вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів.

VI. Група термінів, що окреслює нормотворчу функція ОМС

Розробка локальних нормативних актів (Development of Local Regulations) – ухвалення правових актів для врегулювання діяльності медичних служб у надзвичайних ситуаціях.

Забезпечення дотримання санітарних норм (Enforcement of Sanitary Standards) – контроль за виконанням карантинних та санітарних вимог.

Представлені основні терміни та функції визначають ключові аспекти управління медичним забезпеченням у надзвичайних ситуаціях, сприяючи ефективній роботі органів місцевого самоврядування для захисту здоров'я населення.

1.3. Методологічні засади управління охороною здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій

Система місцевого самоврядування в Україні відіграє вагомую роль у розбудові демократичної політичної системи, формуванні ефективного механізму соціально-економічного розвитку територіальних громад. Функціонування інституту місцевого самоврядування в Україні забезпечується правовим механізмом взаємодії та співробітництва між місцевими органами влади, що унормований змістом Закону України «Про місцеве самоврядування» [69].

В умовах сталого розвитку суспільства в управлінні територіальними громадами використовуються базові чи традиційні методологічні підходи. Але ж в умовах кризових та надзвичайних ситуацій система організації управління на місцевому рівні потребує використання спеціальної методологічної бази з

метою оптимізації управління економічними, соціальними, екологічними та іншими процесами на рівні територіальних утворень. В даному аспекті в умовах дії правового режиму воєнного стану, який було введено Указом Президента України «Про запровадження воєнного стану в Україні» від № 64/2022, через повномасштабну збройну російську нашої держави, особливої уваги з боку керівників органів місцевої влади потребують питання стосовно належного медичного забезпечення як цивільного населення, так і для військовослужбовців Збройних Сил України [67]. Відповідно до всього вище зазначеного пошук обґрунтованих підходів щодо вивчення ролі місцевої публічної влади в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері медичного обслуговування населення виступає пріоритетним завданням для науковців та практиків у сфері державного управління.

Висвітленню окремих аспектів методологічного обґрунтування діяльності органів місцевого самоврядування в системі державного управління присвячено наукові праці багатьох вітчизняних дослідників. Серед них слід назвати роботи Л.Р. Криничко [40], О.А. Мельника [53], О.В. Ольшанського [59] та інших. Організація управління медичним забезпеченням як складова державної системи реагування на надзвичайні ситуації, а також деталізація його окремих складових представлені в наукових доробках В.О. Волошина, В.Ф. Галицького, С.Ф. Гончарова, Г.Я. Ібрагімової, І.В. Кочіна, А.М. Макаренка, О.О. Мельникової, Р.В. Насирова, Г.Г. Роціна та інших. Механізм управління надзвичайними ситуаціями в контексті координації злагодженої роботи служб охорони здоров'я, медицини катастроф та служби з надзвичайних ситуацій представлені в наукових працях В.А. Андропова, С.М. Домбровської [2], В.В. Дудки [30], А.В. Терент'євої [90], О.М. Торбаса [92].

Разом з тим, вивчення методологічного інструментарію щодо ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями, які виникають саме у сфері охорони здоров'я як системні виклики глобального (пандемія COVID-19, війна) [113] або національного (регіонального, місцевого чи локального) значення [51] ще досліджені неповною мірою як з

точки зору теоретичних підходів, так і в прикладному аспекті. Особливої уваги потребують прикладні аспекти публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я, а тому це обумовлює сьогодні необхідність поглиблення наукових розвідок у цьому напрямі. Це пояснюється тим, що динамічність процесів економічного та соціального середовища зумовлюють потребу в постійному аналізі теоретичних, методологічних та прикладних аспектів муніципального управління в умовах подій, що мають надзвичайний характер.

Тому у цьому підрозділі дисертаційної роботи зосередимо увагу на обґрунтуванні теоретичних аспектів і розробленні науково-прикладних рекомендацій щодо методологічних підходів у дослідженні ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в галузі охорони здоров'я України.

Дослідження закономірностей розвитку та функціонування такої складної системи, як місцеве самоврядування, неможливе без використання певного комплексу підходів та методів. Важко заперечити той факт, що проблематика методології дослідження ролі й місця органів місцевого самоврядування в державному управлінні загалом та у системі медичного забезпечення населення набуває гострої актуальності в умовах кризових та надзвичайних ситуацій. Тож, враховуючи теоретичні та прикладні напрацювання вітчизняних вчених щодо розгляду зазначеної проблеми дослідження, варто акцентувати, що сьогодні все ще залишається відкритою ціла низка питань стосовно ґрунтовного аналізу методологічних аспектів визначення ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я. Серед питань, які є найбільш пріоритетними, вітчизняні науковці, відзначають, насамперед, такі як:

- неструктурованість науково-методологічних підходів до вивчення даного питання;
- недостатність необхідних наукових досліджень та розробок;
- низький рівень моніторингових заходів;
- дефіцит фінансування;

- слабкий рівень інформаційного та медіа інформування;
- невідпрацьованість взаємодії органів місцевого самоврядування з іншими соціальними інституціями [2; 6; 30; 118].

Динамічні умови сьогодення несуть нові й нові виклики для сфери охорони здоров'я. Так, тільки за останні два десятиліття на глобальному рівні управління ВООЗ проголошувала шість надзвичайних ситуацій світового рівня у сфері охорони здоров'я. Головними чинниками глобальних надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, як правило, виступали агенти вірусної природи.

Хронологія поширення в світі падемії та епідемії, включно із оголошенням надзвичайного стану (НС) у сфері охорони здоров'я на глобальному рівні управління надано у табл.1.2.

Таблиця 1.2

**Хронологія оголошення надзвичайного стану (НС) у сфері охорони здоров'я на
глобальному рівні управління**

Рік	Причинний фактор НС	Країна першої реєстрації НС	Сучасний стан НС, 2024 р.
2020	COVID-19	Китай та ще 194 країни світу	Режим НС відмінено
2019	Лихоманка Ебола	Демократична Республіка Конго	Режим НС відмінено
2019	Вірус Зіка	Бразилія та інші країни Латинської Америки	Режим НС відмінено
2014	Лихоманка Ебола	Країни Західної Африки, а пізніше й країни Європи та Америки	Режим НС відмінено
2014	Штам дикого поліовірусу	Афганістан, Пакистан, Нігерія	<i>Режим</i> <i>НС триває</i>
2009	Вірус H1N1 «свинячий грип»	Мексика та інші країни світу	Режим НС відмінено

Джерело: складено автором за [51]

З інформації, що уміщена в табл. 1, можемо переконатися в тому, що загрози надзвичайних ситуацій існували раніше та існують і сьогодні (принаймні, по штаму поліовірусу). А також можна констатувати, що Україна до цього часу не була першоджерелом реєстрації надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, хоча вже досить довгий час її система охорони здоров'я перебуває у стані структурно-функціональної перебудови, тобто має ознаки функціональної нестійкості, принаймні починаючи з 2015 року, тобто з початку активної фази медичної реформи.

На національному рівні українська держава вже кілька разів мала ситуацію надзвичайного стану в системі охорони здоров'я. В останні десятиліття спостерігається зростання масштабів та кількості надзвичайних ситуацій, що потребують своєчасного реагування та відпрацьовування контрзаходів з боку Міністерства охорони здоров'я України як на загальнонаціональному, так і локальному рівні управління [55]. Адже саме ефективна публічноуправлінська діяльність на місцевому чи локальному рівні управління убезпечує подальше поширення загрози та мінімізує соціально-економічні наслідки надзвичайної ситуації.

На підтвердження даної тези можна пригадати спалах холери у 1970 році у місті Одеса [35]. Через неефективний антикризовий менеджмент з боку керівництва медичної галузі регіону, служби санітарно-епідеміологічного нагляду та неспроможність органів місцевого самоврядування щодо застосування інструментів антикризового управління епідемія холери швидко поширилась на регіони, що межували з епіцентром спалаху.

В новітній історії Україні серед найбільш значущих за негативними наслідками надзвичайних ситуацій, які мали вплив і на сферу охорони здоров'я, слід виділити такі: радіаційна надзвичайна ситуація – аварія на Чорнобильській АЕС 1986 року [90]; пандемії – спалах нового штаму підтипу вірусу А/Н1N1 у 2009 році, епідемія коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 та

Covid-19 [51; 88; 92]; військова агресія російської федерації та введення воєнного стану у 2022 році [13; 15; 28; 99].

Система державного управління в умовах надзвичайних ситуацій, що виникають у системі охорони здоров'я, базується на взаємодії відповідних управлінських структур, що включають органи місцевої влади та підрозділи системи МОЗ України, територіальної мережі медичних закладів, а також органи управління та установи суміжних галузей суспільного життя (галузь освіти, соціального захисту тощо).

Механізм державного управління в умовах виникнення надзвичайних ситуацій включає комплексну систему послідовних етапів, взаємопов'язаних і взаємодіючих структурних елементів, що забезпечує визначений порядок, методи та засоби управління з боку загальнодержавних органів влади та місцевого самоврядування спрямованих на захист населення, окремих територій та навколишнього середовища від надзвичайних ситуацій.

Важливо відзначити, що у сфері медичного захисту населення МОЗ України розроблено відповідні принципи та плани реагування на виникнення надзвичайних ситуацій, включаючи механізми подолання медико-санітарних наслідків НС, координацію роботи закладів охорони здоров'я з іншими органами влади, організацію медико-санітарного забезпечення населення в умовах надзвичайних ситуацій [26; 62; 86; 91].

При цьому органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль у забезпеченні ефективного управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я та виконують певні функції у сфері громадського здоров'я та у забезпеченні санітарно-епідемічного благополуччя населення [74].

З огляду на це зазначимо, що методологія дослідження ролі місцевого самоврядування в системі управління надзвичайними ситуаціями в галузі охорони здоров'я являється багатоаспектним та комплексним явищем через широку функціональну спрямованість органів місцевої влади. Вагомий внесок у розвиток теоретико-методологічного бази ролі державного апарату та значення місцевого самоуправління у розвитку управління охороною здоров'я

України здійснено такими науковцями як М.О. Баймуратов [5], В.В. Дудка [30], А.В. Терент'єва [90], О.М. Торбас [92], К.Е. Шумовська [105].

М. О. Баймуратов поняття «місцеве самоврядування» пропонує розглядати як системне явище, що забезпечує ефективний розподіл повноважень між державою та окремими регіонами [5, с. 3-4]. Відповідно при вивченні ролі місцевої влади в системі державного управління автор акцентує увагу на важливості системного аналізу. Застосування системного підходу дозволяє сформулювати ефективний управлінський механізм реалізації місцевої влади з урахуванням сукупності соціально-економічних зв'язків, вивчити окремі інститути місцевого самоврядування в загальній системі організації публічної влади.

В.В. Дудкою запропоновано наступні положення щодо розвитку державного управління національною медичною галуззю на місцевому рівні:

- орієнтація на нормативно-правові акти державного регулювання медичної сфери: децентралізація управління на рівні місцевих органів влади, правова самостійність господарчої діяльності медичних підприємств, залучення громадського сектору до управління сферою охорони здоров'я;

- прискорення процесу адаптації національного законодавства у сфері охорони здоров'я до міжнародних та європейських стандартів медичного права [30].

У площині дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я А.В. Терент'євою розроблено наступні теоретико-методологічні та прикладні шляхи оптимізації механізму державного управління медичним захистом в умовах кризових та надзвичайних ситуацій [90]:

1. Положення теоретичного характеру:

- а) теоретико-методологічні основи формування принципів державного менеджменту з метою мінімізації та ліквідації медико-санітарних втрат при надзвичайних ситуаціях природного і техногенного характеру;

б) розробка інструментарію та підходів до вивчення сутності понять «медична компонента єдиної системи захисту населення і території», «медичний захист громадян в умовах надзвичайних ситуацій», «специфіка управлінської діяльності місцевої влади щодо медичного захисту населення при настанні кризових та/або надзвичайних ситуацій»;

2. Положення організаційно-методологічного характеру:

а) розроблена організаційно-функціональна схема медичного забезпечення населення в процесі подолання наслідків НС;

б) обґрунтовано комплексний підхід до подолання наслідків надзвичайних ситуацій на рівні територіальних громад;

в) запропоновано механізм оптимізації системи державного управління в надзвичайних ситуаціях, що включає наступні блоки: структурне реформування, кадрова складова, матеріально-технічний блок, удосконалення управлінських підходів [90].

Дослідження Криничко Л.Р. присвячені розробленню комплексу методологічних положень публічного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування та децентралізації через застосування комплексного системного підходу [40]. В своїх доробках автор визначає: багаторівневність системи державного управління, включаючи загальнодержавний, регіональний та місцевий рівні, а також багатовекторність управлінського впливу органів влади, що охоплює медичні послуги, медичну освіту, забезпечення громадського здоров'я через виробництво та постачання ліків. В умовах виникнення надзвичайних ситуацій сукупність механізмів державного управління формує комунікаційну взаємодію із громадськістю як основу зворотного зв'язку та створює цілісний управлінський механізм протидії таким викликам у сфері охорони здоров'я.

В свою чергу К.Е. Шумовська зазначає, що категорію «місцеве самоврядування» варто розглядати як багатoelementну систему та управлінський механізм, спрямований на забезпечення економічного та соціального розвитку територій. В даному контексті місцеве самоврядування

носить міждисциплінарний характер та виступає предметом досліджень різних наукових напрямків, зокрема: економічної теорії, регіональної економіки, загальної теорії менеджменту, теорії та історії державного управління тощо [105]. Міждисциплінарний характер у поєднанні із системним підходом дозволяють оперувати диверсифікованим набором загальнонаукових та спеціальних методів дослідження в процесі вивчення ролі місцевої влади в управлінні надзвичайними ситуаціями, що виникають у сфері охорони здоров'я.

Тож, як бачимо, в загальнонауковому значенні методологія дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні в охороні здоров'я характеризується багаторівневістю та охоплює диверсифікований набір підходів та методів. В даному контексті погоджуємося із думкою О.А. Мельника, який пропонує наступну ієрархію методів (рис.1.1) щодо дослідження ролі системи місцевого самоврядування в загальнодержавній системі управління [53, с. 59-60]:



Рис. 1.1. Групування методів дослідження ролі системи місцевого самоврядування в управлінні сферою охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором за [28; 53; 90; 47; 60]

Таким чином, сучасна методологія наукових досліджень в галузі державного управління володіє диверсифікованим інструментарієм, базуючись як на загально філософських та загальнонаукових методах пізнання, так і на спеціальних галузевих інструментах вивчення процесів та явищ суспільного розвитку та суспільних відносин. Окрім того, вищевказаний перелік методів дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я не є вичерпним, а лише відображає загальнонауковий інструментарій вивчення зазначеної проблематики.

На сучасному етапі суспільного розвитку з метою забезпечення ефективності функціонування державноуправлінського механізму впливу на медичну сферу важливо враховувати наступні аспекти та складові методології дослідження: інформаційно-аналітичну базу наукового пізнання; специфічні риси окремих методологічних прийомів та підходів; вихідні параметри та умови прийняття управлінських рішень; прикладний характер місцевого самоврядування як окремого напрямку в науці державного управління тощо.

Ефективно побудована система місцевого самоврядування, у т.ч. і в напрямку управління охороною здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, має очевидну прикладну спрямованість. А відповідно результати досліджень мають бути орієнтованими на вирішення різнопланових практичних завдань щодо забезпечення життєдіяльності територій, розв'язання їхніх поточних проблем, розробки механізмів досягнення стратегічних цілей у сфері управління надзвичайними та кризовими ситуаціями.

Вивчення наукових підходів та проблематики методологічного забезпечення функцій та ролі органів місцевої влади в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я дозволяє стверджувати, що методологічний інструментарій в даному контексті охоплює низку додаткових актуальних методів, які формують цілісну наукову систему. Складність та багатоаспектність взаємодії системи місцевого самоврядування в управлінні

надзвичайними ситуаціями у сфері медичного забезпечення громадян потребує використання комплексного підходу до його вивчення, в основу якого має бути покладено принципи синергетики, системного методу у поєднанні із загальнонауковим та спеціалізованими методами дослідження. Використання комплексного методологічного інструментарію при дослідженні та аналізі системи місцевого самоврядування як релевантного ресурсу управління надзвичайними обставинами у сфері медичного забезпечення дозволить розширити науково-концептуальні знання у напрямку розбудови оптимальної системи муніципальної влади.

Сучасний етап суспільно-економічного та політичного розвитку характеризується посиленням глобалізаційних трендів, виникненням нових атракторів нестабільності (технологічні, інформаційні, біологічні, екологічні, економічні, соціальні тощо), які потребують адаптації місцевих органів влади з точки зору ефективного забезпечення управлінських процесів [47; 60]. Методологічний аспект визначення ролі органів муніципального управління залежить від характеру та типології надзвичайних подій, місця муніципального сектору в соціально-економічних процесах під час виникнення кризових ситуацій.

Тобто, мова йде не про надзвичайні ситуації, що виникають внутрішньосистемно, а про надзвичайні ситуації, що виникають поза межами системи охорони здоров'я внаслідок дії різних зовнішніх чинників та факторів, а відтак наслідково вимагають структурно-функціональних змін в діяльності системи охорони здоров'я та перехід її інфраструктури на надзвичайний режим організації діяльності. Таким чином, здійснюючи комплексний аналіз концептуальних засад та механізму формування місцевого самоврядування як інструменту управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я доцільно використовувати комплексну методологію, що охоплює як загальнонаукові та філософські методи, так і спеціальні підходи та прикладні інструменти досліджень.

В рамках дослідження виокремлено окремі методи, що дозволяють деталізувати методологічну базу дослідження щодо ролі місцевої влади в управлінні сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Систематизація важливих та актуальних методів, що використовуються при дослідженні підходів щодо управління надзвичайними ситуаціями та охороною здоров'я в місцевому масштабі наведено на рис.1.2.

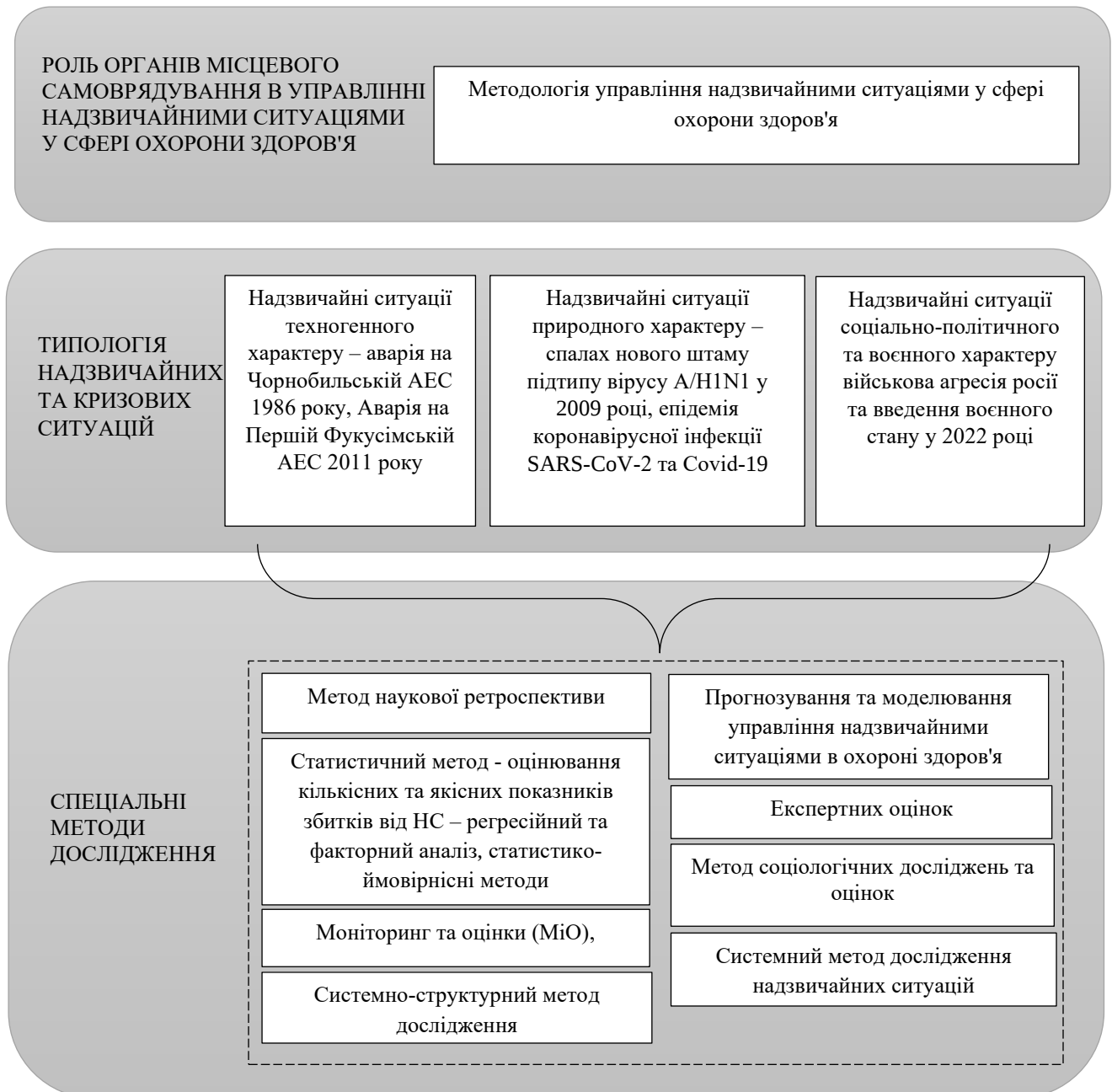


Рис. 1.2. Комплекс базових методів в системі дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я (авторська розробка)

Варто відзначити особливе значення системно-структурного методу аналізу, який актуалізується при вивченні реалізації повноважень органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями та взаємодії місцевої влади із спеціалізованими медичними структурами.

В практиці діяльності органів місцевого самоврядування в процесі побудови ефективної системи управління медичним забезпеченням громадян актуалізуються прикладні інструменти. Імплементация таких прикладних інструментів реалізації публічноуправлінської діяльності на місцевому рівні здійснюється через механізм прийняття управлінських рішень та їх легітимізацію рішенням органів управління.

Частіше за все такі рішення передбачають вирішувати проблеми медичного забезпечення на локальному рівні за рахунок таких кроків, як :

- розробка та адаптація спеціальних планів реагування на кризові та надзвичайні ситуації за різних сценаріїв розвитку подій;
- прогнозування реагування на надзвичайні ситуації та побудова вертикальної системи інформування та координації між ОМС та закладами охорони здоров'я;
- контроль радіаційної безпеки, організація евакуаційних заходів при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного характеру;
- впровадження карантинних заходів, пропускних систем та вакцинації населення, локдаун в період пандемії коронавірусної інфекції;
- укриття, забезпечення житлом ВПО, задоволення гуманітарних потреб (харчування, предмети гігієни);
- інтеграція ВПО в економічний та соціально-політичний простір територіальної громади,
- забезпечення функціонування цивільної інфраструктури в умовах військової агресії російської федерації;
- робота координаційних рад та оперативних штабів на регіональному рівні в умовах запровадження воєнного стану;

– координація стратегічних рішень та реалізація фінансових механізмів у сфері медичного забезпечення та захисту населення під час виникнення надзвичайних ситуацій.

Зазначимо, що всі схарактеризовані вище інструменти та методи не являються вичерпними, а більшою мірою у своїй сукупності становлять фундаментальну методологічну базу, що може використовуватись при дослідженні ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я. Проведене дослідження свідчить про актуалізацію мульти-інтегрованого підходу в процесі теоретико-методологічного аналізу ролі місцевої влади в системі управління надзвичайними обставинами в охороні здоров'я. Модель мульти-інтегрованого підходу забезпечить можливість вивчення структурних складових та закономірностей формування ефективного механізму управлінського впливу з метою узяття під контроль надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я та мінімізації її негативних наслідків.

Методологічним базисом застосування мульти-інтегрованого підходу виступають системний, синергетичний та кластерний підходи.

Системний підхід в публічному управлінні базується на розгляді органів місцевого самоврядування та системи охорони здоров'я як взаємопов'язаних елементів єдиної адміністративно-просторової соціально-економічної системи. Цей підхід також дозволяє аналізувати структуру, функції та взаємодію складових регіональної системи управління у контексті надзвичайних ситуацій. Системний підхід сприяє оптимізації управлінських процесів і ресурсного забезпечення на регіональному рівні [34; 79; 104].

Синергетичний підхід в рамках проведення дисертаційного дослідження здійснити дескрипцію процесів самоорганізації, адаптації та стійкості системи управління охороною здоров'я в умовах криз. Дас змогу вивчати ефекти нелінійної взаємодії між елементами системи та їхню здатність до колективної ефективності, наприклад, значний вклад волонтерського руху у перший рік війни, організацію гуманітарних хабів на рівні регіону для накопичення та

розподілу гуманітарної допомоги медичним установам Дніпропетровщини. Синергетичний підхід дозволяє акцентувати дослідницьку увагу на важливості координації дій усіх зацікавлених сторін для подолання кризових ситуацій (наприклад, роль органів регіональної влади і реалізації міжнародного партнерства та реалізації проектів міжнародної-технічної допомоги в період воєнного стану) [34].

Кластерний підхід дозволяє сформулювати перспективну ідею для органів регіонального управління щодо створення регіональних кластерів, які об'єднують органи місцевого самоврядування, медичні установи, громадські організації та інші зацікавлені сторони, що співпрацюють з питань охорони здоров'я та здатні разом максимізувати соціальний ефект взаємодії в умовах повоєнного відновлення територіальної медичної системи. Кластерний підхід в системі публічного управління охорони здоров'я формує можливості для підвищення ефективності використання ресурсів, зміцнення партнерських зв'язків та посилення взаємодії, у тому числі й міжнародними стейкхолдерами, в умовах надзвичайних ситуацій. Також технологія цього підходу сприяє розвитку інноваційних управлінських рішень та формування гнучких управлінських моделей на регіональному рівні управління охороною здоров'я [79; 86; 114].

Для забезпечення достовірності результатів дослідження застосовувалися методи наукової ідентифікації та порівняльного аналізу, які використовувалися під час роботи з архівними, документальними, науковими та літературними джерелами. Комплексний підхід під час виконання дисертаційного дослідження передбачав залучення низки таких наукових методів:

- метод ситуаційного аналізу застосовано для дослідження реакції органів місцевого самоврядування на різні типи надзвичайних ситуацій (наприклад, природні катастрофи, епідемії, військові конфлікти); сприяє оцінці адекватності управлінських рішень і ефективності заходів, що вживаються для стабілізації системи охорони здоров'я (II розділ дисертаційної роботи);

- метод SWOT-аналізу використано для виявлення сильних і слабких сторін системи управління охороною здоров'я на регіональному рівні, а також загроз і можливостей у надзвичайних умовах. Також цей науковий метод допоміг авторові обґрунтувати стратегії підвищення стійкості системи охорони здоров'я до кризових ситуацій (III розділ дисертаційної роботи);
- метод соціологічних опитувань та інтерв'ю, використовувався контекстно в рамках опрацювання аналітичних матеріалів, що публікували думку працівників органів місцевого самоврядування, медичного персоналу закладів охорони здоров'я, а також мешканців регіону щодо ефективності управлінських дій у кризовий період (III розділ дисертаційної роботи);
- метод аналізу ризиків дозволив виявити потенційні загрози для системи охорони здоров'я та визначити заходи з мінімізації їхнього впливу. Крім того, цей метод застосовано при формуванні рекомендацій за матеріалами виконаного дисертаційного дослідження з метою створенню планів дій для реагування на різні типи надзвичайних ситуацій (II-III розділи дисертаційної роботи);
- метод правового аналізу дозволив здійснити аналіз нормативно-правової бази, що регулює діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій. На його основі здійснено ідентифікацію прогалин в чинному законодавстві, нормативно-правових актах органів місцевого самоврядування та сформульовано пропозиції та шляхи їх усунення (I, III розділ дисертаційної роботи);
- метод геоінформаційного аналізу використано для вивчення просторового розподілу ресурсів охорони здоров'я (медичних установ, персоналу, обладнання) та оцінки їхньої доступності під час надзвичайних ситуацій у межах Дніпропетровської області (II, III розділ дисертаційної роботи);
- метод контент-аналізу використано для аналізу медійних та офіційних звітів про діяльність місцевого самоврядування в умовах надзвичайних ситуацій. Також цей метод застосовано для оцінки рівня

комунікації між владою, населенням та іншими стейкхолдерами (I, III розділ дисертаційної роботи);

- метод системно-структурного аналізу забезпечує дослідження структури взаємодії між різними рівнями управління та секторами охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій; дозволяє виявити сильні та слабкі місця в системі публічного управління (II, III розділ дисертаційної роботи);

- метод моделювання використовується для створення ефективних організаційно-правових моделей управлінських процесів у сфері охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій (III розділ дисертаційної роботи).

Використання цих методів дозволило всебічно дослідити проблематику та запропонувати обґрунтовані рішення для підвищення ефективності діяльності органів місцевого самоврядування в умовах надзвичайних ситуацій.

У дисертаційній роботі використано результати власного досвіду автора у сфері публічного управління охорони здоров'я, а саме:

- організаційно-управлінських спостережень та практик внутрішньосистемної діяльності в департаменті охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації;

- результатів зарубіжних стажувань (м. Люблін, м. Варшава, Польща) з питань публічноуправлінської діяльності щодо трансформації системи управління сфери охорони здоров'я;

- багаторічного досвіду практичної роботи на рівні керівної ланки управління медичним підприємством III (високоспеціалізованого) рівня управління;

- спеціальної освіти – магістр публічного управління та адміністрування;

- науково-практичних розробок, виконаних у рамках тематики дисертації.

Для реалізації мети дослідження було розроблено комплексний поетапний план виконання науково-дослідної роботи:

1. Етап концептуалізації охоплював формування мети дослідження, визначення об'єкта спостереження, джерел інформації, методів наукового

пізнання. Інформаційна база складалася з нормативно-правових актів, зокрема указів Президента України, постанов КМУ, актів МОЗ України, рішень органів місцевої влади та релевантних міжнародно-правових документів у сфері охорони здоров'я. На цій підставі висунуто гіпотезу про підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я за умов модернізації функцій органів місцевого самоврядування.

2. Етап емпіричних досліджень включав аналіз організації існуючої системи охорони здоров'я, оцінку потенціалу місцевого самоврядування для впливу на детермінанти стану здоров'я населення та вивчення національних і регіональних показників моніторингу стану здоров'я.

3. Етап контекстного аналізу та вирішення наукової задачі передбачав вивчення шляхів організації ефективної взаємодії Дніпропетровської обласної ради з іншими органами місцевого самоврядування, органами державної виконавчої влади, міжнародними партнерськими організаціями, приватним і державним секторами, які працюють у сфері охорони здоров'я у напрямку ліквідації надзвичайних ситуацій.

4. Заключний етап наукового плану підготовки дисертації передбачав узагальнення отриманих результатів, оцінку існуючої та розробку удосконаленої організаційно-правової моделі управління охороною здоров'я населення в умовах надзвичайних ситуацій. На даному етапі формулювались загальні висновки за результатами дисертаційного дослідження з метою підвищення ефективності діяльності органів влади регіонального рівня з управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

Застосування вказаних методологічних підходів до вибору предметного поля дисертаційного дослідження є досить вичерпним та репрезентативним, а тому дозволяє отримані результати дисертаційного дослідження екстраполювати як в межах держави загалом, так і в межах інших регіонів України.

Висновки за розділом 1

У першому розділі дисертаційної роботи досліджувались питання щодо визначення теоретичних засад публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Основний акцент за цим напрямком дослідження було зосереджено на визначенні теоретичних основ функціонального забезпечення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я; розглянуто понятійно-категоріальний апарат управління сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайними ситуаціями; визначено методологію дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я. За результатами дослідження цих напрямів зроблено наступні висновки.

1. Визначено, що після 2019 року в Україні активно розвивається процес формування проєвропейської моделі місцевого самоврядування на засадах демократичної теорії управління, яка ідентифікується у всіх сферах життєдіяльності. Успішності цього процесу заважають такі емерджентні чинники як пандемія COVID-19 та війна. У зв'язку з цим національні практики самоврядування, які в своїх основних засадах орієнтуються на європейський досвід, змушені одночасно вирішувати питання децентралізації, прагнути до більшої суб'єктності та створювати інституційну основу для забезпечення стійкості територіальних громад та забезпечення якісних доступних та безпечних послуг для населення. Особливого значення для порятунку життя та здоров'я населення в сучасних умовах набуває діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та війни. Задля цього необхідно сформувати належний теоретико-методологічний базис у сфері публічного управління та адміністрування, який буде сприяти підвищенню ефективності публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

2. Доведено, що місцеве самоврядування відіграє ключову роль у забезпеченні доступності якості та безпечності організації надання медичних послуг для населення. Упродовж 2024 року близько 22 млн. громадян України в рамках реалізації Державної програми медичних гарантій звернулись за медичною допомогою до медичних підприємств різних форм власності, які законтрактовані НСЗУ (всього 3408 надавачів послуг). Серед надавачів медичних послуг, які надаються на безоплатній основі та мають гарантовану державою якість, найбільшу частку складають комунальні медичні підприємства – 60%, кабінети лікарської практики (ФОП) – 24%, приватні медичні установи – 14%, державні медичні установи – 1 %. Теоретичний аналіз показує, що ефективна організація охорони здоров'я залежить від фінансової спроможності, адміністративного потенціалу органів місцевого самоврядування та їхньої здатності до партнерства із медичними установами, представниками сфери медичного бізнесу та громадськості.

3. Всебічно досліджено сутність основних визначень, понять та категорій у сфері публічного управління охороною здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Акцентовано, що управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я потребує чіткого визначення основних понять, таких як «надзвичайна ситуація», «кризове управління» та «стійкість системи охорони здоров'я». Встановлено, що з позицій державного управління, який представляє Національна служба здоров'я України, поняття «безпека» охорони здоров'я має дуальний вимір: медико-соціальний та протекційно-орієнтовний. Медико-соціальний аспект безпеки в системі охорони здоров'я є характеристикою державних гарантій медичного обслуговування населення. А протекційно-орієнтований вимір поняття «безпека» є індикатором проактивної готовності медичних підприємств приймати участь у ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій. В практиці публічноуправлінської діяльності цей вимір представлений закупівлею у медичних підприємств таких послуг як: Узгодженість

понятійного апарату є важливою передумовою для розробки ефективних управлінських рішень та координації зусиль різних рівнів влади.

4. Здійснено ґрунтовний аналіз методологічного забезпечення вивчення діяльності органів місцевого самоврядування в управлінні сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Обґрунтовано, що основними методологічними підходами у дослідженні діяльності органів місцевого самоврядування в управлінні медичною сферою в умовах надзвичайних ситуацій є реалізуються на мульти-інтегрованій основі, яка включає системний, синергетичний та кластерний підходи. Це дозволило ідентифікувати низку особливостей управлінської діяльності місцевого самоврядування щодо управління медичною сферою в особливий період: моніторинг ризиків та частоти надзвичайних ситуацій; децентралізація управління; регіональні відмінності в готовності до надзвичайних ситуацій; правові та інституційні рамки; державно-приватне партнерство та залучення громад; стійкість і довгострокове планування. Врахування зазначених особливостей дозволяє визначити рівень підготовленості органів місцевого самоврядування до реагування на кризи та запропонувати рекомендації щодо підвищення ефективності їх діяльності в управлінні сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

Матеріали, представлені у першому розділі дисертаційної роботи, опубліковані автором у відкритих наукових виданнях та включені до списку літератури до цього розділу [17; 18; 111].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО РОЗДІЛУ 1:

1. Акуленко О.В. Особливості діяльності керівника органу державного управління охороною здоров'я в умовах реформування галузі : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.03 / О. В. Акуленко; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Д., 2013. 20 с. <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/publ/REF-0000483571>
2. Андронов В. А., Домбровська С. М., Лермонтова Ю. О., Труш О. О. Сучасний стан організаційно-правового забезпечення державного управління пожежною безпекою в Україні: монографія. Х., 2015. 210 с.
3. Аналітичний звіт ООН. Україна. Координація управління ризиками та загрозами. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/Risk-and-Threats-Management-Coordination-Assessment-UA.pdf>
4. Базиляк, Н. О. Реалізація державної гуманітарної політики в контексті інтеграції України до європейського освітнього простору: дис. ... докт. наук з держ. упр. : 25.00.02 механізми державного управління Національний університет цивільного захисту України, Харків. 2024.
5. Баймуратов М. О. Муніципальна реформа в Україні з позиції теорії сучасного муніципалізму: у пошуках доктринального. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2014. № 2. С. 3-8.
6. Баштанник В. Інституціональні механізми забезпечення стійкості системи охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023 № 33. с. 292-298. DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.33.54>
7. Баштанник В. Механізми публічного управління охороною здоров'я в контексті європейських стандартів медичних послуг на основі доказової практики. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023 № 33. с. 205-211. DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.38>

8. Бернацький А.А. Адміністративно-територіальне реформування як трансформація системи державного управління. *Право та державне управління*. 4, 2020. 172-177. DOI <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.4.24>
9. Бібліографія публічного управління та адміністрування: навчально-методичний посібник / за наук. ред. д. н. держ. упр. Р. В. Войтович та П. В. Ворони. К., 2018. 474 с.
10. Білинська М. М. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. Київ - Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
11. Бобровська О., Хожило І. Розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2010. № 4. С. 25 —28.
12. Бородін Є. І., Устимчук О. В. Модернізація організаційно-комунікаційних основ державного управління галуззю охорони здоров'я. *Ефективність державного управління* : зб. наук. пр. Вип. 2(63) : у 2 ч. Ч. 1 / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. С. 88 – 103.
13. Вітрова Ю. Медицина в умовах війни: ІТ-революція і розвиток після конфлікту. URL: https://lb.ua/news/2023/09/15/574951_meditcina_umovah_vijni.html
14. Власенко Р. Шляхи подолання диспропорції кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я на регіональному рівні. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-11/prezentaciya-vlasenka-romana-nisd_kadri_oz_u-regionakh.pdf
15. Втрати медичної системи понад два роки війни: 1833 об'єкти медзакладів пошкоджені або зруйновані вщент. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-sistemi-za-ponad-dva-roki-vijni-1833-ob-yekti-medzakladiv-poshkodzheni-abo-zrujnovani-vshent>
16. Вовк С.М. (2019). Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. URL: https://dsum.edu.ua/wpcontent/uploads/2019/06/dis_1verd-7_2.1_2.Pdf

17. Гавва О.А. Науковий дискурс у сфері публічного управління медичними підприємствами України в сучасних умовах. *Moderní aspekty vědy: XLVII. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 461. C.117-127.* <http://perspectives.pp.ua/public/site/mono/mono-47.pdf>
18. Гавва О.А. (2023). Методологічні аспекти дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* № 6, 209-215. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.35>
19. Гавриченко Д.Г. Глобальні виклики для сфери охорони здоров'я в сучасних умовах. Наука, технології, інновації: тенденції розвитку в Україні та світі: матеріали наук.-практ. конф. (м. Полтава, 27-28 травня 2022 р.). Полтава, 2022. С.42-44.
20. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*, 30(69), № 2, 2019, С. 102 – 110.
21. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
22. Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності міністерства охорони здоров'я України». Офіційний вебсайт. <https://ndimspi.gov.ua/pro-instytut/>
23. Державне управління в соціально-гуманітарній сфері: теорія та практика : навч. посіб. / І.І. Хожило, О. Ю. Бобровська, Б. П. Колесніков [та ін.]. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. 211 с.
24. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.

25. Децентралізація в Україні. Офіційний вебсайт.
<https://decentralization.ua/>
26. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року. № 174. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
27. Дзюндзюк К.В. Публічне управління міським розвитком на засадах концепції розумного міста: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування. Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, 2023. 234 с
28. Діденко Н. Трансформація національної системи охорони здоров'я під час війни й повоєнного відновлення. *National University of Kyiv-Mohyla Academy [et al.]*. Kyiv: NaUKMA, 2023. С. 148-156.
29. Долгіх М.В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2021. https://old.ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser_Dolgh.pdf
30. Дудка В.В. Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 механізми державного управління / Дудка Володимир Володимирович; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. К., 2013. 20 с.
31. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692 с.
32. Європейська соціальна хартія. Офіційний сайт. Страсбург, 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

33. Електронна система охорони здоров'я в Україні: сайт. URL: <https://ehealth.gov.ua/>
34. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К.: НАДУ, 2010. 820 с.
35. Епідемія холери в Одесі. URL: <http://surl.li/huwmr>
36. Жукова Є.О. Публічне адміністрування та державне управління: особливості співвідношення. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2022. № 2. С. 137 – 140. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.02.26>
37. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: Магістр, 2006. 401 с. 98.
38. Карамишев, Д. В., Суворов, В. П., & Дідок, Ю. В. (2023). Багаторівневе управління комплексною безпекою та формування національної екосистеми стійкості в умовах гібридної агресії. *Публічне управління XXI століття: Нові виклики і трансформації*, 33.
39. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. Ст. 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
40. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир. Вид. О.О. Євенок, 2020. 348 с.
41. Ковалівська С. Підвищення спроможності закладів охорони здоров'я в регіонах через подолання диспропорції їх розвитку. <https://niss.gov.ua/news/novyny-nisd/pidvyshchennya-spromozhnosti-zakladiv-okhorony-zdorovya-v-rehionakh-cherez>
42. Ковальський М.Р. Публічне управління сталим територіальним розвитком в умовах модернізації соціально-економічної системи України: дисертація на здобуття ступеня доктора наук, 25.00.02 механізми державного управління. Національний університет цивільного захисту України, Київ, 2024.

43. Колісніченко, Н. (2022). Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*, (2 (12), 38 – 52. [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2\(12\)-38-52](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2(12)-38-52)

44. Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р / Кабінет Міністрів України. К.: Урядовий кур'єр. 2014. С.12

45. Котов І.В. Удосконалення механізмів публічного управління сталим розвитком територіальних громад в умовах кризи : кандидат наук з державного управління : спец.. 25.00.02 - Механізми державного управління. Класичний приватний університет. – Запоріжжя, 2024.

46. Кукін І.В. Механізми державного управління інформаційною безпекою особистості : Доктор наук з державного управління : спец.. 25.00.02 - Механізми державного управління. Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. – Хмельницький, 2024.

47. Лелеченко А.П., Васильєва О.І., Куйбіда В.С. та ін. Місцеве самоврядування в умовах децентралізації повноважень: навч. посіб. К.: 2017. 110 с.

48. Липовська, Н., & Сахарова, К. (2024). Пріоритети європейської державної політики в галузі охорони здоров'я. *Наукові інновації та передові технології*, 11, (39).С.140-149. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10\(38\)-140-149](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10(38)-140-149)

49. Литвиненко М. В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: Дис...к.держ.упр. за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління / Харківський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. Харків. 2019.

50. Лукашук М. В. (2023). Аналіз прозорості регіонів у забезпеченні ефективного врядування України. *Наукові перспективи*. № 2 (32). С. 123 – 134. <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/3880/3901>

51. Мавпяча віспа: що таке НС у сфері охорони здоров'я. <https://www.dw.com/uk/mavpiacha-vispa-shcho-take-nadzvychaina-sytuatsiia-u-sferi-okhorony-zdorovia/a-62604608>

52. Маслей В.М. Управління процесами попередження надзвичайних ситуацій та мінімізації їх наслідків: Дис... доктора філософії за спеціальністю 073 менеджмент. Західноукраїнський національний університет Міністерства освіти і науки України, Тернопіль, 2021.

53. Мельник О.А. Методологія дослідження системи органів місцевого самоврядування України у механізмі демократичної держави: теоретико-науковий вимір. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2012. Вип. 3. С. 55- 63

54. Мельничук В. І. Регіональні особливості реформування місцевого самоврядування в процесі децентралізації та європейської інтеграції України: Дис...доктора філософії за спеціальністю 052 «Політологія». Прикарпатський НУ університет імені Василя Стефаника, 2023. https://vad.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/156/2023/04/dysertatsiia_melnychuk-vasyl-ivanovych-2023.pdf

55. Міністерство охорони здоров'я України. офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>

56. МОЗ України. Уряд схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. <https://moz.gov.ua/uk/uryad-shvaliv-strategiyu-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku>

57. Місцеве самоврядування в умовах воєнного стану. Інформаційний посібник, станом на 10.07.2022. Харків: ПП “Стиль-Іздат”. 344 с.

58. Мішин С. І. Реформування системи місцевого самоврядування в Україні, як умова демократичних змін: Дис....доктора філософії, спеціальність

052 політологія. Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2021.

59. Ольшанський О. В. Інституційний ресурс місцевого самоврядування: співвідношення ключових понять. *Теорія та практика державного управління*. 2020. Вип. 4 (71). С. 131–138. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1295677>

60. Петровський П. М. Методологія наукового дослідження в галузі державного управління: навч. посіб. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2015. 240 с.

61. Петрух О. А., Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. Вип. 21. С. 83–86.

62. Про внесення змін до Конституції України (щодо стратегічного курсу держави на набуття повноправного членства України в Європейському Союзі та в Організації Північноатлантичного договору): закон України від 7 лютого 2019 року № 2680. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2680-19#Text>

63. Програма ПРООН із підвищення стійкості та відновлення. Реагування на війну в Україні: сайт. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine>

64. Проєкт розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024–2026 роках» URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategija>

65. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

66. Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану: наказ МОЗ України від 26.02.2022 р. № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> 212.

67. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%-BF#Text> 213.

68. Про затвердження Єдиного термінологічного словника з питань управління якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 липня 2011 р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text>

69. Про місцеве самоврядування в Україні: закон України від 03.08.2023, № 280/97-ВР. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

70. Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020 – 2024 роки». <http://surl.li/lnlnee>

71. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14 листопада 2017 року № 2206. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

72. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: закон України від 7 липня 2011 року № 3612. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>

73. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: закон України 16 вересня 2014 року № 1678. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#n2>

74. Про систему громадського здоров'я: закон України від 6 вересня 2022 року № 2573. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/2573-20#Text>

75. Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»: указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>

76. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках: розпорядження КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р. <https://surl.li/aexnki>

77. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
78. Про утворення та ліквідацію районів: постанова Верховної Ради України від 17.07.20 № 807-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>
79. Публічне управління: термінол. слов. / уклад.: В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та інших Київ: НАДУ, 2018. 224 с. URL: https://www.dut.edu.ua/uploads/1_888_37081450.pdf
80. Рачинський А. (2023). Забезпечення безперервного професійного розвитку персоналу у сфері охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: публічно-управлінський аспект. *Наукові перспективи*. № 2 (32). DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-2\(32\)-143-156](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-2(32)-143-156)
81. Регіони України, 2021 Державна служба статистики України. Статистичний збірник. <http://surl.li/zflzjv>
82. Рекомендації щодо попередження і ліквідації надзвичайних ситуацій. <https://dpsu.gov.ua/ua/rekomendaciyi-shodo-poperedzhennya-i-likvidaciyi-nadzvichajnih-situacij>
83. Рогуля А. О. (2017). Роль органів місцевого самоврядування в забезпеченні безпеки життєдіяльності територіальних громад. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 2. С. 99 – 102.
84. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні на прикладі київської області. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. Вип. 8. С. 105 – 112. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.8.105
85. Рудік, О. (2022). Досвід ЄС щодо вимірювання ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я (на прикладі інтегрованої медичної допомоги). *Аспекти публічного управління*, 10 (1), 12-19. <https://doi.org/10.15421/152271>

86. Соболевська Л. Найкращі кластерні практики 2022: нові ініціативи, інструменти, партнери. <https://www.clusters.org.ua/success-stories/best-cluster-practices-3/>

87. Солоненко Н.Д. Механізми державного управління системою охорони здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів в Україні. Управління сучасним містом. 2004. № 3/7-9 (15). С. 112 – 117.

88. Стовбан М. П., Михальчук В. М. Особливості взаємодії медичних закладів одного госпітального округу в умовах загострення епідеміологічної ситуації. Наукові перспективи. 2020. № 2 (2). С. 158 – 176. DOI: [https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2\(2\)-158-176](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-2(2)-158-176)

89. Стовбан М. П. Особливості створення наглядових рад, проблеми у нормативному врегулюванні організаційних та процедурних засад їх діяльності та умови розробки перспективних планів розвитку госпітальних округів. *Наукові перспективи. Серія: Механізми державного управління*. 2024. № 1 (43). С. 985 – 1001. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-985-1001](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-985-1001)

90. Терент'єва А.В. Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. – механізми державного управління. Київ, Інститут державного управління у сфері цивільного захисту Університету цивільного захисту України. 2010.

91. Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: наказ МОЗ України від 24.02.2022 № 374. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#n11>

92. Торбас О.М. Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.04 – місцеве самоврядування.

Національна академія державного управління при Президентові України. Київ, 2012.

93. Угода про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/998_012#Text

94. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf

95. Фенчак А. Національна служба здоров'я. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-11/prezentaciya-nszu_23.11.pdf

96. Харченко Т.А. Державне регулювання сталого розвитку аграрного сектора економіки України: теоретико-методологічні підходи: монографія / Тетяна Харченко. – Суми : видавнично-виробниче підприємство «Мрія», 2023. – 60 с

97. Хлебников А.А. Розвиток системи надання публічних послуг в Україні: дис.... к.держ.упр. : спец.. 25.00.02 - механізми державного управління. Харківський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.

98. Хмелік В. Аналіз сучасного стану та тенденції розвитку сфери охорони здоров'я України. *Вісник Хмельницького національного університету*. № 1. 2024. С. 18 – 22.

99. Хожило І.І. (2023). Охорона респіраторного здоров'я як напрям державної політики України: наукова дискусія у фокусі пандемії та війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. № 4. С.1-8. DOI:10.51547/ppp.dp.ua/2023.4.10

100. Черненко Б. Г. Механізми публічного управління надзвичайними ситуаціями медико-біологічного характеру в Україні: Дис....доктора філософії за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування. Інститут

державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту ДСНС України, Київ, 2022.

101. Чернишов О. Наша наступна мета – створити у громадах додатково 350 Центрів безпеки. Децентралізація: Офіційний вебпортал. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14187>

102. Черніховський Р. Публічне управління в сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. Вип. 6, С. 277 – 282. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.47>

103. Шевчук Г. А. Медико-соціальне обґрунтування застосування принципу визначення безпеки лікарень: Дис... к. мед. н. за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Київ, 2021.

104. Шпекторенко І.В. Структура та методологія управлінської діяльності. *Державне управління та місцеве самоврядування*: зб. наук. пр. ДРІДУ. Вип. 3 (38). 2018. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2018. С. 46 – 52 (співавт. Є. І. Бородін) [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_03\(38\)/8.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_03(38)/8.pdf)

105. Шумовська К. Е. Методологія дослідження місцевого самоврядування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2011. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=384>

106. Шушпанов Д.Г. Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. [https://ird.gov.ua/sep/sep20155\(115\)/sep20155\(115\)_077_ShushpanovDH.pdf](https://ird.gov.ua/sep/sep20155(115)/sep20155(115)_077_ShushpanovDH.pdf)

107. Юнгер В.І. (2023). Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. №2. С. 325-333. <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.47>

108. Яворська, О. О., Радчук, Д. І., Яворський, А. В., Лантух, Д. О., & Сосулев, Є. І. Вплив пандемії COVID-19 на безпекову стійкість підприємств. *Друкується за рішенням Вченої ради державного вищого навчального закладу «Донецький національний технічний університет»*

(протокол № 11 від 27.12. 2022)., 228 – 238. <https://visnyk.donntu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/10/21.pdf>

109. Яременко О. Підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-11/2021_11_23_prioriteti-moz.pdf

110. Boin, A., & Hart, P. T. (2012). Aligning Executive Action in Times of Adversity: The Politics of Crisis Co-ordination. In: Lodge M, Wegrich K (eds) *Executive Politics in Times of Crisis*, pp. 179–196. Palgrave, Basingstoke.

111. Borodin Yevgeniy, Havva Olena. Organization of Surgical Care for Ukrainian Military in Civil Medical Facilities: Dnipro Experience. *Archiv EuroMedica*. 2022. 12; sp: e1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.4. URL: <https://surl.li/obewyb>

112. Council of Europe. (1985). European Charter of Local Self-Government. *Council of Europe Treaty Series*. № 122. <https://rm.coe.int/168007a088>

113. COVID-19 and the Crisis of Governance: The Impact of the Pandemic on Peace, Justice and Inclusion (SDG 16). <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-07/COVID-19%20and%20the%20crisis%20of%20Governance.pdf>

114. Dnipro Medical Cluster. <http://med.cluster.tilda.ws/>

115. Han Z, Ai X, Veuthey J. How is COVID-19 Being Contained in China? An Observational Study on the Local Level. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022 Aug;16(4):1369-1376. DOI: [10.1017/dmp.2020.491](https://doi.org/10.1017/dmp.2020.491)

116. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2020). World Disasters Report 2020: Come Heat or High Water. <https://media.ifrc.org/ifrc/world-disasters-report-2020/>

117. Kapucu, N., & Van Wart, M. (2006). The Evolving Role of the Public Sector in Managing Catastrophic Disasters. *Administration & Society*, 38, 279 - 308.

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Evolving-Role-of-the-Public-Sector-in-Managing-Kapucu-Wart/025a6325860af9d2ef4c9aba340eafd7dd68c831>

118. Khozhylo et al. Local selfgovernment in the focus of the medical reform in Ukraine: analysis of powers. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management (TERUM)*. 2020.2 (15). Vol. 15. Iss. 2. URL: <https://www.jstor.org/stable/26915288?seq=1>

119. Sagan A. et al. Health system resilience during the pandemic: it's mostly about governance. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344959/Eurohealth-27-1-10-15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

120. Scott L. Greer et al. Centralizing and decentralizing governance in the COVID-19 pandemic: The politics of credit and blame. *Health Policy*. Volume 126, Issue 5, May 2022, Pages 408-417. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.004>

121. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022 (GAR2022). <https://www.undrr.org/gar/gar2022-our-world-risk-gar>

122. World Health Organization (WHO). (2005). International Health Regulations (IHR). 3rd ed. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf>

123. World Health Organization (WHO). (2022). Health emergency and disaster risk management framework. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011489>

РОЗДІЛ 2

РОЗВИТОК УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Основні засади державної політики України щодо управління системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій

Зміст другого розділу дисертаційного дослідження презентує аспекти розвитку управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. Особливу увагу приділено дослідженню публічноуправлінської діяльності з реалізації державної політики щодо запобігання ризикам надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я; визначенню функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в період галузевих, адміністративно-територіальних та воєнно-медичних трансформацій територіального простору громади.

Показано, що в період кризового стану (пандемія COVID-19, розгортання повномасштабної збройної агресії проти української держави, ризик техногенних чи природних катастроф) значно підвищується необхідність аналізу сучасного стану та можливостей розвитку управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. І, насамперед, у такі періоди значно актуалізується для жителів територіальної громади соціально-політичний вимір ролі органів місцевого самоврядування в управлінні соціально значущими галузями (освіта, охорона здоров'я, соціальний захист, безпека та правопорядок).

З цією метою у другому розділі дисертації проведено дослідження національного досвіду для виявлення найкращих зразків публічноуправлінської діяльності. Їх ґрунтовний аналіз сприятиме забезпеченню їх ефективного використання у вирішенні актуальних проблем у сфері охорони здоров'я. Вивчення цього питання є надзвичайно важливим

для формування стійкої та адаптивної системи охорони здоров'я на регіональному рівні управління.

В сучасних умовах гарантування безпеки з метою задоволення загальнонаціональних і загальнодержавних інтересів для будь-якої держави і всієї світової співдружності, всіх сфер та інституцій, які забезпечують життєдіяльність будь-якої держави, а також реалізацію прав і свобод кожної окремої людини (громадянина), в контексті публічноуправлінської діяльності нерозривно пов'язано із захистом населення та територій від надзвичайних ситуацій техногенного, природного характеру чи військового характеру [109]. Так, з метою забезпечення захисту життя та здоров'я цивільного населення від наслідків надзвичайних ситуацій соціального й воєнного характеру в умовах бойових дій в особливі періоди, а також техногенного й природного характеру у мирний час, практично в усіх країнах світу створені та функціонують системи цивільного захисту. Необхідність їхньої розбудови зумовлена суттєвим зростанням небезпечних для людського життя та здоров'я загроз і наслідків таких ситуацій [3].

Як зазначають вітчизняні дослідники, у XX столітті під час бойових дій частка втрат серед цивільного населення щодо загальної кількості втрат збільшилася в рази. Під час Першої світової війни цей показник складав 5%, у Другу світову війну зріс до 48%, а під час Корейської війни досягнув вже 84%. Унаслідок конфліктів, таких як війна США у В'єтнамі, цей відсоток зріс до 90%, тоді як локальний конфлікт у Чечні (1994–1996 рр.) приніс втрати цивільного населення на рівні 95% від загальної кількості жертв.

За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, подібна ситуація спостерігалася в Республіці Ірак під час проведення так званої «миротворчої операції», де близько 79% усіх медико-санітарних втрат припали на цивільне населення [97].

На сьогоднішній день світовою спільнотою, у тому числі й Україною, цивільний захист населення від надзвичайних ситуацій визначено як пріоритетний напрямок державної політики.

Головною метою захисту населення і територій під час надзвичайних ситуацій є забезпечення реалізації державної політики у сфері запобігання і ліквідації їх наслідків, зменшення руйнівних наслідків надзвичайних ситуацій.

Основними завданнями органів державної влади та органів місцевого самоврядування [81; 94] щодо захисту населення і територій під час надзвичайних ситуацій є:

- розроблення і реалізація нормативно-правових актів, додержання державних технічних норм та стандартів з питань забезпечення захисту населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій;

- забезпечення готовності органів управління, сил і засобів до дій, призначених для запобігання надзвичайним ситуаціям та реагування на них;

- розроблення та забезпечення заходів щодо запобігання виникненню надзвичайних ситуацій;

- збирання та аналітичне опрацювання інформації про надзвичайні ситуації;

- прогнозування та оцінка соціально-економічних наслідків надзвичайних ситуацій, визначення на основі прогнозу потреби в силах, матеріально-технічних і фінансових ресурсах;

- створення, раціональне збереження і використання резервів фінансових і матеріальних ресурсів, необхідних для запобігання надзвичайним ситуаціям та реагування на них;

- здійснення державної експертизи, нагляду і контролю в галузі захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій;

- оповіщення населення про загрозу та виникнення надзвичайної ситуації і своєчасне та достовірне інформування його про наявну обстановку і вжиті заходи; організація захисту населення (персоналу) та надання безкоштовної медичної допомоги;

- проведення рятувальних та інших невідкладних робіт щодо ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та організація життєзабезпечення постраждалого населення;

- здійснення заходів щодо соціального захисту постраждалого населення;
- розроблення та забезпечення цільових і науково-технічних програм, спрямованих на запобігання надзвичайним ситуаціям та забезпечення сталого функціонування підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності та підпорядкування, а також підвідомчих їм об'єктів виробничого і соціального призначення;
- реалізація визначених законодавством прав населення в галузі захисту від наслідків надзвичайних ситуацій, у тому числі осіб (чи їхніх сімей), які брали безпосередню участь в їх ліквідації; навчання та тренування населення способам захисту в разі виникнення надзвичайних ситуацій;
- міжнародне співробітництво у галузі захисту населення від надзвичайних ситуацій.

Ефективність функціонування системи захисту населення і територій досягається через проведення єдиної державної політики, що охоплює весь спектр проблем у сфері забезпечення безпеки життєдіяльності населення; своєчасне запобігання виникненню надзвичайних ситуацій, підвищення стійкості об'єктів економіки та інфраструктури до вражаючих впливів і наслідків надзвичайних ситуацій; завчасну підготовку, оперативне реагування та ефективне управління під час виникнення надзвичайних ситуацій, своєчасне відновлення життєдіяльності населення в їх зоні [74; 106].

В Україні правову основу публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій складають, перш за все, положення Конституції України [35] відповідно до яких кожний громадянин має:

- право на життя,
- право на роботу в умовах, що відповідають вимогам безпеки і гігієни;
- право на охорону здоров'я;
- право на сприятливе навколишнє середовище, на достовірну інформацію про його стан і на відшкодування втрат, спричинених його здоров'ю або майну екологічними правопорушеннями, а також внаслідок

незаконних дій (або бездіяльності) органів державної влади або їх посадових осіб. Утаювання посадовими особами фактів і обставин, які складають загрози для життя і здоров'я людей, викликає відповідальність відповідно до чинного законодавства.

Ці права людини і громадянина, віднесені Конституцією України до невідчужуваних і притаманних йому від народження, підлягають державному захисту в обов'язковому порядку. Необхідність таких гарантій та їх імперативність, враховуючи, що людина, її права і свободи є найвищою цінністю української держави [35] і проявляються у наступному:

- по-перше, масштаби і обсяги антропогенної діяльності людини охопили практично всю біосферу, включаючи космічний простір;

- по-друге, природничо-історичні суперечності між виробничими можливостями біосфери і зростання суспільних потреб набули нині надзвичайної гостроти.

Залучаючи до виробничого процесу великі маси тваринних, рослинних, мінеральних і водних ресурсів, суспільство збагачується новими, більш складними технологіями і покращує умови для свого наступного розвитку. Але одночасно цей швидкий процес «технологічного зростання» стимулює збільшення кількості виробничих структур та їх концентрацію в певних регіонах. Внаслідок цього створюється ситуація недопустимо високого забруднення довкілля, що у своїй сукупності суттєво зменшує можливості біосфери до відтворення природних ресурсів, породжує зміну клімату і погоди, загрожує стабільності історично сформованих світових природно-кліматичних систем, сприяє збільшенню ризику виникнення техногенних аварій і стихійних лих і збитків від них (порівнювальних із наслідками військових конфліктів), створює загрозу життю і здоров'ю людей.

Виходячи із цього можна сказати, що без вирішення завдань з попередження надзвичайних ситуацій природного, техногенного характеру і ліквідації негативних наслідків (у тому числі віддалених) від дії їх небезпечних факторів практично неможливо буде забезпечити конституційні

права і свободи людини і громадянина в Україні. Така ситуація значно перешкоджає українській державі в реалізації курсу її сталого розвитку-2030 і досягненню основних національних цілей [69; 83; 96; 112]:

- соціально-економічного і науково-технічного прогресу;
- підвищення рівня життя населення;
- збереження і примноження національного капіталу і національних цінностей;
- захисту національних інтересів держави у всіх сферах і посилення її позицій на міжнародній арені.

Зазначимо, що вирішення завдання щодо попередження і ліквідації надзвичайних ситуацій вимагає консолідації зусиль не тільки з боку органів влади, але й інституцій всіх секторів суспільства, залучення значних людських, фінансових, матеріальних, інтелектуальних та інших ресурсів з метою виконання науково-обґрунтованого комплексу заходів превентивного змісту.

Держава як гарант права людини на захист життя і здоров'я від наслідків аварій, катастроф, пожеж, стихійного лиха створює систему цивільного захисту, яка спрямована на захист населення, територій, навколишнього природного середовища та майна від надзвичайних ситуацій шляхом запобігання таким ситуаціям, ліквідації їх наслідків і надання допомоги постраждалим у мирний час та в особливий період. Ці засадничі принципи державного управління визначено у відповідних статтях Кодексу цивільного захисту України [34] та інших нормативних документах [60].

Кодекс цивільного захисту України регулює відносини, пов'язані із захистом населення, територій, навколишнього природного середовища та майна від надзвичайних ситуацій, реагуванням на них, функціонуванням єдиної державної системи цивільного захисту, та визначає повноваження органів державної влади, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, права та обов'язки громадян України, іноземців та

осіб без громадянства, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності.

Цивільний захист забезпечується з урахуванням особливостей, визначених законом України «Про національну безпеку України» [88] суб'єктами, уповноваженими захищати населення, території, навколишнє природне середовище і майно, згідно з вимогами цього Кодексу - у мирний час, а також в особливий період – у рамках здійснення державних заходів щодо оборони України [95].

Координацію діяльності органів виконавчої влади у сфері цивільного захисту в межах їх повноважень здійснюють Рада національної безпеки і оборони України та Кабінет Міністрів України.

Координує діяльність центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій щодо забезпечення технічної та екологічної безпеки, захисту населення і території, запобігання та ліквідації надзвичайних ситуацій:

- 1) Кабінет Міністрів України утворює Державну комісію з питань ТЕБ та НС;
- 2) Кабінет Міністрів Автономної Республіки Крим, Київська та Севастопольська міські, обласні державні адміністрації шляхом утворення відповідних регіональних комісій з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій [77; 78];
- 3) Місцеві комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій створюються районною державною адміністрацією, виконавчими органами міських, районних у місті рад, селищних рад.
- 4) Органи управління підприємств, установ і організацій створюють комісії з надзвичайних ситуацій [30].

Для координації роботи з конкретних надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків на державному, регіональному, місцевому та об'єктовому рівнях створюються спеціальні комісії з надзвичайних ситуацій [64].

Цивільний захист населення здійснюється за такими основними принципами:

- 1) держава має гарантувати та забезпечувати конституційне право громадян на захист свого життя, здоров'я та власності;
- 2) комплексний підхід до вирішення завдань цивільного захисту;
- 3) пріоритезація питань, спрямованих на збереження життя та здоров'я людей;
- 4) зменшити ризик виникнення надзвичайних ситуацій (наскільки це можливо та економічно обґрунтовано);
- 5) централізація управління оперативно-рятувальними службами цивільного захисту, аварійно-рятувальними службами, єдиноначальність, підпорядкованість та статутна дисципліна;
- 6) відкритість, прозорість, вільність отримання та поширення публічної інформації про стан цивільного захисту, за винятком обмежень, встановлених законом;
- 7) добровільне залучення до здійснення заходів цивільного захисту, пов'язаних із загрозою життю та здоров'ю громадян;
- 8) відповідальності посадових осіб державної влади та органів місцевого самоврядування за виконання вимог Кодексу цивільного захисту України [20];
- 9) обґрунтованості ризиків та відповідальності керівників цивільного захисту щодо забезпечення безпеки під час проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт.

Центральним органом виконавчої влади, який проводить державну політику і здійснює управління у сфері цивільного захисту, координує діяльність інших органів виконавчої влади у зазначеній сфері є Державна служба України з надзвичайних ситуацій, яку було створено Указом Президента України «Про деякі заходи з оптимізації системи центральних органів виконавчої влади» від 24 грудня 2012 року №726/2012 шляхом реорганізації Міністерства надзвичайних ситуацій України і Державної інспекції техногенної безпеки України [65].

З 25 квітня 2014 діяльність Державної служби України з надзвичайних ситуацій здійснюється шляхом урядової координації та узгодженості дій через Міністра внутрішніх справ України.

Фінансування заходів у сфері цивільного захисту здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів суб'єктів господарювання, інших не заборонених законодавством джерел.

Іноземці та особи без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах, у разі виникнення надзвичайних ситуацій користуються тими самими правами, а також несуть такі самі обов'язки, як і громадяни України, за винятками, встановленими Конституцією України, законами чи міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Державними органами управління у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру є:

Кабінет Міністрів України;

спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізації державну політику у сфері цивільного захисту;

місцеві органи виконавчої влади;

органи місцевого самоврядування в межах повноважень, визначених Кодексом цивільного захисту України.

Президент України як глава держави, гарант державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання Конституції України, прав і свобод людини і громадянина, здійснює загальне керівництво у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру [35].

Верховна Рада України в межах повноважень формує законодавчу базу в цій сфері, схвалює рішення з питань введення надзвичайного стану, встановлення зони надзвичайної екологічної ситуації.

Рада національної безпеки і оборони України в межах повноважень координує та контролює діяльність органів виконавчої влади щодо виконання заходів у сфері техногенно-природної безпеки, спрямованих на забезпечення національної безпеки [30; 35; 93].

Кабінет Міністрів України, як вищий орган у системі органів виконавчої влади, забезпечує реалізацію політики держави у сфері цивільного захисту, визначає загальну структуру, чисельність, функції сил реагування на надзвичайних ситуації.

Координує діяльність Державної служби України з надзвичайних ситуацій Міністр оборони України [87].

Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади в межах своїх повноважень забезпечують виконання заходів із забезпечення заходів захисту від надзвичайних ситуацій.

Забезпечення реалізації державної політики у сфері цивільного захисту здійснюється єдиною державною системою цивільного захисту (ЄДСЦЗ), яка складається з функціональних і територіальних підсистем та їх ланок (рис.2.1).

Залежно від масштабу прогнозованої або такої, що виникла, надзвичайної ситуації передбачаються такі режими функціонування єдиної державної системи:

- режим повсякденного функціонування;
- режим підвищеної готовності;
- режим діяльності у надзвичайній ситуації;
- режим діяльності у надзвичайному стані.

В особливий період визначено єдину державну систему цивільного захисту відповідно до норм Кодексу цивільного захисту України, відповідно до вимог Законів України «Про правовий режим воєнного стану» [91], «Про мобілізаційну підготовку» [82] та іншими нормативно-правовими актами.



Рис.2.1. Структура єдиної системи цивільного захисту України

Режим постійного функціонування ЄДСЦЗ передбачає забезпечення захисту території країни від інфекційних і зоонозних хвороб, епіфітотних рослин у нормальних виробничо-виробничих, радіологічних, хімічних, сейсмічних, гідрогеологічних, гідрометеорологічних, технологічних і пожежних умовах.

У разі загрози виникнення надзвичайної ситуації за рішенням Кабінету Міністрів України, Кабінету Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської чи Севастопольської міських державних адміністрацій до

всіх або частини окремих регіональних підсистем Єдиної Державної системи цивільного захисту буде встановлено тимчасовий режим підвищеної готовності.

У разі виникнення надзвичайної ситуації рішенням Кабінету Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської чи Севастопольської міських державних адміністрацій окремі регіональні підсистеми можуть бути тимчасово віднесені до складу всієї національної єдиної системи цивільного захисту або її частини. Буде створено систему екстреної допомоги. Відповідно до Закону України «Про правовий режим надзвичайного стану» [92] на території, де введено режим надзвичайної ситуації, тимчасово встановлюється повний або частковий режим надзвичайної ситуації відповідно вимог Єдиної державної системи цивільного захисту.

Єдина державна система цивільного захисту складається з постійно діючих функціональної та регіональної підсистем, що мають чотири рівні: національний, регіональний, місцевий та об'єктовий.

Функціональні підсистеми єдиної національної системи цивільного захисту (далі - функціональні підсистеми) створюються центральними органами виконавчої влади у відповідних сферах суспільного життя.

Безпосереднє керівництво функціональними підсистемами покладається на керівника установи або суб'єкта управління, який створив таку підсистему.

Функціональна підсистема включає орган управління та підпорядковані йому сили цивільного захисту та пов'язані з ними суб'єкти, які виконують завдання цивільного захисту.

Регіональна підсистема Єдиної державної системи цивільного захисту (далі - регіональна підсистема) функціонує в Автономній Республіці Крим, областях і містах Києві та Севастополі.

Безпосереднє керівництво регіональними підсистемами та їх ланками покладається на посадову особу, яка є керівником установи, що створила такі підсистеми та ланки.

До складу регіональної підсистеми та її ланок входять органи управління та підпорядковані їм сили цивільного захисту та пов'язані з ними суб'єкти господарювання. До складу сил і засобів єдиної державної системи входять відповідні сили і засоби функціональних і територіальних підсистем, а також недержавні (добровільні) аварійно-рятувальні організації, які залучаються до виконання відповідних робіт.

Сили цивільного захисту - це практично-рятувальні служби цивільного захисту, аварійно-рятувальні служби, організації цивільного захисту, пожежно-рятувальні частини (частини), добровільні організації цивільного захисту.

Резервні сили відповідно до законодавства сповіщають відповідні центральні та місцеві органи виконавчої влади, виконавчі органи рад, керівників державних підприємств, установ та організацій у разі виникнення надзвичайної ситуації та беруть участь у її ліквідації.

Спеціалізовані служби цивільного захисту, що формуються з фахівців певного профілю (енергетики, тваринництва і рослинництва, інженерно-комунального господарства, матеріально-технічного забезпечення, *медичної служби*, зв'язку та оповіщення, протипожежної охорони, торгівлі та громадського харчування, технічного, транспортного забезпечення, правоохоронної діяльності). Вони утворюються для виконання спеціальних завдань і заходів цивільного захисту та їх забезпечення, що потребують залучення військових, техніки та засобів спеціального призначення.

Як правило, ліквідація надзвичайних ситуацій здійснюється силами і засобами тієї ланки ЄДСЦЗ, на території якої вони виникли. Якщо територіальна комісія не може ліквідувати наслідки надзвичайної ситуації самостійно, вона звертається до комісії вищого рівня.

Завдання та функції конкретної аварійно-рятувальної служби визначаються її статутом або положенням. Ці накази чи розпорядження погоджуються з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує

формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту та затверджуються відповідно до закону.

Аварійно-рятувальні служби можуть бути професійними і непрофесійними і створюються на професійній і непрофесійній основі. Залежно від специфіки діяльності спеціалізовані аварійно-рятувальні служби можуть бути спеціалізованими (воєнізованими).

Аварійно-рятувальні служби поділяються на аварійно-рятувальні служби, що здійснюються державою, органами місцевого самоврядування та громадськими установами, та аварійно-рятувальні служби, що здійснюються підприємствами, установами та організаціями (далі — цільові аварійно-рятувальні служби).

Організації цивільної оборони організовуються для проведення широкомасштабних робіт з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, військових (бойових) дій або терористичних актів, а також відновлювальних робіт, які потребують залучення великої кількості особового складу і техніки.

Добровільні організації цивільного захисту уповноважені вживати заходів у разі загрози виникнення або виникнення надзвичайної ситуації за рішенням КМ АРК, центрального органу виконавчої влади, місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, щоб запобігти або ліквідувати наслідки такої ситуації, сформовані для виконання допоміжних завдань.

До ліквідації надзвичайних ситуацій у виняткових випадках залучатимуться спеціально підготовлені підрозділи та засоби Міноборони України в порядку, встановленому Законом України «Про правовий режим надзвичайного стану» [92]. Під час ліквідації НС усі аварійно-рятувальні служби та організації, залучені до ліквідації НС, підпорядковуються уповноваженій особі, відповідальній за ліквідацію НС. Розпорядження уповноваженого з ліквідації надзвичайної ситуації є обов'язковими для всіх організацій і громадян, які беруть участь у ліквідації надзвичайної ситуації.

Правові основи виділення фінансових та інших матеріальних ресурсів з метою захисту громадян, територій, об'єктів виробничого і невиробничого призначення, довкілля від надзвичайних ситуацій природного характеру регулюється Законом України від 13 липня 2000 року № 1908-III «Про зону надзвичайної екологічної ситуації» [79].

Статтею 8 Закону України «Про зону надзвичайної екологічної ситуації» встановлено, що запровадження відповідного правового режиму зони надзвичайної екологічної ситуації передбачає виділення державою та/або органами місцевого самоврядування додаткових фінансових та інших матеріальних ресурсів, достатніх для нормалізації екологічного стану і відшкодування завданих збитків, реалізацію комплексних та цільових та цільових програм громадських робіт

Відповідно до статей 14, 15 цього закону юридичним і фізичним особам, які постраждали від надзвичайної екологічної ситуації, відшкодовується заподіяна матеріальна шкода та надається інша необхідна допомога на умовах і в порядку, встановлених законом. Відшкодування шкоди здійснюється за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, резервного фонду Кабінету Міністрів України, а також інших джерел.

В контексті публічноуправлінської діяльності в умовах дії правового режиму воєнного стану особливої уваги потребують питання забезпечення готовності медичної сфери реагувати на виклики війни. Медичне забезпечення більшості поранених і постраждалих серед цивільного населення внаслідок довготривалого збройного конфлікту потребує належної організації єдиного військово-медичного простору держави [6; 61; 70; 71; 72], в рамках якого медична допомога здійснюється через заклади та установи загальнодержавної системи охорони здоров'я. Разом з тим, слід акцентувати, що в організаційно-правовому аспекті питання, що пов'язані з її ефективністю та проблемами, все ще потребують детального вивчення та аналізу.

На наш погляд, варто зауважити, що медична інфраструктура в районах ведення бойових дій та прифронтових територіях, включно з населеними

пунктами тимчасово окупованих територій, значно постраждала; повністю зруйнована, сильно чи частково зруйнована або значною мірою є розбалансованою. За останніми оцінками експертів ВООЗ війна завдала збитків понад 2,4 тис. медичних установ України [7].

Такий стан речей призводить до численних труднощів у забезпеченні доступної та гарантованої медичної допомоги як військовослужбовцям ЗСУ, так і цивільному населенню. Органи військово-цивільних адміністрацій, насамперед, прифронтових областей, разом із відповідними департаментами охорони здоров'я, впроваджують заходи з метою стабілізації роботи медичних закладів. Це стосується забезпечення їх належного функціонування на постійних місцях дислокації або після переміщення, організації медичної допомоги для цивільного населення в районах бойових дій і прилеглих територіях, надання консультаційно-медичної підтримки в населених пунктах без діючих медичних установ, а також наближення спеціалізованої допомоги до жителів зони розмежування.

В умовах сучасної ситуації особливого значення набувають принципи забезпечення доступності та безкоштовності невідкладної медичної допомоги як на території прифронтових регіонів та наближеної зони бойових дій, так і поза її межами. Ця допомога має надаватися всім категоріям населення, зокрема військовослужбовцям, цивільному населенню в постраждалих регіонах та внутрішньо переміщеним особам [66].

Тож зазначимо про окремі заходи, що вживаються органами влади в даному напрямку. Серед них:

1. *Розвиток кадрової політики.* Урядом України затверджено порядок залучення до надання медичної допомоги додаткових категорій осіб на період дії воєнного стану [37; 44; 67; 68], а саме: лікарів-інтернів; молодших спеціалістів із медичною освітою без вимог щодо атестації; працівників фармацевтичної галузі; студентів старших курсів за окремими спеціальностями тощо.

2. *Розвиток міжнародного партнерства.* За цим напрямком галузевої трансформації мова йде, насамперед, про розвиток та підтримку медичної сфери громад на базі Програми «U-LEAD з Європою» [62]. Її метою є всебічна підтримка та поглиблення медичної реформи, ефективного функціонування медичних установ, надання якісних, доступних та своєчасних послуг жителям громад та внутрішньо переміщеним особам під час воєнного стану [99].

3. *Розвиток телемедицини та цифрового доступу до медичних послуг.* За цим напрямком першочергово передбачається створення та запуск безкоштовних медичних платформ (Лікарі 24/7, E-Health тощо), чат ботів та інших сервісів, на основі яких лікарі надають онлайн-консультації та підтримку пацієнтів в умовах відсутності офлайн-доступу [14; 26; 55; 75].

4. *Розвиток системи державних гарантій медичних послуг.* Цей інструмент публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я уперше було запроваджено у 2018 році на основі прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [63]. Поступово цей інструмент нарощував свій функціональні потужності і у 2024 році Програма медичних гарантій фінансувала за кошти державного бюджету України досить великий обсяг медичних послуг, який налічував 44 пакети [63]. Серед вже звичних пакетів довоєнного періоду, від початку повномасштабного вторгнення система державного гарантування медичних послуг, була значно розширена з метою забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я як об'єктів критичної інфраструктури української держави [16; 73; 74; 107]. Зокрема, від початку розгортання повномасштабного збройного конфлікту 2022 року українська держава ввела фінансування послуг за двома новими пакетами медичних гарантів [51] , а саме:

- пакет «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке знаходиться на території, де ведуться бойові дії»;

- пакет «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на тимчасово окупованій території»;

- пакет «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях».

У такий спосіб українська держава гарантує громадянам України надання медичних послуг в необхідному обсязі, особливо для тих категорій населення, які опинилися у складній життєвій ситуації через війну.

Управлінською новацією загальнодержавного змісту, яку ми визначаємо як інноваційний інструмент публічного управління та адміністрування у сфері ОЗ у період повномасштабного вторгнення (після 2022 року), є введення та фінансування пакету «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на тимчасово окупованій території». Контрактування послуг за цим пакетом державний замовник здійснює для комунальних медичних закладів, розташованих на окупованих територіях. Важливо акцентувати, що перелік комунальних медичних установ перед контрактуванням таких медичних послуг Національна служба здоров'я України (НСЗУ) узгоджує з Мінреінтеграції України.

На 2024 рік НСЗУ оновила та дещо розширила, порівняно з попередніми роками, пакет «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях». Розглянемо зміст цього пакету більш детально, у відповідності до умов укладання контракту з НСЗУ [52; 85].

Доцільно звернути увагу на те, що обраний для аналізу пакет державних гарантій, який від імені української держави у 2022 року запровадила Національна служба здоров'я України «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях», за своїм структурно-функціональним навантаженням є прикладом інтеграції принципів класичного менеджменту та публічного адміністрування у систему медичного забезпечення в кризових умовах (табл.2.1).

Отже, досліджуваний пакет державних гарантій, запроваджений у 2022 році Національною службою здоров'я України під назвою «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях»,

за своєю структурно-функціональною сутністю являє собою приклад інтеграції основних принципів класичного менеджменту й публічного адміністрування в систему медичної допомоги в умовах кризових викликів.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика державних гарантій України щодо надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій: структурно-функціональний аспект

Назва пакету державних гарантій	Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях
Форма фінансування	контракт НСЗУ
Умови контрастування	медичні підприємства державної чи комунальної форми власності
Кількість складових в пакеті	2
Деталізація складових державних гарантій	- <i>галузева складова</i> (лабораторно-діагностична та лікувально-реабілітаційна детермінанта) - <i>публічноуправлінська складова</i> (планування, організація, мотивація, контроль, комунікація, інформація) -

Джерело: авторська розробка на основі [51; 52]

В його структурі чітко виокремлюється лабораторно-діагностична та лікувально-реабілітаційна детермінанта, але більшість гарантій, які несуть державно-сміслову навантаження про зміст державних гарантій, структурно розміщені у блоці публічноуправлінської складової. Такий комплексний механізм слугує інструментом реалізації державної політики у сфері забезпечення безпеки здоров'я, зокрема з огляду на обставини воєнного стану

та потреби пост-пандемічного відновлення. Його успішна реалізація на локальному рівні управління, тобто на рівні окремого закладу охорони здоров'я потребує від ТОП-менеджменту здійснення наступних кроків:

- чітко налагодженої вертикалі управління;
- міжвідомчої координації;
- розвитку людського капіталу;
- сучасних ІТ-рішень;
- удосконалення нормативно-правової підтримки з боку держави.

Галузева складова готовності медичної установи до роботи в надзвичайних ситуаціях (табл. 2.2.) потребує прийняття управлінських рішень та інституційного забезпечення за такими напрямками: первинний огляд, лабораторний скринінг, інструментальні втручання, перелік найчастіших нозологій при НС, методи знеболювання та анти-шокової терапії, підтримки вітальних функцій та попередження ускладнень.

Таблиця 2.2

**Загальна характеристика державних гарантій України
щодо надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій:**

галузевий аспект

Назва структурної компоненти пакету	Ідентифікація надавача медичних послуг в надзвичайних умовах (галузева складова)
Обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки (специфікація)	
1. Забезпечення первинного огляду пацієнта/пацієнтки з визначенням його/її подальшої маршрутизації. 2. Проведення необхідних лабораторних досліджень, зокрема: а. розгорнутий клінічний аналіз крові; б. визначення групи крові і резус-фактора;	

- с. біохімічний аналіз крові (загальний білок, альбумін,, альфа-амілаза, аспартатамінотрансфераза (АсАТ), аланінамінотрансфераза (АлАТ), білірубін і його фракції (загальний, прямий, непрямий), креатинін, сечовина, сечова кислота, лактат, електроліти, тропонін, феритин), С-реактивний білок та прокальцитонін;
 - d. коагуляційний гемостаз (тромбіновий час, активований частковий (парціальний) тромбoplastиновий час (АЧТЧ, АПТЧ), міжнародне нормалізоване відношення (МНВ), D-димер);
 - е. глюкоза в цільній крові або сироватці крові;
 - f. аналіз сечі загальний; g. аналіз сечі на кетони (ацетон);
 - h. серологічні дослідження; i. імунологічні дослідження;
 - j. бактеріологічні дослідження;
 - k. інші лабораторні дослідження відповідно до галузевих стандартів.
3. Проведення необхідних інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів.
 4. Надання медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях (НС), включаючи травми/політравми, ураження хімічного та радіаційного характеру, отруєння, захворювання та стани, та/або інфекційні захворювання, зокрема особливо небезпечні інфекційні хвороби (ОНІХ), відповідно до галузевих стандартів та медикотехнологічних документів у сфері охорони здоров'я.
 5. Своєчасне знеболення на всіх етапах діагностики та лікування, зокрема, обов'язкове анестезіологічне забезпечення під час виконання всіх болісних інвазивних діагностичних та лікувальних процедур, цілодобовий доступ до ненаркотичних та наркотичних знеболювальних засобів.
 6. Забезпечення медикаментозної терапії та профілактики і лікування болю, хворобливих відчуттів у постраждалих при НС.
 7. Забезпечення кисневої, респіраторної (неінвазивної та інвазивної) підтримки.
 8. Проведення заходів, спрямованих на попередження розвитку ускладнень.
 9. Забезпечення цілодобового лікарського та медсестринського спостереження за станом пацієнта/пацієнтки.
 10. Проведення інтенсивної терапії пацієнту/пацієнтці у випадку виникнення у нього/неї загрозливих для життя станів.
 11. Забезпечення консультування пацієнта/пацієнтки лікарями – спеціалістами інших підрозділів ЗОЗ або інших надавачів медичних послуг щодо надання

медичної допомоги постраждалим внаслідок НС, у тому числі із застосуванням дистанційних консилиумів лікарів з використанням телемедичних технологій.

12. Підготовка та направлення пацієнта/пацієнтки до спеціалізованого ЗОЗ відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів. 13. Надання реабілітаційної допомоги в гострому періоді, складання індивідуального реабілітаційного плану та планування подальшого реабілітаційного маршруту пацієнта/пацієнтки за відсутності протипоказань.

14. Забезпечення психологічної підтримки пацієнта/пацієнтки та його/її родичам.

15. Забезпечення харчування в умовах стаціонару, зокрема, дітям віком до трьох років.

Джерело: авторська розробка за [2; 38; 51; 52]

Крім того, цей блок галузевого спрямування містить окремі напрямки реалізації медико-соціальної допомоги на засадах інтегрованого підходу, а саме:

- цілодобовий лікарський та медсестринський контроль за станом пацієнта чи пацієнтки;
- надання психологічної підтримки як пацієнту чи пацієнтці, так і їхнім родичам;
- організація харчування в умовах стаціонару, включно з дітьми віком до трьох років.

Проведений нами аналіз змісту галузевої складової засвідчує, що в цій частині представлено типовий опис комплексних вимог до готовності закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) діяти в умовах надзвичайної ситуації (НС) або навіть в умовах існування ризику – військової, біологічної, хімічної, епідеміологічної, природної або техногенної.

З огляду на це, у п.4 представлено перелік найбільш типових НС, які потребують надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалим та обумовлюють галузевий характер готовності для кожного медичного підприємства у надзвичайних ситуаціях (НС). Перелік найбільш типових ситуацій включає:

- травми/політравми;

- ураження хімічного та радіаційного характеру;

- отруєння;

- захворювання та стани, та/або інфекційні захворювання, зокрема особливо небезпечні інфекційні хвороби (ОНІХ), відповідно до галузевих стандартів та медикотехнологічних документів у сфері охорони здоров'я.

Його структура і зміст свідчать про наявність системного підходу до управління кризовими ситуаціями у сфері охорони здоров'я. Аналіз документа дозволяє виділити низку ключових управлінських функцій, що втілюються в державному управлінні та адміністративному менеджменті ЗОЗ.

Проведемо короткий аналіз цієї структурно-функціональної компоненти за пакетом готовності медичних установ до НС крізь призму публічноуправлінської діяльності (табл.2.3).

Таблиця 2.3

**Загальна характеристика державних гарантій України
щодо надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій:
публічноуправлінський аспект**

Показник	Зміст показника
Назва основних рубрик в пакеті державних гарантій	УМОВИ надання послуги - стаціонарно; ПІДСТАВИ надання послуги: -направлення лікаря з надання ПМД, якого обрано за декларацією про вибір лікаря; -направлення лікуючого лікаря; -доставлення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги; -переведення з іншого ЗОЗ/клінічного підрозділу ЗОЗ; -самозвернення.
Вимоги до організації надання послуги	Всього у цьому підрозділі включено 28 позицій за такими напрямками публічноуправлінської сфери у НС як: планування, організація, мотивація, контроль,

	комунікація, інформування (ознайомлення), права людини, етичний простір управління
Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців, які працюють на посадах	- Вимоги до спеціалістів за місцем надання медичних послуг - Вимоги до спеціалістів відділення анестезіології та інтенсивної терапії <i>Визначаються декретовані посади лікарів-спеціалістів як інфекціоніст, анестезіолог, лікар будь-якої спеціальності терапевтичного профілю та/або хірургічного профілю, лікар УЗД, лікар-лаборант, рентгенолог, психолог, сестра медична</i>
Вимоги до переліку обладнання	- за місцем надання медичних послуг - у відділенні інтенсивної терапії
Вимоги до медичного кошика	У підрозділі детально прописана 61 позиція постійного запасу медикаментів для надання медичної допомоги у НС, включно із дозуванням, формами випуску та міжнародною назвою препаратів

Джерело: авторська розробка

Функція планування, а саме стратегічне і тактичне планування у ЗОЗ, яке є результатом державної політики у сфері громадського здоров'я, а також про інтеграцію державного планування у внутрішні регламенти ЗОЗ реалізується шляхом:

- затвердження планів реагування на надзвичайні ситуації
- визначення маршрутів пацієнтів, резервів, структурних підрозділів;
- підготовки реабілітаційного маршруту та індивідуальних планів пацієнтів;
- прогнозування потреб у медичних засобах, обладнанні та персоналі;
- створення медичного «кошика» із затвердженим переліком критичних медикаментів і виробів медичного призначення.

В рамках забезпечення організаційної готовності медичних підприємств, представлений пакет державних гарантій орієнтує надавачів медичних послуг

на мобільне управління ресурсами, гнучкість інституційної організації ЗОЗ і вертикальну узгодженість між різними рівнями надання медичних послуг.

В рамках забезпечення організаційної готовності медичних підприємств, представлений пакет державних гарантій орієнтує надавачів медичних послуг на мобільне управління ресурсами, гнучкість інституційної організації ЗОЗ і вертикальну узгодженість між різними рівнями надання медичних послуг. Це підтверджується такими позиціями, що містяться в цьому пакеті:

- організація багатофункціональної роботи закладу за різними сценаріями НС;
- вимоги до приміщень (резервні зони, сортувальні пункти, інтенсивна терапія, ізолятори);
- вимоги до складу і кваліфікації персоналу;
- забезпечення медичним обладнанням, автономними системами енергоживлення, кисневими станціями;
- функціональний розподіл обов'язків між працівниками;
- телемедична взаємодія з іншими закладами і суб'єктами системи охорони здоров'я.

На початку розгляду мотиваційної функції управління потрібно наголосити, що безпосередньо вона не прописана у цьому пакеті державних гарантій. Однак, про адміністративно-правовий характер такої публічноуправлінської компоненти як мотивація, можна сказати, що вона є типовим елементом для державної служби і публічного управління априорі. А тому, враховуючи генезу цього нормативно-правового документа, виданого центральним органом виконавчої влади, приймаємо й констатуємо мотиваційну функцію публічного управління та адміністрування, яка ідентифікується у таких позиціях документа:

- чітке розмежування відповідальності персоналу в умовах НС;
- наявність регламентованих алгоритмів дій у кризових ситуаціях;
- забезпечення індивідуальними засобами захисту;
- створення умов для підвищення кваліфікації (тренінги, навчання);

- правову та інституційну підтримку працівників, включаючи дотримання прав людини, у т.ч. в умовах підвищеного стресу.

Отже, хоча безпосередні засоби мотивації персоналу не є предметом цього документа НСЗУ, мотиваційна складова публічноуправлінської діяльності опосередковано є присутньою в пакеті готовності до НС.

Розглянемо наступну функцію публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я, яка має функціональний зміст контролю. Пакет державних гарантій передбачає здійснення контрольної функції управління в рамках багаторівневої системи шляхом:

- проведення моніторингу якості та безпеки медичної допомоги;
- застосування індикаторів оцінки доступності, ефективності та результативності медичних послуг;
- забезпечення інфекційного контролю, контролю за медичними відходами та їх утилізацією;
- контролювання використання медичних запасів та залишків ліків;
- юридичне забезпечення дотримання прав людини й пацієнтів.

Отже, всі названі нами позиції демонструють функціонування інституціоналізованого внутрішнього аудиту щодо готовності до роботи в НС в межах окремого медичного підприємства та у межах державно-управлінських норм контролю, який забезпечується таким суб'єктом управління у сфері охорони здоров'я, як НСЗУ.

Наступна управлінська функція – комунікація. В державному пакеті гарантій комунікація передбачена через:

- впровадження телемедицини для консультацій та дистанційних консилиумів;
- забезпечення внутрішніх та міжвідомчих каналів взаємодії;
- надання психологічної підтримки пацієнтам та родичам;
- комунікацію з пацієнтами в умовах епідемічного/інфекційного навантаження через розділення потоків.

Як бачимо, зміст документу показує можливість підтримки концепції відкритої, мультиагентної комунікації в системі публічного управління у сфері охорони здоров'я в контексті забезпечення готовності медичних установ до роботи в надзвичайних ситуаціях [97].

Стосовно такого складника публічноуправлінської діяльності як інформація можна сказати, що вона також передбачена у змісті договору НСЗУ із постачальниками медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій. Так, за змістом документа, як свідчить наш аналіз, формується повноцінна інформаційна система, що включає такі елементи:

- наявність інструкцій, локальних протоколів, наказів;
- внутрішній документообіг у надзвичайних умовах;
- ідентифікацію пацієнтів та медичного персоналу;
- електронну медичну документацію;
- дотримання рекомендацій МОЗ України, міжнародних протоколів та національних стандартів у сфері охорони здоров'я.

В рамках функціонування цієї системи забезпечується підтримка інформаційного менеджменту як частини цифрового врядування у сфері охорони здоров'я в рамках пакету готовності до надання медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

Ретельний аналіз всіх функцій публічного управління за пакетом державних гарантій надання медичної допомоги в умовах НС переконливо демонструє інтеграцію принципів класичного менеджменту та публічного адміністрування в систему медичного забезпечення в кризових умовах. Його реалізація потребує чітко налагодженої вертикалі управління, міжвідомчої координації, розвитку людського капіталу, сучасних ІТ-рішень і нормативної підтримки з боку держави. Він є інструментом реалізації державної політики у сфері безпеки здоров'я, зокрема в контексті як постпандемічного відновлення, так і в період дії правового режиму воєнного стану та післявоєнної розбудови.

Важливим акцентом в контексті публічного управління та адміністрування медичних установ України за пакетами готовності до роботи в надзвичайних ситуаціях є диференційований підхід у питаннях контрактування цих послуг. На рис.2.2. представлено загальний дизайн укладених контрактів на надання гарантованих державою медичних послуг.



Рис.2.2. Питома вага медичних підприємств комунальної форми власності в реалізації державної програми медичних гарантій

Складено автором за [2]

Інформація, надана на рис. 2.2 демонструє, що в умовах дії правового режиму воєнного стану держава контрактує медичні послуги, переважно, з суб'єктами комунальної медичної мережі. За пакетом роботи в НС – виключно з медичними установами державної чи комунальної форми власності. За цим

пакетом виключення становлять лише медичні заклади, які надають стоматологічну та первинну медичну допомогу. Медичні заклади фінансуються за цим пакетом на засадах глобальної ставки на місяць, яка становить 1 053 510 гривень. Також НСЗУ укладає договори за цим пакетом з комунальними медичними закладами, які розташовані в зоні бойових дій та перебувають у переліку Мінреінтеграції України [76]. Якщо раніше мова йшла про готовність до надання медичної допомоги в умовах пандемії COVID19, то вже з 2022 року мова йде про готовність працювати в умовах війни та в умовах надзвичайних ситуацій.

Вважаємо, що важливим чинником для покращення взаємодії в процесі організації медичного забезпечення військових і цивільного населення є детальне дослідження та аналіз поточної ситуації. На основі цього необхідно розробити розроблено функціональну модель резильєнтного управління діяльністю органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, яка за своїм змістом має охоплювати стратегічний, організаційний, операційний, комунікаційний блоки та підсистему моніторингу й адаптації, забезпечуючи інтеграцію ризик-менеджменту, цифрових рішень і кризової координації. Це дозволить забезпечувати вирішення питань медичного обслуговування на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевому рівнях.

В умовах воєнного стану, система охорони здоров'я регіону, забезпечує належний рівень надання медичної допомоги на основі диференційованого підходу в контрахтуванні медичних послуг, які забезпечуються на місцевому рівні управління (регіональному рівні) завдяки правовій унормованості (детермінація публічноуправлінської складової в пакетах держгарантій) та розмежування функцій між різними рівнями управління.

2.2. Інноваційні підходи в управлінні медичним підприємством в умовах сучасних викликів (на прикладі Дніпропетровської області)

В умовах довготривалої збройної агресії, яка позначилась з суттєвим зниженням рівня життя та здоров'я українців, надзвичайно актуально в системі публічного управління та адміністрування постають питання удосконалення організаційно-правових аспектів надання допомоги українським військовим з одночасним збереженням державних гарантій у наданні медичних послуг для цивільного населення [42; 53]. Тому у цьому підрозділі дисертаційної роботи особливу увагу ми приділяємо дослідженню інституційного механізму публічноуправлінської діяльності через визначення особливостей функціонування головного медичного підприємств Дніпропетровського регіону у період воєнного стану крізь призму його статусу як об'єкту критичної інфраструктури та економічно спроможного підприємства, що успішно функціонувало та продовжує функціонувати у період таких тривалих кризових викликів як пандемія COVID-19 (2020-2023 рр.) та збройна агресія росії (з 2014- по теп. час).

Вибір об'єкту дослідження обумовлено тим, що комунальне підприємство «Обласна лікарня імені І.І. Мечникова Дніпропетровської обласної ради» є найближчим до лінії фронту спеціалізованим цивільним медичним закладом і не перебуває у прямому підпорядкуванні Міністерства оборони України чи Міністерства охорони здоров'я України [24; 46]. Крім того, вибір об'єкту дослідження в особі головної регіональної лікарні обумовлено тим, що органи місцевого самоврядування Дніпропетровщини, зокрема Дніпропетровська обласна рада, завжди визначали одним із соціальних пріоритетів належний розвиток сфери охорони здоров'я [69]. Саме тому сфера охорони здоров'я регіону функціонує не тільки, як соціальний інститут, що виробляє медичні послуги, але й виступає в суспільних відносинах як масштабний працедавець. Основні економічні показники

зайнятості населення в системі охорони здоров'я на Дніпропетровщині представлені в таблиці 2.4.

Представлена у таблиці 2.4 інформація підтверджує соціальний пріоритет галузі охорони здоров'я в структурі соціально-економічного комплексу Дніпропетровського регіону, а її питома вага навіть перевищує загальнонаціональний показник – 6,9% показник медичної галузі Дніпропетровщини проти загальнодержавного показника 5,8%.

Таблиця 2.4.

**Характеристика системи охорони здоров'я Дніпропетровської області
в контексті зайнятості населення за видом економічної діяльності**

Рік	Кількість зайнятого населення, по всім галузям економіки, тис. осіб	Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги, показник по Україні	Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги, показник по Дніпропетровській області
2021	15610 (100%)	913,4 (5,8%)	91,8 (6,9%)

Складено автором за [15; 50]

На регіональному рівні управління цей медичний заклад належить органу місцевого самоврядування, а саме Дніпропетровській обласній раді і утримується за рахунок коштів місцевого бюджету. Повний перелік обласних комунальних підприємств, закладів та установ Дніпропетровської області наведено на офіційній веб-сторінці Дніпропетровської обласної ради. Всього за результатами проведеної медичної реформи та децентралізації галузевого

управління перелік комунальних неприбуткових підприємств медичної сфери на Дніпропетровщині налічує 26 закладів [24].

Якщо порівняти інфраструктурні об'єкти комунальної форми власності за напрямком соціальної сфери, що функціонують на Дніпропетровщині і належать до об'єктів комунальної власності Дніпропетровської обласної ради, то найбільшу їх кількість складають підприємства:

- системи освіти (47 установ);
- системи охорони здоров'я (26 підприємств);
- системи соціального захисту (22 установи) та культури (18 підприємств).

Це говорить про те, що в умовах воєнного стану представницькі органи місцевого самоврядування регіонального рівня управління приділяють значну увагу розвитку соціальної сфери з дотриманням балансу щодо гарантованих Конституцією України аспектів на захист соціальних прав, свобод та інтересів громадян України (рис. 2.3).



Складено автором за [24]

Перш ніж перейти до структурно-функціонального аналізу діяльності обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова, слід більш ґрунтовно охарактеризувати соціальний та адміністративно-територіальний простір медичного обслуговування з позицій регіонального устрою Дніпропетровщини [19]. Дніпропетровська область розташована в центральній частині країни. Площа області становить 31,9 тис. км² (5,3% площі території України, друга за територією в Україні після Одеської).

Загальна чисельність населення Дніпропетровської області станом на 2020 рік становить понад 3 млн. осіб (3 176 тис. осіб). Міське населення складає 2 млн. 734 тис. мешканців, або 83,5% від всього населення області. В сільських адміністративних районах області мешкає 539,4 тис. жителів, або 16,5%. Тут слід зазначити, що ситуація в окремих міських населених пунктах області характеризується позитивною динамікою на тлі збільшення кількості внутрішньо переселених осіб, адже Дніпропетровщина прийняла близько 400 тис. жителів з інших областей України.

Дніпро	▼993,1	Першотравенськ	▼29,0
Кривий Ріг	▼652,1	Тернівка	▼28,9
Кам'янське	▼241,5	Вільногірськ	▲23,8
Нікополь	▼117,9	Підгородне	▲19,5
Павлоград	▼109,7	П'ятихатки	▼18,9
Новомосковськ	▲71,3	Верхньодніпровськ	▼16,8
Марганець	▼48,3	Апостолове	▼14,3
Жовті Води	▼47,3	Зеленодольськ	▼13,9
Покров	▼41,2	Слобожанське	▲12,9
Синельникове	▲31,6	Васильківка	▲12,0

Рис. 2.4. Міські громади Дніпропетровської області з населенням понад 11,0 тис.ос.

Джерело: складено автором за <https://uk.wikipedia.org>

В рамках ініційованого урядом України реформування системи охорони здоров'я в області було визначено пріоритетним напрямком початку медичної реформи заклади первинної ланки. Так, з 2011 р. у Дніпропетровській області була розпочалась структурно-функціональна перебудова регіональної мережі закладів охорони здоров'я на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги [45; 90]. Її результатом, якого вдалося досягти до першої моніторингової місії міжнародних експертів (ВООЗ, Світовий Банк) стало створення на території області розгалуженої мережі центрів ПМСД з амбулаторіями, ФАПами та медичними пунктами тимчасового базування, які підпорядковувались ЦПМСД [48; 49; 110].

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, лише розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, надавав змогу органам галузевого та адміністративно-територіального управління впливати на поліпшення існуючої на той час проблемної ситуації в медичній сфері [113; 114]. На той час ситуація в системі охорони здоров'я характеризувалась тим, що частина населення, особливо у сільській місцевості, часто залишалась без надання медичної допомоги на первинній ланці [89]. З іншого боку, медична сфера України до 2012 року національна та регіональна модель управління медичною сферою відзначалась полісегментарністю управлінської галузевої вертикалі [31]. На той час, окрім закладів, підпорядкованих МОЗ України, на рівні центральних органів виконавчої влади існувала низка паралельних медичних служб, які були утворені при різних відомствах, службах та міністерствах. Така ситуація значною мірою призводила до розпорошення фінансових ресурсів і дублювання в наданні вторинної медичної допомоги. Тож депутати Дніпропетровської обласної ради активно підтримали ініціативу щодо запровадження на території області пілотного проекту з реалізації структурно-функціональної перебудови первинної ланки системи охорони здоров'я. Ця ініціатива була закріплена на законодавчому рівні спеціальним законом.

У доковідний період у Дніпропетровській області існувала розгалужена мережа закладів охорони здоров'я, структурно-функціональні можливості якої забезпечували надання всіх видів медичної допомоги жителям області. Так, станом на 01.01.2020 р. мережа медичних закладів області налічувала:

- 120 лікарень;
- 13 спеціалізованих диспансерів;
- 53 центри ПМСД, до складу яких входять 409 амбулаторії ЗПСМ та 393 ФАПи;
- 22 стоматологічні поліклініки;
- 12 санаторіїв для дорослих та дітей;
- медико-профілактичні заклади інших типів.

Покращення стану вторинної та третинної медичної допомоги можливо завдяки додатковій економічній, юридичній і фінансовій допомозі з боку держави, створенню більш гнучких шляхів подолання недоліків у системі надання допомоги на всіх рівнях.

В області функціонувало 2 обласні лікарні на 1585 ліжок, 41 міська лікарня на 10802 ліжка, 9 дитячих міських лікарень на 920 ліжок, 2 лікарні швидкої медичної допомоги на 910 ліжок, 22 центральні районні лікарні на 3371 ліжок, 1 районна лікарня на 25 ліжок, 2 госпіталі для інвалідів війни на 250 ліжок, 4 пологових будинки на 435 ліжок, 2 перинатальних центри на 367 ліжок, 3 клініки НДІ та ВУЗів на 620 ліжок, 6 лікарень залізничного транспорту на 420 ліжок та 14 інших спеціалізованих закладів.

З початком надзвичайної ситуації, яка була обумовлена пандемією COVID-19, більшість лікарень області перейшли на надзвичайний режим функціонування та здійснили перепрофілізацію ліжкового фонду на користь напрямку інфекційного профілю.

Надзвичайна ситуація, яка була виникла у лютому 2022 року внаслідок російської повномасштабної агресії [91], обумовила подальшу оптимізацію механізмів публічного управління регіональною мережею медичних установ.

Станом на 2022 рік поліструктурованість медичної мережі Дніпропетровської області у функціональному плані потребувала поділу на кілька госпітальних округів, кожен з яких мав би охоплювати певні райони та міста області.

У 2022 році в області продовжено роботу щодо формування спроможної мережі медичних закладів. Згідно з інформацією, опублікованою на сайті Дніпропетровської обласної ради, в межах Дніпропетровського госпітального округу початково планувалося включити 33 медичні заклади, серед яких 4 лікарні передбачалося визначити як надкластерні, 14 – як кластерні, 15 – як загальні.

Крім того, в області активно впроваджувалася телемедична мережа для покращення доступу до медичних послуг у віддалених населених пунктах. За даними на 2019 рік до цієї мережі підключено 30 лікувально-профілактичних закладів, до складу яких входять 178 сільських амбулаторій та 1 фельдшерсько-акушерський пункт. Структура та кількість медичних закладів може змінитися після 2022 року через реформи та оптимізацію мережі охорони здоров'я.

Розпочата реорганізація дає можливість для покращення діяльності медичних закладів різних рівнів, і поліпшення якості лікування хворих від первинної ланки до високоспеціалізованої медичної допомоги. Забезпеченість лікарями не завжди відповідає потребі.

Обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова – один із найстаріших багатoproфільних обласних лікувальних закладів в Україні, який пройшов значний шлях структурно-функціональної перебудови і продовжує сьогодні функціонувати й надавати медичні послуги вищої якості, завдяки упровадженню європейських засад адміністрування в медичній установі [40; 41; 47].

11.05.1798 року була заснована Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова. Фото історичної реконструкції терапевтичного корпусу обласної лікарні ім. І.І. Мечникова представлено на рис.2.5.



Рис.2.5. Фото історичної реконструкції терапевтичного корпусу обласної лікарні ім. І.І. Мечникова (фото з веб-сторінки [6])

Сьогодні ця лікарня – це головний медичний заклад не тільки Дніпропетровської області, але й всього Південно-Східного регіону України.

Її інституційний розвиток як головного медичного підприємства області налічує декілька періодів розвитку [29; 122].

Основні періоди становлення та розвитку лікарні наведені тут:

I період: 1798-1867 рр. Його можна вважати установчо-організаційним.

В 1798 році було засновано богоугодний заклад на 30 ліжок та одну посаду лікаря. Далі до складу закладу увійшли соматичні ліжка та лікарня почала називатися «Катеринославська губернська лікарня».

В 1800 році лікарня збільшилася на 50 ліжок. Штат її складав 8 осіб.

В 1845 році зведено нову будівлю лікарні на 240 ліжок. Лікування було платним. Відмови в госпіталізації склали 70%, що пояснювалось через неспроможність найбідніших верств населення оплачувати медичні послуги.

II період: 1867-1917 рр. Цей період можна назвати як період формування профільної медичної спеціалізації ліжкового фонду засадах ургентації та профілізації медичних кадрів середньої ланки.

З 1867 року лікарня стала називатися «Катеринославська губернска земська лікарня», оскільки нагляд за роботою лікарні здійснювала Земська управа.

В 1870 році при лікарні була відкрита Земська фельдшерська школа, яка випускала по 20 фельдшерів щорічно.

З 1882 по 1915 рр. в лікарні активно будувались лікувальні та господарські корпуси, збільшувався обсяг та якість медичної допомоги.

За цей період розпочали роботу: психіатричне відділення, пологове відділення, офтальмологічне відділення, гінекологічне та жіноче венерологічне відділення, притулок для дітей-сиріт, рентген-відділення та інші.

III період: 1917-1945 рр. – період централізації управління, розвиток спеціалізованих відділень як клінічних баз підготовки медичних кадрів з вищою освітою.

В 1916 році при лікарні почали діяти Катеринославські Вищі жіночі курси, які після революції були перетворені в медичний інститут.

З 1918 року на базі відділень лікарні почали функціонувати кафедри медичного інституту.

Здійснювані соціально-економічні реформи в країні у період 1918-1941 рр. призвели до укріплення матеріально-технічної бази, підвищення кваліфікації медичних кадрів, покращення якості медичного обслуговування.

Під час Другої світової війни на базі лікарні був організований евакогоспіталь № 3582 для лікування поранених воїнів.

Пам'ятний знак встановлено на будівлі колишнього евакогоспіталю в 1986 році. Після визволення міста колективом лікарні була виконана масштабна робота по її відновленню. В 1945 році лікарня відзначила свій столітній ювілей.

IV період: 1945-1991 рр. – функціонування обласної лікарні в умовах централізованого адміністративно-господарського комплексу радянської системи організації надання медичної допомоги.

V період – 1991-2015 рр. – період формування та розвитку обласної лікарні на засадах упровадження багатофункціональності управління з максимізацією надання медичної допомоги як в рамках бюджетного забезпечення, так і на умовах доступу громадян до платних послуг консультативного змісту.

VI період: 2015 – до 2019 року – період розвитку обласної лікарні як сучасного медичного підприємства в контексті організації медичної допомоги на засадах європейських цінностей врядування та гарантування якості медичної допомоги на принципах секторальної перебудови та структурно-функціональної мобільності медичних кадрів в умовах сучасних зовнішніх викликів та загроз (АТО, ВПО тощо).

VII період: 2020 – 2025 роки – головний медичний заклад Дніпропетровського госпітального округу, який отримав статус надкластерної лікарні та у період пандемії COVID-19 був найбільшою госпітальною базою області зі стаціонарними ліжками інфекційного профілю, а з 2022 року (з початку повномасштабного вторгнення) має найбільшу в регіоні перепрофілізацію ліжок хірургічного та реабілітаційного профілю.

Сьогодні комунальне підприємство «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова Дніпропетровської обласної ради» – це провідне медичне підприємство Дніпропетровської області, з функціями профілактичного, діагностично-лікувального та реабілітаційного напрямку експертного класу, а також з функціями організаційного, методичного,

навчально-науково та військово-медичного спрямування. Крім того, комунальне підприємство Дніпропетровської обласної ради «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова» є активним майданчиком для регіональної та міжнародної медичної співпраці та упровадження медичних інновацій, та суб'єктом реалізації регіональних програм у сфері охорони здоров'я [18; 29; 57; 86; 116; 122].

З 2001 року і дотепер комунальне підприємство Дніпропетровської обласної ради «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова» періодично (1 раз на три роки) підтверджує вищу категорію щодо якості надання медичної допомоги, яку засвідчує державна акредитаційною комісією МОЗ України [1; 46].

Реалізуючи першу прийняту в Україні міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» (2002), та у подальшому інші профільні програми, остання з яких обласна програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2026 роки» [57; 86] була прийнята вже в період дії загальнодержавного надзвичайного стану з приводу COVID-19, необхідно акцентувати, що цілепокладанням всіх зазначених програм є збереження працездатності населення, поліпшення демографічної ситуації. До їх реалізації активно включилась і головна лікарня Дніпропетровщини, зосередивши управлінську увагу на створенні на своїй базі десяти обласних медико-спеціалізованих центрів: урологічний, нейрохірургічний, травматологічний, інтервенційної радіології, психосоматики, хірургічний центр лікування хворих із захворюваннями печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози і обласний нефрологічний центр, спеціалізоване надання медичної допомоги при порушеннях мозкового кровообігу (інсульт) та при інфаркті міокарда з проведенням хірургічних втручань та ін.

Як об'єкт критичної інфраструктури, обласна лікарня імені І.І. Мечникова сьогодні виконує свої основні функції в контексті постійної готовності до надзвичайних ситуацій завдяки унікальній побудові структурно-

функціональної системи організації надання медичної допомоги [17; 18], а саме:

- 43 стаціонарних спеціалізованих відділення на 1175 ліжок (з них 481 ліжко терапевтичного профілю, 574 хірургічного і 120 ліжок акушерсько-гінекологічного профілю, всього за 32 профілями);

- консультативна поліклініка на 650 відвідувань в зміну здійснює прийом по 42-м лікарським спеціальностям, завдяки чому щороку у цьому структурному підрозділі лікарні отримують медичну допомогу понад 300 тисяч пацієнтів. Тут слід надати окреме пояснення, яке наочно характеризує статусність цієї лікарні, яка підпорядковується Дніпропетровській обласній раді, що виражає волю жителів області;

- в лікарні функціонують всі необхідні параклінічні служби (клінічна та бактеріологічна лабораторія, рентген-служба та ін.).

Додатково слід акцентувати увагу, що в структурі лікарні розгорнені унікальні відділення:

- неврологічне для хворих з порушенням мозкового кровообігу;
- нейрохірургічне № 1 (судинне);
- неврологічне № 2 (вертеброневрології та периферичної нервової системи);
- для хворих чорнобильського контингенту терапевтичного, неврологічного профілю і психосоматичної патології;
- діалізу (хронічного гемодіалізу та амбулаторного діалізу);
- ортопедо-травматологічне № 2 (ендопротезування великих суглобів);
- мікрохірургії вуха;
- рентген-хірургічний блок (у складі рентген-діагностичного відділення);
- центр ендоваскулярної хірургії;
- антикризовий центр у відділенні екстреної медичної допомоги.

Тож стосовно останнього в зазначеному переліку унікального центру слід надати додаткові пояснення. Інституційний механізм публічного

управління та адміністрування медичного закладу реалізується на основі структурно-функціональної ієрархії управлінської діяльності на локальному рівні управління та на основі застосування нових управлінських підходів.

Інноваційним інструментом в контексті публічного управління та адміністрування медичної сфери на локальному рівні управління, тобто на рівні менеджменту КП «Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова «ДОР» є створення в її структурі спеціалізованого антикризового центру.

На відміну від інших обласних лікарень України, в структурі саме цієї лікарні створено унікальний антикризовий центр як відокремлений підрозділ відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги (рис.2.6).



Рис. 2.6. Структурно-функціональна система організації медичної допомоги в обласній лікарні імені І.І. Мечникова при надзвичайних ситуаціях: управлінський аспект (авторська розробка)

Спеціалісти антикризового центру активно залучаються до надання медичної допомоги при масовому надходженні постраждалих внаслідок техногенних катастроф, військових операцій тощо.

Основними завданнями антикризового центру лікарні є:

- оперативне реагування на надзвичайні ситуації та масові поступлення постраждалих в частині забезпечення чіткої маршрутизації пацієнтів у разі масових поступлень (воєнні дії, аварії, катастрофи тощо); координація дій між службами лікарні та екстреною медичною допомогою;
- організація міжвідомчої взаємодії, зокрема, взаємодія з ДСНС, Національною поліцією, військовими, обласним департаментом охорони здоров'я, громадськими організаціями тощо; обмін оперативною інформацією про кількість і стан постраждалих;
- медико-тактичне сортування пацієнтів шляхом проведення швидкої оцінки стану постраждалих і розподіл за пріоритетами надання медичної допомоги; прийняття рішень щодо подальшого маршруту (відділення інтенсивної терапії, хірургії, тощо);
- психологічна підтримка та кризове консультування шляхом надання екстреної психологічної допомоги постраждалим, їхнім родичам і медичному персоналу, а також шляхом залучення кризових психологів та спеціалізованих команд;
- забезпечення медичного постачання у кризових умовах на основі контролю наявності та розподілу медикаментів, перев'язувальних матеріалів, крові та її компонентів під час масового поступлення пацієнтів;
- моніторинг ситуації та аналітична підтримка управлінських рішень шляхом збору і аналізу інформації про кількість постраждалих, ефективність надання допомоги, потреби в ресурсах, а також підготовка аналітичних звітів для керівництва лікарні та органів влади;
- інформаційно-комунікаційна діяльність, метою якої є оперативне інформування громадськості про інциденти НС та медичні наслідки (через

прес-службу) про ситуацію з дотриманням конфіденційності, а також робота з родичами постраждалих (гаряча лінія, інформаційні пункти);

- навчання та підготовка персоналу до дій у кризових ситуаціях на основі проведення спеціальних тренінгів, симуляцій, інструктажів щодо дій у разі надзвичайних ситуацій;
- забезпечення безпеки пацієнтів та персоналу на основі розробки та впровадження алгоритмів безпечної евакуації, дій у разі терористичних загроз, масових заворушень тощо.

Сьогодні в лікарні працює 2138 працівників, у тому числі медичних працівників - 429 лікарів, 682 особи із середньою медичною освітою. Науковий ступінь кандидата наук мають 41 особа (а також 5 осіб – працюють як зовнішні сумісники). Науковий ступінь доктора наук мають 5 лікарів (а також 2 лікарів працюють як зовнішні сумісники). За високий особистий внесок у розвиток регіональної системи охорони здоров'я та укріплення інституційної спроможності лікарні 42 лікарі отримали звання «Заслужений лікар України», а 9 особам присвоєно звання «Заслужений працівник охорони здоров'я». Серед лікарського складу майже половина мають вищу атестаційну категорію (209 осіб). Серед медсестер-бакалаврів 31 особа з вищою атестаційною категорією, а також в лікарні працюють 2 медичні сестри, які мають освітньо-кваліфікаційну категорію магістр.

Завдяки ефективній кадровій політиці, характеристика якої представлені вище, обласна лікарня імені І.І. Мечникова на регіональному ринку праці зарекомендувала себе як надійний працедавець зі сталою кількістю працівників: 2043 осіб у 2024 році, 2081 осіб у 2023 році, 2108 осіб у 2022 році. Це дозволило підприємству досягти найкращих результатів фінансово-економічної діяльності та стати національним лідером галузі ОЗ у 2023 році [54].

Щорічно в лікарні:

- більше 40 тисяч хворих отримують висококваліфіковану стаціонарну допомогу;

- більше 17 тисяч виконується хірургічних втручань, з них біля 85% – складні планові оперативні втручання;
- більше 297 тисяч відвідувань хворих виконується в консультативній поліклініці.

Проблематика організації захисту кордонів України, а разом з цим і питання медичного забезпечення ЗСУ, стали предметом наукового дискурсу у медичній сфері та сфері публічного управління ще з 2014 року, після анексії Криму та частини східних областей України сусідньою країною. А з початком повномасштабної війни росії проти України, тобто з 24 лютого 2022 року це питання набуло надзвичайної актуальності та практичної значущості [70; 71; 72; 91].

Особливо актуальним воно звучить в контексті реалізації публічноуправлінської діяльності в громадах прифронтових регіонів [22]. А Дніпропетровська область належить саме до таких територій, що і визначає науковий інтерес даного дослідження. В умовах військового стану, який з перших днів війни оголосив Президент України Володимир Зеленський через військову агресію росії, медичні заклади України упродовж 2022-2023 років зазнали значних втрат по всіх напрямках – від звичайного для періоду війни припинення водо-, чи енергопостачання до руйнування та знищення будівель і до кадрових втрат медичного персоналу.

Отже питання удосконалення управління медичним забезпеченням цивільного населення та військовослужбовців Збройних Сил України нині приділяється значна увага як практиків у сфері публічного управління та адміністрування, так і представників науки. Найбільш відомі у цьому напрямку є наукові праці М. Білинської, В. Білого, В. Жаховського, Д. Карамишева, В. Михальчука, Я.Радиша, Г.Рощіна [4; 33; 36; 43; 101; 102] та багатьох інших. Наголошуємо, що наше дослідження, в методологічному плані, побудовано на основі вивчення архівних та статистичних матеріалів діяльності комунального підприємства «Обласна лікарня імені І.І. Мечникова Дніпропетровської обласної ради». Такий підхід обумовлений тим, що саме

цей медичний заклад є найближчою до лінії фронту багатoproфiльною лікарнею у центрально-східному регіоні України, що дозволяє аналізувати всі механізми та інструменти публічного управління та адміністрування медичної сфери в умовах викликів надзвичайних ситуацій та викликів війни як прояву НС.

Встановлено, що інституційний механізм управління медичним підприємством в умовах повномасштабного вторгнення дозволив значно збільшити кількість ліжок у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії була збільшена з 60 до 200. Через запровадження воєнного стану структура лікарні була суттєво переформатована, а організація надання медичних послуг оптимізована відповідно до актуальних потреб. Щоденно обласна лікарня приймає тяжкопоранених військових із фронту на сході України, а також щодня пацієнтами лікарні стають численні цивільні жертви бойових дій із регіонів, таких як Донецька, Харківська, Херсонська та Запорізька області.

Щоб максимально ефективно рятувати життя пацієнтів, медичний персонал закладу виконує щодобово до 100 операцій. За весь період війни було проведено понад 26 тисяч хірургічних втручань і перелито понад 14 тон препаратів крові військовим. Завдяки злагодженій роботі лікарів вдалося врятувати життя понад 24 тисяч військовослужбовців за півтора року. На жаль, понад 3 тисячі воїнів прибули до лікарні з важкими травмами, включаючи відірвані чи розтрощені кінцівки. Переважна більшість (98%) отримала поранення від мін, бомб, снарядів та ракет; лише приблизно 2% випадків становлять кульові поранення. Однак лікарі лікарні Мечникова невпинно працюють над тим, аби рятувати кожне життя.

Реалізуючи державну програму медичних гарантій, Міністерство охорони здоров'я України розробило програму модернізації головної лікарні Дніпропетровщини шляхом оснащення її найсучаснішою апаратурою. Ця програма передбачає закупівлю хірургічних мікроскопів, ангіографів, апаратів МРТ та іншого високотехнологічного обладнання.

Оперативне вирішення найактуальніших питань медичного забезпечення військових та переселенців здійснюється у взаємодії з головою обласної військової адміністрації. Без підтримки місцевих органів влади виконання такої масштабної роботи було б неможливим. Згідно з наказом Президента України, а також за підтримки Дніпропетровської обласної ради та Дніпропетровської військової адміністрації у лікарні створено високоефективний реабілітаційний центр, який дозволяє відновлювати здоров'я близько тисячі поранених на рік [32; 98].

Лікарня імені Мечникова стала одним із найпотужніших госпіталів у світі, реалізуючи велику кількість складних хірургічних і реанімаційних втручань. Таку високу ефективність підтверджують іноземні фахівці з США та Австралії, які співпрацюють із закладом. Відповідний рівень медичної допомоги став можливим завдяки підтримці Президента України, Першої леді України, Міністерства охорони здоров'я України, народних депутатів Верховної Ради України й міжнародних партнерів. Величезна заслуга належить депутатам Верховної Ради України у налагодженні міжнародних зв'язків та залученні ресурсів для обласної лікарні. Сьогодні реанімаційні відділення лікарні фіксують наслідки жорсткої війни. Завдяки синергії зусиль усіх причетних можна стверджувати: кожна допомога спрямована на порятунок життя воїнів та постраждалих цивільних осіб [18].

З 2014 року у структурно-функціональному плані лікарня працює як багатoproфільний хірургічний центр. У лікарні надаються різні види медичної допомоги постраждалим бійцям, які доставляються до лікарні машинами мобільного шпиталю, бригадами медичного батальйону «Госпітальєр» чи бригадами екстреної медичної допомоги [20; 23; 29; 105].

Інформаційні матеріали та представлені у статті фото взяті із відкритих джерел доступу, мережі Інтернет.

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова – одна з найстаріших лікувальних установ в Україні. Лікарня була заснована 11.05.1798 р. [29].

Сьогодні в лікарні функціонує 43 стаціонарних спеціалізованих відділень на 1175 ліжок. Щорічно у різних відділеннях лікарні отримують висококваліфіковану стаціонарну медичну допомогу понад 35 тисяч пацієнтів. У лікарні щорічно виконується близько 15 тисяч хірургічних втручань, з них близько 80% - складні екстрені та планові оперативні втручання. До лікарів консультативної поліклініки, яка є структурним підрозділом Дніпропетровської обласної лікарні імені І.І. Мечникова, щорічно реєструється на амбулаторний прийом більше 257 тисяч жителів області та найближчих регіонів.

За період з 2014 року і по теперішній час медики лікарні врятували життя десятків тисяч військовослужбовців [27; 37; 39; 44; 47].

Медичному персоналу лікарні допомагали рятувати життя військовослужбовців медики з різних країн Європейського Союзу, Ізраїлю, Канади, США, адже 80% поранених, яких привозили з передової, поступали одразу до відділення реанімації через важкий ступінь отриманих травм і медики вели боротьбу за життя кожного бійця в цілодобовому режимі. Особливо складно було організувати надання медичної допомоги бійцям з черепно-мозковими пораненнями від вогнепальної зброї. Для цього лікарі за дуже короткий строк вивчили досвід медиків під час війни у В'єтнамі, Іраку та Кореї, Афганістану, Північного Кавказу [68; 97; 100].

При черепно-мозкових травмах лікарі одразу роблять первинну пластику. Зокрема, видаляють осколки, хірурги одразу проводять пластичну операцію, аби повернути бійцям не лише їхні життя, але й обличчя. У той період в лікарні було 60 реанімаційних ліжок, однак вимоги воєнного періоду потребували їх збільшення до 100 ліжок.

З початку повномасштабного вторгнення у 2022 році країни-агресора на територію України керівництвом Дніпропетровської обласної лікарні імені І.І. Мечникова прийнято низку антикризових управлінських рішень (наказів). Це сприяло структурно-функціональній перебудові діяльності у відділеннях хірургічного профілю, відділенні анестезіології з ліжками інтенсивної терапії,

екстреної (невідкладної) медичної допомоги, операційного блоку тощо. Була значно збільшена кількість штатних одиниць лікарів і медичних сестер у зазначених відділеннях за рахунок перепрофілювання відділень терапевтичного профілю. Враховуючи характер воєнних травм, поранень та контузій у лікарні були терміново була збільшена потужність відділення анестезіології з ліжками для хворих гнійно-септичного профілю. А до неврологічного відділення було інтегровано інсультний блок і відповідно збільшена чисельність медичного персоналу. У приймальному відділенні лікарні тяжку воєнну травму приймають нейрохірург, хірург, травматолог та два анестезіологи. У разі потреби вони здійснюють протишокові заходи, протезування або штучну вентиляцію легенів, оперують. Відразу біля входу є реанімаційна зала, де одночасно можуть надавати допомогу десяти пораненим. На першому поверсі лікарні є три операційні, а за потреби залучаються й ті, що розташовані на другому поверсі.

Професіоналізм медичних працівників цієї цивільної лікарні заслуговує найвищої оцінки, адже показники ефективності медичної допомоги постраждалим на війни корелюють з аналогічними показниками в країнах ЄС.

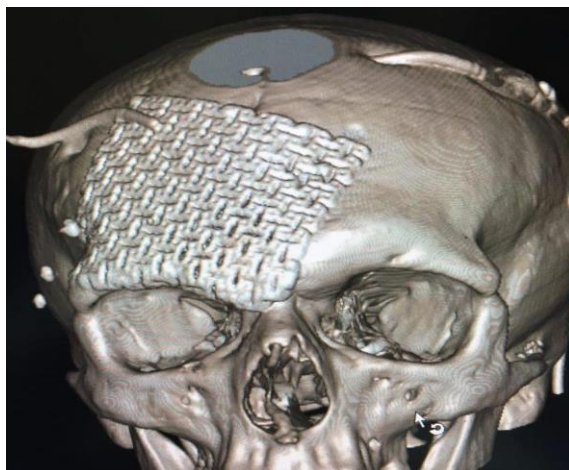
Наведемо два клінічні випадки організації та проведення унікальних операцій при рятуванні поранених військових. Як зазначає вітчизняний дослідник Д.М. Лисун, в умовах сучасного бою стан пораненого бійця оцінюється як «вкрай тяжкий», якщо він отримав мінно-вибухову травму нижніх кінцівок [39].

Клінічний випадок 1. Пацієнт № 1, 1998 року народження. Поступив до відділення анестезіології та інтенсивної терапії Дніпропетровської обласної лікарні імені І.І. Мечникова 07.01.2023 року о 16:00. Діагноз: мінно-вибухова травма (06.01.2023). Вогнепальне осколкове непроникаюче поранення правого стегна з вогнепальним переломом верхньої третини стегнової кістки, вертлюгової западини, лонної, сідничної кісток праворуч. Вогнепальне осколкове дотичне поранення лівого стегна, правого передпліччя.

Історія хвороби: травму отримав 06.01.2023 о 20:50 на полі бою під час танкового обстрілу поблизу населеного пункту N1. Першу медичну допомогу надано передовою хірургічною групою підсилення поблизу населеного пункту № 2. Першу лікарську допомогу отримав у польовому хірургічному госпіталі поблизу населеного пункту населеного пункту N3 в об'ємі первинної хірургічної обробки вогнепальних ран стегон, правого передпліччя, стабілізації множинних переломів. Для подальшого етапу лікування направлений до Дніпропетровської обласної лікарні імені І.І. Мечникова. У відділенні екстреної медичної допомоги цієї лікарні виконано низку термінових медичних втручань та хірургічну ревізію отриманих ран. При госпіталізації до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стан пацієнта тяжкий за рахунок мінно-вибухової травми з ускладненнями. Проведено ургентне оперативне втручання.

12.01.2023 – п'ята доба після поранення. Стан пацієнта тяжкий, стабільний, пацієнт у свідомості. Лікарі продовжують боротися за життя українського бійця.

Клінічний випадок 2. Пацієнт № 2, 40 років, у 2014 році поступив до обласної лікарні імені І.І. Мечникова після поранення під Іловайськом. Внаслідок поранення він втратив руку і ногу, а уламок від снаряда пробив голову. Голова бійця мала складний дефект кісток черепа. Лікарі-нейрохірурги провели низку послідовних оперативних втручань, однак дефект кісток черепа був дуже значним і пацієнт біля трьох років після поранення жив у стані, коли частину його мозку прикривала тільки шкіра. За цей час лікарі обласної лікарні не втрачали надію на можливість проведення реконструктивної операції. На підставі низки попередньо проведених операцій була зроблена комп'ютерна томографія головного мозку і на цій основі побудована тривимірна (3D) модель черепа з дефектом. Згодом була виготовлена індивідуальна стереолітографічна пластикова модель черепа з дефектом (рис.2.7). За розмірами і формою лікарі змоделювали індивідуальний титановий імплантат.



**Рис.2.7. Фото-звіт про інноваційний науково-технічний продукт лікарів-нейрохірургів обласної лікарні ім. І.І. Мечникова
(3D модель титанового імпланту для ділянки черепа)
(за матеріалами інформагентства УНІАН)**

Унікальність операції, яку у 2017 році провели лікарі-нейрохірурги головної лікарні Дніпропетровської області, полягає у тому, що пораненому бійцю замінили відсутню частину черепа титановим імплантом. Пластина точно повторює зруйновані кістки черепа, витримує удари і не заважає пацієнтові відчувати себе здоровим. Лікарі самі пройшли всі етапи моделювання імпланту. А фінансування етапів його виготовлення і придбання взяли «на себе», адже держава на той час не могла компенсувати видатки лікарні через те, що лікарня підпорядковується органу місцевого самоврядування.

За кілька місяців пацієнтові була проведена повторна операція з отриманням гарного косметичного результату. На рис.2.8. представлено фото того самого пацієнта № 2, який проходив лікування та низку складних реконструктивних операцій у Дніпропетровській обласній лікарні імені І.І. Мечникова, але через кілька років поспіль [116].



Рис.2.8. Фото пацієнта № 2 у 2019 році через 4 роки після оперативного лікування в обласній лікарні імені І.І. Мечникова

(за матеріалами BBC News Україна, Дніпро)

Підсумовуючи основні результати дослідження інноваційних підходів в управлінні медичним підприємством в умовах сучасних викликів, ми визначили, що *на загальнодержавному рівні управління медичним забезпеченням в НС інновації реалізується у площині правового механізму публічного управління (контрактування медичних послуг виключно з державними/ комунальними закладами); на регіональному рівні управління інноваційність публічноуправлінської діяльності реалізується, переважно, через механізми фінансово-економічного змісту (програмно-цільове забезпечення діяльності, утримання закладу тощо); а на локальному рівні управління інновації реалізуються у площині інституційних механізмів управління, як-то створення антикризового центру в структурі лікарні, так і в механізмі упровадження новітніх медичних технологій на рівні досягнень європейської медицини. В наступному підрозділі дисертаційного дослідження ми більш ґрунтовно розглянемо зарубіжний досвід управління та адміністрування медичної сфери в умовах надзвичайних ситуацій.*

2.3. Зарубіжний досвід управління та адміністрування медичної сфери в умовах надзвичайних ситуацій

Сучасному суспільству, суспільству цифрової ери, притаманна наявність багатьох інновацій та значне прискорення трансформації суспільних відносин у всіх сферах життєдіяльності. Крім того, сучасне суспільство характеризується й значною кількістю глобальних проблем та загроз, які мають іноді емерджентний характер. Насамперед, мова йде про загрози раніше невідомих хвороб, як наприклад, пандемія COVID-19 (2020-2023 рр., 760 млн. випадків захворювання та 6,9 млн смертей) чи епідемія мавпячої віспи, випадки якої були зареєстровані у 2023 році у понад третини країн світу [125].

Абсолютно новою загрозою для 56 країн Європейського регіону стало повномасштабне розгортання російсько-української війни, яка безпосередньо торкнулася не тільки країн-учасниць конфлікту [70], але й більшість країн Європейського Союзу (ЄС) зазнали викликів війни [115], які насамперед, ідентифікувались значним комплексом проблем соціально-економічного та гуманітарного змісту (кількаразові мільйонні хвилі українських біженців війни до країн ЄС, проблеми національного ринку праці в країнах ЄС, навантаження та соціальний бюджет тощо) [108].

Приймаючи до уваги все вищезначене, національні уряди країн ЄС чітко ідентифікували спільні загрози та спільні соціальні цінності. Серед них, насамперед, пріоритетними соціальними цінностями, що вимагають скоординованої політики та спільних дій, є цінності щодо вирішення кліматичних проблем та розвитку зелених технологій, поглиблення цифрової трансформації, забезпечення прав людини, утвердження принципів інклюзивного та біорізноманітного розвитку. В той же час, національні уряди та громадяни країн ЄС вважають чи не найбільшими сучасними загрозами такі загрози, як тероризм, загрози для здоров'я та безпеки (COVID-19 чи хвороба

Х) [126]. А також вони солідарні у тому, що російська збройна агресія проти України має високий ступінь ймовірного поширення на країни ЄС [27; 58].

Тож як бачимо, проблематика публічного управління у сфері охорони здоров'я та його безпеки, залишається на досить високому рівні, навіть в умовах постковідного періоду. Тим більшої актуальності, на наш погляд, проблема здоров'язабезпечення та здоров'язбереження набуває в умовах активної фази збройної агресії (як це зараз відбувається на території України) чи навіть в умовах ймовірної загрози збройної агресії РФ проти країн ЄС та країн, що входять до блоку НАТО. Тому доцільним постає питання більш ґрунтовного розгляду європейського досвіду інституційної готовності сфери охорони здоров'я до функціонування в умовах надзвичайних викликів – викликів війни та пандемії [10].

Перш за все, акцентуємо увагу на тому, як система охорони здоров'я працювала у доковідний період, а саме як організаційний механізм управління системою охорони здоров'я забезпечував доступ населення до якісних медичних послуг. Відповідно до звіту Організації економічного співробітництва та розвитку «Здоров'я на перший погляд 2019: показники ОЕСР», у доковідний період кожна п'ята людина в усьому світі не зверталася до лікаря, незважаючи на потребу в медичній допомозі через відсутність фінансової спроможності сплатити за консультацію спеціалістів чи купити необхідні ліки [118].

Наявність відповідних ресурсів охорони здоров'я є ключовим фактором функціонування системи охорони здоров'я. Якщо системи охорони здоров'я не забезпечують належного фінансового захисту, люди можуть не мати достатньо грошей, щоб оплатити медичне обслуговування чи задовольнити інші базові потреби. Як наслідок – відсутність економічного захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, підірвати здоров'я, поглибити бідність і загострити нерівність у сфері охорони здоров'я та соціально-економічну нерівність. Проте практика функціонування систем охорони

здоров'я у різних країнах світу показує, що збільшення ресурсів не означає кращих результатів для здоров'я та якості медичного забезпечення.

Сьогодні система охорони здоров'я зарубіжних країн демонструє сучасний вектор розвитку та інноваційність у наближенні медичних послуг до пацієнта за рахунок розвитку системи електронного здоров'я та на основі підвищення якості надання медичних послуг та підвищення рівня їх технологізації. При цьому слід враховувати те, що нові демографічні, епідеміологічні та фінансові проблеми посилюють потребу орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби людей та громад на підставі таких пріоритетних складових, як:

- доступ до медичної допомоги (доступність і своєчасність);
- процес надання допомоги (профілактичні заходи, безпечний догляд, скоординований догляд і зайнятість, переваги пацієнтів);
- галузева ефективність управління на всіх рівнях;
- справедливість у сфері охорони здоров'я (вертикальна, горизонтальна);
- результати галузевого управління (здоров'я населення, смертність і захворювання, пов'язані зі здоров'ям);
- економіка та цифровізація системи охорони здоров'я.

Ці складові в цілому визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування самої системи охорони здоров'я [119].

Але з початком пандемії COVID-19, а тим більше в умовах повномасштабної збройної агресії росії, одним із пріоритетів публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я постає пріоритет безпеки для пацієнтів та персоналу медичних установ, підприємств та закладів. Так, пандемія COVID-19 стимулювала розробку та впровадження в країнах ЄС нових принципів управління на локальному рівні. Серед ключових

принципів управління, які успішно застосовувались упродовж пандемічного періоду та проголошені органами управління ЄС як такі, що мають універсальний характер і забезпечують досягнення оптимального на рівні окремого лікувального закладу (локальний рівень управління) або виявились найбільш ефективним на місцевому рівні управління, якщо мова йде про невелику територіальну громаду, яка утримує один медичний заклад, найбільш актуальними та загальногалузевими принципами управління слід назвати такі:

1. Гнучкість і адаптивність. У зв'язку зі швидкими змінами епідемічної ситуації лікарні повинні були трансформуватися із традиційних лікувальних закладів, що функціонували за принципом планового надходження конкретно визначеної кількості пацієнтів в сучасні медичні підприємства з більш гнучкою структурою та логістикою надання медичних послуг в залежності від мінливої епідемічної ситуації та мати можливість швидкої адаптації медичних і управлінських процесів. Тобто, традиційно громізка структура вимушена була оперативно реагувати на зміни у поширенні коронавірусу, а її послуги повинні були набути ознак пластичності та еластичності за рахунок перебудови внутрішньосистемних процесів та ресурсів галузі відповідно до поточної ситуації.

2. Цифровізація та телемедицина. Пандемія прискорила впровадження цифрових технологій і телемедичних послуг на рівні медичних підприємств країн ЄС. Насамперед, мова йде про використання онлайн-консультацій, дистанційне спостереження за пацієнтами та електронні медичні записи (медичні карти пацієнтів). Телемедичні консультації значно покращили доступ, особливо у віддалених районах, а їх загальна кількість значно зросла у період пандемії. Так, у країнах ЄС у 2021 році було зареєстровано в середньому 19% усіх звернень до лікарів за допомогою засобів телемедицини. Завдяки цифровим платформам покращується якість медичної допомоги з точки зору безпеки та ефективності. Це дозволяє медичному персоналу

приділяти більше уваги наданню медичних послуг та медичної допомоги, орієнтованої на людей.

3. Посилення захисту персоналу. Лікарні завчасно покращили заходи щодо захисту персоналу від інфекцій, включаючи навчання правильному використанню захисного обладнання та одягу, регулярне тестування на COVID-19 і забезпечення відповідними засобами індивідуального захисту.

4. Управління ресурсами. Під час пандемії управління такими ресурсами, як ліжка у відділеннях інтенсивної терапії, медичне обладнання та ліки, стало особливо важливим інструментом медичної сфери. Лікарні розробили нові системи управління ресурсами для ефективного розподілу та використання наявних коштів.

5. Комунікація та координація. Упродовж періоду пандемії надзвичайно важлива роль в управлінських процесах належала таким функціям як комунікація та координації. Це було важливим між урядом, політиками, органами влади та органами галузевого управління, а також між різними рівнями управління медичними та іншими установами соціального та реабілітаційного секторів. Це проявилось в регулярних зустрічах, обміні інформацією та міжгалузевій співпраці у подоланні спільних викликів, спричинених пандемією COVID-19.

6. Фінансова підтримка державою сектору охорони здоров'я. Так, у доковідний період з 2013 по 2019 рр. країни Євросоюзу витрачали в середньому 8,8% ВВП на охорону здоров'я. З настанням пандемії, витрати на утримання медичної галузі зросли до 9,7%. Але пізніше, з упровадженням вакцинопрофілактики, у 2022 році видатки на цю галузь в середньому становили в країнах близько 9,2% ВВП, як зазначається у міжнародному звіті «Health at a Glance 2019. OECD Indicators». Це є свідченням того, що потреба у витратах на подолання пандемії значно зменшилась. Зважаючи на це можна акцентувати, що певний дефіцит у фінансовому захисті створює ситуацію, коли охорона здоров'я стає менш доступною для найбільшої кількості фінансово незахищених громадян. А платежі домогосподарств на потреби

охорони здоров'я із власної кишені складають майже п'яту частину щомісячних витрат.

Для прикладу можна розглянути досвід кількох країн Європейського Союзу щодо трансформаційних змін публічноуправлінських підходів у сфері охорони здоров'я в період пандемії. Для більш ґрунтовного аналізу розглянемо досвід Естонії та Польщі [117; 123]. Вибір цих країн обумовлений швидкими темпами діджиталізації усіх сфер суспільного життя, у тому числі й медичної сфери. Адже всім відомо, що Естонія упродовж вже кількох років поспіль є країною-лідером у рейтингу країн ЄС у сфері цифрової трансформації. Саме тому розвиток цифрових технологій в управлінні медичною сферою можна вважати «цифровою перлинкою» галузевої стійкості медичної сфери цієї країни. А Польська Республіка традиційно слугує таким євроінтеграційним дороговказом для української держави, за зразками якої трансформується вітчизняна медична сфера.

Розглядаючи досвід застосування публічноуправлінських підходів в організації протипандемічної стійкості медичних підприємств в європейських країнах слід зазначити, що в рамках їх національного виміру існують певні спільності, і певні відмінності. Ці спільності, з одного боку, пояснюються єдністю принципів єдиної загальноєвропейської політики та євроінтеграційної взаємодії перед викликом пандемії. Перелік основних публічноуправлінських підходів щодо забезпечення стійкості медичних підприємств в країнах ЄС перед загрозою пандемії були визначені вище. Особливий акцент тут додатково слід зробити на практичній значущості системи «Цифрове здоров'я», яка стала для всіх європейських країн основною організаційною платформою для термінової трансформації управлінських процесів в системі охорони здоров'я в умовах протиепідемічних обмежень контактів як у внутрішньомедичному середовищі, так і в рамках контакту «пацієнт-медперсонал». Галузевий сервіс «Цифрове здоров'я» дозволяє пацієнтам з будь-якого місця отримувати доступ і взаємодіяти з усіма своїми даними через портал. Тож готовність країни до цифрової трансформації залежить від

ефективного управління даними про здоров'я, узгоджених підходів до цифрової безпеки та здатності відповідально використовувати цифрові інструменти (зокрема штучний інтелект) для суспільного блага. Разом з тим, відповідно до міжнародного моніторингового звіту, зазначається, що 90% країн ЄС мають національний електронний портал охорони здоров'я. Однак при цьому лише в кожній другій країні громадянська може отримувати доступ і взаємодіяти з усіма своїми даними через цей портал. Тобто, система «Цифрове здоров'я» в рамках країн Європейського Союзу не має ще достатнього високого рівня транспарентності та публічної взаємодії.

На національному рівні країн ЄС існують певні відмінності в реалізації публічного управління медичною сферою в період пандемії: не кожна країна одразу оголосила національний локдаун, країни по-різному трансформували інфраструктуру медичної сфери, існували різні підходи до проведення профілактичних щеплень тощо [120]. Короткий зміст характеристик цих відмінностей по вибраним для аналізу країнам надано табл.1.

В глобальному ж контексті стійкість медичних підприємств перед загрозою зовнішніх викликів не є явищем ізольованим, адже над її архітектурою працюють усі сфери суспільного життя на всіх рівнях управління на засадах міжгалузевої і міжсекторальної співпраці [124].

Такий підхід дозволив розрахувати індекс національної протиепідемічної стійкості (ІНПС), значення якого знаходиться у межах від 0 до 100 умовних одиниць. Характеристика основних відмінностей у формуванні національної політики протидії пандемічної загрози COVID-19 на основі виокремлення галузевого аспекту діяльності представлено у таблиці 2.4.

Як видно із наданої інформації (табл.2.4), індекс національної протиепідемічної стійкості (ІНПС) формується на підставі певного переліку показників, що відображають заходи політики на рівні національного уряду кожної держави.

Таблиця 2.4

Характеристика основних відмінностей у формуванні національної політики протидії пандемічної загрози COVID-19: галузевий зріз

Естонія	Показник по країнам ЄС (середній)	Польща
4,1	Кількість стаціонарних ліжок на 1 тис. нас. – 5,5	5,2
Знизився в період пандемії	Показник заповнення ліжок	Знизився в період пандемії
Планові операції відтерміновано, проводяться тільки ургентні операції	Показник проведення планових операцій	Показник значно скоротився і є нижчим, ніж середній показник ЄС
Значно зростають та утримуються за рахунок інвестицій від ЄС	Видатки державного бюджету на галузь охорони здоров'я	Значно зростають та утримуються за рахунок інвестицій від ЄС
17%	Вакцинація в групі ризику 60+ (36% отримали 2 вакцини + бустер)	Дані відсутні (популяційний показник повної вакцинації 30%)
Відбулось нещодавно	Реформування медичної галузі	Відбулось давно
Запроваджена система моніторингу і оцінки (MiO) епідемічної загрози, цифрові медичні та управлінські технології	Технологізація управлінських процесів у медичній сфері	Запроваджена система моніторингу і оцінки (MiO) епідемічної загрози, цифрові медичні та управлінські технології

Складено автором за [117; 119; 123]

Для кожної країни європейського регіону, а навіть і світу, ІНПС розраховувався на підставі таких показників: закриття шкіл; закриття робочих місць; скасування масових заходів; обмеження громадських зібрань; закриття громадського транспорту; вимоги щодо перебування вдома; громадські інформаційні кампанії; обмеження внутрішніх рухів; контроль за міжнародними поїздками.

Візуалізацію Індексу національної протиепідемічної стійкості (ІНПС) можна представити і в інший спосіб, а саме через діаграмну проекцію. Як

видно із представлених діаграм (рис.2.9), ІНПС для країн ЄС (Естонія, Польща) та країн-кандидатів (Україна) є дуже близьким за своїм значенням.

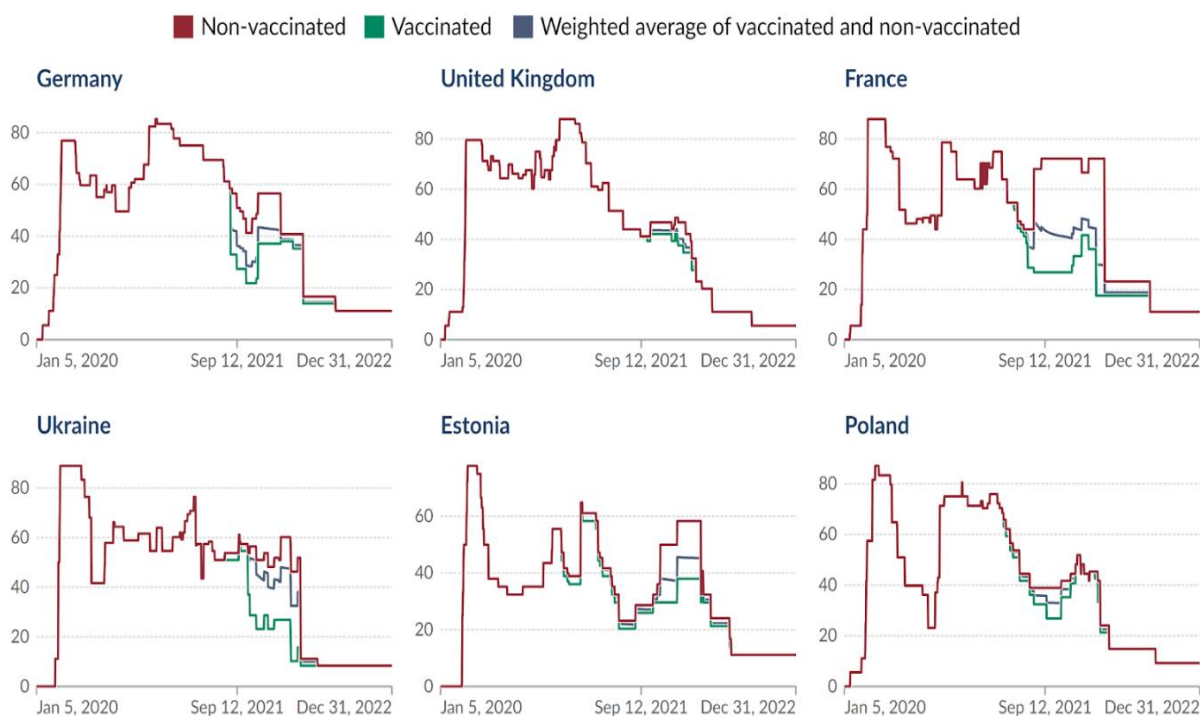


Рис.2.9. Індекс національної протиепідемічної стійкості COVID-19 по вибраним країнам (назви країн подано мовою оригіналу)

Складено автором за [124]

Відмінність полягає тільки у тому, що Україна на півроку запізнилася із введенням вакцинації у порівнянні з європейськими країнами. Але до її введення українська держава у сфері публічного управління охороною здоров'я застосовувала метод пролонгації організаційного механізму управління. Результат прийняття такого управлінського рішення на національному рівні дозволив сформувати однофазний перебіг пандемії на у межах адміністративних кордонів України.

В той же час на діаграмах Польщі та Естонії чітко видно двофазний перебіг пандемії, навіть на тлі вчасного запровадження загальнодержавної програми вакцинації (рис.2.9). На рисунку також видно й характер перебігу

пандемії в інших країнах Європейського Союзу, таких як Німеччина та Франція. Хоча Німеччина й була країною-лідером ЄС по запровадженню вакцинації, ми бачимо, що перебіг епідемії у цій країні теж мав двофазний характер.

Доречно акцентувати, що запропонований перелік показників для обрахування ІНПС не містить маркерів для оцінки діяльності сфери охорони здоров'я. Проте, навіть вже існуючі показники, мають свій функціонал і вони найбільш ідентифікувались за такими основними напрямками оцінювання, як:

- політика щодо проведення тестування серед хворих чи осіб з групи ризику (контактних);
- ступінь відстеження епідемічних контактів;
- застосування захисної маски в громадських місцях;
- політика імунопрофілактики (вакцинації).

Застосування вищезазначених показників діяльності медичної сфери разом з показниками національної протиепідемічної стійкості (заходи державної політики позамедичного впливу) формує індекс національного протиковідного контролю (НПК), який також вимірюється в умовних одиницях від 0 до 100. Характеристика індексу державного протиепідемічного контролю за перебігом пандемії *COVID-19 за період 01.01.2020-31.12.2022 рр. представлені у таблиці 2.5.*

Цей індекс показує стан національної політики, яку реалізують інститути державного, приватного та громадського сектору, щоб забезпечувати стримування подальшого поширення пандемії.

Індекс національного протиковідного контролю, за даними міжнародних спостережень, показує, що за своїм середнім значенням Україна та Естонія попадають в одну регіональну групу, в якій середнє значення умовного показника контролю держави над перебігом пандемії становить від 20 до 30 ум.од. При цьому Україна та Естонія мали різні показники найвищого порогу державного контролю.

Таблиця 2.5

**Характеристика індексу державного протиепідемічного контролю за
перебігом пандемії COVID-19 за період 01.01.2020-31.12.2022 рр.**

Країна	Найвище значення індексу, ум.од	Середнє значення індексу, ум. од.	Ранг групи НПК для країн ЄС та для України (авторська розробка)
Естонія	66,12	25,60	II
Україна	79,17	20,83	
Польща	75,48	19,05	I

Складено автором за [124]

Тобто, українська держава застосовувала більш суворіші правила як медичного, так і немедичного змісту упродовж періоду пандемії, про що свідчить найвищий показник 79, 17 ум.од. В той же час, уряд Естонії діяв менш суворіше, про що свідчить показник 66,12 ум.од.

Грунтовне дослідження тенденцій формування та утримання на певному рівні індексу національного протиковідного контролю (НПК) дозволило автору ранжувати країни Європейського Союзу (n=27 країн) на п'ять груп, що характеризуються кількісно-якісними ознаками реалізації державної політики стосовно виклику COVID-19. Так, за результатами проведеного дослідження було виокремлено такі групи відповідного рівня державного контролю за перебігом пандемії:

група № 1 – заходи національної стійкості мають кількісний показник мінімальних проявів (6 країн);

група № 2 – заходи національної стійкості мають кількісний показник середньозважених проявів (14 країн);

група № 3 – заходи національної стійкості мають тенденцію до проявів високого рівня контрольованого впливу держави (5 країн);

група № 4 – заходи національної стійкості мають високий рівень державного контролю (1 країна);

група № 5 – заходи національної стійкості мають високий рівень державного контролю (1 країна).

Нами здійснено також оцінювання заходів політики національної стійкості і для України. Відповідно до ранжування зазначених груп, за результатами оцінювання державної політики Естонія та Україна увійшли до групи № 2 (табл. 2). В той же час, не дивлячись на високе порогове значення показника державного протиепідемічного контролю, який мала польська держава, загальна оцінка її політики мала значно нижчий результат. Тому Польща за індексом державного контролю за перебігом пандемії COVID-19 знаходиться в іншій групі. Цей факт пояснюється тим, що від початку збройної агресії РФ у 2022 році Польща прийняла близько 3 млн. українських біженців [121].

І саме це могло негативно вплинути на ефективність організаційного механізму державної політики національного спротиву викликам пандемії COVID-19.

Наприкінці розгляду матеріалів з вивчення зарубіжного досвіду публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, потрібно зробити певні акценти. Насамперед, про удосконалення механізмів нормативно-правового забезпечення публічноуправлінської діяльності щодо запобігання загрозам надзвичайних ситуацій. Так, з початком повномасштабної збройної агресії проти України на рівні Європейської Комісії було прийнято низку регламентів та нормативно-правових документів, зміст яких спрямовано, перш за все, на захист

інфраструктури медичних установ у разі викликів війни чи інших надзвичайних ситуацій. Серед них слід назвати такі, як:

1. Регламенти ЄС про цивільний захист. Європейський Союз має перелік спеціальних регламентів та директив, що стосуються питань цивільного захисту, які можуть містити й заходи щодо захисту медичних установ. Наприклад, регламенти ЄС можуть містити положення про співпрацю між країнами-членами в обміні ресурсами та допомоги у разі надзвичайних ситуацій, включаючи воєнні конфлікти.

2. Директиви ЄС щодо безпеки охорони здоров'я. Відповідні інститути ЄС розробляють директиви та рекомендації щодо безпеки охорони здоров'я, які можуть стосуватися захисту медичних установ від загроз військового характеру.

3. Стратегії готовності ЄС. Європейський Союз розробляє стратегії готовності до різних видів загроз, включаючи воєнні конфлікти. Ці стратегії можуть включати заходи захисту критичної інфраструктури, у тому числі й заходи щодо захисту медичних установ в умовах виникнення воєнних конфліктів.

4. Співпраця з міжнародними організаціями. Європейський Союз співпрацює з різними міжнародними організаціями у розробці стратегій та заходів щодо захисту медичних установ у разі військових загроз. Перш за все, такими партнерами ЄС виступають НАТО та Організація Об'єднаних Націй, Міжнародний Червоний Хрест. Крім того, ЄС має й спеціальний інститут в особі Організації з безпеки і співробітництва в Європі (ОБСЄ), до відання якого належать питання сфери безпеки, співробітництва у галузі економіки, науки, технологій та довкілля, а також в гуманітарній та інших сферах (права людини, інформація, культура, освіта). Варто відзначити, що в Україні місія ОБСЄ здійснює моніторинг питань у сфері безпеки людини, у тому числі й питань організації надання допомоги за напрямками соціальної та психологічної реабілітації населення, постраждалого внаслідок воєнного конфлікту чи негативного впливу хронічного стресу [56].

В контексті глобального виміру управління та впливу повномасштабної російської війни проти української держави значно ріс ризик притягнення великих держав до відповідальності за епідемічну безпеку. Крім того, знищення російськими військами Запорізької атомної електростанції значно посилило занепокоєння щодо радіаційної та ядерної безпеки. У відповідь на ці виклики Україна у співпраці з європейськими партнерами планує розробити комплексну систему реагування на надзвичайні ситуації. Про це заявив перший заступник міністра охорони здоров'я Сергій Дубров під час виступу на Конференції Європейської комісії з питань готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я (HERA). «В рамках пакетів гарантій охорони здоров'я України підписано контракти на 193 позиції медичного постачання для вирішення потенційних надзвичайних ситуацій. Ці пакети також забезпечують доступ громадян України до основних ліків. Європейська Комісія видала орієнтовні рекомендації щодо передачі медичного обладнання закладам охорони здоров'я. Ми сподіваємося, що наші Партнери з Єврокомісії розглядатимуть цей перелік для реалізації відповідних рекомендацій у нашому регіоні», – зазначив Дубров [111]. Важливим кроком на рівні центральних органів влади, а саме на рівні МОЗ України, є визнання необхідності управлінських дій щодо створення стратегічного резерву ліків на випадок виникнення надзвичайних ситуацій у будь-якому регіоні нашої держави [25; 111]. Також, важливим інструментом публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я, як показує міжнародний досвід, є формат індивідуальних зустрічей з посадовцями інституцій ЄС, під час яких формується головний меседж з питань співпраці у медичній сфері та актуалізуються її нагальні пріоритети. Так, посадовців медичної галузі України мали відповідні зустрічі із Європейським комісаром з питань охорони здоров'я та безпеки харчових продуктів Стеллою Кіріакідес. Результатом цих зустрічей стала політична постійна підтримка України з боку очільника профільної Європейської Комісії. Зокрема, досягнуто згоди щодо необхідності розробки програми медичної евакуації постраждалих українців до

європейських клінік. Крім того, українська сторона отримала підтвердження готовності країн ЄС створити єдиний регуляторний орган для лікарських засобів, які будуть в рамках цієї програми імпортуватись до нашої держави. Важливість таких зустрічей, що мають різноспрямований характер із фокусуванням публічноуправлінської уваги на питаннях інституційної безпеки системи охорони здоров'я України, демонстрували також зустрічі представників МОЗ України із генеральним директором Генерального директорату Європейської Комісії з охорони здоров'я та харчової безпеки (Сандра Галліна, SANTE), представницею ВООЗ в Європейському Союзі (Оксана Доменті) та виконуючою обов'язки директора Управління HERA з підготовки до надзвичайних ситуацій і реагування (Лоран Мушель).

Висновки за розділом 2

Проведене дослідження показує, що в умовах повномасштабної війни установи регіональної мережі закладів охорони здоров'я взаємодіють в єдиному медичному просторі регіону незалежно від відомчого та адміністративного підпорядкування.

1. Підтверджено, що для забезпечення захисту життя та здоров'я цивільного населення від наслідків надзвичайних ситуацій соціального й воєнного характеру в умовах бойових дій, в особливі періоди техногенного й природного характеру у мирний час, практично в усіх країнах світу створені та функціонують системи цивільного захисту. Необхідність їхньої розбудови зумовлена суттєвим зростанням небезпечних для людського життя та здоров'я загроз і наслідків таких ситуацій. В Україні така система була створена ще з часів техногенної аварії на Чорнобильській АЕС, однак вона виявилась недостатньо ефективною в умовах новітніх викликів надзвичайного характеру, а тому постійно потребує інституційного розвитку. Регіональна система охорони здоров'я є детермінованим чинником регіональної системи

медичного забезпечення при НС, а головна лікарня області є системоутворюючим суб'єктом медичної допомоги у межах кордонів Дніпропетровського госпітального округу.

2. Визначено, що в умовах воєнного стану, система охорони здоров'я регіону забезпечує належний рівень надання медичної допомоги на основі диференційованого та багаторівневого державного управління, яке здійснюється на рівні центральних органів виконавчої влади за галузевим принципом і в практичній площині реалізується через інструмент державних контрактів на медичні послуги шляхом правової легітимації стану готовності до НС мережі медичних установ комунальної/державної форми власності. Участь регіональних органів влади та органів місцевого самоврядування у цих процесах функціонально реалізується на засадах забезпечення інституційного механізму публічного управління, а також економічно-фінансової підтримки через регіональні та місцеві цільові програми з охорони здоров'я та на випадок НС. Встановлено, що при укладанні контрактів з надавачами послуг стосовно готовності до роботи в надзвичайних ситуаціях публічноуправлінська складова в пакетах державних гарантій має детермінований характер. А на локальному рівні удосконалення механізмів управління медичним забезпеченням при НС реалізується на основі запровадження управлінських новацій (створення антикризового центру) та упровадження інноваційних медичних технологій в діагностично-лікувальному процесі.

3. Акцентовано, що в умовах воєнного стану управління організацією надання медичної допомоги ґрунтується, перш за все, на принципах комплексності, ефективності, прогностичності та інноваційності. Обґрунтовано, що Дніпропетровська область демонструє більш високий рівень забезпеченості лікарями та середнім персоналом у порівнянні з загальноукраїнським рівнем. Це може свідчити про кращу укомплектованість та кадрову спроможність медичних закладів регіону. Водночас загальна картина по країні залишає виклики у стандартизації кадрової забезпеченості

між регіонами, особливо в умовах дії таких чинників надзвичайного характеру як пандемія та збройний конфлікт, що має доволі тривалий перебіг.

4. Підтверджено, що медичний персонал найбільшої обласної цивільної лікарні, яка підпорядковується органу місцевого самоврядування регіонального рівня, а саме Дніпропетровській обласній раді, має достатній практичний досвід для надання медичної допомоги пораненим військовим, а показники її якості відповідають міжнародним стандартам. Крім того, Дніпропетровська обласна лікарня імені І.І. Мечникова постійно демонструє високий рівень міжнародної медичної активності, що дозволяє впроваджувати сучасні світові медичні технології у повсякденну медичну практику.

5. Визначено, що в умовах воєнного стану, зростаючих загроз надзвичайного характеру та підвищених очікувань суспільства щодо ефективності реагування на кризові ситуації, важливого значення набувають інноваційні інституційні рішення в системі публічного управління та адміністрування охорони здоров'я на локальному рівні. Одним із прикладів впровадження такого підходу є створення спеціалізованого Антикризового центру в структурі КП «Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова «ДОР», який забезпечує багаторівневу управлінську відповідь на надзвичайні ситуації. Зміст діяльності Антикризового центру відображає сучасну парадигму кризового менеджменту в охороні здоров'я та базується на принципах функціональної ієрархії, міжвідомчої координації, гнучкого ресурсного управління та безперервної комунікації. Цей структурний підрозділ виконує комплекс управлінських функцій, зокрема: організацію оперативного реагування на масове надходження постраждалих; налагодження міжсекторальної взаємодії з органами державної влади, правоохоронними структурами, військовими формуваннями, органами місцевого самоврядування та громадськими організаціями; прийняття тактичних рішень на основі медико-сортувального аналізу, які забезпечують раціональне використання внутрішніх ресурсів закладу; моніторинг і аналітичну підтримку управлінських рішень, що забезпечує своєчасну оцінку ситуації, визначення

потреб і оптимізацію дій адміністрації лікарні; інформаційно-комунікаційну діяльність у надзвичайних ситуаціях, яка передбачає прозору, але конфіденційну роботу з громадськістю, родичами постраждалих та ЗМІ; забезпечення внутрішньої безпеки пацієнтів і персоналу, включаючи розробку протоколів евакуації, дій у разі терористичних загроз чи масових заворушень; кадрову підготовку та розвиток кризових компетентностей персоналу через проведення тренінгів, симуляцій і спеціальних інструктажів. Таким чином, Антикризовий центр обласної лікарні ім. Мечникова виступає не лише функціональним підрозділом з оперативного реагування, а визначається як інституційна управлінська інновація, що формує нову якість локального публічного адміністрування в галузі охорони здоров'я. Це демонструє здатність українських медичних закладів адаптувати європейські управлінські моделі та розробляти власні, ефективні механізми кризового управління в умовах системних загроз.

6. На підставі вивчення зарубіжного досвіду управління медичним забезпеченням населення в умовах НС було встановлено, що з початком повномасштабної збройної агресії проти України на рівні Європейського Союзу відбулася активізація нормативно-правового та стратегічного реагування на загрози надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. Вивчення європейського досвіду засвідчило системну та комплексну спрямованість політики ЄС на забезпечення стійкості та захищеності інфраструктури медичних установ в умовах воєнних конфліктів та інших кризових ситуацій. Ключовими напрямками такого реагування є:

- ухвалення регламентів ЄС у сфері цивільного захисту, які передбачають інструменти міждержавної взаємодії, мобілізацію ресурсів та координацію дій у разі надзвичайних подій, що прямо впливає на безпеку функціонування медичних установ;
- розробка директив і рекомендацій щодо безпеки систем охорони здоров'я, орієнтованих на захист установ та медичного персоналу від воєнних загроз;

- впровадження стратегій готовності ЄС до кризових ситуацій, у яких захист критичної інфраструктури, включаючи медичну, є одним із пріоритетів забезпечення безпеки населення;
- посилення міжнародної співпраці ЄС з такими структурами, як НАТО, ООН, Міжнародний Червоний Хрест та ОБСЄ, що дозволяє залучати додаткові ресурси, обмінюватися кращими практиками та координувати гуманітарну підтримку в умовах воєнних дій.

Таким чином, європейський досвід демонструє високий рівень інституційної готовності до реагування на надзвичайні ситуації, а також визначає модель політики, яка може бути адаптована в Україні для посилення захисту системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та інших загроз. Запозичення зазначених підходів і механізмів доцільне для формування національної системи медичної безпеки з урахуванням стандартів ЄС.

Наукові результати другого розділу дисертаційного дослідження опубліковані автором у відкритих міжнародних та вітчизняних наукових виданнях та включені до переліку використаних джерел [8-13; 116].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО РОЗДІЛУ 2:

1. Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2023. 244 с.
2. Білий В. Я., Верба А. В., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. (2022). Щодо необхідності та порядку залучення цивільних закладів охорони здоров'я для медичного забезпечення військ. *Наука і оборона*. 2017. С. 31–36. URL: <http://nio.nuou.org.ua/article/view/157830>
3. Бойко С.Г. Функції рівнів державного управління у сфері охорони здоров'я: організаційні та нормативно-правові аспекти. *Публічне управління та адміністрування*. Вип. 3. 2018. С. 21-25. <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2018/3-2018/6.pdf>
4. Бурачик А.І., Ільченко А.О. Вдосконалення системи державного регулювання медичної допомоги учасникам бойових дій в контексті військово-медичної доктрини України. *Стратегія і тактика державного управління*. 2018. № 1 – 2. С. 79 – 85.
5. Гавва О.А. Е-медицина Дніпропетровщини: досягнення та перспективи. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада» - 2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 244-246). <http://surl.li/toqoim>
6. Гавва, О. (2024). Лікарня як об'єкт критичної інфраструктури: аналіз нормативно-правової бази. *Матеріали конференцій МЦНД, «Розвиток наук в умовах нової реальності: проблеми та перспективи»* 04.10.2024; Ужгород, Україна, 48–50. <https://archives.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/196/193>
7. Гавва О.А. Медичні установи регіону як об'єкти критичної інфраструктури: аспекти управління в умовах режиму воєнного стану. The 44th International scientific and practical conference «Recent Trend in Science and

Technology» (December 29-30, 2022) Littera Verlag, Munich, Germany. 2022. 148 p. (авт. С. 42-46).

8. Гавва О.А. Стійкість медичних підприємств в умовах загроз пандемії та війни: європейський досвід/ Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 236 с. С. 176-186.

9. ДП «Електронне здоров'я». <https://ezdorovya.ua/>

10. Деякі питання об'єктів критичної інфраструктури : постанова КМУ від 09 жовтня 2020 року № 1109. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1109-2020-%D0%BF#Text>

11. Деякі питання паспортизації об'єктів критичної інфраструктури: постанова Кабінету Міністрів України від 4 серпня 2023 року № 818. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/818-2023-%D0%BF#Text>

12. Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова. <https://surl.li/dosked>

13. Дніпропетровська обласна рада. Перелік ОКП, закладів, установ. <https://salo.li/B429440>

14. Доступні ліки. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki>

15. Електронна система охорони здоров'я в Україні. <https://ehealth.gov.ua/>

16. Європейська програма роботи, 2020–2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

17. Законодавство України у сфері захисту населення від надзвичайних ситуацій. <https://dp.dsns.gov.ua/zakonodavstvo>

18. Зима І. Я. Реалізація механізму державного управління системою охорони здоров'я в регіоні (на прикладі Рівненської області). *Державне*

управління: удосконалення та розвиток. 2019, № 7.
http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/7_2019/24.pdf

19. Карамішев Д. В. (2022). Організаційно-правові засади цивільно-військової взаємодії з питань оборони та життєзабезпечення Збройних Сил України в умовах воєнного стану. *Державне будівництво*: зб. наук. праць; ел. вид. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2022. № 1 (31).

20. Кодекс цивільного захисту України. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2013, № 34-35, ст.458

21. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. Ст. 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

22. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021. 137 с. <https://moz.gov.ua/uk/pacientoorientovanist>

23. Klymenko, V. I., Kremsar, I. M., & Korogod, N. O. (2020). МЕДИЧНІ КАДРИ – НАЙГОЛОВНІШИЙ РЕСУРС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ ПЕРВИННОГО РІВНЯ. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (4), 40–45. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.4.10947>

24. Krut, A. G., & Gorochuk, V. V. . (2019). Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 38–43. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10590>

25. Лисун Д.М. (2019). Пошкодження кінцівок внаслідок сучасних бойових дій: клініко-епідеміологічний аналіз»: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.21 – травматологія та ортопедія. Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України, Київ, 2019. <https://ito.gov.ua/assets/uploads/2019/specrada/10/lisun/ref-lisun.pdf>

26. Лікарня Мечникова у Дніпрі зберегла свій статус.
<https://kp.ua/ua/politics/a658033-likarnja-mechnikova-u-dnipri-zberehla-svij-status>
27. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків. під ред. Е. М. Лібанової. Київ, 2010. 496 с.
28. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я: монографія; За заг. ред. М. М. Білинської, Н. О. Басюк, О. Д. Фірсової. Київ: НАДУ, 2018. 416 с.
29. Медичний батальйон «Госпітальєр». <https://www.hospitallers.life/>
30. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14.04.2017, № 9.
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001282-17#Text>
31. МОЗ України. Проект «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя». (HEAL Ukraine).
https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/HEAL_%D0%A0%D0%92%D0%95%D0%A1%D0%9C_2023.pdf
32. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. Національний проект «Децентралізація». Міністерство розвитку громад та територій. URL:
<https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytokmistsevoho-samovryaduvannya/>
33. Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. *Стратегія і тактика державного управління*. 2020. № 1-2. С. 26-39.
34. Опендатабот. Офіційний сайт. <https://opendatabot.ua/c/01985423>
35. Організаційні та правові засади надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини. МОЗ України.
<https://moz.gov.ua/uk/organizacijni-ta-pravovi-zasadi-nadannya-medichnoyi-dopomogi-iz-zastosuvannyam-telemedicini>

36. Оцінка ефективності бюджетних програм. Департамент охорони здоров'я ДОДА. <https://dozdniprooda.com.ua/site/uk/content/ocinka-efektyvnosti-byudzhetnyh-program-0711101-0711102-za-2024-rik>

37. Пандемія COVID-19 демонструє необхідність невідкладних реформ систем охорони здоров'я, епіднагляду та управління як у межах, так і поза межами Європейського регіону ВООЗ. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf>

38. Постанова КМУ [«Про затвердження порядку ведення реєстру об'єктів критичної інфраструктури, включення таких об'єктів до реєстру, доступу та надання інформації з нього»](#) від 28 квітня 2023 року № 415.

39. Про внесення змін до деяких законів України щодо функціонування державної служби та місцевого самоврядування у період дії воєнного стану: закон України від 12 травня 2022 року № 2259. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2259-20#Text>

40. Програма «U-LEAD з Європою. <https://decentralization.ua/donors/u-lead>

41. Про Державну комісію з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій: постанова Кабінету Міністрів України від 26 січня 2015 р. № 18. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/18-2015-%D0%BF#Text>

42. Про деякі заходи з оптимізації системи центральних органів виконавчої влади: указ Президента України від 24 грудня 2012 року № 726. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/726/2012#Text>

43. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: закон України від 20.10.2014 № 1706. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>

44. 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 № 385. <https://www.hsa.org.ua/blog/yakyh->

[fahivtsiv-mozhna-dodatkovo-zaluchaty-do-nadannya-medychnoyi-dopomogy-v-umovah-voyennogo-stanu](#)

45. Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану: наказ МОЗ України від 26.02.2022 № 383. <https://www.hsa.org.ua/blog/yakyh-fahivtsiv-mozhna-dodatkovo-zaluchaty-do-nadannya-medychnoyi-dopomogy-v-umovah-voyennogo-stanu>

46. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 року № 156-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text>

47. Про запровадження воєнного стану в Україні: указ Президента України № 64/2022. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>

48. Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуаційб спільний наказ МОЗ України та МВС України від 03.04.2018 № 275/600. https://zakononline.com.ua/documents/show/373931_373996

49. Про затвердження методичних рекомендацій щодо категоризації об'єктів критичної інфраструктури: наказ Адміністрації державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України від 15 січня 2021 № 23. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0023519-21#Text>

50. Про затвердження національного плану захисту та забезпечення безпеки та стійкості критичної інфраструктури: розпорядження Кабінету Міністрів України від 19 вересня 2023 р. № 825-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/825-2023-%D1%80#Text>

51. Про затвердження посадового складу регіональної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій: розпорядження Голови Дніпропетровської ОДА від 04.02.2021 № Р-77/0/3-21.

<https://cz.dp.gov.ua/storage/app/sites/173/Normatyvna%20baza/Rehionalna%20komisiia%20z%20pytan%20TEB%20i%20NS/3iy%20pynkt/1-3.pdf>

52. Про затвердження Типового положення про регіональну та місцеву комісію з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій: постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2015 р. № 409. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/409-2015-%D0%BF#Text>

53. Про зону надзвичайної екологічної ситуації: закон України № 1908. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1908-14#Text>

54. Про критичну інфраструктуру: закон України від 16.11.2021 № 1882. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1882-20#Text>

55. Про місцеве самоврядування в Україні: закон України від 21.05.1997 р. № 280. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97>

56. Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію: закон України від 21 жовтня 1993 року № 3543. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3543-12#Text>

57. Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів та запобігання корупції: Указ Президента України від 20 вересня 2019 року № 713/2019. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713/2019#Text>

58. Про національну безпеку України: закон України від 21 червня 2018 року № 2469. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2018, № 31, ст.241.

59. Про Національну службу здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

60. Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2024 роки»: рішення Дніпропетровської обласної ради від 13.12.2019 року № 535-20/VII. URL: <http://surl.li/lovul>

61. Про оборону України: закон України від 6 грудня 1991 року № 1932. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1992, № 9, ст.106.

62. Про основи національної безпеки України: закон України від 19 червня 2003 року. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 2003, № 39, ст.351

63. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14.11.2017 № 2206. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

64. Про правовий режим воєнного стану: закон України від 12 травня 2015 року № 389. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>

65. Про правовий режим надзвичайного стану: закон України від 16 березня 2000 року № 1550. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 2000, № 23, ст.176

66. Про Раду національної безпеки і оборони України: закон України від 05.03.1998. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1998, № 35, ст.237.

67. Про службу в органах місцевого самоврядування: закон України 7 червня 2001 року № 2493. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 2001, № 33, ст. 175.

68. Про функціонування єдиної транспортної системи України в особливий період: закон України 20 жовтня 1998 року № 194. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1998, № 52, ст.318

69. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: указ Президента України від 30 вересня 2019 року № 722. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019?find=1&text=%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%87#Text>

70. Почеборщ В.П. та ін. (2017). Роль єдиного медичного простору в організації медичної допомоги під час проведення АТО та подолання наслідків надзвичайних ситуацій. *УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ*. Вип. 4/1 (46). https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/43152/1/Uzn_2017_4%281%29_3.pdf

71. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.

72. Риженко Сергій. Генеральний директор Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова. Інтерв'ю для «Час. Підсумки». <https://www.5.ua/regiony/za-krok-vid-smerti-abo-iak-riatuiut-poranenykh-biitsiv-istoriia-lehendarnoi-likarni-im-mechnykova-siuzhet-208221.html>

73. Рошкін Г. Г., Мазуренко О. В., Гуменюк К. В. та ін. (2022). Єдині протоколи надання екстреної медичної допомоги як елемент цивільно-військової взаємодії на територіях проведення спеціальних операцій в Україні. *Травма*. 2020. Том 21. № 2. С. 74–87.

74. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8. С. 105–112. DOI: [10.32702/2306-6814.2021.8.105](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.8.105)

75. Самофалов Д. О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 9. – URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1728>. DOI: [10.32702/2307-2156-2020.9.52](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2020.9.52)

76. Солоненко І. та ін. Соціальний капітал у сфері охорони громадського здоров'я та причини його девальвації в Україні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2010. № 3. С. 207-217. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2010_3_30

77. Талаш Т. Для мене лікарня ім. Мечникова – це не другий, а перший будинок, - заступник головного лікаря Олена Гавва. *Новини Дніпра*. 20.04.2018. <https://uanews.dp.ua/society/2018/04/20/142037.html>

78. Лещенко О.Я., Гаркуша О.М., Крутін М.В. Теоретичні основи виникнення надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та реагування на них: Методичний посібник. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2005. 197 с.

79. У 2024 р. обсяг медичних послуг, що фінансується державою, збільшиться. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-2024-r-obsiah-medychnykh-posluh-shcho-finansuietsia-derzhavoiu-zbilshytsia-viktor-liashko>

80. Указ Президента України від 15.05.2013 № 265 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 березня 2013 року «Питання протидії загрозам і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій»». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/265/2013#Text>

81. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019: спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019. 98 сс

82. Україна разом з Єврокомісією планує створити стратегічний запас ліків на випадок надзвичайних ситуацій. <https://www.kmu.gov.ua/news/ukraina-razom-z-ievrokomisiiei-u-planuie-stvoryty-stratehichnyi-zapas-likiv-na-vypadok-nadzvychainykh-sytuatsii>

83. Цілі сталого розвитку-2030. Україна. <https://www.undp.org/uk/ukraine/tsili-staloho-rozvytku>

84. Шипко А. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі. Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2009. Вип. 3 (3). С. 254-261.

85. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/266/4992.pdf>

86. Borodin Yevgeniy, Havva Olena. Organization of Surgical Care for Ukrainian Military in Civil Medical Facilities: Dnipro Experience. *Archiv EuroMedica*. 2022. 12; sp: e1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.4. URL: <http://journal-archiveuromedica.eu/archiv-euromedica-sp-2022/4-ORGANIZATION-OF-SURGICAL-CARE-FOR-UKRAINIAN-MILITARY-IN-CIVIL-MEDICAL-FACILITIES-DNIPRO-EXPERIENCE.html>

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИХ ЗАСАД УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

3.1. Діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: традиційні, модернізовані та адаптивні функції

У третьому розділі дисертаційного дослідження представлено результати авторського наукового здобутку з питань удосконалення організаційно-правової моделі управління наданням медичних послуг територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій. Фокус дослідницької уваги було зосереджено на проблематиці питань децентралізації управління системою охорони здоров'я в умовах глобальних та локальних ризиків; дослідженню публічноуправлінських підходів у визначенні потреб територіальної громади у медичних послугах в умовах надзвичайних ситуацій; розробці організаційно-правової моделі управління наданням медичних послуг територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій [56; 57]. У розділі обґрунтовується авторська позиція про те, що в сучасних умовах вкрай нарізла необхідність удосконалення організаційно-правових засад публічного управління сфери охорони здоров'я. Актуальність удосконалення публічноуправлінської діяльності на місцевому рівні обумовлена зростанням частоти та масштабів надзвичайних ситуацій, особливо руйнації об'єктів критичної інфраструктури соціальної сфери в період воєнного стану [9]. Забезпечення безперервного надання медичних послуг у таких умовах вимагає ефективних організаційно-правових рішень, які враховують специфіку територіальних громад. Розробка удосконаленої моделі управління в цьому контексті є важливою умовою забезпечення стійкості системи охорони

здоров'я та підвищення рівня якості здоров'я, тривалості та безпеки життя для жителів громади.

Сучасна парадигма публічного управління та адміністрування повинна бути орієнтована на результати, забезпечувати відкритість та прозорість процесів, враховувати потреби та інтереси громадян, бути ефективною та ефективною в управлінні ресурсами та фінансами [18; 32; 41; 93].

Вона має базуватися на принципах демократії, правової держави, громадської участі та співпраці, інноваційності та постійного покращення якості послуг, які надаються громадянам. Також важливими складовими сучасної парадигми є цифровізація та використання сучасних технологій в управлінні та адмініструванні, забезпечення сталого розвитку та збереження природних ресурсів.

Особливість роботи органів місцевого самоврядування, як окремого функціоналу в системі публічного управління та адміністрування, в період дії правового режиму воєнного стану потребує надання додаткових повноважень та розробки механізмів їх реалізації.

З ухваленням у травні 2022 року Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо функціонування державної служби та місцевого самоврядування у період дії воєнного стану» [60] компетенція сільських, селищних, міських голів на час дії воєнного стану була суттєво розширена шляхом надання їм повноважень одноособово ухвалювати рішення щодо:

1. звільнення земельних ділянок комунальної власності від незаконно розміщених тимчасових споруд;
2. обстеження будівель і споруд, пошкоджених внаслідок бойових дій;
3. демонтаж будівель і споруд, які за результатами обстеження визнані аварійно небезпечними і такими, що становлять загрозу життю людей
4. передачі коштів з відповідного місцевого бюджету на потреби Збройних Сил України;

5. передачі коштів з відповідного місцевого бюджету для забезпечення заходів правового режиму воєнного стану;
6. створення установ з надання безоплатної первинної правової допомоги, призначення на посади і звільнення з посад керівників таких установ;
7. боротьби зі стихійним лихом, епідеміями, епізоотіями;
8. поводження з небезпечними відходами тощо.

Як можна побачити, із семи нових категорій повноважень, безпосередньо дотичними саме до проблем, що можуть виникнути через війну, є лише дві (визначені у пп. 2 та 4) і опосередковано дотичною – лише одна категорія (п.3), яка фактично є логічним продовженням попередньої. Чотири з семи категорій повноважень жодного відношення до функціонування органів місцевого самоврядування під час війни не мають. Ми розподілили нові функції органів місцевого самоврядування загального (позамедичного) змісту на дві групи, які визначають нові функції непрямої дії (І група) та нові функції прямої дії (ІІ група), які сформувались упродовж періоду дії правового режиму воєнного стану. Деталізація нових функцій місцевого самоврядування в контексті публічноуправлінської діяльності представлена у табл.3.1.

Водночас, поза увагою законотворців залишились аспекти оцінки пошкодженого впродовж бойових дій майна громадян, фінансування компенсаційних виплат з місцевих бюджетів через такі пошкодження, створення системи безоплатної допомоги в натуральному вигляді тимчасово переміщеним особам та постійним членам громад тощо.

Наразі повноваження органів місцевого самоврядування визначаються Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» [64]. Дія його повноважень триватиме впродовж всього періоду воєнного стану та ще за шість місяців з дня припинення або скасування воєнного стану в Україні, як це зазначено у прикінцевих положеннях ухваленого в травні 2023 року Закону України «Про службу в органах місцевого самоврядування» [69].

Таблиця 3.1

**Новий функціонал органів місцевого самоврядування в умовах дії
правового режиму воєнного стану в Україні**

Новий функціонал непрямої дії	Новий функціонал прямої дії
Новий функціонал публічного адміністрування непрямої дії (може застосовуватись органами місцевого самоврядування повною мірою в умовах мирного часу) - звільнення земельних ділянок комунальної власності від незаконно розміщених тимчасових споруд - демонтажу будівель і споруд, які за результатами обстеження визнані аварійно небезпечними і такими, що становлять загрозу життю людей; - створення установ з надання безоплатної первинної правової допомоги, призначення на посади і звільнення з посад керівників таких установ; - поводження з небезпечними відходами	Новий функціонал прямої дії, генеза якого пов'язана з війною та її наслідками і не застосовується в умовах сирного часу - обстеження будівель і споруд, пошкоджених внаслідок бойових дій; - передачі коштів з відповідного місцевого бюджету на потреби Збройних Сил України та/або для забезпечення заходів правового режиму воєнного стану; - боротьби зі стихійним лихом, епідеміями, епізоотіями;

Джерело: розроблено автором

За період повномасштабного вторгнення російських військ в Україну з 24.02.2022 року й дотепер у базовий закон, що визначає повноваження органів місцевого самоврядування законодавці вносили зміни тринадцять разів. Кожна з цих змін не була пов'язана із попередньою ані ідеологічно, ані методологічно, ані функціонально. Методологічне забезпечення функціонування органів місцевого самоврядування на період дії правового режиму воєнного стану має розширюватись та доповнюватись з огляду на нові завдання, що постають перед місцевою владою через війну [47]. До розробки нормативно-правових актів варто залучати як представників органів місцевого самоврядування, військових та військово-цивільних адміністрацій, так і

наукову спільноту. Лише спільна робота на межі використання різних світоглядних, парадигмальних та побутовопрактичних підходів дасть змогу вибудувати найбільш ефективну, раціональну та адекватну поточним викликам систему роботи місцевої влади під час війни.

На даному етапі дослідження вважаємо за потрібне здійснити перехід від загального огляду функцій місцевого самоврядування до спеціальної частини, яка передбачає аналіз функціонального навантаження стосовно публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Державне управління у сфері охорони здоров'я розглядається як цілісно організована система з чіткою характеристикою функцій і цілей, механізмів зворотного зв'язку, правової основи, а також процедур ухвалення та реалізації управлінських рішень. А основною метою діяльності органів управління цією системою є втілення державних функцій, що передбачає: чіткий поділ функціональних повноважень, ясне визначення цілей управління, доцільність обраних засобів для їх досягнення та легітимність дій від імені держави. Важливу роль у цьому відіграє скоординованість дій та узгодженість відносин між державними органами і органами місцевого самоврядування.

Ефективне управління медичною галуззю потребує постійного підвищення як якості самого процесу управління на всіх рівнях управління, так і якості медичного забезпечення та упровадження інноваційних медичних технологій і діяльність ЗОЗ [49]. Контекст публічноуправлінської діяльності та адміністрування сфери ОЗ стосується, перш за все, його динамічних функцій, які окреслюють послідовність етапів універсального управлінського циклу. Аналіз правових, науково-методичних та організаційних аспектів функціонування системи охорони здоров'я свідчить про безперервний процес модернізації функцій відповідних органів управління. За умов загальних трансформацій суспільства та впровадження ринкових принципів у соціальну сферу, система охорони здоров'я переживає перехід від стабільної радянської моделі керування (моделі Семашка) до ринково-орієнтованої та проєвропейської моделі управління медичною сферою (у мирний час) та

антикризового управління у період суспільних потрясінь (пандемія, війна та інші надзвичайні ситуації). Важко не погодитись, що такий перехід супроводжується дезорганізацією внутрішніх структурних елементів системи (тобто галузі ОЗ), але ж разом з тим, цей турбулентний перехід стимулює процес удосконалення як управлінської компоненти, так і медичної складової. У зв'язку з цим змінюються і функції управління, адже сенсом їх застосування є розвиток та модернізація публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я у відповідності до кращих європейських практик управління.

Для глибшого аналізу функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є важливим чітко визначення самого поняття «функція». Ефективність управління значною мірою залежить від коректного розуміння цього поняття. Існує багато визначень терміну «функція», однак для цілей цього дослідження нами використано підхід професора Н.Р. Нижник, яка визначає «функцію» як специфічний, узгоджений за предметом, змістом і засобами управлінський вплив держави на об'єкт керування. Це визначення дозволяє не лише виділити та описати функції державного управління, а й аналізувати їх розподіл «по галузевій вертикалі» та «по інституційній горизонталі» між різними рівнями управління, яке реалізується у сфері ОЗ.

За словами професора Нижник Ніни Романівни, функції державного управління демонструють стан, структуру і рівень саморегуляції процесів у будь-якій системі. Для правильного тлумачення поняття «функція» слід відокремлювати суб'єкти (управлінців) від об'єктів управління (елементів, якими управляють). Тож функція визначає взаємодію між суб'єктом і об'єктом управління як своєрідну дію, спрямовану на певний елемент системи. У системі охорони здоров'я такі функції полягають у створенні взаємозв'язків між суб'єктами і об'єктами управління, виборі оптимальних рішень, організації їх виконання, контролі за діяльністю медичних закладів і персоналу, коригуванні прийнятих рішень та з метою здійснення аналізу отриманих результатів управління. Цей процес має відповідати науково обґрунтованим критеріям ефективності публічноуправлінської діяльності.

Таким чином, поняття «функція» в контексті управління системою охорони здоров'я означає планомірний вплив суб'єктів управління на певні складові системи охорони здоров'я з метою здійснення організованого впливу на об'єкт управління для вирішення його проблем, що виникають у певний історичний період.

Управлінський вплив охоплює дії, що виконуються послідовно та взаємопов'язані в єдину систему. Це свідчить про те, що управлінський процес включає відпрацювання та реалізацію таких дій у межах управлінської системи. Етапи цього процесу становлять алгоритмічний порядок виконання управлінських функцій.

З огляду на зазначене, важливо визначити функціональний дизайн публічноуправлінської діяльності, який має функціонувати у середовищі реалізації політики у сфері охорони здоров'я, а також обґрунтувати причини і механізми формування чи оновлення таких функцій управління в залежності від нових запитів з питань здоров'я, які виникають під впливом чинників внутрішнього (медичне реформування) чи зовнішнього середовища (пандемія, війна).

Адміністративно-політичні функції відіграють ключову роль у регулюванні системи охорони здоров'я, як на національному, так і на місцевому рівнях. Стосовно національного рівня, слід сказати, що ці адміністративно-політичні функції закріплені в низці законодавчих та нормативно-правових актів. Наприклад, відповідно до статті 49 Конституції України [34], кожен громадянин має право на охорону здоров'я, доступ до медичної допомоги та можливість медичного страхування. Держава забезпечує охорону здоров'я через фінансування соціально-економічних, медико-санітарних і профілактичних програм, створюючи належні умови для доступного та ефективного обслуговування населення. Таким чином, охорона здоров'я виступає як сфера соціального, що має безпосередній зв'язок з кожною людиною. Відповідно до статті 12 Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я є

пріоритетним напрямом реалізації внутрішньої політики української держави [53]. Держава формує і реалізує політику в цій сфері на основі Конституції та інших законодавчих актів, які регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» встановлює, що місцеві адміністрації виконують виконавчу владу в межах своїх територій. Вони діють як органи виконавчої влади на місцях і є складовою загальної системи виконавчої влади. Місцеві адміністрації відповідають за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, збереження мережі медичних закладів, організацію їхньої роботи, здійснення контролю за дотриманням законодавства щодо охорони здоров'я, а також заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням та епідеміям. Таким чином, адміністративно-політичні функції місцевих органів влади спрямовані на формування та реалізацію політичних рішень у галузі охорони здоров'я на регіональному рівні.

Економічні функції державного управління в сфері охорони здоров'я стосуються двох основних напрямів: втручання держави у вирішення економічних питань цієї галузі та посилення ролі держави як підприємця, інвестора та організатора медичних послуг. Зокрема, економічна функція передбачає регулювання фінансово-економічних відносин між суб'єктами управління, як-то виробниками та споживачами медичних послуг, роботодавцями та закладами медичної освіти. Економічний аспект управління знаходить своє втілення у фінансово-господарській діяльності закладів та установ медичної сфери і розвитку їхньої матеріально-технічної бази на основі реалізації регіональних та місцевих програм у сфері ОЗ [19]. Крім того, держава спрямовує зусилля на регулювання трудових умов та оплати праці працівників медичної сфери, організацію бухгалтерського обліку та моніторинг зайнятості населення у сфері охорони здоров'я. Враховуючи це, економічними функціями у сфері управління охороною здоров'я є:

- створення нормативно-правової бази для фінансово-господарської діяльності медичних закладів, установ та підприємств (у 2017 році прийнято

закон України «Про фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [61]);

- контроль за оплатою праці медичних працівників;
- моніторинг рівня зайнятості населення в медичній галузі;
- розробка та реалізація медико-профілактичних програм.

Сучасне управління у сфері охорони здоров'я включає не лише традиційні функції, але й нові, модернізовані функції. До них можна віднести, наприклад, такі функції, як представницька, менеджерська, сервісно-маркетингова функції тощо. Ці функції не лише відображають зміст роботи управлінців, але й акцентують увагу на їхніх особистих якостях.

Представницька функція проявляється в здатності належним чином представляти себе та свою організацію на різних рівнях, включаючи міжнародний. Це охоплює демонстрацію досягнень, участь у наукових конференціях, симпозіумах, громадських слуханнях та інших подібних заходах. Ефективна реалізація цієї функції можлива через організацію презентацій, представницьких делегацій, участь у міжнародних поїздках, виробництво друкованої продукції, а також виступи у місцевих ЗМІ, соціальних мережах з питань ОЗ тощо.

Менеджерська функція спрямована на організацію ефективного управління персоналом у системі охорони здоров'я. Вона включає раціональне розміщення кадрів, створення сприятливих умов для праці, організацію комунікацій із суспільством та зовнішнім середовищем. Ця функція визначає набір завдань та питань, які вирішуються певною посадовою особою або підрозділом організації. Важливими аспектами є правильне кадрове забезпечення спроможної мережі закладів Госпітального округу регіону, зокрема підготовка керівних кадрів за спеціальними програмами типу «Менеджмент у сфері охорони здоров'я» чи «Публічне управління та адміністрування», побудова творчого робочого середовища та покращена система контролю за діяльністю керівників ЗОЗ.

Сервісно-маркетингова функція набуває все більшого значення в сучасній медичній сфері. Вона орієнтована на аналіз і задоволення потреб об'єктів управління, як-от медичних закладів та їхніх клієнтів. Нині важливим є не лише забезпечення функціонування медичних підприємств, а й їхній розвиток з урахуванням потреб споживачів, ринку, стейкхолдерів та держави загалом, що є особливо важливим в умовах НС, війни, пандемії чи періоду післявоєнного відновлення України [29; 95].

Окремо варто виділити функцію здоров'язбереження, яка з'явилася у відповідь на зростаючу диспропорцію між існуючою системою охорони здоров'я та суспільними очікуваннями щодо її якості. Ця функція інтегрована в усі процеси діяльності органів місцевого самоврядування незалежно від специфіки їх роботи. Будь-які суспільні явища чи процеси можуть мати істотний вплив на стан громадського здоров'я [10]. Наприклад, робота місцевого транспорту може створювати ризики травматизму, забруднення повітря чи навіть спричиняти гіподинамію. Водночас стратегічний підхід місцевої влади до вирішення цих питань здатен істотно змінити ступінь такого впливу.

З огляду на це, вітчизняні науковці (А.Ф.Шипко, [84] розділ II дисертації) пропонують розглядати управлінські функції в сфері охорони здоров'я у розрізі їх статичних чи динамічних властивостей. Цей розподіл дозволяє чіткіше враховувати зміни в потребах суспільства та забезпечувати якісне управління на всіх рівнях організації охорони здоров'я – від центрального до місцевого чи рівня конкретного закладу. Така система забезпечує єдність підходів до управління при одночасному урахуванні важливості окремих функцій залежно від їхньої актуальності та специфіки умов роботи.

В умовах дії правового режиму воєнного стану ми вважаємо, що основний функціонал реалізації публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я повинен мати відповідний ступінь кореляції стосовно викликів війни, трансформацій та реформування медичної сфери,

демографічної кризи тощо [48; 50]. Функції публічного управління у медичній сфері, які здійснює від імені населення обласна рада будь-якого регіону, у тому числі й Дніпропетровської області, як орган місцевого самоврядування у доковідний та довоєнний період розподілялись за принципом їх галузевої традиційності та модернізаційного оновлення у відповідності до змін суспільних запитів, політики та зовнішніх викликів (рис.3.1).

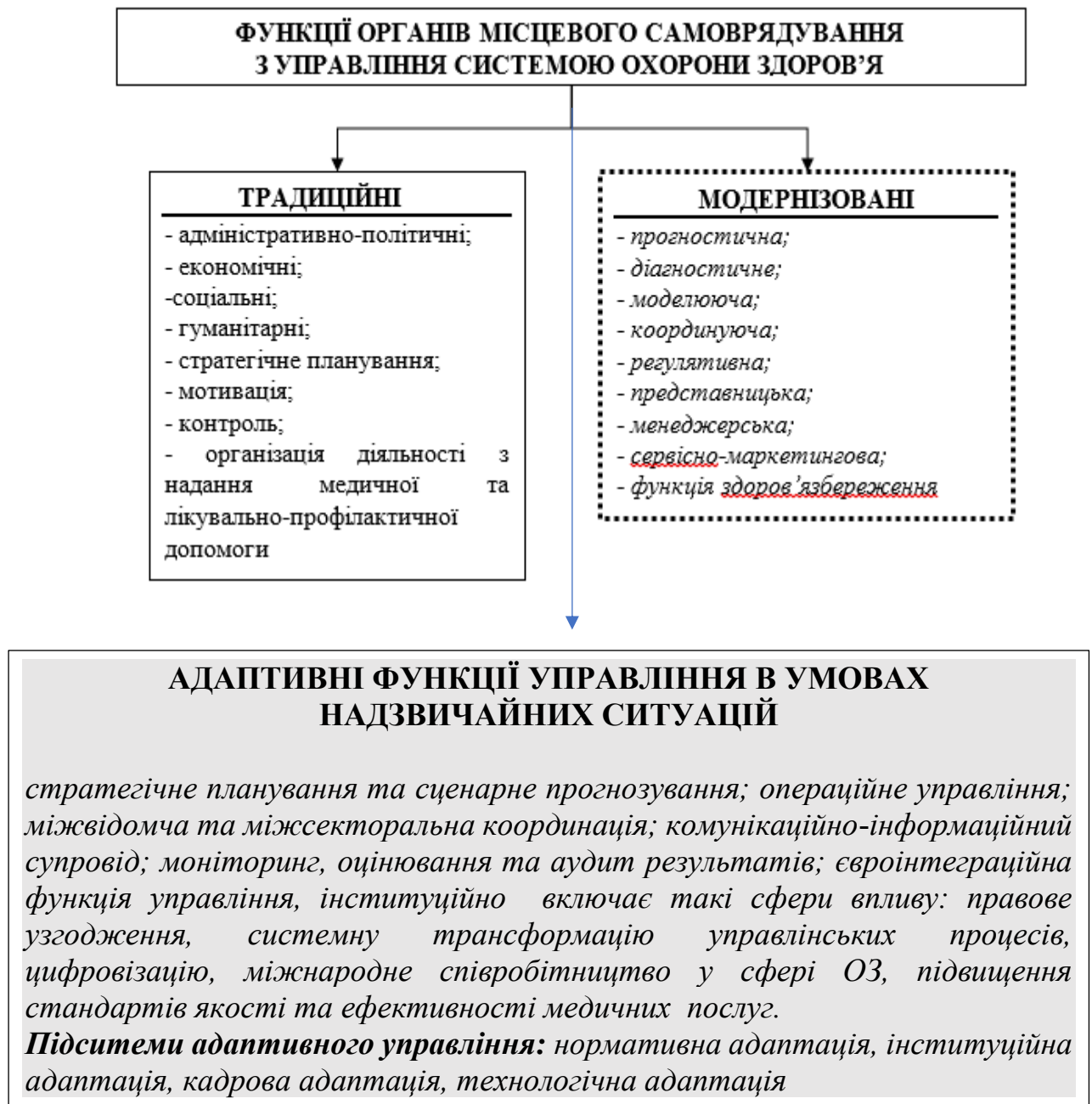


Рис. 3.1. Характеристика функціонально-адаптивної моделі управління медичною сферою регіону в умовах надзвичайних ситуацій (авторська розробка)

В той же час, з цими поглядами дослідника можна було б погодитись в умовах мирного часу. Однак в умовах надзвичайних ситуацій, які спричиняють одночасний колапс в усіх напрямках управлінської діяльності через фактор їх непередбачуваності (наприклад, пандемія COVID-19), а тим більш в таких умовах, як війна зі знищенням та руйнацією медичної інфраструктури і в зоні бойових дій [37, 42-45], і в зоні більш безпечних регіонів, відбувається необхідна оперативна ітерація управлінських функцій новітнього змісту, які ми називаємо терміном «адаптивні функції управління».

Ми підтримуємо думку вітчизняних науковців про те, що організаційно-функціональна модель управління медичною сферою регіону в умовах надзвичайних ситуацій (НС), таких як пандемія COVID-19 чи повномасштабна війна, потребує кардинального перегляду управлінських пріоритетів та гнучкості інституційної архітектури системи охорони здоров'я [6; 7]. Одним із ключових елементів моделі є стратегічне планування та сценарне прогнозування, що передбачає формування кількох альтернативних сценаріїв реагування на кризу. Наприклад, під час пандемії COVID-19 в Україні МОЗ України та регіональні штаби розробляли три сценарії епідеміологічного розвитку надзвичайної ситуації, а саме:

- базовий;
- песимістичний;
- оптимістичний.

Кожен із цих сценаріїв вимагав відповідного формування регіональної ресурсної бази (медичні кадри та їх навчання/перекваліфікація, забезпечення медичних підприємств постачання кисню в значно збільшених обсягах добової потреби, розгортання додаткового ліжкового фонду шляхом перепрофілювання та тимчасового припинення планових медичних втручань тощо), відповідно до вимог наказу МОЗ України 2020 року.

Прогнозування ґрунтується на багатофакторному аналізі ризиків і дозволяє вчасно ініціювати захисні заходи, такі як розгортання мобільних

шпиталів чи закупівля критично важливого медичного обладнання та технологічного супроводу медичної діяльності [25].

Другим системотворчим компонентом є операційне управління, що охоплює оперативну диспетчеризацію ресурсів, забезпечення логістики медичних товарів і послуг, гнучке перепрофілювання лікарень, а також підтримку систем життєзабезпечення в умовах руйнування інфраструктури. Наприклад, у 2022-2023 рр. у Харківській та Херсонській областях було створено понад 100 мобільних медичних бригад, які надавали первинну медичну допомогу в умовах обстрілів і відсутності стаціонарної інфраструктури.

Важливим функціональним блоком виступає міжвідомча та міжсекторальна координація, яка реалізується через утворення регіональних координаційних штабів за участю органів охорони здоров'я, ДСНС, органів місцевого самоврядування, соціального захисту, освіти та громадських організацій [58; 59; 63; 77; 80; 81; 85]. У результаті формується горизонтальне управління, що дозволяє уникати дублювання зусиль та формувати єдину політику реагування на місцях. Наприклад, під час початку повномасштабної агресії РФ у лютому 2022 р. в окремих громадах Київщини та Житомирщини саме завдяки скоординованим діям місцевих керівників, медиків і волонтерів вдалося зберегти доступ до базової медичної допомоги у відрізаних адміністративних районах.

Комунікаційно-інформаційний супровід — ще один ключовий аспект, що має на меті підтримку довіри населення до органів влади, запобігання паніці, прозору звітність та боротьбу з дезінформацією. В Україні було започатковано щоденну практику інформаційних зведень МОЗ України, запуск Telegram-каналів регіональних Департаментів охорони здоров'я, «гарячих ліній» для психологічної підтримки населення. Ефективна кризова комунікація в умовах війни або пандемії є не лише інформаційною функцією, а й інструментом публічного управління ризиками.

Наступним функціональним блоком виступає моніторинг, оцінювання та аудит результатів, що реалізується через впровадження індикаторів ефективності медичних заходів: кількість врятованих життів, охоплення вакцинацією, рівень доступності до медичної допомоги, показники захворюваності. Наприклад, під час розгортання антиCOVID-кампанії одним із ключових параметрів, стосовно якого проводився щоденний моніторинг, був рівень зайнятості ліжок з киснем (МОЗ України, 2021). В умовах війни щоденний моніторинг здійснюється стосовно кількості об'єктів охорони здоров'я, що зазнали пошкоджень, та оцінювання відсотку їх можливого відновлення. Дані моніторингу інтегруються в систему електронного врядування (наприклад, eHealth) та використовуються для оперативного прийняття управлінських рішень.

Особливу роль в оновленій моделі відіграє євроінтеграційна функція управління, яка в умовах набуття Україною статусу країни-кандидата на вступ до ЄС передбачає приведення регіональної політики охорони здоров'я у відповідність до європейських стандартів (*acquis communautaire*). Це включає участь у програмі EU4Health, приєднання до Європейського плану боротьби з раком, реалізацію компонентів One Health у партнерстві з Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC).

На регіональному рівні це означає: впровадження політик охорони громадського здоров'я, інтеграцію медико-соціальних послуг, розвиток національного законодавства у сфері забезпечення епідеміологічного та санітарного благополуччя, участь медичної галузі у грантових програмах ЄС тощо. На рівні стратегічного врядування євроінтеграційна функція передбачає участь України у загальноєвропейських ініціативах. Серед них варто назвати Програму EU4Health (2021-2027), в якій Україна бере участь як асоційований партнер. У рамках цієї програми Україна вже отримала фінансування на оновлення електронної медичної системи *eHealth*, цифрову трансформацію медичних послуг у громадах, а також підтримку психічного здоров'я та реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій [22; 91].

Ще одним прикладом реалізації євроінтеграційної функції є приєднання України до Європейського плану боротьби з онкологією. У 2023 році МОЗ України спільно з Національним інститутом раку розпочали гармонізацію протоколів ранньої діагностики раку молочної залози та шийки матки за європейською моделлю. Відповідно до методології Європейського інституту охорони здоров'я (ECDC), також впроваджуються рекомендації в рамках ініціативи One Health, яка передбачає міжгалузевий підхід до зменшення загроз, пов'язаних із інфекційними хворобами, антибіотикорезистентністю та зоонозами [10].

На регіональному рівні реалізація євроінтеграційної функції управління передбачає виконання таких завдань:

- впровадження єдиних протоколів охорони громадського здоров'я;
- розробка місцевих планів дій з адаптації до директив ЄС щодо якості повітря, води, продуктів харчування;
- участь у грантових конкурсах ЄС (Horizon Europe, EU4Health);
- розбудова спроможності лабораторій і служб епідеміологічного нагляду.

Згідно з *Національним планом заходів з виконання Угоди про асоціацію*, за розділом охорони здоров'я передбачено до 2026 року імплементацію 6 ключових директив ЄС, зокрема щодо безпеки крові, тканин і клітин, контролю тютюнокуріння, захисту від хімічних речовин, а також правил медичних виробів [78].

Євроінтеграційна функція управління розглядається не лише як технічна чи процедурна складова гармонізації законодавства, а як інтегрований механізм трансформації управлінських практик, інституційної логіки та ціннісних орієнтирів публічної політики відповідно до стандартів, принципів і цілей ЄС [87]. Її концептуальна основа ґрунтується на положеннях теорії європейського врядування та інституціоналізму, підходах до публічного адміністрування нового покоління (New Public Governance) [88] та політики адаптації до *acquis communautaire* як форми нормативного перенесення та

політичного «навчання». Ця функція проявляється через цілеспрямовану інституційну синхронізацію національних політик із європейськими рамками, зокрема в частині забезпечення доступу до якісних та безпечних медичних послуг, дотримання прав пацієнтів і розбудови системи громадського здоров'я згідно [70; 87]. Вона також виконує роль каталізатора внутрішньої трансформації, стимулюючи оновлення стратегічних документів, підвищення спроможності державних інституцій та посилення міжсекторальної взаємодії [5;28; 88; 92]. У сфері охорони здоров'я ця функція реалізується через упровадження європейських стандартів НТА (Health Technology Assessment – *оцінка медичних технологій*) відповідно до Регламенту (ЄС) 2021/2282, розвитку цифрового здоров'я та наближенні системи громадського здоров'я до вимог Регламентів ЄС щодо профілактики та системи епіднагляду, а також у підготовці фахівців за міжнародними компетентнісними рамками кваліфікацій у сфері охорони здоров'я [92; 96]. Все це є свідченням того, що євроінтеграційну функцію управління можна вважати необхідною умовою системного оновлення публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні, зорієнтованої на ефективність, стійкість і відповідність принципам доброго врядування ЄС.

У сфері охорони здоров'я одним з найбільших досягнень стало формування нової інституційної архітектури управління, зокрема створення таких органів, як Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка запровадила нову модель фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» за єдиними правилами та договорами. Це значно наближає українську управлінську практику до принципів доброго врядування ЄС – прозорості, підзвітності та рівності доступу. Другим суттєвим досягненням є впровадження системи eHealth, яка забезпечує цифрову трансформацію охорони здоров'я. Це не лише підвищує ефективність управлінських рішень, але й створює основу для приєднання до цифрових ініціатив ЄС у сфері охорони здоров'я, зокрема European Health Data Space (EHDS). Ще одним напрямом прогресу є поступова гармонізація національного фармацевтичного

регулювання з правом ЄС. У цьому контексті варто також відзначити приєднання України до програми ЄС «EU4Health» у 2022 році, що розширює можливості фінансової підтримки системи охорони здоров'я та її інтеграції в європейське медичне середовище [88]. Також важливим кроком є розвиток системи громадського здоров'я як окремого напрямку публічного управління. Створенням Центру громадського здоров'я забезпечило інтеграцію України до європейських програм епіднадзора (ECDC) та поступовим впровадженням заходів, передбачених Міжнародними медико-санітарними правилами (IHR, ВООЗ), які також є спільною правовою основою для країн ЄС. Окремої уваги заслуговує інституціалізація підходів в рамках парадигми на засадах пацієнт-орієнтованості. Цей підхід на практиці реалізується через доступ пацієнтів до інформації про стан здоров'я, доступні варіанти лікування, інформовану згоду, право на конфіденційність і захист персональних даних, а також механізми захисту прав у разі їх порушення. впровадження механізмів збору зворотного зв'язку від пацієнтів, залучення пацієнтських організацій до розробки політики у сфері охорони здоров'я тощо. Кожен із вищезазначених напрямів формує не лише окрему політичну ціль, але й опорну складову євроінтеграційної функції управління як складника модернізації національної системи охорони здоров'я.

Таким чином, вказані досягнення України свідчать про становлення нової моделі публічного управління в галузі охорони здоров'я, що поєднує внутрішню модернізацію з адаптацією до ціннісних і регуляторних орієнтирів Європейського Союзу. Ці зміни мають довгостроковий потенціал для підвищення стійкості, справедливості та ефективності вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.

Важливо зазначити, що 70% рішень у сфері охорони здоров'я в ЄС реалізуються на регіональному рівні (за даними Комітету регіонів ЄС), тому роль обласних адміністрацій та територіальних громад України у реалізації євроінтеграційної функції є стратегічною. Так, у 2023 році в Україні понад 60

громад стали учасниками ініціативи WHO Healthy Cities Network, що також відповідає європейським підходам до інтегрованої охорони здоров'я.

Таблиця 3.2

**Основні суб'єкти реалізації євроінтеграційної функції управління
в системі охорони здоров'я України**

Суб'єкт	Функції в межах євроінтеграційного напрямку
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Формування політики, координація адаптації законодавства, комунікація з DG SANTE (Єврокомісія)
Центр громадського здоров'я МОЗ України	Гармонізація профілактичних програм, підтримка регіональних центрів громадського здоров'я, участь у проєктах ECDC
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Впровадження фінансових механізмів, що відповідають директивам ЄС (зокрема DRG-системи та закупівлі за принципом value-based)
Місцеві органи влади (ОБА, ТГ)	Розробка місцевих стратегій, участь у міжнародних проєктах, розвиток цифрової інфраструктури системи охорони здоров'я
Комітет ВР України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування	Законодавче забезпечення гармонізації, парламентський контроль за імплементацією Угоди про асоціацію в медичному секторі

Джерело: авторська розробка на основі чинного законодавства України

Таким чином, євроінтеграційна функція в системі управління охороною здоров'я охоплює не лише правове узгодження, а й системну трансформацію управлінських процесів, цифровізацію, підвищення стандартів якості та ефективності послуг. Її реалізація потребує активної участі як центральних,

так і місцевих суб'єктів публічного управління, тісної співпраці з інституціями ЄС, зокрема DG SANTE, ECDC, European Health Data Space, що відповідає довгостроковій стратегії інтеграції України до Європейського Союзу.

Характеризуючи авторську розробку моделі функціонального забезпечення управління сферою ОЗ на регіональному рівні вважаємо за потрібне акцентувати, що в рамках блоку адаптивних функцій управління окремо можна виділити чотири взаємозалежні підсистеми адаптивного управління. По-перше, це інституційна адаптація передбачає гнучкість організаційних структур (наприклад, створення Центрів медичного командування при ОВА або мобільних структур департаментів охорони здоров'я тощо в залежності від конкретної ситуації). По-друге, кадрова адаптація, змістом якої є створення резерву медичних кадрів, перепідготовка персоналу для роботи у зонах бойових дій, реалізація менторських програм для молодих лікарів. По-третє, нормативна адаптація дозволяє у надзвичайних умовах запроваджувати тимчасові спрощені регламенти (наприклад, спрощення процедур ліцензування або акредитації медичних закладів під час війни). По-четверте, технологічна адаптація, основу якої складають такі напрямки: цифровізація процесів, впровадження телемедицини, систем раннього попередження та геоінформаційних систем (ГІС) у плануванні медичних маршрутів.

Таким чином, запропонована функціонально-адаптивна модель управління медичною сферою регіону в умовах надзвичайних ситуацій відображає сучасні трансформаційні тренди у сфері публічного управління охороною здоров'я та відповідає принципам децентралізації, міжвідомчої взаємодії, стійкості та європейської інтеграції, що зафіксовано, зокрема, в Угоді про асоціацію Україна–ЄС (розділ IV, глава 22) [78] та Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року [46].

3.2. Кластерний підхід в управлінні медичним забезпеченням громад в умовах воєнного стану

Нові механізми фінансування установ і закладів системи охорони здоров'я, які були запроваджені у межах реалізації медичної реформи в Україні з 2018 року були високо оцінені міжнародними експертами та представниками вітчизняної науки державного управління [1; 8]. Так, моніторингова місія ВООЗ та Світового Банку у своєму звіті зазначили, що наприкінці вже 2019 року Україна досягла значних успіхів у запровадженні нової форми суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, зокрема що стосується організаційної, фінансової та інформаційної складової медичної реформи.

Проте нові виклики, що повстали з 2020 році перед національною системою охорони здоров'я, фактично докорінно змінили формат управління медичними закладами [13]. Зокрема, це пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення країни-агресора на територію української держави. Адже вони фактично поставили органи місцевого самоврядування, на плечах яких знаходиться більша частка об'єктів медичної сфери, у вкрай скрутне становище щодо їх фінансового забезпечення та матеріально-технічного забезпечення. Через значний дефіцит вільних коштів у місцевих бюджетах більшості громад України, питання фінансування всіх запитів медичних установ на подолання наслідків пандемії та викликів війни (руйнація та знищення об'єктів медичної галузі) і, не могло мати належний рівень задоволеності, а тому й страждала якість та доступність надання медичної допомоги.

Зазначимо, що відповідно до змісту Закону України «Про місцеве самоврядування» на органи місцевого самоврядування покладаються функції з виконання таких делегованих повноважень як забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, а також розвиток

та вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я [64]. Вищезазначена законодавча норма ґрунтується на Конституції України (статті 142, 143). Конституція визнає обов'язком української держави здійснювати необхідне фінансування повноважень, що делегуються на нижчий рівень управління, у повному обсязі за рахунок коштів Державного бюджету України [34]. Але на практиці, укладаючи договори з національним замовником в особі Національної служби охорони здоров'я України (НСЗУ), держава вдається до спроб перекласти функції держави на органи місцевого самоврядування, залишаючи за ними більшість повноважень та управлінських функцій не тільки розпорядчого змісту, але й фінансового характеру.

В умовах нових викликів загальнодержавного характеру незмінною залишається законодавча норма визначення обсягу коштів, що надходять із державного бюджету до НСЗУ для забезпечення реалізації державних гарантій надання медичної допомоги і вона повинна становити не менше 5% [51]. Але далі законодавець зазначає, що не можна звужувати існуючі пакети медичних гарантій держави на надання медичної допомоги у будь-який спосіб, за виключенням того, що вони можуть бути звужені на підставі дії норм закону. Так, окреме закріплення фінансового забезпечення програми медичних гарантій у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік було призупинено на 2023 рік згідно із Законом № 2710 від 03 листопада 2022 року.

Окремо слід сказати, що в умовах нових зовнішніх викликів трансформації зазнають і принципи, на яких вибудовуються суспільні відносини у сфері охорони здоров'я в умовах пандемії, а особливо в умовах дії періоду воєнного стану. Мова йде про принципи реалізації програми медичних гарантій. Так, основними принципами гарантій були наступні:

- законність;
- рівність та якість гарантій;
- цільове використання коштів;
- універсальність медичних послуг;

- доступність медичних послуг;
- передбачуваність та плановість послуг;
- прозорість;
- конкурентність;
- відсутність дискримінації серед надавачів медичних послуг.

Натомість, у період дії воєнного стану, до змісту закону було внесено велику кількість поправок. Загалом слід зазначити, що закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [61] мав з 2017 року понад 20 редакцій (табл.).

Таблиця 3.3

Удосконалення законодавчого забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення України

Роки	Законодавчі дії	Редакцій змісту закону
2017	Прийняття закону у Верховній Раді України	-
2018	Введення в дію Закону України	-
2019	Прийняття змін до тексту закону	2 редакції за рік
2020	Прийняття змін до тексту закону	5 редакцій за рік
2021	Прийняття змін до тексту закону	1 редакцій за рік
2022	Прийняття змін до текст закону	4 редакції за рік
2023	Прийняття змін до тексту закону	4 редакції за рік
2024	Прийняття змін до тексту закону	5 редакцій за рік

Складено автором

Отже, можемо сказати, що з метою досягнення позитивних змін в управлінні системою охорони здоров'я, особливо в умовах дії пандемії та

періоду воєнного стану, правовий механізм забезпечення публічного управління та адміністрування медичною сферою, зокрема в частині гарантування фінансового забезпечення надання медичних послуг, зазнав найбільшу кількість внесених поправок. Так, під час воєнного стану до законодавства України було внесено зміни, що зачіпають компетенції місцевого самоврядування. Згідно зі статтею 3 Закону України встановлено, що права та гарантії у сфері охорони здоров'я, включно із медичним обслуговуванням, забезпеченням лікарськими засобами та медичними виробами для окремих категорій осіб, фінансуються через спеціальні програми. Джерела фінансування включають *кошти державного та місцевих бюджетів*, цільові страхові фонди та інші джерела, якщо вони не протирічать законодавству.

Також вітчизняний законодавець встановив, що законами України можуть визначатися додаткові державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг, лікарських засобів і медичних виробів, а *органи місцевого самоврядування* в межах своєї компетенції мають можливість фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я. Це може стосуватися оновлення матеріально-технічної бази, проведення капітального ремонту чи реконструкції, підвищення оплати праці працівників через програми «місцевих стимулів». Відповідно до цього закону *органи місцевого самоврядування* також можуть ініціювати місцеві програми з надання медичних послуг населенню, програми громадського здоров'я та інші заходи у сфері охорони здоров'я.

На підставі всього вищезначеного з метою удосконалення підходів у забезпеченні фінансових гарантій медичного обслуговування жителів територіальних громад України вважаємо за доцільне запропонувати застосування таких інструментів публічного управління та адміністрування як:

- поступове запровадження змін щодо надання усіх видів медичної допомоги на основі попереднього узгодження або пілотування заходів організаційного та фінансового забезпечення;
- поетапне зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, передбачивши заздалегідь на це кошти у державному та місцевих бюджетах;
- запровадити на національному рівні нову систему підвищення кваліфікації медичних працівників для роботи на новому високотехнологічному медичному обладнанні, придбаному у період пандемії та війни;
- здійснювати ефективні комунікації з громадами з питань поглиблення медичної реформи та організації надання вторинної, третинної, екстреної, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації.

Але як видно із вищенаведеного, основою для удосконалення публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я виступає ефективно діючий правовий механізм, який забезпечує ефективне антикризове управління в умовах багатофакторних викликів зовнішньої природи. Саме такий підхід забезпечує сталість функціонування закладів медичної сфери як об'єктів критичної інфраструктури на національному та місцевому рівні [15].

Як зазначалося вище, у відповідності до встановленого законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» більш широкого формату повноважень органів місцевого самоврядування у сфері управління медичним забезпеченням населення в умовах дії правового режиму воєнного стану змінюється й формат компетенцій місцевого самоврядування, а насамперед, актуалізується пошук сучасних, ефективних та корелятивних моделей управління медичним забезпеченням громад.

Тому, на наш погляд, одним із таких перспективних напрямів удосконалення підходів в управлінні медичною сферою є запровадження кластерного підходу в управлінську практику на регіональному рівні [30; 54]. Такий підхід вже запроваджено на загальнодержавному рівні управління,

зокрема через створення мережі госпітальних округів, і на наш погляд такий підхід є цілком обґрунтованим та ефективним в умовах існування такої НС як пандемія COVID-19, коли органи управління на регіональному рівні, в залежності від карантинних загроз, могли запроваджувати технології адаптивного управління (оголошувати на території області карантин, закривати кордони регіону тощо). Кластеризація медичних установ – це перевірена на практиці європейська технологія управління медичними підприємствами на регіональному рівні [14; 31; 36; 89; 90; 97-98; 100]. Розглянемо спочатку передумови для запровадження кластерного підходу управління медичною сферою.

По-перше, розбудова нової моделі управління системою охорони здоров'я за європейським зразком, яка розпочалась одразу після ратифікації Угоди про Асоціацію з Європейським Союзом вищим законодавчим органом України, триває постійно. На цей процес не здатні вплинути навіть такі зовнішні виклики як пандемія COVID-19 та збройна агресія російської держави проти України. Євроінтеграційна перебудова системи охорони здоров'я в Україні, як зазначають багато вітчизняних та міжнародних експертів, довела свою спроможність завдяки застосуванню гнучких інструментів антикризового менеджменту.

По-друге, повномасштабна війна завдала вітчизняній системі охорони здоров'я значних збитків у всіх напрямках – від повної руйнації медичних установ до загибелі медичного персоналу на робочому місці.

По-третє, значно загострилась під час війни і кадрова проблема у сфері охорони здоров'я. Так, в окремих регіонах України, особливо в тих, що межують із зоною активних бойових дій, у перші місяці війни дефіцит медичних кадрів сягав до 30-50%. Через війну і стрімке окупацію південно-східних регіонів України багато медичних працівників стали вимушеними переселенцями. За даними МОЗ України близько 4 тисяч медиків були працевлаштованими в нових медичних установах в рамках державної допомоги внутрішньо переміщеним особам [46].

По-четверте, це створення нового базису правового регулювання медичної діяльності. В нових реаліях життя, в умовах дії періоду воєнного стану медична галузь України демонструє можливості швидкої внутрішньо-системної трансформації відповідно до суспільних потреб та запитів громадян України у наданні доступних і якісних медичних послуг. Задля цього урядом держави та профільним міністерством прийнято низку надзвичайно важливих нормативно-правових актів, які є основою для розробки та реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я як в умовах війни, так і в умовах періоду повоєнної відбудови з метою інтеграції до єдиного європейського медичного простору на засадах кластерного підходу.

Так, Закон України «Про систему громадського здоров'я» регулює суспільні відносини визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення. Цей закон спеціальної дії було прийнято в рамках виконання державних зобов'язань України в рамках Угоди про Асоціацію. Закон України «Про лікарські засоби» від 28.07.2022 № 2469 адаптує діяльність фармацевтичної галузі України до стандартів Європейського Союзу на основі запровадження нових підходів щодо регулювання виготовлення, реєстрації та обігу лікарських засобів.

В липні 2022 року набув чинності закон України № 2347 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [60]. Змістом цього закону визначається необхідність на регіональному рівні управління формування госпітальних округів шляхом об'єднання мережі закладів охорони здоров'я. У межах госпітального округу мережа медичних підприємств буде формуватись на основі кластерного підходу. Такий підхід є абсолютно виправданим в умовах війни, адже підприємства медичної сфери не мають достатнього фінансування на оновлення технічного обладнання, забезпечення пацієнтів ліками, а в умовах окупації та ракетних атак громадяни обмежені у своєму праві доступу до якісних медичних послуг [73-75]. Традиційний принцип поділу регіональної

мережі медичних установ на районні, міські та обласні, який сформувався ще за часів моделі Семашко, в умовах пандемії, а тим більш в умовах воєнного стану виявився абсолютно не функціональним.

Тому уряд України прийняв 28 лютого 2023 р. постанову № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [18]. Ця постанова визначає порядок формування та функціонування госпітальних округів та госпітальних кластерів у межах спроможної мережі. Зокрема, мова йде про те, що обласні військові адміністрації, які самостійно формують на регіональному рівні управління перелік медичних установ різної форми власності, які будуть надавати населенню регіону медичні послуги належної якості з обов'язковим урахуванням фактору доступності. Так, в рамках спроможної мережі, у межах госпітального кластеру медичні установи розподіляються на такі групи: надкластерні, кластерні та лікарні загального типу. Також до госпітального кластеру входить центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні установи «первинки».

Уряд та профільне міністерство в кожному регіоні відповідними нормативно-регуляторними діями визначило статус надкластерних медичних підприємств. Частіше за все, такими лікарнями визначались багатопрофільні медичні підприємства, які надають широкий спектр медичних послуг для дорослих та дітей. Також статус кластерного медичного підприємства отримали заклади високоспеціалізованої допомоги, які за функціональним принципом є головними (обласними) центрами з організації і надання медичної і реабілітаційної допомоги, зокрема такі установи, що мають наступний профіль високоспеціалізованої медичної допомоги: кардіологічний, онкологічний, перинатальний, психіатричний, фтизіопульмонологічний або інфекційний.

Кластерний принцип організації медичної допомоги передбачає її надання відповідно до складності випадку та важкості стану пацієнта [39]. Так, базовий перелік медичних послуг реалізується на рівні загальної лікарні - інтенсивна терапія, хірургія, педіатрія, неврологія, травматологія тощо. При найбільш

поширених хворобах медична допомога надається на рівні кластерної лікарні. Це близько 13 пакетів медичних послуг, що охоплює 95% всіх потреб у медичній допомозі. А 5% потреб буде скеровуватись на обласний або національний рівень організації надання медичної допомоги.

Важливо зазначити, що в інституціональному плані надкластерні лікарні, які забезпечуються найсучаснішим обладнанням та медичними спеціалістами екстракласу, здатними виконувати високотехнологічні медичні втручання, укладають з державою через НСЗУ контракти на надання медичної допомоги пацієнтам з важкими травмами, тяжким перебігом хвороби тощо. Такі надскладні випадки та стани пацієнтів потребують на локальному рівні управління організації постійного нагляду лікарів, інтенсивного лікування тощо. За визначенням МОЗ України попередніми розрахунками, очікується, що надкластерні лікарні будуть надавати медичні послуги обсягом щонайменше 25 пакетів медичних гарантій. Наприклад, Комунальне підприємство «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова «Дніпропетровської обласної ради» сьогодні надає медичні послуги в обсязі 24 пакети за програмою медичних гарантій. Це один із найвищих показників в регіоні. Багатопрофільність медичних послуг у цій лікарні характеризують такі пакети як 2 пакети чисто хірургічної допомоги (у т.ч. – пакет «Хірургія 1 дня»); пакет інсульт, інфаркт з із застосуванням тромболізису, тромбекстракції; ангіографія та коронарографія з постановкою стентів; 2 пакети реабілітації (стаціонарна та амбулаторна) тощо.

Необхідно акцентувати, що подібний поділ медичного простору регіону на госпітальні кластери – це загальноєвропейська практика, яка, з одного боку забезпечує належну якість надання медичних послуг, а з іншого дозволяє зменшити терміни перебування пацієнтів у лікарні, скоротити зайву кількість стаціонарних ліжок або перепрофілювати їх під той профіль, який є найбільш затребуваний. Саме таким плануванням будуть займатись органи місцевого самоврядування та обласні військові адміністрації, виходячи із реальних потреб населення у медичних послугах [11]. Сформовані плани розвитку

спроможної мережі надсилаються, відповідно до принципу вертикалі галузевого управління, на погодження профільного міністерства та затвердження уряду. Розбудова нової моделі національної системи охорони здоров'я в Україні, яка продовжується навіть в умовах повномасштабної війни, сприяє подальшій реалізації медичної реформи, виконанню державних зобов'язань щодо євроінтеграційного курсу та повоєнної розбудови вітчизняної системи охорони здоров'я відповідно до кращих світових стандартів [76; 84].

Кластерний підхід в управлінні медичним забезпеченням громад в умовах воєнного стану спонукає здійснити більш ґрунтовне дослідження основних функціональних напрямки управління медичною сферою на регіональному рівні. З усіх регіонів України ми обрали Дніпропетровську область, яка у мирний час належить до групи високо розвиненої промисловості, а значить має високі ризики виникнення надзвичайних ситуацій. А в період довготривалої військової агресії Дніпропетровська область є однією із найближчих адміністративних територій, що розташованих до лінії фронту.

У Дніпропетровській області станом на початок 2022 року система медичних закладів налічувала 186 об'єктів. В організаційно-функціональному плані діяльність об'єктів критичної інфраструктури реалізується на таких рівнях управління:

- *локальний рівень управління* (первинна ланка) – це 66 центрів первинної медико-санітарної допомоги, з них 408 амбулаторій загальної практики, 303 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів;
- *рівень спеціалізованої допомоги* (вторинна ланка, стаціонарна допомога) – це 117 спеціалізованих закладів (у т.ч. 5 медичних установ, які підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України). На цьому рівні функціонують 21647 ліжок (69,6 на 10 тисяч населення);

- *рівень організації надання екстреної медичної допомоги* представлений комунальним підприємством «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради та КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова «Дніпропетровської обласної ради». Так, на цьому рівні в області створено 105 місць базування бригад екстреної медичної допомоги, 234 лікарські, фельдшерські та спеціалізовані бригади. А аналіз структурно-функціонального забезпечення обласної лікарні ми здійснили у другому розділі дисертації у межах можливостей щодо збирання фактологічного матеріалу із відкритих джерел інформації.

Отже, зважаючи на режим обмеженого доступу до інформації в умовах дії правового режиму воєнного стану, ми можемо оцінити потужність ресурсу медичного забезпечення Дніпропетровській області на випадок НС наступним чином (дані взято із відкритих джерел інформації, а саме даних офіційного сайту МОЗ України):

- загальна мережа закладів та установ системи охорони здоров'я становить близько 29 900 ліжок;

- в амбулаторно-поліклінічних закладах області здійснюється приблизно 94 800 відвідувань за зміну.

У 2023 році за даними МОЗ України «Проект побудови спроможної мережі закладів охорони здоров'я» (<https://moz.gov.ua/spromozhna-merezha>) «спроможний госпітальний округ» Дніпропетровщини налічував 583 лікарні (разом з амбулаторними закладами ОЗ), які на регіональному рівні управління визначено як функціонально спроможні у територіальних межах Дніпропетровського госпітального округу.

Представлені у табл. 3.3. аналітичні дані свідчать, що на регіональному рівні Дніпропетровська область демонструє більш високий рівень забезпеченості лікарями та середнім персоналом у порівнянні з загальноукраїнським рівнем. Додатково це може свідчити також про кращу укомплектованість та кадрову спроможність медичних закладів регіону.

Водночас загальна картина по країні залишає виклики у стандартизації кадрової забезпеченості між регіонами.

Таблиця 3.4

Основні характеристики функціональної спроможності мережі медичних підприємств Дніпропетровського госпітального округу

№ з/п	Показник спроможності	Значення показника
1.	Медичні підприємства усіх форм власності	583 лікарні
2.	Забезпеченість ліжками з цілодобовим наглядом медичного персоналу	29 900 ліжок
3.	Щоденна затребуваність базових медичних послуг (амбулаторні візити)	94 800
4.	Медичні кадри спроможної мережі (лікарі)	475 на 100 тис. населення (показник по Україні становить 443 на 100 тис. населення)

Складено автором

Характеризуючи діяльність органів місцевого самоврядування у Дніпропетровській області у напрямку формування та розвитку регіональної мережі спроможних медичних закладів слід зазначити, що більшість лікарень (особливо клінічні, міські й обласні заклади екстреної та спеціалізованої медичної допомоги) у функціонально-галузевому плані підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України через обласні та міські ради (комунальні некомерційні підприємства). Наприклад, Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова та ін. Це близько 20-30 закладів прямого обласного підпорядкування, які у мирний час мали статус цивільних лікарень. Разом з тим, до обласних лікарень високоспеціалізованої допомоги з надання медичних послуг спецконтингенту силових структур належить і таке медичне

підприємство, як комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни» Дніпропетровської обласної ради. І тут потрібно пояснити, що у дискусії про медичне забезпечення ЗСУ сьогодні не фігурують конкретно лікарні в Дніпропетровській області, але відомо, що існують військові госпіталі, що входять у систему підпорядкування Міністерства оборони України чи Міністерства внутрішніх справ України. Наприклад, окремі документи МОЗ України (спільні накази), а також окремі відкриті дані мережі Internet про медичне забезпечення ЗСУ в частині лікування та реабілітації військовослужбовців, підтверджують функціонування таких закладів у регіоні. Наявність медичних закладів, підпорядкованих СБУ чи МВС України, не задокументована в загальнодоступних джерелах інформації. Можливе включення санітарних підрозділів або клінік для співробітників, але відсутні офіційні дані.

Із відкритих баз даних ми можемо назвати комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни» Дніпропетровської обласної ради, який за своїм статусом медичного підприємства є спеціалізованою медичною установою, яка забезпечує всебічну медичну, психологічну та реабілітаційну допомогу військовим, ветеранам бойових дій та учасникам воєнних конфліктів. Крім цього, госпіталь надає як стаціонарну, так і амбулаторну паліативну допомогу пацієнтам. Основною метою закладу є забезпечення якісного лікування та сприяння відновленню здоров'я військовослужбовців, які отримали поранення чи зазнали психологічних травм. У госпіталі працюють компетентні фахівці, як-то медики, психологи, реабілітологи та соціальні працівники. Всі вони мають значний досвід в наданні допомоги людям, що зіткнулися з наслідками військових конфліктів.

В сучасних умовах комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни» Дніпропетровської обласної ради є гарно оснащеним сучасним закладом з новітнім обладнанням, що дозволяє проводити широкий спектр фізіотерапевтичних процедур, малоінвазивних хірургічних операцій, медичних обстежень, а також здійснювати заходи щодо

ефективної фізичної реабілітації. Важливо зазначити, що окрім фізичної допомоги, госпіталь пропонує пацієнтам програми психологічної підтримки та сприяння адаптації до мирного життя, що є вкрай важливим для ветеранів бойових дій.



Рис. 3.2. Структурно-функціональна схема управління на рівні спеціалізованого комунального підприємства «Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни» Дніпропетровської обласної ради»
(фото з офіційного сайту закладу <https://kpdogvvdor.itmed.org/>)

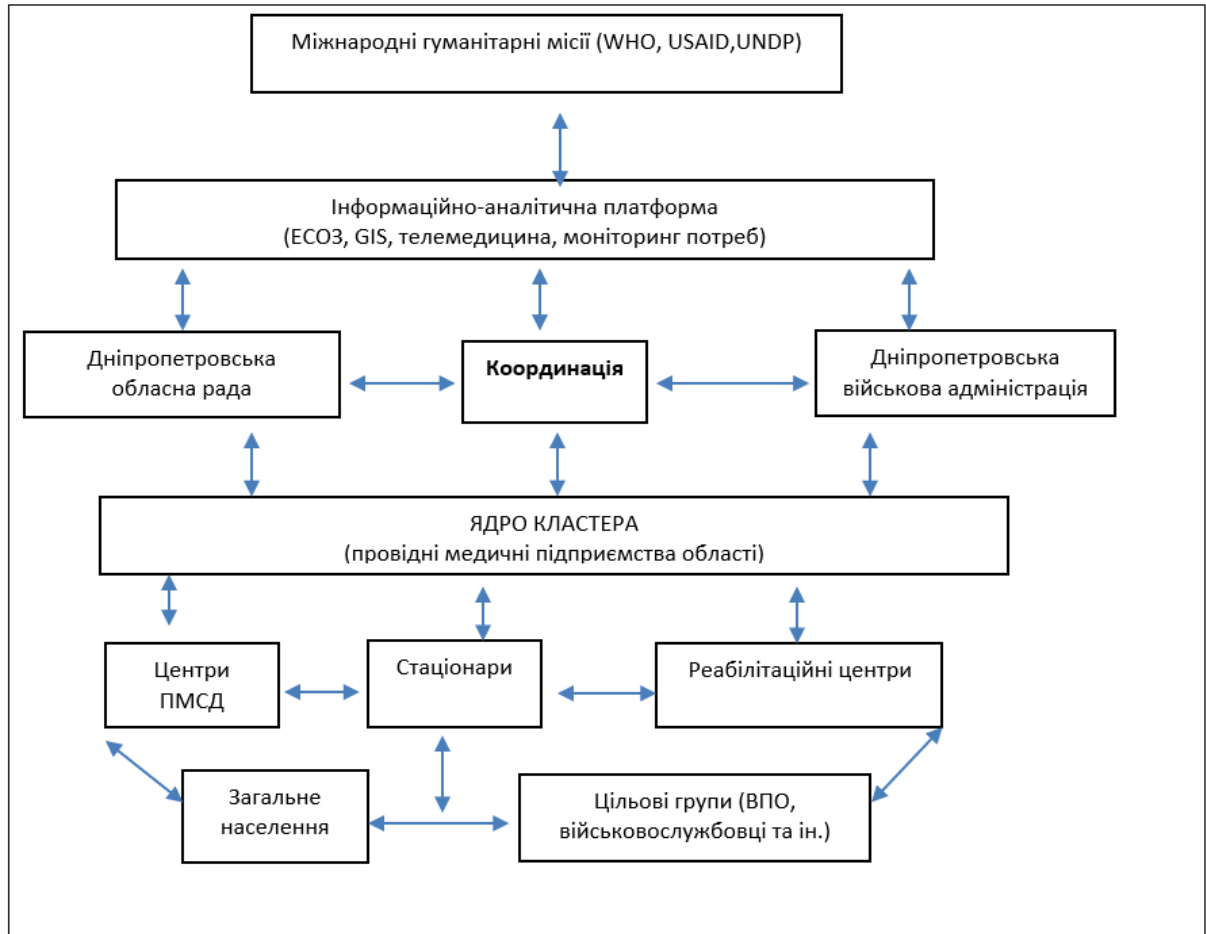
Однак, потужність цього медичного підприємства не в змозі забезпечити прийом великої кількості пацієнтів з бойовими травмами, адже основне призначення госпіталю – це планове надходження пацієнтів з районів Дніпропетровської області на програми реабілітаційного змісту за медичним скеруванням спеціалістів чи лікарів загальної практики-сімейної медицини. Разом з тим, як і попередньо описані обласні лікарні, госпіталь є складником потужного ресурсу для формування новітнього простору структурно-функціональної взаємодії між інститутами регіональних органів влади, органів місцевого самоврядування, представниками медичної сфери,

представників приватного бізнесу та громадськості з питань охорони здоров'я у межах функціонування прифронтового регіону на засадах кластерного підходу. Основу такого регіонального медичного кластеру складають потужні лікарні обласного підпорядкування [68], які від центральних органів виконавчої влади, зокрема від Кабінету Міністрів України, отримали статус надкластерної лікарні. Тож розглянемо загальну характеристику медичного кластеру Дніпропетровської області.

Дніпропетровщина є одним із ключових медичних хабів сходу та центру України, який відіграє провідну роль у наданні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Обласна медична система формується навколо потужних багатoproфільних лікарень, науково-дослідних інститутів, профільних навчальних закладів, центрів екстреної допомоги та реабілітації, а також мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги. Медичний кластер регіону ми розглядаємо як сукупність різних суб'єктів управління за такими блоками: міжнародне партнерство з питань ОЗ; політика у сфері ОЗ; інформаційно-аналітична платформа управління; регіональні органи влади та місцевого самоврядування; координаційний орган кластеру; ядро кластеру, яке формують інституції, що мають діагностичний, профілактичний, освітньо-медичний, лікувально-реабілітаційний, волонтерсько-медичний, оздоровчий, партнерсько-галузевий функціонал; споживачі послуг медичного кластеру (населення, ВПО, військовослужбовці та ін. категорії споживачів). Разом з тим, слід зазначити, що найбільш слабка ланка інституційної спроможності такого кластеру – це формування координаційного органу управління, яким може виступати як департамент охорони здоров'я Дніпропетровської ОВА, так і опорна обласна лікарня (наприклад, ДОКЛ ім. Мечникова) або Центр громадського здоров'я регіону. Можливо навіть розглядати окрему структурну одиницю, наприклад, кластерний медичний офіс.

Враховуючи, з одного боку потужний потенціалі регіональної мережі медичних закладів та установ Дніпропетровщини, а з іншого – вимоги

воєнного часу можемо візуалізувати простір регіонального медичного кластеру та представити суспільні відносини і підпорядкованість у вигляді такої схеми (рис. 3.3).



**Рис. 3.3. Структурно-функціональна схема медичного кластеру
Дніпропетровської області в умовах воєнного стану**
(авторська розробка)

Відповідно до цього ми провели таке групування інституцій медичного спрямування, які формують ядро кластеру. До них входять такі суб'єкти:

I група. Заклади екстреної та невідкладної медичної допомоги: Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; підрозділи швидкого реагування (мобільні бригади, стабілізаційні пункти); приймальні відділення обласних та міських лікарень.

II група. Лікарні вторинного та третинного рівня (спеціалізована і високоспеціалізована допомога): обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова – ключова база з надання допомоги пораненим; Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; обласний онкологічний диспансер; Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології та кардіохірургії, Регіональний медичний центр родинного здоров'я ДОР, Дніпропетровська обласна станція переливання крові та ін.

III група. Центри медичної реабілітації: заклади реабілітації військових і цивільних осіб; центри фізичної, психосоціальної та комплексної реабілітації при обласних лікарнях; спеціалізовані реабілітаційні відділення для ВПО, ветеранів, поранених; деякі приватні клініки, що долучені до системи державного замовлення на послуги реабілітації.

IV група. Заклади первинної медико-санітарної допомоги (ПМД): Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) у містах та ОТГ; амбулаторії загальної практики – сімейної медицини; пункти здоров'я та ФАПи (фельдшерсько-акушерські пункти) у сільських громадах.

V група. Заклади громадського здоров'я та профілактики: Центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України у Дніпропетровській області; Обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом; Центри вакцинації та санітарно-епідеміологічного нагляду.

VI група. Медичні навчальні заклади та наукові установи: Дніпровський державний медичний університет (клініки та кафедри); медичні фахові коледжі (медсестринство, реабілітологія тощо); лікарні, що є базами для клінічної підготовки та інтернатури.

VII група. Партнерські приватні медичні установи: приватні клініки, що можуть бути залучені до медичної евакуації, діагностики, реабілітації; медичні лабораторії (наприклад, «ДІЛА», «Сінево»), які надають швидкий доступ до аналізів у регіоні; медичні центри з вузькою спеціалізацією (офтальмологія, діагностика, стоматологія).

VIII група. Волонтерські та благодійні медичні формування: виїзні бригади «Медичних волонтерів»; штаби надання гуманітарної та медичної допомоги (у тому числі мобільні амбулаторії); медико-психологічні мобільні команди.

Згрупувавши основні інституції, що функціонують у сфері медицини та парамедицини, ми показали лише їх невеликий перелік, щоб обґрунтувати можливості та масштабність впливу й залучення суб'єктів до формування спроможного медичного кластеру Дніпропетровщини в умовах дії правового режиму воєнного стану. На відміну від виключно галузевого підходу, який формує тільки госпітальний округ з визначеною кількістю медичних підприємств та їх бюджетно-фінансовою формою утримання, публічно-центрована форма реалізації кластерного підходу у медичному забезпеченні населення в умовах НС демонструє свою більшу спроможність як по кількості суб'єктів управління, так і по можливостям залучення коштів місцевих бюджетів, грантів, спонсорської та міжнародної допомоги тощо [20; 40]. Зокрема, за даними аналітичної платформи «Каталог компаній України» кількість офіційно зареєстрованих у Дніпропетровській області як медичні установи становить близько 7 тис. підприємств, з них майже половина – підприємства приватної форми власності (рис.3.4).

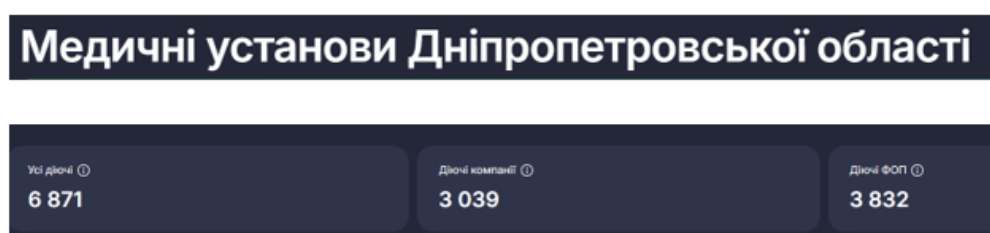


Рис.3.4. Кількісна характеристика потенційних суб'єктів регіонального медичного кластеру Дніпропетровської області (<https://catalog.youcontrol.market/medychni-zaklady/dnipropetrovska-oblast>)

Слід акцентувати, що ці дві моделі – округ та кластер, не взаємовиключають, а можуть доповнювати одна одну: наприклад, медичний

кластер може охоплювати декілька госпітальних округів і бути інструментом посилення їхньої координації. Госпітальний округ є офіційно регламентованою адміністративно-територіальною одиницею для організації доступу до вторинної медичної допомоги. А медичний кластер – сучасна управлінська модель, яка об'єднує різних учасників (включно з освітніми, науковими й недержавними структурами) у єдину платформу для надання безперервної, ефективної та інноваційної допомоги. Порівняльна характеристика госпітального округу та медичного кластеру представлена в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

**Порівняльна характеристика управлінських аспектів медичного
забезпечення населення у розрізі госпітального округу та медичного
кластеру**

Медичний кластер	Критерій	Госпітальний округ
Не має чіткого визначення у законодавстві, але використовується як інноваційна управлінська модель регіонального рівня	<i>Правова основа</i>	ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та відповідними Постановами КМУ
Формування мережі взаємопов'язаних медичних закладів та партнерів для підвищення ефективності, інноваційності та інтеграції медичних послуг	<i>Мета</i>	Забезпечення доступності спеціалізованої медичної допомоги вторинного рівня
Ядро (провідна лікарня/центр), платформа (основні клініки, інститути, НСЗУ, ОВА), мережа (первинна ланка, НУО, освітні заклади, бізнес, міжнародні партнери тощо)	<i>Організаційна структура</i>	Госпітальна рада, заклади охорони здоров'я вторинного рівня, визначені як опорні
Гнучка структура, може виходити за межі адміністративних районів, об'єднуючи учасників за функціональним принципом	<i>Межі</i>	Чітко окреслені географічні межі (відповідають субрегіональному рівню)

Горизонтальні та вертикальні зв'язки, партнерства, децентралізоване управління	<i>Тип взаємодії</i>	Ієрархічна модель: центральна (опорна) лікарня та заклади меншого рівня
ДОКЛ ім. Мечникова, медичний університет, телемедична платформа, центри реабілітації, громадські організації та ін.	<i>Приклади у Дніпропетровській області</i>	Центральний госпітальний округ – з опорною лікарнею в Дніпрі (ДОКЛ), Північний – у Павлограді, Південний – у Кривому Розі
Так, через участь медичного університету, коледжів, інноваційних платформ, центрів навчання	<i>Інтеграція освітньої і наукової функції</i>	Ні, основна увага – на наданні медичної допомоги, а не на науково-освітній діяльності
Платформенне управління, державно-приватне партнерство, цифрова трансформація, мультисекторальність	<i>Інструменти управління</i>	План розвитку госпітального округу, субвенції, рішення госпітальної ради, обласної ради та органів місцевого самоврядування
Широкий формат залучення спеціалістів, у тому числі зарубіжних, для надання допомоги, більше можливостей для залучення додаткового фінансування із джерел міжнародного, приватного та громадського сектору	<i>Функціональні можливості управління в умовах НС (війни)</i>	Чітко регламентовані правовими нормами та галузевими приписами, а формат медичної допомоги може бути обмеженим (наказ МОЗ України про відтермінування планових операцій під час пандемії)

Джерело: розроблено автором

До переваг кластерного підходу в управлінні, можна віднести й можливості швидкого реагування на суспільні запити. Так, особливим викликом для великої кількості громад в Україні стали питання прийому та допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО), адже їх загальна кількість сягає близько 7 млн. осіб [82]. З початку розгортання повномасштабної війни Дніпропетровщина прийняла найбільшу кількість внутрішньо переміщених

осіб, кількість яких складає понад 400 тис осіб. Позитивний досвід інтеграції ВПО у життя територіальних громад області ґрунтується на ефективній співпраці волонтерів та органів місцевого самоврядування. Найкращими кейсами є синергія та кооперація усіх залучених стейкхолдерів, впорядкування та координація їхньої діяльності. Так, прикладом дієвої співпраці суб'єктів публічного управління у найбільш важливих питаннях для ВПО можна назвати місцеву ініціативу створення та функціонування Координаційного штабу волонтерів у місті Дніпро. Штаб координував в режимі 24/7 питання пошуку житла, працевлаштування, харчування, опіки, матеріального забезпечення, медичної і соціальної допомоги для ВПО та багато інших питань.

Відповідно до діючого законодавства, внутрішньо переміщені особи користуються всіма соціальними правами та отримують соціальний захист. Одним із соціальних прав, гарантованих державою, є право на медичну допомогу. Внутрішньо переміщеним особам надаються всі види медичної допомоги та медичних послуг на безоплатній основі у разі укладання декларації про медичне обслуговування. У Дніпропетровській області понад 4 тис. осіб з числа ВПО уклали договори з лікарями «первинки», інші – отримують послуги на основі раніше укладених угод в довоєнний період за місцем постійного проживання.

Мережа стаціонарних закладів області зазнала структурно-функціональних трансформацій з метою організації надання медичної допомоги військовим. Пріоритетом було створення найбільшої мережі ліжок хірургічного та травматологічного профілю. У Дніпропетровській області найбільшим спеціалізованим медичним закладом, який приймає пацієнтів з військовими пораненнями та травмами, визначається комунальне підприємство «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова «Дніпропетровської обласної ради». В цій лікарні розгорнута ціла низка спеціалізованих відділень хірургічного та реабілітаційного профілю, медичний персонал яких виконує надскладні оперативні втручання за

унікальними медичними технологіями [12; 16]. Такий підхід дозволяє забезпечувати в цілодобовому режимі готовності високий рівень якості медичної допомоги та забезпечувати належний рівень соціальної відповідальності щодо збереження життя і здоров'я як цивільних громадян України та жителів Дніпропетровської області, так і в першу чергу військовослужбовців Збройних Сил України.

За оперативними даними МОЗ України, які містяться у відкритих джерелах інформації, за перші 8 перші місяці повномасштабної війни найбільшу кількість пацієнтів з військовими травмами різного походження та різного ступеня тяжкості, прийняла мережа комунальних медичних закладів таких областей: Дніпропетровська (18174 пацієнта); Черкаська (3567 пацієнтів); Харківська (3545 пацієнтів); Донецька (3118 пацієнтів); Запорізька (3082 пацієнта).

У період дії режиму воєнного стану окремим завданням для органів місцевого самоврядування у сфері управління наданням медичної допомоги постало питання організації роботи медичних установ області з гуманітарними вантажами, які надходили до комунальних закладів Дніпропетровської області по декільком напрямкам: як від фізичних чи юридичних осіб, так і через обласну військову адміністрацію. Також важливо було організувати контроль та розподіл гуманітарних вантажів, які надходили у лікарні області по лінії міжнародної гуманітарної допомоги, тобто із-за кордону. Насамперед, мова йде про високовартісне медичне обладнання, устаткування, вироби медичного призначення, медикаменти тощо.

В сучасних умовах, в яких нині функціонує національна система охорони здоров'я України, перед керівництвом медичної установи (закладу) будь-якої форми власності надзвичайно важливим постає питання організації його функціонування на основі надання не тільки доступних та якісних медичних послуг, але й забезпечення гарантованого рівня безпеки, перш за все

для пацієнтів, а також для трудового колективу (медичні та інші працівники закладу охорони здоров'я) [86].

З початком повномасштабної збройної агресії на теренах України дуже актуально постала проблема функціонування медичних установ як об'єктів критичної інфраструктури (ОКІ), яку ворог постійно атакує та знищує. За словами очільника Міністерства охорони здоров'я, від початку повномасштабних бойових дій медична сфера зазнала наступних збитків: близько 2-х тисяч лікувально-профілактичних установ національної мережі зазнали значних пошкоджень та потребують капітального ремонту, а близько 200 медичних підприємств взагалі знищено. Тож керівництво держави, органи галузевого управління та органи місцевого самоврядування повинні мати достатньо інструментів, фінансів та володіти навичками антикризового менеджменту задля того, щоб у такі складні часи робота закладів охорони здоров'я, які відповідно до норм чинного законодавства, є об'єктами критичної інфраструктури, могла би реалізовуватись у межах стійкого безперервного функціоналу.

В умовах війни забезпечення доступності та якості надання медичної допомоги населенню реалізуються не тільки на умовах безпосереднього звернення пацієнтів до закладів системи охорони здоров'я, але з використанням новітніх технологій управління у сфері охорони здоров'я [17; 33]. Зокрема, мова йде про цифровізацію надання медичних послуг та про дистанційних формат медичного консультування та медичної допомоги. Задля цього в рамках реалізації медичної реформи в Україні було розроблено новий функціонал у сфері управління охороною здоров'я. Тобто була створена інформаційно-аналітична система «Електронне здоров'я». Функціонування цієї системи забезпечує Національна служба здоров'я України [17; 51; 94]. Завдяки новому функціоналу в системі управління охороною здоров'я державний нагляд за якістю та доступністю медичної допомоги населенню здійснюється в автоматичному режимі на підставі облікових даних про надані медичні послуги. Тож система «Електронне здоров'я» дозволяє приймати

управлінські рішення у сфері охорони здоров'я на підставі отриманої медичної інформації, що надходить в електронному вигляді.

В умовах дії правового режиму воєнного стану такий функціонал є дуже затребуваним на всіх рівнях управління – від локального до національного. На підставі отриманих звітів цієї системи, Національна служба здоров'я України здійснює фінансові розрахунки з медичними підприємствами-надавачами медичних послуг. Тому актуальним завданням для керівництва області у галузі охорони здоров'я постає питання забезпечення доступу всіх медичних підприємств регіональної мережі до швидкісного (багатосмугового) інтернету. Дніпропетровська область є лідером серед областей України за показником діяльності в системі «Електронне здоров'я» (табл.3.5).

Таблиця 3.5

**Представництво регіональної мережі медичних підприємств
в загальнодержавній системі «Електронне здоров'я»**

Назва регіону	Кількість медичних підприємств регіону в системі «Електронне здоров'я», одиниць.	Рейтингова позиція регіону
Дніпропетровська область	275	I
Одеська область	266	II
місто Київ	231	III
Харківська область	224	IV
Львівська область	219	V

Укладено автором на підставі п.9 авторських публікацій

Аналітичні дані Національної служби здоров'я України щодо стану реалізації Програми медичних гарантій 2023 року у розрізі областей показують, що на Дніпропетровщині до загальнодержавної системи «Електронне здоров'я» увійшла велика кількість медичних підприємств [9]. Так, до системи «Електронне здоров'я» підключено не тільки медичні

підприємства комунальної форми власності (152 заклади або 55%), але й медичні підприємства приватного сектору (43 підприємства або 16%) та фізичні особи-підприємці (80 осіб або 29%), які здійснюють ліцензовану діяльність у сфері охорони здоров'я та законтрактовані державою як надавачі медичних послуг (Гавва О.А. Е-медицина Дніпропетровщини: досягнення та перспективи).

У межах чинного законодавства держава надала місцевим бюджетам Дніпропетровського регіону субвенції для забезпечення розвитку системи охорони здоров'я у сільській місцевості [24;55]. Область закупила для 18 нових амбулаторій обладнання для телемедичних послуг на суму 12307,140 тис. грн.

Дніпропетровщина активно розвиває міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я з метою підвищення доступності та якості, безпечності медичних послуг, комфорту для пацієнтів та медичних працівників. Тому область стала пілотним майданчиком в реалізації проєкту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей». Проєктом передбачено створення єдиного DATA-центру медичної інформації на рівні первинної ланки надання медичної допомоги. Проєкт охоплює на первинці єдиною базою даних електронну медичну картку, реєстрацію пацієнтів та електронний рецепт. Проєкт охоплює 8 областей України. Серед них слід назвати Запорізьку та Дніпропетровську, які сьогодні активно надають допомогу постраждалим від воєнних дій цивільним особам, а також військовослужбовцям збройних сил України. Тож Е-медицина на Дніпропетровщині продовжує активно розвиватися [17].

Завершуючи розгляд можливостей, переваг, сильних та слабких сторін реалізації публічного управління сферою ОЗ на основі кластерного підходу можна підсумувати, що медичний кластер Дніпропетровщини в умовах воєнного стану демонструє не тільки теоретичну актуальність, але й має високий ступінь затребуваності до упровадження та подальшого розвитку, а також характеризується такими ознаками ефективного управлінського

інструментарію як стійкість, мобільність та здатність до адаптації [52]. Водночас, з огляду на тривалість війни та прогнозовані навантаження на галузь ОЗ, подальший розвиток медичного кластеру Дніпропетровщини має базуватись на інституціалізації кластерного підходу, модернізації інфраструктури та стратегічному плануванні з урахуванням потреб післявоєнного відновлення та подальшого розвитку медичної галузі регіону в контексті готовності до надання медичної допомоги в умовах НС.

3.3. Концептуальні підходи в реалізації резильєнтного управління органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій

В сучасному світі стихійні лиха та зловмисні атаки на об'єкти критичної інфраструктури створюють серйозні ризики для суспільства та економіки будь-якої країни світу. Нещодавні шокуючі події, такі як великий землетрус у Туреччині (2023 рік, понад 50 тис. загиблих). Такі стихійні лиха в Сполучених Штатах Америки, як серія ураганів, що час від часу повторюються, завдаючи збитки на сотні мільярдів доларів державній економіці та забираючи життя кількох десятків тисяч осіб (ураган «Катріна» 2005 р., ураган «Гарві» 2017 р., ураган Ієн 2022 рік) [1; 71; 79]. Прикладом слугує й нещодавня масштабна пожежа у штаті Каліфорнія (2024 рік). Все це є свідченням того, як збої в роботі об'єктів критичної інфраструктури та основних послуг можуть призвести до значних економічних збитків. Також все це вказує, що такі ризики завжди призводять до значних втрат життя та здоров'я (численні травми, опіки тощо).

Зазначимо, що взаємозв'язок ланцюгів постачання, технологічних систем і фінансових систем у глобальній економіці підвищує вразливість критичної інфраструктури. Коли відбуваються потрясіння та збої, їхні негативні наслідки можуть перетинати сектори та кордони, надсилаючи брижі

по всьому світу. У той же час глобальне зростання інвестицій в інфраструктуру та цифрова трансформація інфраструктурних послуг дають можливість переосмислити питання стійкості критичної інфраструктури.

В сучасному світі важливість ґрунтовного та комплексного вивчення особливостей діяльності органів місцевого самоврядування в управлінні сектором охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій важко переоцінити. Адже це обумовлюється як зростаючою частотою, так складністю та масштабом тих негативних соціально-економічних наслідків, яких завдають надзвичайні ситуації, що виникають у різних куточках світу [67; 83]. Україна тут не є винятком, як показують статистичні дані ДСНС України [2; 3; 4; 21; 23; 26; 35; 72]. На рис.3.5 візуалізовано характеристику кількісних показників НС та їх наслідків в Україні у довоєнний період (2013-2022 рр).

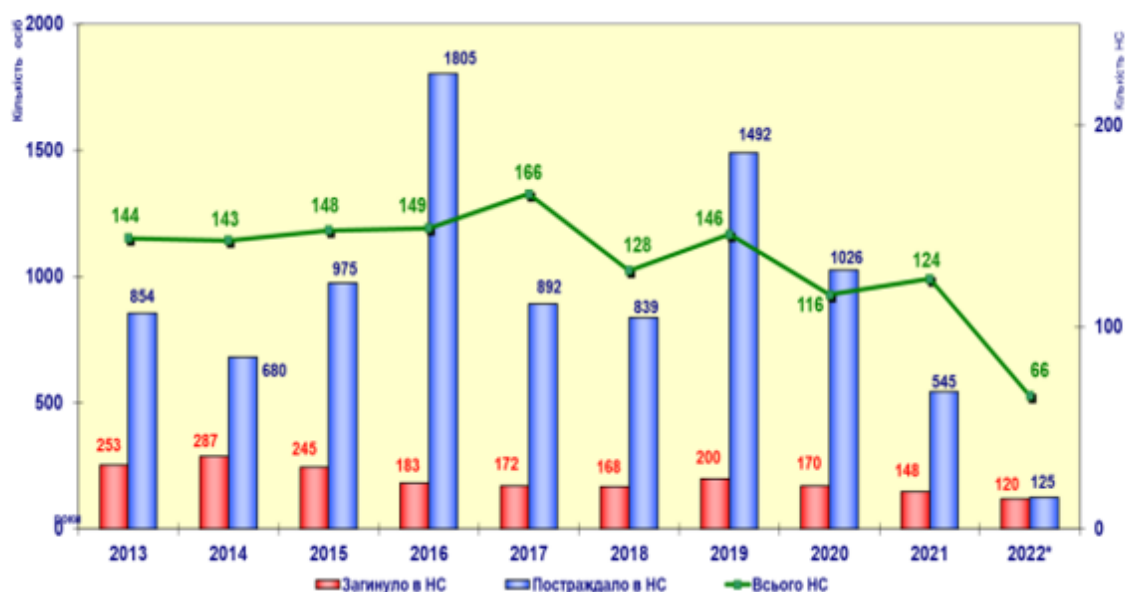


Рис. 3.5. Кількісні показники НС та їх наслідків в Україні у довоєнний період (2013-2022 рр).

Джерело: за даними звітів ДСНС [67]

У довоєнний період, як демонструє динаміка показників рис. 3.5, практично вся територія України мала особливі точки виникнення надзвичайних ситуацій, які мали значні соціальні наслідки – велику кількість

загиблих та постраждалих. Особливої актуальності питання підвищення рівня ефективності та якості публічного управління набуло з початком розгортання збройної атаки російської держави проти України, яка вже триває понад 10 років. З розгортанням повномасштабного вторгнення на територію нашої держави та активізацією збройного конфлікту практично всі об'єкти економічної та соціальної сфери умовно можна віднести до об'єктів критичної інфраструктури. І якщо серед них об'єкти промисловості та економічної сфери частіше за все мають загальнодержавний характер управління, то об'єкти соціальної сфери (освіта, соціальний захист та охорона здоров'я), як правило, мають управління на рівні органів місцевого самоврядування.

Тож в умовах стихійних лих і пандемій, а тим більш збройного конфлікту і техногенних катастроф, роль місцевих органів влади у забезпеченні ефективного управління сектором охорони здоров'я, як ніколи, набуває критично важливого значення [1]. А тому доцільно провести аналіз основних викликів, що постають перед органами місцевого самоврядування, подолання яких, відповідно, зумовлює суттєве розширення публічноуправлінського функціоналу у напрямку управління територіальною медичною системою. Основними серед них є такі:

- *зростання частоти надзвичайних ситуацій.* В останні десятиліття світ став свідком сплеску надзвичайних ситуацій, які безпосередньо впливають на здоров'я населення. Згідно з Базою даних про надзвичайні події (EM-DAT), кількість природних катаклізмів, про які повідомляється у всьому світі, зросла приблизно з 200 у 1980 році до понад 400 щорічно в останні роки. Станом на 2023 рік лише пандемія COVID-19 призвела до понад 768 мільйонів підтверджених випадків і понад 6,9 мільйонів смертей (Всесвітня організація охорони здоров'я [99], 2023). Ці статистичні дані висвітлюють системну вразливість сфери охорони здоров'я в усьому світі, підкреслюючи необхідність надійного місцевого управління для пом'якшення криз у сфері охорони здоров'я. Подібним чином Міжурядова група експертів зі зміни клімату (IPCC) попереджає, що зростаюча частота катастроф, пов'язаних із

кліматом, вимагає активного планування та управління сектором охорони здоров'я з боку місцевої влади;

- *децентралізація управління:* багато країн приймають політику децентралізації, яка покладає більшу відповідальність на місцеві органи влади за надання державних послуг, включаючи послуги у сфері охорони здоров'я. Наприклад, Європейська хартія місцевого самоврядування (Рада Європи, 1985 р.) підкреслює роль місцевих органів влади у наданні основних послуг. Ця тенденція підкреслює необхідність розуміння того, як місцеві органи влади можуть ефективно координувати, розподіляти ресурси та приймати рішення для вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям під час надзвичайних ситуацій;

- *регіональні відмінності в готовності до надзвичайних ситуацій:* існують значні відмінності між регіонами щодо їхньої здатності реагувати на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Наприклад, у звіті Управління ООН зі зменшення ризику стихійних лих (UNDRR) за 2021 рік зазначено, що на регіони з низьким і середнім рівнем доходу припадає понад 90% смертей, пов'язаних із стихійними лихами, через недостатню готовність. Органи місцевого самоврядування часто стикаються з унікальними проблемами залежно від їхнього географічного, економічного та демографічного контексту. Дослідження стратегій на регіональному рівні може дати розуміння найкращих практик і індивідуальних підходів для посилення стійкості сектору охорони здоров'я в різних умовах;

- *правові та інституційні рамки:* ефективність місцевих органів влади в управлінні надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я часто залежить від правових та інституційних рамок, у яких вони діють. Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП, 2005 р.), прийняті ВООЗ [100], підкреслюють важливу роль субнаціональних органів влади у забезпеченні готовності до надзвичайних ситуацій та реагуванні на них. Вивчення цих рамок на регіональному рівні може виявити прогалини, збіги та можливості

для реформування політики для підвищення готовності до надзвичайних ситуацій та реагування на них;

- *державно-приватне партнерство та залучення громад:* Залучення приватних постачальників медичних послуг, неурядових організацій та зацікавлених сторін у громаді має вирішальне значення в управлінні надзвичайними ситуаціями. Наприклад, під час спалаху лихоманки Ебола в Західній Африці (2014-2016 рр.) партнерство між місцевими органами влади, міжнародними організаціями та громадськими групами значно покращило результати реагування на виклик цієї інфекції. Органи місцевого самоврядування відіграють центральну роль у розвитку такого співробітництва, що робить важливим вивчення їхніх стратегій і механізмів для побудови ефективного партнерства;

- *глобальні уроки та регіональне застосування:* хоча багато досліджень зосереджено на національних реакціях на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, зростає визнання того, що дії на регіональному та місцевому рівнях часто визначають загальний успіх таких зусиль. Такі звіти, як щорічна оцінка Ради моніторингу глобальної готовності (GPMB), підкреслюють необхідність локального впровадження глобальних рекомендацій. Зосереджуючись на управлінні на регіональному рівні, це дослідження може сприяти подоланню розриву між глобальними рекомендаціями та локальним впровадженням, пропонуючи цінні уроки для політиків і практиків;

- *стійкість і довгострокове планування:* Управління надзвичайними ситуаціями в секторі охорони здоров'я не обмежується негайним реагуванням [99; 100]. Пандемія COVID-19 та війна в Україні показала всьому світу, що в сучасних умовах зовнішніх та внутрішніх викликів у медичній сфері, життєво необхідною функцією органів місцевого самоврядування є відновлення та довгострокове планування з метою створення стійкої територіальної медичної мережі. Органи місцевого самоврядування мають унікальні можливості для інтеграції управління

надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я в ширшій стратегії регіонального розвитку, забезпечуючи стійкі результати. Наприклад, у Сендайській програмі зменшення ризику стихійних лих на 2015-2030 рр. підкреслюється важливість місцевої влади в інтеграції стійкості здоров'я до планів зменшення ризику стихійних лих.

Сучасний стан та особливості розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я потребують логічного розвитку інституційних і правових механізмів, що забезпечують сталу і результативну роботу системи медичної допомоги в надзвичайних та кризових ситуаціях. Дослідження у цій галузі базуються на принципах правової держави, загальних засадах права, принципі верховенства права, а також концепції людиноцентричного підходу до надання медичних послуг.

Публічноуправлінський концепт забезпечення права на охорону здоров'я передбачає створення спеціального алгоритму дій органів державної влади й місцевого самоврядування, який базується на практичних інструментах організації системи охорони здоров'я. В умовах воєнного стану та інших надзвичайних обставин зростає потреба в цілеспрямованій, ефективній, законодавчо врегульованій діяльності у сфері медичного забезпечення населення.

У системі публічного управління охороною здоров'я діяльність обласних рад, зокрема Дніпропетровської обласної ради, відіграє ключову роль у стратегічному плануванні, координації та організації медичного забезпечення на регіональному рівні. У сучасних умовах військової агресії, гуманітарної кризи та епідеміологічних викликів особливої актуальності набуває управління саме обласними лікарнями, які є ядром вторинної і третинної ланки медичної допомоги.

На основі аналізу рішень, програм і публічних повідомлень Дніпропетровської обласної ради за період 2019-2024 років [24: 27], доцільно виокремити шість ключових функціональних напрямів її діяльності у сфері охорони здоров'я.

Напрямок № 1. Стратегічне планування та кластеризація установ/підприємств сектору ОЗ. Одним із визначальних функціональних напрямів діяльності Дніпропетровської обласної ради є формування стійкої та ефективної мережі медичних закладів. Це здійснюється через погодження переліків надкластерних закладів, які мають забезпечити надання медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я. Серед них: Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова, регіональні онкологічні диспансери (місто Дніпро та Кривий Ріг), центр інфекційних хвороб, багатoproфільна психіатрична клініка тощо. Вони надають високоспеціалізовану медичну допомогу в складних випадках і виступають ядром медичних госпітальних округів. Дніпропетровська область стала одним із перших регіонів, що реалізували підхід із збереженням двох онкологічних хабів (у Дніпрі та Кривому Розі), враховуючи географію розселення ВПО і навантаження на заклади. Це свідчить про адаптивну управлінську модель, що враховує не лише нормативні критерії, але й реальні потреби населення у наданні спеціалізованих видів медичної допомоги, попри війну.

Напрямок № 2. Інституційне управління та кадрова політика. Дніпропетровська обласна рада запроваджує підвищені стандарти прозорості в управлінні медичними установами. Принциповим моментом стало оновлення процедур добору керівників обласних лікарень: формування конкурсних комісій із залученням незалежних експертів, вимога подання управлінських проектів, оцінювання лідерських та фінансових навичок кандидатів. Запровадження таких стандартів дозволяє формувати нову генерацію управлінців у медичній сфері. Водночас обласна рада сприяє створенню наглядових рад при навчальних закладах та лікарнях, які належать до обласної власності. Ці ради слугують інструментом інституційного стримування та підзвітності, посилюючи громадський контроль у медичній сфері.

Напрямок № 3. Бюджетно-фінансова підтримка та модернізація медичних підприємств комунальної форми власності. Здійснення програмно-цільового

підходу до фінансування дозволяє Дніпропетровській обласній раді оперативно реагувати на нові виклики з питань здоров'я. Регіональна цільова програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2024 роки» включає напрямки щодо зміцнення матеріально-технічної бази лікарень, закупівлі медобладнання, модернізації системи енергозабезпечення та санітарного транспорту [66].

Тільки за перші два роки війни, тобто за період 2022–2023 років на реалізацію відповідних заходів Дніпропетровська обласна рада спрямувала понад 500 млн грн.

В умовах дії правового режиму воєнного стану принципово важливою є підтримка лікарень, що стали реабілітаційними центрами для військових, хабами для ВПО, а також тих, що забезпечують епідеміологічний захист населення. Крім інвестицій у будівлі, значна увага приділяється забезпеченню лікарень резервним енергопостачанням та автономними джерелами живлення.

Напрямок № 4. Інформаційно-аналітична, освітня та комунікаційна діяльність Дніпропетровської обласної ради як колегіальний орган управління регіональною системою охорони здоров'я. Сучасне управління охороною здоров'я неможливе без потужної інформаційно-аналітичної інфраструктури. Дніпропетровська обласна рада забезпечує функціонування інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, підтримує цифрові платформи для комунікації з населенням (Helsi, Doctor Online, Teplo.app) [94], координує освітні ініціативи з підвищення обізнаності громадян щодо профілактики хвороб і збереження психічного здоров'я. Водночас активно розвиваються формати навчання для медиків як в режимі онлайн, так і на базі обласних клінік. Особливу роль відіграють заходи для молодих лікарів, інтернів, які проходять навчання в регіональних лікарнях. Центри родинного здоров'я, клініки Дніпра та Кривого Рогу перетворюються на освітньо-реабілітаційні хаби нового типу.

Напрямок № 5. Соціальний захист медичних працівників. Дніпропетровська обласна рада упродовж пандемії та тривалої збройної

агресії неодноразово ухвалювала рішення щодо фінансування страхування медичних працівників, надбавок, допомоги у випадку інфікування чи загибелі при виконанні професійних обов'язків. У 2021-2022 роках понад 1400 медиків області отримали матеріальну підтримку з обласного бюджету. В умовах пандемії та війни соціальний захист медиків набув пріоритетності й перетворився на одну з ключових функцій обласної ради. На рівні області також реалізуються заходи психологічної допомоги, впроваджені курси емоційної саморегуляції та антистресові програми на платформах МОЗ України і Дія. «Цифрова освіта». Вся ця інформація представлена у відкритому доступі на офіційній сторінці Дніпропетровської обласної ради за пошуковим запитом «охорона здоров'я» [27].

Разом з тим, ураховуючи довготривалий період збройної агресії проти України, вважаємо необхідним продовжувати удосконалювати діяльність регіональних органів влади у сфері охорони здоров'я. На наш погляд, метою концептуальних змін у системі управління охороною здоров'я має бути інституціональна трансформація, що відповідає суспільному запиту на справедливу, якісну й доступну медичну допомогу. Йдеться про створення функціонального публічноуправлінського механізму, який поєднує державну політику у сфері охорони здоров'я, практики доказової медицини, інституційний розвиток медичних установ, а також новітні цифрові інструменти управління.

Реалізація таких реформ повинна формувати стійке, а більш точно – резильєнтне середовище довіри жителів громади до діяльності регіональної системи охорони здоров'я, а також підвищувати інституційну спроможність органів виконавчої влади, медичних закладів та їх управлінських структур. І тут першочергово йдеться про принципи поділу повноважень, інтеграції функцій на різних рівнях влади, забезпечення координації між державними й місцевими органами влади, автономії медичних закладів та прозорості прийняття рішень. Ми поділяємо наукову позицію українських дослідників (А. Баштанник, І. Лозицька, М. Сачко, І. Юхно), які наголошують на важливості

інституціонального підходу до розвитку публічного управління, зокрема у сфері охорони здоров'я, що набуває особливої актуальності в умовах надзвичайних ситуацій. Але досвід пережити років повномасштабного вторгнення говорить про підсилення інституційної спроможності управління на засадах резильєнтного підходу.

Потрібно враховувати, що охорона здоров'я як стратегічна система не піддається класичним підходам до децентралізації або дерегуляції без урахування ризиків для життя і безпеки населення [38]. Надмірна концентрація повноважень або їх неструктурована передача можуть становити загрозу для якості медичних послуг, що підкреслює потребу в балансі між централізацією та автономією в управлінні медичною сферою.

Наукове обґрунтування реформ у сфері охорони здоров'я передбачає чітке формулювання політичних і адміністративних імперативів розвитку системи публічного управління. Тому удосконалення управлінських підходів у реформуванні охорони здоров'я має бути не лише відповіддю на нагальні виклики, а й стратегічною ініціативою, насамперед, державної, а також регіональної політики, яка здатна забезпечити повною мірою наступність, стабільність і ефективність у реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я.

В умовах воєнного стану це набуває ще більшої ваги, оскільки держава має гарантувати захист права на життя та медичну допомогу навіть у нестабільному середовищі. Отже, система охорони здоров'я має розглядатися як складовий елемент державної безпеки та соціального розвитку, а механізми її управління - як об'єкт публічного адміністрування в контексті інтегрованого та резильєнтного кризового реагування та сталого розвитку.

Таким чином, розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я потребує концептуального осмислення, інтеграції правових, інституційних та цифрових інструментів та резильєнтного підходу, а також постійного оновлення відповідно до змін зовнішнього середовища, суспільного запиту та глобальних трендів.

В умовах тривалої повномасштабної війни на території України питання забезпечення ефективного, стійкого та адаптивного управління регіональними системами охорони здоров'я набуло виняткової актуальності. Традиційна модель управління, орієнтована переважно на централізоване планування, не забезпечує достатньої гнучкості, оперативності реагування та врахування динамічних викликів, пов'язаних із воєнними діями, масовим переміщенням населення, руйнуванням медичної інфраструктури, зростанням психоемоційного навантаження на персонал і пацієнтів. У зв'язку з цим обґрунтовується необхідність запровадження функціональної моделі резильєнтного управління, яка враховує емерджентний характер загроз, здатність до адаптації, координацію багатьох суб'єктів та ефективне використання наявних ресурсів (рис.3.6).

Перевагами запропонованої моделі є її системність, міжсекторальна інтеграція, посилення ролі місцевого самоврядування, орієнтація на сталу безперервність медичних послуг, можливість швидкого масштабування, а також залучення громадянського суспільства, міжнародних партнерів та інноваційних цифрових рішень. Вона спрямована на підвищення резильєнтності – тобто стійкості, відновлюваності та гнучкості регіональної системи охорони здоров'я – через посилення горизонтальних зв'язків між усіма рівнями управління та суб'єктами надання допомоги.

Реалізація моделі ґрунтується на таких принципах:

- багаторівнева координація (від обласного рівня до рівня громади);
- прозорість та підзвітність управлінських рішень;
- орієнтація на потреби вразливих груп;
- динамічний обмін інформацією між ланками системи;
- участь громадян у процесах моніторингу та прийняття рішень.



**Рис. 3. 6 . Функціональна модель резильєнтного управління
регіональною системою охорони здоров'я в умовах надзвичайних
ситуацій
(розроблено автором)**

Функціональна модель включає кілька ключових блоків, кожен із яких виконує свою критичну роль у забезпеченні сталості регіональної системи охорони здоров'я. Основними блоками моделі виступають:

- Обласний центр стратегічного управління (Штаб/Центр резильєнтного управління) – координує всі елементи системи, забезпечує моніторинг ситуації, розробку сценаріїв реагування, координацію між закладами охорони здоров'я, органами влади та партнерами, здійснює антикризове планування;

- Блок «Моніторинг та аналітика» – функціонально відповідає за постійний збір, аналіз і візуалізацію даних (медичних, демографічних, ресурсних), прогнозування ризиків, виявлення нових загроз і адаптацію рішень до актуальних викликів;

- Блок «Оперативне управління» – здійснює поточне управління маршрутами пацієнтів, ресурсами, ліжковим фондом, кадрами та логістикою.

Включає систему екстреного перепрофілювання медичних закладів та алгоритм прийняття управлінських рішень, забезпечує безперервність надання медичних послуг;

- Блок «Комунікація та залучення громади» – включає двосторонню комунікацію з громадянами, інформування про ризики та доступні послуги, протидію дезінформації, а також залучення волонтерів, громадських організацій, благодійників, спонсорів, меценатів тощо;

- Блок «Партнерство та координація допомоги» – забезпечує ефективну взаємодію з міжнародними організаціями, донорами, НУО, координацію гуманітарної допомоги, уникнення дублювання зусиль і розподіл ресурсів згідно з потребами.

Додатково, в залежності від ситуації, в цій моделі можна виокремлювати ще такі блоки:

- Блок «Інфраструктурна стійкість» – забезпечує готовність закладів охорони здоров'я до автономного функціонування (енергонезалежність, безпека, резерви), реалізацію заходів з фізичного захисту та швидкого відновлення;

- Блок «Кадрова підтримка та ментальне здоров'я» – відповідає за психоемоційну підтримку персоналу, ротацію кадрів, забезпечення навчання в умовах війни, а також за охорону праці та мотивацію фахівців;

- Блок «Цифрова трансформація» – реалізує завдання з розвитку систем електронного здоров'я, телемедицини, цифрових платформ моніторингу та прийняття рішень, кібербезпеку медичних даних.

Підсумовуючи представлений вище матеріал можемо вважати, що резильєнтне управління медичною сферою в умовах надзвичайних ситуацій є окремим напрямком діяльності Дніпропетровської обласної ради (напрямок 3 б), метою якого є забезпечення стійкості регіональної медичної мережі в умовах війни, енергетичних криз, епідемій та інших викликів НС. Зокрема, в рамках реалізації цієї функції управління обласна рада здатна надавати підтримку обласним лікарням у забезпеченні автономного енергоживлення,

створено план резервної логістики пацієнтів, організовано додаткові пункти медичної допомоги в громадах з підвищеним ризиком. Показовим є створення на базі лікарень хабів для реабілітації поранених військових, систем мобільних амбулаторій та кризових центрів у партнерстві з міжнародними організаціями.

Дніпропетровська обласна рада сформувала адаптивну управлінську модель у сфері охорони здоров'я, яка охоплює як стратегічний рівень (кластеризація, кадрова політика, бюджетне планування), так і тактичний (реагування на кризові ситуації, підтримка лікарень, інформаційна взаємодія з громадськістю). Управління обласними лікарнями є центральним елементом цієї моделі, оскільки саме ці установи забезпечують виконання державних гарантій у найскладніших умовах та для найуразливіших груп населення.

В рамках дослідження питання щодо проведення самооцінювання органами місцевого самоврядування стану готовності медичної мережі чи окремого медичного закладу до роботи в надзвичайних ситуаціях ми пропонуємо наступні адаптовані критерії.

Таблиця 3.6

**Система оцінювання спроможності органів місцевого
самоврядування забезпечувати медичні послуги в умовах надзвичайних
ситуацій**

Критерій	Оцінка (0-3 бали)
Адаптивність	1-2-3
Управлінська гнучкість	1-2-3
Інклюзивність	1-2-3
Партнерська взаємодія	1-2-3
Кадрова сталість	1-2-3
Цифрова готовність	1-2-3
Мобільні бригади	1-2-3
Сума балів	7-21

Застосування цієї адаптованої методики дозволяє місцевим органам влади здійснювати оцінювання резильєнтності медичних закладів регіону. Мета проведення самооцінювання ступеня резильєнтності полягає у тому, щоб виявити слабкі місця системи охорони здоров'я області в умовах тривалого ризику надзвичайних ситуацій (обстріли, переміщення населення, нестача ресурсів), сформулювати управлінські рішення та обґрунтувати підтримку з боку партнерів.

Запропонований методичний підхід ураховує специфіку воєнного часу, транзитний статусу області (прифронтового чи прикордонного регіону), виклики масової евакуації, блекаутів, навантаження на лікарні та мобільні бригади тощо.

Головні питання, які постають у процесі оцінювання, окреслюють такий простір публічноуправлінської діяльності:

- Адаптивність до бойових і гуманітарних викликів, яка визначає здатність медичної мережі чи окремої лікарні швидко змінювати профіль, маршрути, функціонування під час ракетних ударів, евакуації, напливу ВПО (індикатори - наявність чітко відпрацьованих планів евакуації пацієнтів; практика оперативного перепрофілювання ліжок (наприклад, під травматологію, невідкладну допомогу); факти розгортання стабілізаційних пунктів;

- Управлінська гнучкість в умовах постійного ризику, що визначається як швидкість реагування адміністрації регіону чи окремої лікарні на зміни ситуації (атаки, перебої зв'язку, відсутність поставок). Основні індикатори для вимірювання показника – це створення кризового штабу на рівні медзакладу/тергромади; протоколи швидкого перерозподілу ресурсів; рівень автономності прийняття рішень;

- Інклюзивність у наданні допомоги ВПО та вразливим групам як вимір можливості мережі медичних закладів області чи окремого медзакладу обслуговувати потреби людей з інвалідністю, ВПО, дітей, похилих осіб,

показниками якого є медичне обслуговування в пунктах розміщення ВПО; доступність приміщень (укриття, інфраструктура); психосоціальний супровід;

- Партнерська взаємодія в кризовому регіоні, яка визначає наявність ефективної взаємодії з міжнародними гуманітарними організаціями, ОВА, місцевими НУО через такі показники як кількість спільних гуманітарних/медичних проєктів; участь у кластерних зустрічах/платформах; обсяг допомоги, отриманої через партнерство;

- Кадрова сталість на фоні мобілізації та виїзду фахівців медичного профілю, який характеризує можливості регіону чи окремого медичного закладу щодо збереження медичного персоналу, існування механізму ротації, резерву або підтримки. Показник розраховується на основі кількісного виміру вакантних посад; наявності залучених студентів/волонтерів/резерву; програми психоемоційної підтримки персоналу тощо;

- Цифрова готовність в умовах воєнних ризиків оцінюється як доступність до електронної документації, альтернативних каналів зв'язку, використання телемедицини на підставі існування резервних каналів зв'язку/інтернету (Starlink); застосування електронної медичної системи, дублікатів; можливостей проводити онлайн-консультацій в умовах обмежень пересування тощо;

- Ефективність мобільних медичних бригад (в т.ч. у «сірих зонах»), яка показує чи працюють мобільні бригади в небезпечних/віддалених районах і визначається на підставі кількості мобільних команд; здійснених виїздів в межі бойових дій; можливості співпраці з міжнародними організаціями.

Інтерпретацію отриманих результатів вимірювання проводимо на підставі такої шкали: 0-8 балів означає абсолютно критичний рівень. Необхідне термінове управлінське втручання та підтримка; 9-14 балів показує помірну спроможність регіону щодо стійкості через наявність локальних практик, що говорить про існування потреби у консолідації ресурсів; 15-18 балів – визначає високий рівень спроможності/стійкості, а діяльність органів місцевого самоврядування (чи керівництва медзакладу) демонструє стратегічну

готовність, однак у перспективі потребує масштабування; 19-21 бал можна розцінювати як зразковий рівень резильєнтності, а також як можливість використання цього досвіду як «еталону» для інших регіонів.

Зазначені результати авторської методики визначення ступеня резильєнтності на локальному чи регіональному рівні управління мають конкретно визначене практичне спрямування і можуть бути застосованими для формування запитів до міжнародної технічної допомоги; аргументація для розподілу резервного бюджету ОВА; прийняття рішень про укрупнення закладів; створення профільних «резильєнтних кластерів» охорони здоров'я.

Висновки за розділом 3

У ході дослідження організаційно-правових засад управління наданням медичних послуг територіальній громаді в умовах надзвичайних ситуацій ми акцентували увагу, перш за все, на таких напрямках як: діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: традиційні, модернізовані та адаптивні функції; кластерний підхід в управлінні медичним забезпеченням громад в умовах воєнного стану; концептуальні підходи в реалізації резильєнтного управління органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Ґрунтовне опрацювання кожного визначеного напрямку дозволило підтвердити гіпотезу, що в умовах дії такого чинника НС як тривала військова агресія, модернізація управлінських підходів є критично важливою для забезпечення сталості та адаптивності системи охорони здоров'я. На цій підставі було зроблено аналітичні узагальнення отриманих результатів у вирішенні наукових завдань за цим підрозділом. Це дозволило сформулювати такі основні висновки:

1. Обґрунтовано, що діяльність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та тривалого періоду збройного конфлікту проти української держави вимагає розширення

функціонального підходу. Традиційні управлінські функції (планування, фінансування, організація первинної медичної допомоги, делегування повноважень тощо) залишаються базовими, однак у сучасних кризових умовах виникає потреба в модернізованих функціях – антикризовому управлінні, управлінні ризиками, формуванні безпечного медичного середовища. Запропоновано концептуальну класифікацію функцій місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій. Основний акцент зроблено на ключових аспектах, таких як аналіз ризиків, резервування ресурсів, забезпечення безперервності медичних послуг, надання психосоціальної підтримки населенню та впровадження інноваційних підходів до управління. Доведено, що в умовах масштабних викликів надзвичайних ситуацій саме адаптивні функції органів місцевого самоврядування регіону у сфері охорони здоров'я набувають пріоритетного значення (управління мобільними ресурсами, партнерство з волонтерським і міжнародним секторами, цифрова трансформація охорони здоров'я). На підставі проведеного ґрунтовного опрацювання відкритої джерельної бази Дніпропетровської обласної ради за період 2019-2020 роки було визначено наступний перелік адаптивних функцій управління у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні управління:

- стратегічне планування та сценарне прогнозування;
- операційне управління;
- міжвідомча та міжсекторальна координація;
- комунікаційно-інформаційний супровід;
- моніторинг, оцінювання та аудит результатів;
- євроінтеграційна функція управління, яка інституційно включає правове узгодження, системну трансформацію управлінських процесів, цифровізацію, міжнародне співробітництво у сфері ОЗ, підвищення стандартів якості та ефективності медичних послуг.

Це вимагає відповідних змін у нормативно-правовому забезпеченні діяльності місцевої влади.

2. Сформульовано авторське бачення необхідності створення медичних кластерів як адаптивної моделі організації громадської системи охорони здоров'я в умовах війни. Такі кластери об'єднують установи різних рівнів для забезпечення координації діяльності, оптимального використання ресурсів та сприяння впровадженню інновацій. Акцентовано, що кластерний підхід в управлінні медичним забезпеченням територіальних громад в умовах воєнного стану виявився найбільш ефективним інструментом регіонального узгодження дій та концентрації ресурсів. Адже запровадження медичних кластерів дозволяє забезпечити міжмуніципальну координацію, логістичну стійкість та інтегрованість закладів охорони здоров'я, включно з мобільними й спеціалізованими структурами. В умовах війни кластери виконують не лише сервісну, а й стратегічну функцію – формують необхідні резерви потужностей регіональної мережі медичних установ, оптимізують маршрутизацію пацієнтів і підтримують безперервність надання медичних послуг. Водночас кластеризація потребує чіткого нормативного регулювання, визначення координаційних центрів, а також належного рівня автономії та гнучкості в управлінні.

3. Проведено порівняльну характеристику основних управління госпітальним округом та медичним кластером в умовах дії правового режиму воєнного стану. Встановлено, що во представляють собою дві моделі управління регіональною системою охорони здоров'я, які не виключають одна одну, а навпаки – здатні гармонійно доповнюватися. Так, авторська модель Дніпропетровського медичного кластеру структурно включає 8 кластерних груп, загальна кількість суб'єктів в яких налічує близько 7 тис. од. Оскільки поняття кластеру є більш широким за своїм змістом і функціями, то у функціональному плані до його складу може входити кілька госпітальних округів, забезпечуючи механізм для підвищення рівня їхньої координації (згідно з даними МОЗ України на Дніпропетровщині створено 7 госпітальних округів). Госпітальні округи являють собою офіційно визначені адміністративно-територіальні одиниці, призначені для організації доступу

населення до вторинної медичної допомоги. У свою чергу, медичний кластер є сучасною управлінською концепцією, що об'єднує різні зацікавлені сторони, включаючи освітні та наукові установи, а також недержавні організації, на спільній платформі. Це сприяє формуванню системи надання безперервної, ефективної й інноваційної медичної допомоги. Але на даному етапі його правова регламентація як суб'єкта управління залишається не визначеною, на відміну від госпітального округу, управління яким здійснюють органи місцевого самоврядування.

4. Розроблено функціональну модель резильєнтного управління діяльністю органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, що дозволяє органам місцевого самоврядування спиратися у своїй діяльності стосовно медичної сфери на нові концептуальні підходи, що поєднують адаптивність, проактивність, багаторівневу взаємодію та партнерство. Функціональна модель резильєнтного управління охоплює комплексну структуру, що складається зі стратегічного, організаційного, операційного і комунікаційного блоків, а також підсистеми моніторингу та адаптації. Така модель спрямована на інтеграцію ризик-менеджменту, цифрових інновацій і антикризової координації з метою підвищення стійкості системи охорони здоров'я. Сформована в межах дослідження модель резильєнтного управління базується на здатності територіальних громад не лише реагувати на кризи, а й готуватися до них завдяки інституціональній гнучкості, прогнозуванню ризиків і підтримці соціального капіталу. Такий підхід передбачає використання цифрових інструментів для моніторингу ситуацій, залучення громади до прийняття рішень, посилення кадрового потенціалу первинної ланки медичної допомоги, а також створення мультиакторних платформ (штабів, координаційних рад, антикризових центрів). Ці підходи повинні бути інтегровані в стратегічні документи громад і підкріплені державною політикою підтримки резильєнтності регіональних систем охорони здоров'я.

Таким чином, удосконалення організаційно-правових засад управління наданням медичних послуг у територіальних громадах в умовах надзвичайних ситуацій має ґрунтуватися на поєднанні адаптивного функціонального підходу, кластерної моделі медичного забезпечення та концепції резильєнтного управління. Це дозволяє не лише забезпечити ефективну відповідь на виклики війни чи інших криз, а й формувати стійкі місцеві системи охорони здоров'я, здатні до відновлення, трансформації та подальшого розвитку.

Наукові результати третього розділу дисертаційного дослідження опубліковані автором у відкритих міжнародних та вітчизняних наукових виданнях та включені до переліку використаних джерел [12-17; 93].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО РОЗДІЛУ 3:

1. 10 вражаючих фактів про урагани у США.
<https://www.holosameryky.com/a/urahany-ssha-fakty/7817346.htm>
2. Аналітичні звіти Дніпропетровського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики. <https://dniprophc.com.ua/>
3. Бадюк, М. І., Моргун, С. О., & Смірнов, О. Г. (2021). Ризик-орієнтований підхід у визначенні загрози виникнення надзвичайних ситуацій техногенного характеру та можливих наслідків впливу на військові об'єкти. *Editorial Board*, 268.
4. Бакай А. Є. Державне регулювання медичного забезпечення населення України в надзвичайних ситуаціях: стан дослідженості проблеми. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 23. С. 93 – 99.
5. Бакай А. Є. Державне управління міжвідомчою взаємодією з організації медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях воєнного і мирного часу в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 22. С. 115 –120.
6. Бакай А. Є. Міжвідомча взаємодія з медичного забезпечення в надзвичайних ситуаціях: моделі органів управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 3. С. 92 – 95.
7. Балинський, А. І. (2021). Моделі та процеси антикризового управління соціально-економічних систем.
<http://dspace.puet.edu.ua/handle/123456789/10338>
8. Бульба В.Г., Поступна, О. В., Литвинов А.О. (2024). Переваги соціально орієнтованої кластеризації в забезпеченні продуктивної зайнятості як важливого фактору забезпечення національної безпеки країни. Наукові інновації та передові технології. 2024, 7.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/12927/12989>
9. Вживання в умовах надзвичайних ситуацій / Волянський П.Б., Барило О.Г., Гур'єв С.О., Долгий М.Л., Євсюков О.П., Іскра Н.І., Михайлов В.М., Потеряйко С.П., Терент'єва А.В. Х.: ФОП Панов А.М., 2016.189 с.

10. Бородін, Є., & Моїсєєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

11. Вороненко В.В., Близнюк М.Д., Печиборщ В.П., Шуригін О.Ю. (2017). Особливості медичного забезпечення населення та військ у зоні АТО. Реалії та перспективи створення єдиного медичного простору. 25.08.2017. *Український медичний часопис*. www.umj.com.ua/uk/publikatsia-113353-osoblivosti-medichnogo-zabezpechennya-naselennya-ta-vijsk-u-zoni-ato-realiyi-ta-perspektivi-stvorenniya-yedinogo-medichnogo-prostoru)

12. Гавва О.А. Готовність медичних установ до надання медичних послуг в умовах війни: публічноуправлінські аспекти/ Національна безпека України в умовах воєнного стану: матеріали І Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернігів, 06-08 березня 2024р.) / Під загальною редакцією д.н.держ. упр., професорки Гбур З.В. – Чернігів, ППТ, 2024. – 322 с. (Авт. С. 83-84).

13. Гавва О.А. Діяльність органів влади в управлінні медичною сферою в умовах надзвичайних ситуацій: аналіз сучасних викликів. Пріоритетні шляхи розвитку науки і освіти: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 січня 2025 року. – Львів : Львівський науковий форум, 2025. 78 с. (Авт. С.6-10).

14. Гавва О.А. Кластеризація як європейська технологія управління медичними підприємствами на регіональному рівні. Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: матеріали XX наук.-практ. конф. 18 травня 2023 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. – Дніпро: НТУ ДП, 2023. – 162 с. (авт. 45-47). <http://surl.li/usopkn>

15. Гавва, О. (2024). Лікарня як об'єкт критичної інфраструктури: аналіз нормативно-правової бази. *Матеріали конференцій МЦНД, «Розвиток наук в умовах нової реальності: проблеми та перспективи»* 04.10.2024;

Ужгород, Україна, 48–50. <https://archives.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/196/193>

16. Гавва О.А. Медичні установи регіону як об'єкти критичної інфраструктури: аспекти управління в умовах режиму воєнного стану. The 44th International scientific and practical conference «Recent Trend in Science and Technology» (December 29-30, 2022) Littera Verlag, Munich, Germany. 2022. 148 p. С. 42-46. https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2023/01/germany_30122022.pdf

17. Гавва, О. А. (2023). Сучасне значення цифрових технологій в публічному управлінні системою охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*, (9). <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-9-02-07>

18. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова КМУ від 28 лютого 2023 року № 174. <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha>

19. Дмитрук О.В., Свінцицька О.М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 5 (10). 2018. С. 182 – 186. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf

20. Дніпровський медичний кластер. <https://adm.dp.gov.ua/turistichnij-kraj/medichnij-turizm-dnipropetrovshchiny/dniprovskij-medichnij-klaster>

21. Домедична допомога на місці події: практичний посібник / П. Б. Волянський, А. М. Гринзовський, С. О. Гур'єв та ін. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 224 с.

22. Експерти U-LEAD пропрацюють з громадам новий етап реформи охорони здоров'я. <https://u-lead.org.ua/news/71>

23. Жукова Л.А. Державне управління у сфері цивільного захисту в Україні: функціонально-структурний аспект: автореф. дис. канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. / Жукова Л.А.; НАДУ при Президентіві України. К., 2007. 20 с.

24. Звіти Комісії з питань охорони здоров'я, дитинства та материнства Дніпропетровської обласної ради (2019-2024).

<https://oblrada.dp.gov.ua/category/komis-ohorona-zdorovya/>

25. Івахненко, О. А., & Новиков, О. В. (2024). Правове регулювання повноважень органів влади та місцевого самоврядування щодо надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям. *Вісник Кримінологічної асоціації України*, 32(2), 405-418.

26. Інститут державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту (ІДУ НД ЦЗ): веб-сайт. URL:<https://idundcz.dsns.gov.ua/>

27. Інформаційні повідомлення офіційного сайту Дніпропетровської обласної ради (<https://oblrada.dp.gov.ua>)

28. Карамишев, Д. В., Гордієнко, Л. П., & Коршенко, В. О. (2023). Механізми цивільно-військової взаємодії щодо лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в умовах єдиного медичного простору. / Д. В. Карамишев, Л. П. Гордієнко, В. О. Коршенко // Публічне управління у сфері цивільного захисту: освіта, наука, практика: матеріали міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 16 березня 20223 р. – Харків, 2023. – С. 91–94. <https://repository.pdmu.edu.ua/items/29ae7c04-5647-4ba6-ba81-5a831334b228>

29. Кибалюк, Ю. Джерела фінансування діяльності закладу охорони здоров'я в умовах війни та післявоєнного відновлення [Текст] / Юліанна Кибалюк // Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів : матеріали доп. V Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю [Тернопіль, 16 трав. 2024 р.]. Тернопіль : ЗУНУ, 2024. Ч. 1. С. 206-209.

30. Кластерний Атлас.
<https://clusteratlas.org.ua/uk/klastery/dniprovskii-medicinii-klastery>

31. Кластер охорони здоров'я.
<https://fscluster.org/sites/default/files/documents/20241028%20Presentation%20HC%20UKR.pdf>

32. Ключковський Ю. Правове регулювання місцевого самоврядування в Україні в умовах війни та передумови проведення місцевих виборів після припинення воєнного стану.

https://ccu.gov.ua/sites/default/files/klyuchkovskyy_yu._venger_v._pravove_regul_yuvannya_miscevogo_samovryaduvannya_v_ukrayini_v_umovah_viyny.pdf

33. Ковач, І. М. (2023). Окремі проблеми адміністративно-правового забезпечення використання інформаційних сервісів в медицині у контексті воєнного стану в Україні. *Сучасний науковий журнал*, (2(2)), 26-32.

<https://doi.org/10.36994/2786-9008-2023-2-3>

34. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. Ст. 49. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

35. Копитко, М., & Ткачук, Д. (2024). Управління стійкістю і персоналом в організаціях та закладах охорони здоров'я у кризових ситуаціях: виклики в умовах війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (3 (75)), 93-101.

36. Кравченко, М., & Омельченко, А. (2025). Проблеми та перспективи кластерного розвитку в Україні. *Підприємництво та інновації*, (35), 19-22. <https://doi.org/10.32782/2415-3583/35.3>

37. Кришталь, Т., Мельник, О., Пасинчук, К., & Перевізник, В. (2022). Державне регулювання медичного забезпечення особового складу служби цивільного захисту в мирний та воєнний час. *Надзвичайні ситуації: попередження та ліквідація*, 6(1), 43-52.

38. Кришталь, Т. М. Та ін. (2024). Цивільний захист як складова безпекового середовища територіальної громади. *Державне управління*. С.285-295.

<http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/23716/1/Kryshtal%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F%202024.pdf>

39. Локшина В.О. Принципи формування медичного кластеру. Матеріали Третьої науково-практичної конференції студентів ПДАБА, 26

квітня 2021 р., м. Дніпро.

<http://srd.pgasa.dp.ua:8080/bitstream/123456789/9609/1/Lokshyna.pdf>

40. Львівський кластер медичного бізнесу.

<https://medcluster.lviv.ua/about>

41. Лугач, О. (2024). Публічно-управлінський підхід щодо ресурсного забезпечення протипандемічних заходів у сучасних умовах. *Актуальні питання у сучасній науці*, № 2 (20).2024. С.207-216.

<http://perspectives.pp.ua/index.php/sn/article/view/9136/9185>

42. Мазуренко О.В., Терентьєва А.В., Іскра Н.І. Деякі питання міжвідомчої координації в подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій. *Економіка та держава. Міжнародний науково-практичний журнал*. № 6. 2006. С.93- 96.

43. Макаренко, А. (2021). Адміністрування надання домедичної допомоги населенню як компонента медичного реагування на надзвичайні ситуації мирного часу. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*, (4 (10)).

44. Маркіна І. А., Мохаммед Ш. (2016). Адаптація концепції сталого розвитку в практику державного антикризового управління охороною здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2016. № 4. С. 29-33.

45. Мартиненко, С. О., Гринзовський, А. М., & Калашченко, С. І. (2021). Сучасні напрямки попередження виникнення надзвичайних ситуацій в лікувальних закладах. Суб'єкти забезпечення цивільного захисту (регіонального та місцевого рівня) в реалізації завдань із запобігання та ліквідації наслідків НС: матеріали круглого столу. Харків: НУЦЗУ, 2021. 129 с. С. 79-80.

46. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегія розвитку охорони здоров'я на період до 2030 року. <https://moz.gov.ua>

47. Микита, О. О. (2022). Методологія дослідження системи медичного забезпечення Сил Територіальної оборони Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. ТОМ 3 3.2022

(додаток), 2022, 17. С.17-20. <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/4174/1/25-137-PB.pdf>

48. Надзвичайний стан та надзвичайна ситуація <https://wiki.legalaid.gov.ua>

49. Наказ Міністерства оборони України від 16.11.2016 р. № 608 «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення». https://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/608_nm_2016.pdf

50. Негода, Т. С., Полова, Ж. М., Ніженковський, О. І., & Калиновський, І. С. (2023). Розробка концепції лікарського забезпечення в умовах надзвичайного стану. Proceedings of the XVII International Scientific and Practical Conference «The research process in science and the implementation of results», April 24–25, 2023 Maribor.

51. НСЗУ. Методичні рекомендації щодо кластеризації. <https://nszu.gov.ua/news/krok-za-krokom-iak-stvoriuietsia-spromozhna-merezha-zakladiv-okhorony-zdorovia>

52. Оновлена Стратегія розвитку Дніпропетровської області на період до 2027 року. <https://salo.li/1F2058A>

53. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

54. Ортіна Г.В. Кластеризація як напрям реалізації державної антикризової стратегії розвитку реального сектора економіки. *Державне управління: удосконалення та розвиток* № 4, 2017. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1103>

55. Офіційний сайт Дніпропетровської обласної ради – новини про надкластерні лікарні. <https://oblrada.dp.gov.ua/news/реабілітація-військових-підтримка-критичної-інфраструктури-визначення-надкластерних-лікарень>

56. Пашков, В. М., & Соловйов, О. С. (2022). Медицина катастроф в надзвичайних ситуаціях: правовий статус. <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/19031>

57. Печиборщ В.П., Волянський П. Б., Якимець В. М., Вороненко В. В., Хижняк М.І. Медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях в єдиній державній системі цивільного захисту. Київ. 2019. 425 с.

58. Порядок утворення та діяльності регіональних координаційних рад з питань громадського здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 7 грудня 2023 р. № 1284. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1284-2023-%D0%BF#Text>

59. Практичний посібник з питань формування спроможних територіальних громад / за заг. ред. : С. М. Серьогіна. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2018. 164 с.

60. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: закон України 1 липня 2022 року № 2347. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

61. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України № 2168 від 19 жовтня 2017 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

62. Про деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України №174 від 28.02.2023 р. <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zakladiv-okhorony-zdorovia-174-280223>

63. Про затвердження Положення про Координаційну раду з питань громадського здоров'я: наказ МОЗ України від 06.01.2024 № 35. <https://salo.li/C5bEC40>

64. Про місцеве самоврядування в Україні: закон України від 21.05.1997 р. № 280. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97>

65. Про лікарські засоби: закон України від 28 липня 2022 року № 2469. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text>

66. Про обласну програму "Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020–2024 роки": Рішення Дніпропетровської обласної ради №535-20/VII від 13.12.2019 р. <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xx-sesiya/%E2%84%96-535-20vi%D1%96-13-12-2019-%D1%80/>

67. Про основні результати діяльності Державної служби України з надзвичайних ситуацій у 2022 році. <https://dsns.gov.ua/upload/1/6/4/9/3/5/0/publicnii-zvit-2022-ostanniaversiia-1.pdf>

68. Про погодження переліку надкластерних лікарень: рішення Дніпропетровської облради від 28.04.2023 р. №291-16/VIII. <https://salo.li/bB4dAb5>

69. Про службу в органах місцевого самоврядування: закон України 7 червня 2001 року № 2493. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 2001, № 33, ст. 175.

70. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження КМУ від 30.11.2016 № 1002-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>

71. Система моніторингу поширення епідемії коронавірусу. Апарат РНБО України: веб-сайт. URL: <https://covid19.rnbo.gov.ua>

72. Сметаніна, К. (2023). Особливості формування резервних товарних запасів ЛЗ і ВМП заумов виникнення надзвичайних ситуацій. *Актуальні проблеми хімії, матеріалознавства та екології*. 2023, 6. С.172-174.

73. Спроможна мережа медзакладів. Офіційний веб-сайт МОЗ України. <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha>

74. Стаціонарна реабілітація у медзакладах спроможної мережі. <https://surl.li/meqhme>

75. Терент'єва АВ. Управління надзвичайними ситуаціями з елементами кризового менеджменту. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2015, 9. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=881>

76. Томак, О. О. (2023). Інтеграція системи організації медичного забезпечення територіальної оборони збройних сил України в єдиний здоров'язберезувальний простір України. Публічне управління та митне адміністрування, № 3 (38), 2023 DOI <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2023-3.9>

77. Труш О.О. (2010). Методологічні засади компаративної політики у сфері цивільного захисту. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. праць*. Х.: Магістр, 2010. № 1 (37). С. 135-139.

78. Угода про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011?test=4/UMfPEGznhhaP1.ZixKBnfzHI4s.s80msh8Ie6#Text

79. Управління процесом подолання наслідків катастрофічних повеней. Монографія. / [Гур'єв С.О., Волянський П.Б., Миронець С.М. та ін.]. ІДУЦЗ УЦЗУ, УНПЦЕМД та МК МОЗ України. К.: 2009. 290 с.

80. Халмурадов Б. Д. Медицина надзвичайних ситуацій: підручник. К.: Центр учбової літератури. 2016. 208 с.

81. Хитра, О. Л. (2022). Peculiarities of the activity of the civil service on emergency situations regarding the implementation of the state policy in the field of civil protection of the population. *Scientific Notes of Lviv University of Business and Law*, 32, 212-219. Retrieved from <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/542>

82. Хожило, І.І. (2022). Стратегія державної безпеки та імператив соціального захисту населення в умовах війни: регіональний аспект. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (6), 105–109. <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/331>

83. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua>

84. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Аналітика по кластеризації. <https://phc.org.ua/news/spromozhna-merezha-iak-i-de-pratsyuvativimut-likarni>

85. Шмалько, О. О. (2022). Особливості забезпечення населення лікарськими засобами під час надзвичайних ситуацій та воєнного стану: аналіз та перспективи. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (1), 91.

86. Яворовський, О. П., Риган, М. М., Іванько, О. В., Скалецький, Ю. М., Брухно, Р. П., Михайленко, П. М., Зінченко, Т. А., & Бадюк, М. І. (2021). Система забезпечення безпеки персоналу і пацієнтів у лікарняних закладах: стратегія удосконалення. *Український журнал військової медицини*, 2(2), 23-33. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2\(2\)-023](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2(2)-023)

87. Building a European Health Union: Reinforcing the EU's resilience for cross-border health threats. COM (2020) 724 final. <https://surl.li/dqiplt>

88. Capano, G. (2021, September 29). Models of Administrative Reform. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1436>

89. European Cluster Collaboration Platform (ECCP) launches COVID-19 industrial clusters response portal. <https://ec.europa.eu/newsroom/growth/items/673242/en>

90. European Health and Care Cluster. <https://www.ehtel.eu/activities/eu-funded-projects/departments2.html>

91. European Commission. EU4Health Programme (2021–2027). <https://health.ec.europa.eu>

92. European Parliament, Council of the European Union. Regulation (EU) 2021/2282 of the European Parliament and of the Council on Health Technology Assessment and amending Directive 2011/24/EU. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj/eng>

93. Havva O. About aspects of the new functionality of authorities in the conditions of war in Ukraine. Сучасні аспекти модернізації науки: стан,

проблеми, тенденції розвитку: матеріали L-ої Міжнародної науково-практичної конференції / за ред. І.В. Жукової, Є.О. Романенка. м. Добрум (Туреччина): ВАДНД, 07 листопада 2024 р. 275 с. (Авт. С. 24-27).

94. <https://helsi.me/about>. Мобільний застосунок.

95. Khozhylo I. et al. (2022). Availability and quality of medical services in Ukraine under martial law conditions: Aspects of management. *Archiv Euromedica*, 12(Special Issue), 6–10. <http://surl.li/dktxcg>

96. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D. 2020 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund; 2020. <https://surl.li/xtplpw>

97. OECD (2017). “Health at a Glance: OECD Indicators” Глави про організацію клінічних кластерів та міжрегіональні системи охорони здоров’я. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>

98. Policy Responses to the Coronavirus Pandemic. URL: <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid>

99. WHO. Coronavirus disease (COVID-19). URL: [https://translate.google.com/?hl=ru&sl=en&tl=ru&text=Coronavirus%20disease%20\(COVID-19\)&op=translate](https://translate.google.com/?hl=ru&sl=en&tl=ru&text=Coronavirus%20disease%20(COVID-19)&op=translate)

100. World Health Organization (WHO). Health cluster. Guide a practical handbook. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334129/9789240004726-eng.pdf>

101. WHO. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts. URL: <http://surl.li/rrlhh>

ВИСНОВКИ

Здобуті в результаті виконання дисертаційного дослідження нові наукові результати полягають у розробленні концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та характеризуються науковою значущістю і практично-орієнтованим змістом у сфері публічного управління та адміністрування.

1. Обґрунтовано, що публічноуправлінська проблема ефективної діяльності органів місцевого самоврядування має комплексний характер і охоплює як інституційні, так і функціональні аспекти. Актуальність цієї проблеми визначається зростанням частоти глобальних і локальних криз (пандемії, війна, техногенні катастрофи), які вимагають швидкої реакції та гнучких управлінських рішень. Підкреслено, що в умовах децентралізації на місцеві органи влади покладено основну відповідальність за організацію медичної допомоги, проте їх спроможність не завжди відповідає масштабам викликів та масштабам соціально-економічних втрат. Це зумовлює необхідність переосмислення підходів до публічного управління у сфері охорони здоров'я та посилення ролі місцевої влади як координатора кризового реагування на виклики НС.

2. Розроблено комплексну теоретико-методологічну основу для аналізу управління охороною здоров'я у контексті публічного управління. Визначено, що діяльність місцевого самоврядування в умовах надзвичайних ситуацій повинна спиратися на принципи резильєнтності, стратегічного управління, інклюзивності та багаторівневої взаємодії. Це дозволило уперше розробити функціональну модель резильєнтного управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах НС, яка інтегрує п'ять ключових компонентів: стратегічне планування, організаційне забезпечення, операційне управління, комунікації та систему моніторингу й адаптації. Модель передбачає поєднання ризик-менеджменту, цифрових рішень та кризової координації для

забезпечення гнучкості й адаптивності регіональної системи охорони здоров'я в умовах невизначеності. Запропонована модель має прикладне значення та може використовуватись як основа для формування локальних стратегій реагування на надзвичайні ситуації інституційного та асоціативного генезису.

3. Запроваджено концептуальну класифікацію функцій місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, релевантну для умов кризових ситуацій. Виділено п'ять основних груп функцій: аналітична (оцінка ризиків і потреб громади), ресурсна (резервування та розподіл ресурсів), організаційно-координаційна (забезпечення безперервності надання медичних послуг), комунікаційна (інформування населення та міжсекторальна взаємодія), інноваційна (впровадження нових управлінських і технологічних рішень). Така типологізація дозволяє структурувати діяльність місцевої влади у кризових умовах та орієнтувати її на результативність з метою забезпечення доступності безперервності якості та безпечності медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій.

4. Удосконалено методичний інструментарій оцінювання спроможності місцевого самоврядування забезпечувати медичні послуги в умовах надзвичайних ситуацій. Запропоновано систему критеріїв, що охоплює адаптивність, управлінську гнучкість, інклюзивність, рівень партнерської взаємодії, кадрову забезпеченість, цифрову готовність, ефективність мобільних медичних бригад. Удосконалена методика дозволяє здійснювати як самодіагностику на рівні громади, так і порівняльний моніторинг між територіями з метою виявлення слабких місць та формування цільових стратегій підвищення спроможності.

5. Уперше у сфері публічного управління охороною здоров'я обґрунтовано доцільність впровадження на регіональному рівні управління моделі медичних кластерів як інноваційного інструменту організації охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Доведено, що кластери, які об'єднують заклади різних типів та рівнів управління (авторська розробка включає 8 кластерних груп), дозволяють досягти синергії в управлінні ресурсами,

забезпечити швидку адаптацію до змін у безпековому середовищі, інтегрувати гуманітарну допомогу, зберегти кадровий потенціал регіональної медичної мережі. Обґрунтовано, що кластерний підхід в управлінні медичним забезпеченням населення в умовах воєнного стану забезпечує не тільки підвищення стійкості локальних систем охорони здоров'я (надкластерні лікарні) на основі упровадження доказово-інноваційних інструментів управління (антикризовий центр як структурно-функціональна одиниця лікарні), але й підвищує ефективність управлінської діяльності органів місцевого самоврядування через новий функціонал - кластерний медичний офіс. Такий офіс може бути створений як підрозділ департаменту охорони здоров'я ОВА, так на базі опорної обласної лікарні або регіонального Центру громадського здоров'я. Медичний кластер регіону ми розглядаємо як сукупність різних суб'єктів управління за такими блоками: міжнародне партнерство з питань ОЗ; політика у сфері ОЗ; інформаційно-аналітична платформа управління; регіональні органи влади та місцевого самоврядування; координаційний орган кластеру; ядро кластеру, яке формують інституції, що мають діагностичний, профілактичний, освітньо-медичний, лікувально-реабілітаційний, волонтерсько-медичний, оздоровчий, партнерсько-галузовий функціонал; споживачі послуг медичного кластеру (населення, ВПО, військовослужбовці та ін. категорії споживачів).

6. Показано, що європейський досвід демонструє високий рівень інституційної готовності до реагування на надзвичайні ситуації, а також визначає в правовому полі - *регламенти у сфері цивільного захисту; безпека інфраструктури закладів ОЗ; стратегії готовності до кризових ситуацій; посилення міжнародної співпраці* - модель політики, яка може бути адаптована в Україні для посилення захисту системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та інших загроз. Запозичення зазначених підходів і механізмів доцільне для формування національної системи медичної безпеки з урахуванням стандартів ЄС.

Д О Д А Т К И

Додаток А – перелік наукових публікацій Гавви О.А.

Додаток Б – довідка про участь в науково-дослідній роботі

ПЕРЕЛІК НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ

Гавви Олени Андріївни

Статті (окремі розділи) у колективних монографіях

1. Гавва О.А. Стійкість медичних підприємств в умовах загроз пандемії та війни: європейський досвід / Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. 236 с. (авт. С. 176-186). https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf
2. Гавва О.А. Науковий дискурс у сфері публічного управління медичними підприємствами України в сучасних умовах. Moderní aspekty vědy: XLVII. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 461. (авт. С.117-127). <http://perspectives.pp.ua/public/site/mono/mono-47.pdf>

*Статті у наукових періодичних фахових виданнях України (категорія Б)
за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування*

3. Гавва, О. А. (2023). Сучасне значення цифрових технологій в публічному управлінні системою охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*, (9). <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-9-02-07>
4. Гавва О.А. (2023). Методологічні аспекти дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. № 6, 209-215. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.35>
5. Гавва, О. (2023). Управління медичним забезпеченням територіальних громад в умовах надзвичайних ситуацій: зарубіжний

досвід. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*, (5(71), 27-32.
[https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5\(71\)-3](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5(71)-3)

Статті у наукових періодичних виданнях зарубіжних країн, включених до зарубіжних наукометричних баз даних

6. Borodin Yevgeniy, Havva Olena. Organization of Surgical Care for Ukrainian Military in Civil Medical Facilities: Dnipro Experience. *Archiv EuroMedica*. 2022. 12; sp: e1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.4. <https://surli.cc/eadmst>

Особистий внесок автора: запропонована ідея дослідження, сформульована мета дослідження, зібрано фактологічний матеріал, обґрунтовані висновки та основні результати дослідження.

Публікації апробаційного характеру, які опубліковані у збірниках матеріалів вітчизняних та зарубіжних науково-комунікативних заходів

7. Гавва О.А. Медичні установи регіону як об'єкти критичної інфраструктури: аспекти управління в умовах режиму воєнного стану. The 44th International scientific and practical conference «Recent Trend in Science and Technology» (December 29-30, 2022) Littera Verlag, Munich, Germany. 2022. 148 p. (авт. С. 42-46).

8. Гавва О.А. Кластеризація як європейська технологія управління медичними підприємствами на регіональному рівні. Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: матеріали XX наук.-практ. конф. 18 травня 2023 р., м. Дніпро / за заг. Ред. Л. Л. Прокопенка. – Дніпро: НТУ ДП, 2023. – 162 с. (авт. 45-47). <http://surl.li/usopkn>

9. Гавва О.А. Е-медицина Дніпропетровщини: досягнення та перспективи. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада» - 2023: матеріали міжнар. Конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 244-246). <http://surl.li/toqoim>

10. Havva O. About aspects of the new functionality of authorities in the conditions of war in Ukraine. Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку: матеріали L-ої Міжнародної науково-практичної конференції / за ред. І.В. Жукової, Є.О. Романенка. М. Добрум (Туреччина): ВАДНД, 07 листопада 2024 р. 275 с. (авт. С. 24-27).

11. Гавва, О. (2024). Лікарня як об'єкт критичної інфраструктури: аналіз нормативно-правової бази. *Матеріали конференцій МЦНД, «Розвиток наук в умовах нової реальності: проблеми та перспективи»* 04.10.2024; Ужгород, Україна, 48–50. <https://archives.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/196/193>

12. Гавва О.А. Готовність медичних установ до надання медичних послуг в умовах війни: публічноуправлінські аспекти/ Національна безпека України в умовах воєнного стану: матеріали I Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернігів, 06-08 березня 2024р.) / Під загальною редакцією д.н.держ. упр., професорки Гбур З.В. – Чернігів, ІПТ, 2024. – 322 с. (авт. С. 83-84).

13. Гавва О.А. Діяльність органів влади в управлінні медичною сферою в умовах надзвичайних ситуацій: аналіз сучасних викликів. Пріоритетні шляхи розвитку науки і освіти: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 січня 2025 року. Львів : Львівський науковий форум, 2025. 78 с. (авт. С.6-10). <http://www.lviv-forum.inf.ua/save/2025/29-30.01/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>

14. Гавва О.А. Євроінтеграційний курс України у галузі охорони здоров'я: аналіз концептуальних позицій та функціонального змісту: *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України* : матеріали XXII регіональн. Наук.-практ. конф. 9 травня 2025 р., м. Дніпро / за заг. Ред. О. М. Рудіка. Дніпро: НТУ ДП, 2025. 138 с. (авторські С.54-55). <https://salo.li/C0b17c7>

ДОДАТОК Б

**НАУКОВО-ОСВІТНІЙ
ІННОВАЦІЙНИЙ ЦЕНТР
СУСПІЛЬНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ**
вул. Доценка, 4а к.34, м. Чернігів, 14032
Тел. (0462) 921-914
E-mail: info@reicst.com.ua
www.reicst.sgv.in.ua



**RESEARCH AND EDUCATIONAL
INNOVATION CENTER OF SOCIAL
TRANSFORMATIONS**
4a/34, Docenka Str., Chernihiv, 14032
Tel. (0462) 921-914
E-mail: info@reicst.com.ua
www.reicst.sgv.in.ua

26.09.24 № 01-26/09-24

На № _____ від _____

ДОВІДКА

**про участь у виконанні наукової теми
Стратегічні напрями відновлення України від наслідків війни
(Номер державної реєстрації 0122U200383)**

Гавва Олена Андріївна – аспірантка кафедри державного управління і місцевого самоврядування, Національний технічний університет "Дніпровська політехніка" прийняла участь у виконанні науково-дослідної теми «Стратегічні напрями відновлення України від наслідків війни» (номер державної реєстрації 0122U200383).

В рамках наукової теми, Гавва Олена Андріївна провела дослідження, яке спрямоване на висвітлення потенційних переваг цифрових технологій у післявоєнному відновленні та економічному зростанні України. Результати дослідження показують, що цифрові технології, такі як система електронної охорони здоров'я, мають значний потенціал для революційної зміни способу надання медичної допомоги, управління нею та доступу до неї. Інтеграція цих технологій у медичну сферу може допомогти поліпшити загальну якість медичної допомоги, підтримати економічне зростання та сприяти процесу післявоєнного відновлення. Дослідження підкреслює важливість інвестування в цифрові технології в медичній сфері, особливо після війни. Інтеграція цих технологій може призвести до значних покращень у наданні медичної допомоги та створити нові можливості для економічного зростання. Практичне значення цього дослідження полягає в тому, що воно здатне інформувати політиків і постачальників медичних послуг про потенційні переваги цифрових технологій і заохочувати інвестиції в цю нову сферу.

Голова Громадської наукової організації
«Науково-освітній інноваційний
центр суспільних трансформацій»,
д.е.н., професор



Григорій СТАРЧЕНКО

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»
Навчально-науковий інститут
державного управління



MINISTRY OF EDUCATION
AND SCIENCE OF UKRAINE
Dnipro University of Technology
Educational and Research
Institute of Public Administration

01.11.2024 № 12-34/163

ДОВІДКА про участь у науково-дослідних роботах

Видана *Гавві Олені Андріївні* про те, що вона дійсно брала участь у виконанні науково-дослідних робіт (далі – НДР) кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме:

– 01.09.2023 до 01.09.2024 – виконавець теми НДР «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022; затверджена Вченою радою університету 12.05.2022 р., протокол № 5).

Особистий внесок: наукове обґрунтування нового функціоналу органів місцевого самоврядування, а саме Дніпропетровської обласної ради в умовах дії правового режиму воєнного стану та повоєнної відбудови України крізь призму управління регіональною мережею закладів охорони здоров'я як сукупності об'єктів критичної інфраструктури у межах суспільно-правової відповідальності щодо задоволення спільних інтересів територіальних громад сіл, селищ та міст Дніпропетровської області.

Результати дослідження були використані під час викладання таких навчальних дисциплін: «Громадське здоров'я» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування, а також увійшли до наукових публікацій О.А.Гавви, що готувалися під час виконання наукової теми.

Завідувач кафедри
державного управління
і місцевого самоврядування
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»



Ірина ЧИКАРЕНКО