

ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОЇ СЛУЖБИ ТА УПРАВЛІННЯ
НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ «ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
кафедра соціально-гуманітарних наук



СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ ВИМІРИ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В НЕВИЗНАЧЕНИХ УМОВАХ ПОВОЄННОГО ЧАСУ

Матеріали
Регіональної науково-практичної конференції
30 листопада 2022 року

Одеса
2022

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПУБЛІЧНОЇ СЛУЖБИ ТА УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИХ НАУК

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ ВИМІРИ РОЗВИТКУ
УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В НЕВИЗНАЧЕНИХ
УМОВАХ ПОВОЄННОГО ЧАСУ

[Електронний ресурс]

Матеріали
Регіональної науково-практичної конференції
30 листопада 2022 року

Одеса – 2022

УДК 351(477)

П 88

Редакційна колегія:

Іжа М. М. – д.політ.н., проф.

Колісніченко Н. М. – д.н.держ.упр., проф.

Воронов О. І. – д.н.держ.упр., проф.

Курносенко Л. В. – к.е.н., доц.

Панченко Г. О. – к.держ.упр., доц.

Холод М. В.

Рекомендовано до друку Вченою радою

Навчально-наукового інституту публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка».

Протокол № 4 від 15 грудня 2022 року

Конференцію зареєстровано ДНУ «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» *Посвідчення №489*

від 09 листопада 2022 року.

П 88

Соціально-гуманітарні виміри розвитку українського суспільства в невизначених умовах повоєнного часу [Електронний ресурс] : матеріали Регіональної науково-практичної конференції, 30 листопада 2022 р. – Одеса: Навчально-науковий інститут публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка», 2022. – 196 с.

Матеріали публікуються в авторській редакції

© Навчально-науковий інститут
публічної служби та управління.
Одеська політехніка. 2022

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО	6
ВСТУПНЕ СЛОВО	7
ЗВЕРНЕННЯ ДО АВТОРІВ	8
СЕКЦІЯ 1. ДІЯЛЬНІСТЬ СУБ'ЄКТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЩОДО СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ	9
Білоус Г. П. Особливості та цілі соціального та економічного розвитку щодо вибору науково-технологічних та інноваційних пріоритетів	10
Греков Д. В. Публічне управління розвитком фінансового забезпечення охорони здоров'я	13
Гуд О. В. Публічне управління інноваційним розвитком охорони здоров'я України	16
Джигасєва Л. О. Публічне управління післядипломною підготовкою медичного персоналу в Україні: проблеми та напрями їх розв'язання.....	20
Коробко Я. А. Регіональне лідерство як необхідна умова успішного стратегічного планування розвитку регіону.....	24
Костенко С. О. Публічне управління наданням медичної реабілітаційної допомоги в Україні.....	27
Костенко С. С. Публічне регулювання медичного страхування в Україні.....	31
Матоніс О. І. Публічне управління на регіональному рівні в умовах децентралізації.....	36
СЕКЦІЯ 2. ТЕОРЕТИЧНІ, МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО- ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНО- ГУМАНІТАРНИМ РОЗВИТКОМ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА	39
Балицька Г. О. Публічне управління підготовкою керівників охорони здоров'я України	40
Безродна А. В. Деякі питання впливу корупції на соціальну політику України	44
Блажко Ю. О., Михайленко Г. В. Категорія якості в охороні здоров'я: публічно-управлінський аспект	48
Борисов К. О. Державне регулювання інформаційно-комунікаційним забезпеченням охорони здоров'я	52
Вегера Т. М. Державно-правовий механізм протидії дезінформації та пропаганді в Україні	57
Воронов О. І., Заславський Д. Ю. Державні механізми розвитку лідерського потенціалу в системі охорони здоров'я	61

Зима К. А. Інститут присяжних як державна гарантія захисту соціально-гуманітарних прав громадян	64
Карпенко О. М. Державний фінансовий контроль в охороні здоров'я.....	68
Кіструга П. В. Англо-саксонський досвід реалізації публічної служби у сфері охорони здоров'я	71
Крамар Н. О., Чепель С. І. Організаційно-правове забезпечення фінансування охорони здоров'я.....	75
Кузьмич О. С. Європейський та світовий досвід додання урядами проблем з охорони здоров'я.....	79
Лущик О. П. Етика публічного службовця як засобу запобігання та протидії корупції в Україні.....	84
Ляшенко-Щербакова В. В. Державна антикорупційна політика в Україні: проблеми та шляхи вдосконалення	87
Ольховський Р. М. Розвиток кадрового потенціалу як конкурентної переваги закладу охорони здоров'я: публічно-управлінський аспект.....	90
Панайотова М. І. Організаційне забезпечення державного управління охороною здоров'я	93
Панченко Г. О. Доброчесність як основа етичної поведінки публічних службовців: правові аспекти	96
Панчошенко М. П. Нові етичні стандарти діяльності сучасних публічних службовців	99
Пивоварчук Р. Я. Критерії організації праці персоналу сфери охорони здоров'я	102
Сервецький А. К. Мотивування медичного персоналу: зарубіжні практики нефінансових стимулів регулювання	105
Сіденко В. В. Професійно-етична культура у сфері охорони здоров'я: публічно-управлінський аспект	109
Солотинська І. В. Реформування освітянського простору у контексті децентралізації.....	113
Тімуш О. О. Реформування механізмів публічного управління охороною здоров'я	116
Тупчий Й. П., Михайлов Д. І. Інноваційні процеси в охороні здоров'я та механізми їх державного регулювання.....	120
Черних В. В. Інноваційний розвиток транспортної інфраструктури України: проблеми та перспективи	123
СЕКЦІЯ 3. СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В УМОВАХ ВИКЛИКІВ СЬОГОДЕННЯ	126
Борисов С. О. Публічне управління охороною здоров'я в умовах	

реформування	127
Гребенник-Бондарчук Н. Ф. Місце і роль державної політики в розвитку ринку освітньо-наукового простору України.....	132
Грішина Ю. О. Напрямки реалізації політики щодо гендерної рівності: міжнародний досвід	135
Гуцул А. Б. Реалізації функцій місцевого самоврядування на території Приморського району міста Одеси в умовах загроз, викликів і змін	139
Кабанов К. В. Політична еліта: методологічні підходи до визначення поняття	143
Касаткін О. І., Павлов С. В. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг.....	147
Курносенко Л. В., Івасьова Є. С. Державне регулювання медичної допомоги в умовах війни.....	150
Логай В. А. Публічне управління наданням медичних послуг населенню в Україні	153
Ляшенко С. В. Публічне управління медичним обслуговуванням населення в Україні	156
Маленко М. Ф. Здоров'я дитини як пріоритет публічної політики: сутність та складові чинники	160
Мамай Н. О. Публічне управління змінами охорони здоров'я України.....	163
Молдавська Х. О. Державне регулювання системи психіатричної допомоги в Україні	166
Полянська О. А. Роль соціальної відповідальності в удосконаленні системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	170
Семенкова І. І. Охорона психічного здоров'я як складова національної безпеки та благополуччя держави	174
Стоянова Н. В. Публічне управління в соціально-гуманітарній сфері як всебічна реалізація прав людини.....	181
Фоменко С. І. Удосконалення реалізації освітньої політики в публічному управлінні: проблеми та перспективи в невизначених умовах повоєнного часу	185
Холод М. В. Публічне управління в освітній галузі: виклики сьогодення.....	189
Шаблій Д. М. Досвід країн світу у забезпеченні соціального захисту з урахуванням конкретних потреб у зв'язку з ВІЛ/СНІД.....	192

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

Тематика конференції пов'язана із обговоренням модернізаційних підходів до системи публічного управління соціальним та гуманітарним розвитком України в умовах формування пост-воєнного суспільства є актуальною і своєчасною. Тематичні напрями роботи конференції пов'язані з діяльністю суб'єктів публічного управління щодо соціально-гуманітарного розвитку регіонів; теоретичними, методологічними та організаційно-правовими аспектами публічного управління соціально-гуманітарним розвитком українського суспільства; соціально-гуманітарними напрямками розвитку українського суспільства в умовах викликів сьогодення повністю розкривають її тематику.

Кафедра соціально-гуманітарних наук Навчально-наукового інституту публічної служби і управління Національного університету «Одеська політехніка» відома багаторічними дослідженнями своїх науково-педагогічних працівників з теоретичних та прикладних проблем ефективного управління соціально-гуманітарною сферою в Україні, загальних світових тенденцій розвитку соціально-економічних та культурних процесів, ефективності цілеспрямованого регулятивного впливу на соціальну, гуманітарну та культурну політику в державі.

Надіслані до публікації у збірці матеріалів конференції тези здобувачів орієнтовані на узагальнення провідних світових концепцій соціальних та гуманітарних змін в умовах становлення посткризового суспільства та формування сучасних методологічних підходів щодо модернізації системи публічного управління соціальними, гуманітарними та культурними процесами в Україні.

Висновки представлених наробок та пропозиції містять практичні рекомендації щодо удосконалення процесів регулювання державно-суспільних відносин в соціо-гуманітарній сфері України у посткризовий період.

Бажаю плідної праці на благо розвитку нашої держави та її відбудови.

Директор

*Навчально-наукового інституту публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»,
доктор політичних наук, професор*

М.М.Іжа

ВСТУПНЕ СЛОВО

Кваліфікаційна робота здобувача передбачає апробацію результатів роботи. У вступі до неї зазначається, на яких конференціях, симпозіумах, семінарах, нарадах тощо оприлюднено результати дослідження. Зазначається, у скількох статтях, тезах доповідей на науково-практичних конференціях опубліковані результати роботи.

Регіональна науково-практична інтернет-конференція «Соціально-гуманітарні виміри розвитку українського суспільства в невизначених умовах повоєнного часу» стала чудовою нагодою для магістрантів апробувати свої наукові нароби отримані під час підготовки кваліфікаційних робіт.

Конференція організована кафедрою соціально-гуманітарних наук Навчально-наукового інституту публічної служби і управління Національного університету «Одеська політехніка». Головною метою конференції є створення майданчику для обговорення та визначення стратегічних перспектив соціально-гуманітарного розвитку українського суспільства повоєнного часу, визначення актуальних проблем щодо функціонування української науки та освіти під час війни, інтеграції науки та освіти до Європейського дослідницького простору.

До участі у конференції залучені у першу чергу здобувачі магістерського рівня спеціальності «Публічне управління та адміністрування» освітньо-професійної програми «Публічне управління сферою охорони здоров'я», практичні працівники, представники органів державної влади, громадських організацій, які займаються проблемами управління, управління та менеджменту сфери охорони здоров'я, соціально-гуманітарного розвитку країни, державної політики та національної безпеки.

Для більшості авторів збірки матеріалів конференції публікація їхніх тез – перша спроба публічної апробації своїх наукових здобутків. Тому бажаємо щоб це стало початком подальшої кар'єри у межах науки державного управління.

*Завідувачка кафедри соціально-гуманітарних наук
Навчально-наукового інституту публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»,
доктор наук з державного управління,
професор*

Н.М.Колісніченко

ЗВЕРНЕННЯ ДО АВТОРІВ

Шановні автори! Щиро вас вітаю! В складі Національного університету «Одеська політехніка» ми вперше проводимо Регіональну науково-практичну інтернет-конференцію «Соціально-гуманітарні виміри розвитку українського суспільства в невизначених умовах повоєнного часу». Склад авторів, широта й глибина запропонованих для дискусії наукових ідей підтверджують її необхідність та своєчасність.

Наш університет, як і Україна та й світ в цілому, сьогодні переживає кризу.

Ми свідомі того, що кризи, крім проблем, несуть в собі зерно майбутніх позитивних змін. Я бажаю нам успішно проаналізувати цей виклик, побачити його історичні й сьогоденні корені, визначити шляхи подолання. І далі продовжувати успішний розвиток найдавнішого вищого навчального закладу.

Зізнаюся, мені ще не дуже звично поставати перед вами не в якості учасника, а в ролі вітальника, але на те немає ради. І в другому зізнаюся: не без заздрости вкотре переглядаю програму конференції та радію розлогості її обхвату – і тематичного, і хронологічного, і географічного.

Наша конференція – впевнений – стане тим майданчиком, де презентують та дискутують найновіші наукові відкриття і плекають нове знання. Щира подяка всім членам Оргкомітету, які готували цю конференцію, а також нашим партнерам.

Наші молоді вчені та їхні наукові керівники повсякчас підтверджують високий науковий і педагогічний потенціал навчально-наукового інституту публічної служби та управління, якій заслужено посідає чільне місце серед інших навчально-наукових інститутів Національного університету «Одеська політехніка».

*Професор кафедри соціально-гуманітарних наук
Навчально-наукового інституту публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»,
доктор наук з державного управління,
професор*

О.І.Воронов

СЕКЦІЯ 1
ДІЯЛЬНІСТЬ СУБ'ЄКТІВ ПУБЛІЧНОГО
УПРАВЛІННЯ ЩОДО СОЦІАЛЬНО-
ГУМАНІТАРНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ

Білоус Геннадій Петрович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Сліпенюк Василь Володимирович

доктор філософії за спеціальністю 081 «Право»

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», доцент кафедри державознавства, права та європейської інтеграції

Особливості та цілі соціального та економічного розвитку щодо вибору науково-технологічних та інноваційних пріоритетів

Інноваційна модель розвитку України обумовлює необхідність раціонального вибору науково-технологічних та інноваційних пріоритетів для зростання конкурентоспроможності вітчизняної продукції на внутрішньому і зовнішньому ринках. Визначальний вплив на цей процес здійснює соціально-економічний розвиток нашої держави, що обумовлює необхідність врахування його особливостей та цілей щодо вибору науково-технологічних та інноваційних пріоритетів.

Основними факторами, які мають бути враховані при розробці пріоритетів, є: рівень науково-технічного та інноваційного потенціалу, загальний рівень розвитку (ВВП на душу населення) та темпи економічного розвитку, рівень та перспективи розвитку галузей національної економіки.

Враховують відповідність напрямів інноваційної діяльності перспективам науково-технічного розвитку, що в майбутньому має визначити відповідність світовому рівню, спрямованість інноваційних процесів на створення імпортозамінних технологій та виробництв, існування можливостей ліквідації суттєвого відставання від рівня передових країн світу в розвитку деяких галузей промисловості.

В Україні практична реалізація пріоритетів науково-технічного та інноваційного розвитку не має належного інституційного та фінансового забезпечення.

За наявності законодавчого визначення пріоритетів науково-технічного розвитку та розмірів коштів на їхню реалізацію за рахунок фінансування державних наукових і науково-технічних програм не менш як 30% від загального обсягу фінансування наукових видатків (затверджених законом у Державному бюджеті України) загальне бюджетне фінансування було вкрай невеликим.

Законодавчо невизначеними є інноваційні пріоритети та обсяг їх ресурсного забезпечення.

Інноваційні пріоритети мають розроблятися на принципах:

- об'єктивності, що передбачає врахування специфіки інноваційних процесів, інноваційного та виробничого потенціалів, технологічного рівня виробництва, відповідно в галузі та в регіоні;
- випереджаючого стану, що означає розроблення пріоритетів на основі аналізу і прогнозування можливостей та перспектив розвитку галузі, регіону з використанням науково обґрунтованих підходів;
- відповідності та оптимальності, що полягає у розробленні та формуванні оптимальної системи пріоритетів відповідно до конкретних умов інноваційної реструктуризації виробництва (галузевих, регіональних) та розрахованих можливостей ресурсного забезпечення реалізації пріоритетів;
- гласності;
- забезпечення моніторингу реалізації інноваційних пріоритетів, що передбачає ефективне державне регулювання ходу їх реалізації.

Законодавчою базою для розроблення пріоритетів є Закон України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» [1], Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» [2], а також інші нормативно-правові акти.

Держава визначає інноваційні пріоритети, виходячи із соціально - економічних цілей суспільства за певними критеріями (збереження економічної незалежності, швидкого одержання валютних коштів, підвищення експортного потенціалу, оптимального використання технологічних або природних переваг, трудових та природних ресурсів тощо), а також групи суб'єктів економічної системи, розвиток яких є важливим з точки зору існування або якісного перетворення національної економіки, як це розуміється на даний момент розвитку [2].

Підсумовуючи всі вище зазначені положення, можна зробити висновок, що вибір науково-технологічних та інноваційних пріоритетів має здійснюватись з урахуванням особливостей та цілей соціального та економічного розвитку на основі профільних засад та нормативно-правової бази.

Список використаних джерел:

1. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 23 березня 2000 року № 1602-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2016. № 25. Ст.195.
2. Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні від 8 вересня 2011 року № 3715-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 19-20. Ст.166.
3. Державне фінансове регулювання економічних перетворень: монографія / І.Я. Чугунов, А.В. Павелко, Т.В. Канєва, та ін; за заг. ред. А.А. Мазаракі.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2015. 376 с.

Греков Дмитро Валерійович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

Інститут публічної служби та управління Національного університету "Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук

Публічне управління розвитком фінансового забезпечення охорони здоров'я

Право на охорону здоров'я є одним з найважливіших соціальних прав людини, без реалізації якого неможливе її нормальне життя в сучасному суспільстві. Забезпечення цього права безпосередньо впливає на тривалість життя громадян і його якість, що визначається здоров'ям населення, яке передбачає не лише відсутність хвороб, а й повне соціальне благополуччя. Забезпечення права на охорону здоров'я є однією з найважливіших функцій держави та місцевого самоврядування й полягає у створенні належних умов правового та організаційного характеру для захисту, підтримки й збереження життя та здоров'я людини - найвищих соціальних цінностей держави.

У цьому контексті досить важливим є питання публічного управління фінансовим забезпеченням охорони здоров'я, що має забезпечувальний характер для повноцінної реалізації права людини на охорону здоров'я [1].

За останні декілька років відбулися разючі зміни в системі фінансування охорони здоров'я, на рівні первинної медичної допомоги відбувся перехід від утримання закладів охорони здоров'я за бюджетні кошти до публічних закупівель медичних послуг з метою забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Прийнято нормативно-правові акти, що регламентують нову модель фінансування охорони здоров'я, основними серед яких є Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Однак, дуже багато питань щодо фінансування охорони здоров'я ще залишаються невирішеними. У незадовільному стані перебуває сільська медицина, де здійснюється скорочення штату медичних працівників, що створює суттєві перешкоди в доступі до медичної допомоги в сільській місцевості.

Таким чином, особливістю функцій публічних видатків в галузі охорони є те, що вони відображають не тільки і не стільки факт здійснення даного виду видатків, а в першу чергу соціально значущий результат, досягнення мети їх здійснення.

Публічними видатками охорони здоров'я є витрати публічних фондів грошових коштів, які виражають урегульовані правовими нормами соціально-економічні відносини публічного характеру, що складаються при розподілі (перерозподілі) та використанні публічних фондів коштів (державних, комунальних, інших публічних фондів соціального призначення) та забезпечують задоволення публічного інтересу та потреб громадян охорони здоров'я, що здійснюються на принципах фінансового захисту, універсальності покриття та справедливості доступу до медичної допомоги, прозорості і підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, передбачуваності обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті, субсидіарності, конституційності, соціального захисту медичних та фармацевтичних працівників, використання різноманітних джерел фінансування, широкої правової освіти населення .

Основними методами фінансування, що застосовуються охорони здоров'я, є програмно-цільовий метод, бюджетно-кошторисний метод та метод оплати за надані послуги. Програмно-цільовий метод використовується на етапі розподілу бюджетних коштів між головними розпорядниками за певними бюджетними програмами. Бюджетно-кошторисний метод застосовується на етапі перерозподілу бюджетних коштів головним розпорядником між розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня. Метод оплати за надані послуги на даний час застосовується при наданні платних послуг державними чи комунальними закладами охорони здоров'я, тобто на етапі мобілізації бюджетних коштів. Також даний метод застосовується в процесі фінансування

закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу населення за програмою державних медичних гарантій [2].

Відповідно до чинного законодавства існують програмна, відомча, функціональна та економічна класифікація бюджету. Крім того, публічні видатки поділяються на видатки розвитку та видатки споживання. Вважаємо, потрібно затвердити окрему програму «Комп'ютеризація та інформатизація закладів охорони здоров'я». Пріоритетними видатками мають бути капітальні видатки, видатки на оплату праці, видатки на перев'язувальні матеріали та лікарські засоби.

Функціями публічного управління фінансовим забезпеченням охорони здоров'я є основні напрями впливу даних видатків на правовідносини в охороні здоров'я, що є позитивними соціально значущими результатами здійснення публічного управління фінансовим забезпеченням охорони здоров'я та спрямовані на забезпечення передбачених міжнародними соціальними стандартами потреб пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я з метою повної реалізації прав та законних інтересів людини у сфері охорони здоров'я [3].

За своєю сутністю функції публічного управління фінансовим забезпеченням охорони здоров'я відображають досягнення мети певного виду видатків, що виражається в конкретній реалізації завдань та функцій держави, а саме у забезпеченні грошовими коштами прав людини у сфері охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Співак М. В. Сучасний стан і проблеми внутрішньої політики охорони здоров'я в Україні. Актуальні проблеми політики. 2019. Вип. 54. С. 271-280.
2. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 - URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-n>.
3. Кукла Л. «Медики першого і другого ґатунку»: чому у лікарів відрізняються зарплати? URL: <https://podrobnosti.ua/2289547-mediki-pershogo-drugogo-atunku-chomu-u-lkarv-vdrznjajutsja-zarplati.html>

Гуд Олександр Володимирович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління інноваційним розвитком охорони здоров'я України

У сучасних умовах труднощі реалізації інноваційного розвитку охорони здоров'я та її інтеграції до європейського політичного, соціального та економічного простору зумовлені багатьма причинами, однак, крім незадовільного стану національної економіки, головна з них, що впливає на її потенціал, - невідповідність сучасним викликам організаційної та регуляторної функції публічного управління, що знижує ефективність публічно-управлінського впливу, гальмує впровадження нових принципів та механізмів, спрямованих на структурно-трансформаційні зміни та активізацію інноваційних процесів у системі охорони здоров'я.

Публічне управління інноваційним розвитком охорони здоров'я має вагомий комплекс засобів, методів, стимулів для модернізацій відповідної сфери, перетворення її із соціально збиткової на перспективно-інвестиційну. Їх компетентне впровадження має створити належні умови задля забезпечення якісної профілактики здоров'я населення, доступної медицини, які будуть реалізовані на принципах рівності громадян та верховенстві чинного законодавства [1].

Інновації є динамічним рушієм розвитку в усіх галузях і сферах життєдіяльності людини. Вони вдосконалюють виробництво, змінюють сферу обігу, сприяють створенню кращих за властивостями виробів, технологій, приборків, нейтралізують негативні наслідки прискореного динамічного

розвитку, це, у свою чергу, вимагає невідкладних розробок у сфері психології, соціальної медицини, охорони праці тощо [2].

Інновації в охороні здоров'я запропоновано розглядати як продукт діяльності, пов'язаної з розвитком технологій у сфері медицини, науковими досягненнями і передовим досвідом, які спрямовані на одержання якісно нових моделей і технологій оздоровлення, лікування, адміністрування процесів у медичній сфері, отримання нових медичних товарів та послуг; а інноваційним розвитком охорони здоров'я доцільно вважати діяльність, результатом якої виступає вдосконалення існуючої та розробка нової медичної продукції (технології, техніки, програми або послуги), які реалізуються на ринку, або запровадження нового чи удосконаленого процесу, який прямо або опосередковано використовується у практичній медицині.

Ефективність інноваційного розвитку системи, залежить від дієвості механізмів публічного управління, що видозмінюються у процесі комплексної регламентації методів, функцій, стимулів, форм, важелів. Наголошено, що механізми публічного управління розвитку охорони здоров'я на основі цілеспрямованого впливу повинні забезпечувати взаємодію всіх підсистем, чітку зважену координацію управлінських рішень, упорядковувати відносини і зв'язки людей у процесі надання медичної допомоги.

Процеси інноваційного розвитку охорони здоров'я розглядаються як системні та регулярні нововведення в управлінні гетерогенними соціально-економічними системами, що змінюються під впливом сучасних тенденцій розвитку суспільства, створюючи належні умови для ефективного функціонування охорони здоров'я, забезпечуючи спадкоємність минулих напрацювань, впроваджуючи гнучкий координаційний процес. В умовах глобалізації гетерогенна соціально- економічна система є динамічно і стратегічно спланованою організацією, що функціонує на принципах інтеграції, координації, децентралізації та активно реалізує інноваційні проекти [3].

Аналіз передових світових практик показав, що охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких основних елементах

господарської діяльності, як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських організацій. При цьому виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США); країни, що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи); країни з впливом традицій (Японія).

Єдиної, універсальної моделі державної регуляції сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Ступінь централізації, формування та розподіл витрат між усіма громадянами в різних країнах є досить варіативною величиною. Проте, існуючі загальносвітові тенденції розвитку сфери охорони здоров'я дають змогу зробити такі висновки:

- модель управління охороною здоров'я практично кожної країни передбачає наявність елементів обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування, приватної медицини і бюджетного фінансування, які наявні в різних країнах у різних пропорціях;

- сучасна система економічних відносин в охороні здоров'я не дає можливості повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян ;

- незважаючи на те, що в країнах із високорозвиненою економікою витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 6-7% ВВП, а це на порядок більше, ніж в Україні, в жодній країні не гарантується безкоштовність усіх видів медичної допомоги всім громадянам;

- факт наявності медичного страхування не означає повного доступу до послуг охорони здоров'я;

- спостерігається тенденція зростання витрат на систему охорони здоров'я майже в кожній країні, що, у свою чергу, призводить до дефіциту бюджету, а також непопулярних реформ – підвищення податків та зменшення кількості соціальних пільг;

- найбільш ефективною система охорони здоров'я є у країнах, де спостерігається відхід від централізованого публічного управління процесом і

робиться акцент на ринкові ціни, конкурентоспроможність, поділ витрат і існування свободи вибору для пацієнта.

Соціальна складова європейського вибору України повинна передбачати формування власної моделі розвитку охорони здоров'я, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів публічного управління задля задоволення потреб громадян у доступній та якісній медицині, охороні здоров'я, яка ґрунтується на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості.

Список використаних джерел:

1. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2018. – № 720. – С. 357-364.

2. Шарабчиев Ю. Т. Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ. Медицинское право, нормативно-правовая база и стандартизация здравоохранения / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. – 2016. – № 12. – С. 50-53.

3. Пірогов М. В. Нові підходи до формування територіальної програми державних гарантій (територіальної програми обов'язкового медичного страхування) / М. В. Пірогов, Е. В. Манухина // Щомісячний науково-практичний журнал «ГлавВрач». - 2021. - № 8. - С. 21- 27.

Джигасва Людмила Олександрівна

*здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Колісніченко Наталя Миколаївна,

*д.н.держ.упр., професор,
Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління післядипломною підготовкою медичного персоналу в Україні: проблеми та напрями їх розв'язання

Аналіз сучасного стану післядипломної підготовки медичного персоналу свідчить про необхідність її модернізації, так як існуюча система підвищення кваліфікації не дає належного результату. Необхідним є введення безперервного підвищення кваліфікації персоналу в умовах медичного закладу.

У 2018 році в Україні змінилася парадигма системи підготовки медичних кадрів – відокремлена фаза безперервного професійного розвитку (БПР). Децентралізація призвела до виникнення проблеми – основні замовники освітніх послуг не вміють не тільки формувати освітнє замовлення, але й потім оцінювати його результативність. За основу було обрано модель Європи з принципами капітаційного фінансування та децентралізації. Якщо раніше держава тримала монополію щодо управління «регульованими професіями», то тепер був зроблений крок у бік «вільного ринку» [3].

Для медперсоналу БПР - це сучасний підхід до свого професійного вдосконалення [1]. Замість формального навчання медпрацівники постійно розвивають свої компетенції. Це зазначено у Наказі МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [2].

Відтепер в системі БПР є чотири групи учасників:

- медпрацівник, який повинен визначати власну освітню траєкторію;

- роботодавець, який ідентифікує необхідні компетентності персоналу, впливає на якість медичної послуги;
- професійні об'єднання, установи, відомства, які визначають політику у сфері охорони здоров'я;
- освітні провайдери, які є виконавцями замовлень з боку попередніх трьох груп споживачів.

При такій кількості потенційних відповідальних за формування компетентності, необхідним стає створення єдиної, солідарної системи відповідальності у БПР. При цьому: в системі охорони здоров'я повинні бути забезпечені процеси просвітницької, консультативної діяльності, яка б могла дати змогу усім групам учасників [3]:

1. Аналізувати якість процесу надання медичної послуги.
2. Визначати в цьому процесі характеристики, на які може вплинути навчання персоналу.
3. Вимірювати ці характеристики.
4. Розробляти «ідеальні» (очікувані) характеристики.
5. Створювати компетентнісний профіль фахівця.
6. Обирати освітнього провайдера та формувати замовлення.
7. Вимірювати характеристики процесу надання медичної послуги через заданий період після навчання.
8. Підтверджувати ступінь досягнення очікуваного «ідеалу» в процесі надання медичної послуги.

Задля цього різними групами суб'єктів можуть пропонуватися різні можливості підготовки медперсоналу.

Принцип безперервного навчання фахівців сфери охорони здоров'я давно став поширеною практикою в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії, зокрема у Великій Британії, США, Польщі, Чехії, Швеції, Сінгапурі та інших. Для українських лікарів такий компонент почав діяти вже з 2019 року.

З 01 січня 2020 року набір 50 балів БПР став обов'язковим. Лікарям, які проходять чергову атестацію та які навчалися на передатестаційному циклі у

2018 або 2019 роках, нараховано 50 балів БПР на основі документів, отриманих після успішного завершення передатестаційного циклу. Згідно Наказу МОЗ у 2022 році для атестації необхідно подати щонайменше 100 балів безперервного професійного розвитку, отриманих у 2020 та 2021 роках; у 2023 році для атестації необхідно подати щонайменше 150 балів безперервного професійного розвитку, отриманих у 2020, 2021 та 2022 роках [2].

Лікар щороку записує в освітнє портфоліо своє навчання та засвідчує його у керівника свого закладу. Бали у портфоліо обліковуються відповідно до Порядку проведення атестації лікарів. Перелік заходів БПР включає:

- науково-практичні конференції, конгреси, симпозіуми;
- дистанційні онлайн-курси;
- навчання на симуляційних тренінгах, тематичне навчання або семінари;
- цикли тематичного вдосконалення на факультетах та у закладах післядипломної освіти тривалістю 1-2 тижні;
- навчання або стажування в університеті або закладі охорони здоров'я - в Україні чи за кордоном;
- публікація статті або огляду в журналі з імпакт-фактором.

З 2021 щороку для перевірки облікованих балів лікар надсилає своє портфоліо в атестаційну комісію до 01 березня. Якщо дані про перебіг БПР сфальсифіковано, то лікарю буде відмовлено в атестації. Підтвердження категорії відбувається раз на 5 років, атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії можна проходити частіше. Для атестації лікар за 2 місяці до початку роботи комісії надає: письмову заяву; копію диплома про освіту, трудову книжку, сертифікат лікаря-спеціаліста та посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії; атестаційний листок; особисте освітнє портфоліо з результатами БПР; копії документів, що підтверджують обліковані бали БПР. У день атестації лікарю необхідно з'явитись з оригіналами сертифікатів для того, щоб підтвердити справжність внесених даних. У майбутньому передбачається, що процедура атестації буде електронною.

Список використаних джерел:

1. Безперервний професійний розвиток. URL: <https://moz.gov.ua/bezperervnij-profesijnij-rozvitok>
2. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446. URL <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019-446-dejaki-pitannja-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>
3. Краснов В. Нові виклики щодо забезпечення якості підготовки медичних кадрів при безперервному професійному розвитку. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я. Матеріали конференції. 9 жовтня 2020 року. МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ : НМАПО імені П. Л. Шупика, 2020. 495 с. с. 43-46.

Коробко Яна Андріївна,

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Панченко Ганна Олександрівна,

к.держ.упр., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Регіональне лідерство як необхідна умова успішного стратегічного планування розвитку регіону

У сучасних реаліях процесів державотворення в Україні стратегічне планування набуває особливого значення для забезпечення ефективного управління розвитком регіону, яке науковцями потрактовується як впорядкована діяльність, спрямована на обґрунтування та прийняття важливих рішень щодо регіонального розвитку, впровадження заходів, програм та проектів, які направлені на реалізацію змін задля бажаного майбутнього стану території [5, с. 117]. Безумовно, ця стратегія змінюється залежно від соціально-економічної й політичної орієнтації держави на тому чи іншому етапі розвитку.

Стратегічне планування передбачає: глибоке дослідження ситуації; виконання аналізу зовнішнього оточення території та її внутрішнього потенціалу; вивчення проблем громади; обґрунтування бачення розвитку та оцінку можливих стратегічних альтернатив [2, с.5].

Важливим є той факт, що стратегічне планування побудоване на комунікації та участі громади, а тому сприяє врахуванню різноманітних інтересів та цінностей, прийняттю консолідованих рішень, на реалізації яких концентруються зусилля та ресурси основних учасників регіонального розвитку. Таким чином, стратегічне планування виступає інтегруючою силою, яка організовує і спрямовує процес розробки стратегічних цілей і створює основу для розподілу ресурсів на рівні регіональних органів влади [3, с. 218].

На жаль, у класичному варіанті стратегічні питання соціально-економічного розвитку регіону найчастіше посуваються на другий план і адміністрація часто виконує роль «пожежної команди», вирівнюючи уже існуючу ситуацію, а не передбачаючи її заздалегідь. А тому, за таких обставин необхідна певна політична воля органів місцевої влади, щоб взяти на себе виконання основних функцій стратегічного планування розвитку регіону, а саме: організацію чіткого виконання стратегічних планів; координацію дій щодо реалізації стратегічних завдань; стимулювання успішної мотивації на досягнення стратегічних результатів; контроль процесу виконання стратегії. А отже, в разі зростає роль регіонального лідерства у цьому процесі [1, с. 105].

Перш за все, це проявляється на першому, організаційному, етапі стратегічного планування – формування робочої групи. Робоча група – це головний координаційний орган процесу стратегічного планування, що утворюється для обговорення та затвердження всіх ключових рішень, пов'язаних з розробкою Стратегії. Орієнтовний склад робочої групи саме і залучає представників регіонального лідерства: депутатів місцевої ради (за згодою); керівників виконавчих органів місцевої влади – департаментів, управлінь, відділів; керівників (представники) громадських організацій (за згодою); представників місцевого бізнесу (за згодою); керівників органів самоорганізації населення (за згодою); представників місцевих засобів масової інформації (за згодою); інших представників місцевої еліти, лідерів громадської думки, агенцій регіонального та місцевого розвитку тощо [4, с. 7]. Причому, основними критеріями, за якими здійснюється підбір членів робочої групи, є, фактично, переліком основних лідерських якостей: активна участь у соціально-економічному, громадському та культурному житті громади; обізнаність із ситуацією, наявність інтелектуальних, фінансових, інституційних і творчих можливостей, а також часу та бажання брати активну участь у розробці та впровадженні Стратегії; можливість реального впливу на ситуацію в громаді, зацікавленість у вкладанні фінансових, матеріальних та нематеріальних ресурсів з метою реалізації програм та проектів розвитку.

Отже, регіональний лідер – це авторитетний член регіонального органу, установи, організації, або ж регіону загалом, особистий вплив якого дає йому

змогу відігравати провідну чи суттєву роль у політичних процесах та ситуаціях на регіональному рівні. Регіональне лідерство – це суспільно-політичний процес, за якого одна, а іноді й кілька осіб беруть на себе й виконують роль керівника, провідника певної соціальної групи, громадянсько-політичної організації чи руху на рівні регіону [6, с. 78]. Сутність регіонального лідерства полягає у стратегічному баченні подальшого розвитку регіону, здатність запропонувати регіональній спільноті перспективний курс розвитку, спрямований на забезпечення регіональних інтересів.

Список використаних джерел:

1. Зверяков М.І., Кухарська Н.О., Клевцевич Н.А., Шараг О.С. Стратегування регіонального розвитку: теорія, методологія, концепція : монографія. Одеський національний економічний університет МОН України. Одеса : Атлант ВОІ СОІУ, 2019. 241 с.
2. Карпенко А. Стратегічне планування як інструмент інноваційного розвитку регіону. *Економіка. Фінанси. Право*. 2016. №5. С. 3-7.
3. Кукса І. Стратегічне планування соціально-економічного розвитку регіону. *Вісник Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля*. Луганськ. 2016. №17 (171). С. 218-224.
4. Морарь М.В. Політичне лідерство в сучасній Україні: проблеми становлення та розвитку. *Грані: науково-теоретичний альманах*. 2017. Т. 20. № 2(142). С. 5-9.
5. Шинкарьов А., Проданик В. Організаційно-правові засади стратегічного планування у сфері розвитку регіонів України. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2021. № 1. С. 115–121.
6. Яремчук В. Регіональна політична еліта: принципи та механізми формування (на прикладі Івано-Франківської області). *Політичні дослідження*. 2021. № 1. С. 70-89. URL: https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2021/06/yaremchuk_regionalna.pdf

Костенко Сергій Олександрович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління наданням медичної реабілітаційної допомоги в Україні

Публічне управління системою медичної реабілітації є складником державної політики у сфері охорони здоров'я. Здійснення процесу реформування національної системи охорони здоров'я ставить перед професійною спільнотою медичних працівників, науковців, державних службовців виклики, котрі донедавна важко було передбачити.

Важливу роль у розумінні потреби розвитку реабілітаційної медицини відіграє економічний чинник. Фінансові витрати держави (роботодавця, сім'ї) на здійснення реабілітаційних заходів є, за своєю суттю, прямими інвестиціями з високим рівнем рентабельності. Вони не лише прямо знижують витрати на утримання осіб із частковою чи повною непрацездатністю, а й дають змогу суттєво покращити рівень якості життя таких осіб. Залежно від важкості прояву соматичних уражень особи із захворюваннями, які раніше вважали такими, що інвалідизують людину, на сьогодні, використовуючи досягнення реабілітаційної медицини, можуть виконувати певну, навіть оплачувану, роботу. Розвиток сучасної медицини дає змогу більшому відсотку осіб із тимчасовою частковою непрацездатністю цілком відновити свій функціональний стан і виконувати свої функції в повному обсязі. Тобто держава, здійснюючи ефективні реабілітаційні заходи для своїх громадян (особливо працездатного віку), що їх потребують, прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність

категорії платників податків. Економічними вигодами для держави щодо реабілітації людей похилого віку та пенсіонерів є те, що покращиться рівень якості їхнього життя й вони менше потребуватимуть стороннього догляду за собою, що знизить витрати держави (родини, власне особи) на забезпечення побуту зокрема й життєдіяльності загалом. Ще однією економічною перевагою своєчасного та ефективного надання реабілітаційної допомоги є те, що таким чином зменшується тривалість перебування пацієнтів у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я, підвищується показник кругообігу ліжка, а отже, є можливість оптимізації діяльності такого закладу й скорочення непродуктивних витрат із його бюджету.

Для здійснення управлінського впливу на ефективність медико-реабілітаційної допомоги необхідною умовою є наявність критеріїв оцінювання ефективності наданої допомоги і/або послуг, а також зворотний зв'язок з отримувачами цих послуг. Важливим етапом оцінювання діяльності системи медичної реабілітації є експертне оцінювання для з'ясування процесів, що відбуваються в площині базисних компонентів системи, а саме у структурі, процесі та результатах [1].

Поєднання цих складників дасть змогу здійснити комплексний моніторинг і оцінити якість медико-реабілітаційної допомоги, наданої суб'єктами цієї системи (лікувально-профілактичними закладами, фізичними особами з відповідною ліцензією). Державне управління якістю надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг як невід'ємний складник державного управління системою медичної реабілітації є перспективним напрямом стратегічного управління охороною здоров'я [2].

Завданнями, які покликана вирішити Концепція, є підвищення якості медико-реабілітаційної допомоги й послуг, які надаються амбулаторно або стаціонарно в лікувально-профілактичних закладах усіх форм власності або фізичними особами-підприємцями, які мають відповідну ліцензію, а також забезпечення виконання системою охорони здоров'я України своїх соціальних функцій у суспільстві з одночасним скороченням прямих та непрямих витрат громадян на охорону здоров'я [3].

Згідно зі ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство»,

воно можливе й у сфері охорони здоров'я. У ст. 2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» зазначено, що надавачами медичних послуг можуть бути «...заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів» [4].

Основними інституціональними принципами, на яких базується державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я, відповідно до чинного законодавства, є такі:

- рівність (рівність державних, комунальних, галузевих і приватних закладів охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців перед законом; заборона будь-яких дій, що мають дискримінаційний характер щодо державних, комунальних, галузевих чи приватних закладів охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців);
- взаємоузгодженість інтересів (узгодження інтересів усіх зацікавлених сторін з метою отримання взаємної вигоди);
- стабільність (незмінність форми власності об'єктів та їхнього цільового призначення протягом усього терміну дії договору);
- відповідальність (справедливість розподілу між державними, комунальними, галузевими та приватними партнерами відповідальності й ризиків, які пов'язані з виконанням договорів).

Має сенс створити і/або використовувати медико-реабілітаційні центри (заклади), які належать державним, комунальним, відомчим чи приватним підприємствам, організаціям, для формування розширеної мережі реабілітаційної допомоги.

Використання приватних лікувально-профілактичних закладів, що надають медико-реабілітаційну допомогу, для надання такої громадянам, які самотійно не спроможні оплатити реабілітаційні заходи, можливе через систему Національної служби охорони здоров'я.

Підприємствам і організаціям, які прямо інвестують свої або залучені кошти у функціонування таких центрів, можуть бути відповідно надані

державні преференції в межах державно-приватного партнерства. Укладання договорів у системі Національної системи здоров'я України з вказаними закладами для надання населенню медико-реабілітаційної допомоги може відбуватися як пряма оплата наданих послуг або як преференції підприємствам і/або організаціям у формі зниження податків, знижок з мит, звільнення платежів, надання вигідних кредитів тощо.

Лише за умови синергетичної взаємодії держави і її громадян через органи публічного управління у сфері охорони здоров'я можливе подолання кризових явищ у національній системі охорони здоров'я загалом та у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги зокрема.

Список використаних джерел:

1. Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права. Зібрання чинних міжнародних договорів України від 1990-1990 р. № 1. С. 225. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_086 (дата звернення: 02.10.2022).

2. Anderson P. D., Suter R. E., Mulligan T. et al. World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. *Ann Emerg Med.* 2012. № 60. P. 35-44.

3. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України : автореф. дис. канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2010. 20 с.

4. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. Офіційний вісник України. 2010. № 58. С. 17. Ст. 1988. Код акта 52182/2010. URL: <https://zakon.rada.gov.Ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 12.10.2022).

Костенко Світлана Сергіївна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне регулювання медичного страхування в Україні

Здоров'я нації є найбільшою цінністю українського суспільства, адже саме результати роботи працездатного населення суттєво впливають на процеси економічного, соціального та культурного розвитку країни. Нині для державного та комунального секторів охорони здоров'я в Україні характерні застаріла матеріально-технічна база, низький рівень фінансування і, як результат, невисока якість обслуговування. Суспільні трансформації в Україні, спрямовані на досягнення повноцінного функціонування ринкової економіки, несуттєво вплинули на адекватні перетворення в системі охорони здоров'я, діяльність якої й далі значною мірою відбувається на засадах недостатньо ефективного адміністративного регулювання. Недоліками в системі державного регулювання охорони здоров'я населення є низька результативність механізмів фінансового захисту громадян у разі захворювання; незадовільна якість медичної допомоги; відсутність задоволення потреб громадян у медичній допомозі в необхідних обсягах.

Забезпечення соціально орієнтованого управління галуззю охорони здоров'я, а також пошук шляхів подолання основних проблем у цій галузі, зокрема браку фінансових ресурсів та незадовільної якості медичного забезпечення населення, вимагають нового підходу до запровадження системи, що базується на страхуванні здоров'я людей. Обмеження фінансових можливостей держави при наростанні бюджетного дефіциту, викликане

загальним спадом виробництва, унеможливило забезпечення необхідного рівня витрат на цю галузь лише за рахунок державних коштів [1].

Проголошення в ст. 49 Конституції України безоплатності медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я не виключає можливості її фінансування шляхом розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, зокрема створення страхових фондів. Світовий досвід переконує, що ефективність використання коштів у страхових системах значно вища, ніж при бюджетній системі їхнього розподілу, що позначається на характері лікування та якості обслуговування пацієнта. Інтереси останнього додатково захищає медико-страховий позабюджетний фонд. При цьому держава забезпечує надання громадянину гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги та її відповідність встановленим державним стандартам.

В Україні найбільш дієвою буде комбінація стратегії управління витрат на основі попиту з конкретним обмеженням обсягом фінансових ресурсів та стимулювання населення до догляду за власним здоров'ям і профілактики захворювань [2].

Для найоптимальнішої реалізації стратегії медичного страхування в Україні потрібно скомпіювати сукупний досвід багатьох держав та використовувати його з урахуванням місцевих особливостей. У першу чергу, необхідно звернути увагу на нюанси економіки в контексті реструктуризації схеми грамотного розподілу коштів. Старт ОМС треба розпочинати з відповідної вікової амплітуди, яка стосується працездатних громадян з 18 до 50 років. Саме цей віковий діапазон характеризується контролюванням свого життя та намаганням скерувати його у бік здорового способу існування. Людей пенсійного віку та дітей до обов'язкового страхування треба долучати поступово, спочатку ці незахищені категорії українців повинні мати безперешкодний доступ до безкоштовної допомоги, причому повноцінного її пакету.

Особливість систем фінансування охорони здоров'я за рахунок медичного страхування полягає в тому, що всі вони забезпечують лікування

громадян лише у випадку їх хвороби, але заходи щодо профілактики хвороб і зміцнення здоров'я вони практично не передбачають. Тому доцільно розширити сферу страхових послуг у галузі медичного страхування шляхом включення профілактичних заходів, пов'язаних із хворобою після її фактичного лікування [3].

Цілком доцільним було б запровадження податкових пільг, наприклад, податкових бонусів за здоровий спосіб життя, коли страховик заохочує застрахованого, знижуючи для клієнта тариф на наступний договір страхування. Так, у разі позитивних результатів у кінці звітного періоду держава може певним чином заохочувати громадянина, знижувати розмір страхового внеску або повертати громадянину до 100% сплаченого податку на доходи фізичних осіб. За рахунок цього країна отримає більш здорове населення, якому потрібно значно менше лікарняних ліжок, соціальних програм та імпорتنих медикаментів, що дасть змогу оптимізувати витрати на охорону здоров'я [4].

1. Удосконаленню державного управління розвитком медичного страхування сприятиме державно-приватне партнерство. Саме у сфері охорони здоров'я, згідно із законодавством, ДПП передбачається як пріоритетний напрям розвитку цієї галузі. Впроваджувана модель страхової медицини в Україні базується на трьох напрямках: збір внесків через загальне оподаткування, які будуть скеровуватись у держбюджет; створення національного страховика - оператора коштів держбюджету - «Національна служба здоров'я»; оплата за кожен окрему послугу.

Якщо говорити про Україну, то оптимальною системою саме для неї є модель, яку можна назвати бюджетно-страховою. Вона передбачає трирівневу систему фінансування галузі охорони здоров'я. Зрозуміло, що це ОМС + ДМС + підтримка держави. Перший рівень фінансування передбачає задоволення базових потреб, що зберігають життя людини. Отже, у першу чергу, потрібно фінансувати лікування та профілактику таких хвороб, як туберкульоз, онкологія, особливо дитяча, СНІД або ВІЛ-інфікування, а також компенсацію

вроджених захворювань і все, що пов'язано з пологами та материнством, послуги сімейних лікарів. Усе вищеназване має оплачуватися за рахунок держави і входити до пакету обов'язкового медичного страхування з відповідними внесками із заробітної плати працюючого населення.

Що стосується другого рівня фінансування, то за його забезпечення відповідають страхові компанії. Його називають здоров'язберігаючим, і ці послуги належать до пакету відповідного медичного страхування.

Третій рівень фінансування має назву сервісного, його підтримка буде здійснюватись за допомогою добровільних страхових програм. До цього пакету буде входити все, що не було включено у попередні два.

2. Найдорожчим для пацієнта у випадку захворювання є той самий третій рівень, фінансування якого передбачається за рахунок добровільного медичного страхування, адже найдорожчого лікування потребують онкологічні захворювання, високоспеціалізовані оперативні втручання та операції щодо трансплантації органів.

Іноді захворювання виявляється дуже складним, а його лікування - довготривалим та вартісним. Саме з такою метою формують поліси, які захищають громадянина від подібних ризиків. Звичайно, вони належать до системи ДМС. Чим варіативнішим є вибір медполісів, тим спокійніше та впевненіше людина почуває себе у своїй країні.

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню й виступають важливим елементом як ефективне доповнення до обов'язкового медичного страхування, забезпечуючи оплату витрат за надану медичну допомогу понад рівень, який гарантується обов'язковим медичним страхуванням.

Страхування на випадок критичного захворювання відрізняється від добровільного медичного страхування насамперед тим, що передбачає пряму виплату страхової суми в руки клієнтові, а далі він сам витрачає її на оплату стаціонару, на ліки та інші потреби, і ніхто його витрат контролювати не буде.

Причому ті випадки, у яких застрахований отримає виплати за полісом критичних захворювань, зазвичай не покриваються полісом добровільного медичного страхування. Враховуючи постійний рівень зростання випадків критичних захворювань, кожен має обов'язково придбати поліс страхування на випадок того чи іншого критичного захворювання з урахуванням спадковості й сімейного анамнезу або наявних хронічних захворювань, які можуть ускладнитися і, відповідно, виникне потреба у лікуванні на високоспеціалізованому (третинному) рівні.

Список використаних джерел:

1. Диденко Ю. Ю., Бондар Н. О. Особливості медичного страхування як частини соціального захисту населення в Україні. URL: <http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=435> (дата звернення: 02.10.2022).
2. Добровільне медичне страхування. URL: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=3212> (дата звернення: 02.10.2022).
3. Загальна характеристика медичного страхування та аналіз основних його систем. URL: http://ebooktime.net/book_138_glava87 (дата звернення: 02.10.2022).
4. Зінькова І. О. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <http://ua/2014/vprovadzhennya-obovyazkovoho-medychnoho-strahuvannya-vas> (дата звернення: 12.10.2022).

Матоніс Ольга Іванівна,

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Попов Микола Петрович,

к.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Публічне управління на регіональному рівні в умовах децентралізації

Децентралізація відіграє важливу роль у подальшому розвитку системи публічного управління на регіональному рівні, сутність якої полягає у процесі передачі значної частини повноважень центральних органів управління місцевим з чітким законодавчим розподілом. Процеси реалізації децентралізації почалися з 2014 року, коли було прийнято Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади [2] та план заходів щодо її реалізації.

За час реалізації концепції формовано пакет законодавчо-нормативних актів, розроблені вітчизняними фахівцями, практиками, науковцями та експертами зміни до Конституції України. З точки зору інституалізації розроблено та імплементовано законодавча база до європейських стандартів. Досліджуючи децентралізацію необхідно навести основні принципи:

- 1) принцип єдності та системності;
- 2) принцип компліментарності;
- 3) принцип субсидіарності;
- 4) принцип демократизму;
- 5) принцип ресурсної забезпеченості [3].

Важливо, що у процесі децентралізації закріплення законодавчо повноважень за регіональною виконавчою владою відбувається шляхом

функціонування чіткого законодавчого розподілу повноважень між центральними органами виконавчої влади та регіональними представництвами державної влади з акцентом на делегування істотної кількості повноважень останнім, їхньої самостійності у прийнятті важливих рішень локального значення. При цьому, існують як позитивні, так і негативні аспекти зазначеного процесу. Позитивними є:

- наближення регіональної публічної влади до об'єктів, на які вона спрямована – населення регіону;
- можливість гнучкого та оперативного реагування системи регіонального управління на впливи та виклики зовнішнього середовища;
- підвищення рівня відповідальності регіональних органів публічного управління;
- забезпеченість діяльності регіональних органів переважно власними ресурсами та самостійність у напрямках їх спрямування;
- посилення конкуренції в державних структурах і зростання їх продуктивності [1, с. 104].

Негативні аспекти впливу процесу децентралізації на систему публічного управління на регіональному рівні є такими:

- ризики потенційної втрати керованості державою;
- можливість суттєвого випередження або відставання окремих регіонів та адміністративно-територіальних одиниць у розвитку порівняно з іншими;
- створення загрози порушення принципу системного підходу до розробки рішень;
- послаблення зв'язків між органами державної влади, а відтак – цілісної єдності під час їх спільної діяльності [4, с. 347].

Враховуючи вище зазначене, можемо зробити висновок, що забезпечення подальшого удосконалення системи публічного управління на регіональному рівні в умовах децентралізації повинно відбуватися із урахуванням відповідних соціально-економічних закономірностей для отримання синергетичних ефектів від взаємодії всіх учасників процесу – регіональних органів державної влади,

регіонального бізнесу й населення регіону, до того ж доцільним є удосконалення стратегічного планування розвитку регіону в умовах децентралізації публічного управління, оскільки наявні результати децентралізації не відповідають європейським стандартам та сучасним векторам Цілей сталого розвитку до 2030 року.

Список використаних джерел:

1. Децентралізація і формування політики регіонального розвитку в Україні : наук. доп. / [Шевченко О. В., Романова В. В., Жаліло Я. А. та ін.] ; за наук. ред. д-ра екон. наук Я. А. Жаліла. Київ : НІСД, 2020. 153 с.
2. Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text> (дата звернення 27.10.2022 року)
3. Кирилюк І., Борщ В. Поняття, суб'єкти, цілі, завдання та принципи децентралізації державної влади. Економіка та суспільство. 2021. № 25. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/issue/view/25>
4. Павленко О.П. Іртищева І.О., Войт Д.С., Дубинська І.І., Головіна О.І. Стратегічні імперативи сталого розвитку регіону в трансформаційних умовах. Вісник ХНАУ. 2020. №1. С. 345-355.
5. Павленко О.П. Регіональні аспекти публічного управління: теорія та методологія стратегування: моногр. М.: ФОП Швець В.М., 2020. 356 с.

СЕКЦІЯ 2
ТЕОРЕТИЧНІ, МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО
УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИМ
РОЗВИТКОМ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Балицька Ганна Олегівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

Інститут публічної служби та управління Національного університету

"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук

Публічне управління підготовкою керівників охорони здоров'я України

Метою публічного управління охороною здоров'я є утворення системи, спрямованої на пацієнта, спроможної забезпечити надання якісної медичної допомоги для всіх громадян України на рівні розвинутих країн ЄС.

В останні роки в період посилення фінансових та організаційно-структурних змін, які відбуваються в системі охорони здоров'я та пов'язані із її реформуванням, ключове місце належить кадровій політиці. Однак, сьогодні у системі охорони здоров'я України спостерігається дефіцит висококваліфікованих фахових керівників, які могли б на високому рівні здійснювати управління не тільки закладом охорони здоров'я, а й розвивати галузь в цілому та впроваджувати системні зміни.

Причинами низького рівня та якості підготовки керівників охорони здоров'я є недостатня увага органів державної влади до підготовки керівників; низький рівень фінансування; недосконалість програм підготовки керівників охорони здоров'я тощо.

Удосконалення управління охороною здоров'я України залежить від формування для охорони здоров'я України керівників нового типу, які здатні успішно працювати в сучасному організаційно-правовому полі, здійснювати стратегічний аналіз і прогнозування в умовах перманентних, іноді різких змін (як внутрішньосистемних, так і зовнішніх), забезпечувати за будь-яких умов

конкурентоспроможність та розвиток організації, приймати ефективні управлінські рішення, оптимально використовувати всі види наявного ресурсного забезпечення, усвідомлювати рівень відповідальності і створювати умови для надання якісних медичних послуг населенню.

Тому, надзвичайно актуальним є дослідження публічного управління підготовкою керівників охорони здоров'я в Україні, що потребує застосування комплексного підходу, який вимагає як знань галузевої специфіки, так і сучасних методів, інструментів, механізмів формування та реалізації публічного управління тощо.

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я актуальності набувають питання державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Актуальність дослідження значною мірою посилюється певними заходами України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів в усіх сферах суспільної діяльності, зокрема і публічного управління підготовкою керівників охорони здоров'я [1].

Згідно з визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я. Для функціонування системи охорони здоров'я необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, устаткування й матеріали, транспорт, комунікації, а також загальне керування й керівництво. У рамках системи охорони здоров'я повинні надаватися послуги, що реагують на потреби і справедливі з фінансової точки зору [2].

Концепція ВООЗ “Здоров'я – 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя” визначає основні цілі функціонування системи охорони здоров'я, до них належать: поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступності всіх до наявних ресурсів [3]. Умовою для цього є сформована нормативно-правова база, що включає комплекс всіх ресурсів (фінансові, кадрові, матеріально-технічні), управління та керівництво, інноваційні технології, а основними цінностями –

справедливість, солідарність, участь населення, етичний підхід до розвитку систем [4].

Серед цінностей, покладених в основу охорони здоров'я і задекларованих статутом ВООЗ у 1946 р., Європейською соціальною хартією країн-членів Ради Європи у 1996 р., Декларацією тисячоліття ООН у 2000 р., положеннями європейської політики поряд з доступністю, соціальною справедливістю і солідарністю, однією із найголовніших визначено якість надання медичної допомоги, яка виступає визначальним фактором у реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Відповідно до міжнародних підходів, Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні встановлено, що якість медичної допомоги виступає основною цільовою функцією і водночас критерієм ефективності охорони здоров'я [5].

На підставі проведеного дослідження розроблено практичні рекомендації щодо удосконалення публічного управління підготовкою керівників охорони здоров'я України, а саме:

центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я ініціювати створення Центру формування і оцінювання рівня управлінської компетентності керівників охорони здоров'я, який братиме участь у підготовці пропозицій щодо формування публічного управління та нормотворчої діяльності щодо підготовки керівників охорони здоров'я України, адаптації до стандартів ЄС; забезпечуватиме підвищення професійного рівня працівників охорони здоров'я; визначатиме рівень професійної управлінської компетенції існуючих керівників, а також підготовки майбутніх керівників охорони здоров'я (учасників резерву керівників закладів охорони здоров'я); погоджуватиме навчальні програми навчальних закладів, які здійснюватимуть навчання існуючих керівників, а також підготовку майбутніх керівників охорони здоров'я (учасників резерву керівників закладів охорони здоров'я).

Джерела інформації:

1. Sawina T. V. Wprowadzenie systemu zarządzania jakością ochrony zdrowia Ukrainy jako jednego z elementow państwowej polityki kadrowej. Zeszyty Naukowe PWSZ im. Witelona w Legnicy. 2017. nr 25 (4). S. 163-171.
2. Health Systems Strengthening Glossary. URL: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html (дата звернення: 29.09.2022).
3. Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf (дата звернення: 29.09.2022).
4. Про схвалення Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020» : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р. URL: <http://zkon2.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 29.09.2022).
5. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: наказ Міністерства охорони здоров'я від 1 серпня 2011 р. № 454. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html (дата звернення: 29.09.2022).

Безродна Анна Володимирівна

здобувачка магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Ровинська Катерина Ігорівна,

к.н.держ.упр., доцентка,

Інститут публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка», доцентка кафедри державознавства, права та європейської інтеграції

Деякі питання впливу корупції на соціальну політику України

Корупція як соціальне явище притаманна усім без винятку державам світу, вона – невід’ємний атрибут публічної влади. Корупція існувала, існує і буде існувати, доки існує держава і публічна влада, відмінність різних держав у цьому плані полягає не у наявності чи відсутності корупції як такої, а в її масштабах, характері корупційних проявів, впливу корупції на економічні, політичні, правові та інші соціальні процеси.

В умовах війни з Росією, критично важливим залишається формування, та реалізація соціальної політики та зобов’язань держави, а тому важливо розуміти корупційні ризики та моменти, які можуть негативно впливати на цей процес. Для нашого аналізу впливу корупції на соціальну політику України було обрано декілька сфер, а саме у медицина, освіта та сфері зайнятості населення.

Державна система охорони здоров’я була й залишається лідером за зверненнями громадян: її заклади щороку відвідують дві третини дорослих громадян або членів їхніх сімей. За роки досліджень відчутних змін у корупційній практиці в медицині не трапилось. Як і раніше, більше половини респондентів підтверджують свою участь у тих чи інших корупційних діях у процесі одержання медичних послуг [4].

Підґрунтям для корупційних проявів в системі охорони здоров’я можна розглядати напівофіційні та неформальні платежі населення за отримання

медичної допомоги. Низький розмір заробітної плати медичних працівників та безконтрольність з боку держави щодо проведення подібних оплат ведуть до їх зростання. Так звані «благодійні внески», які пересічні українці сплачують лікарям за госпіталізацію, обстеження, аналізи тощо, а також тіньові доплати, які виправдовують як медичні працівники (компенсація пацієнта лікарю за його низьку зарплату), так і самі пацієнти (знак вдячності за отриману медичну допомогу), можна розглядати як притаманну галузі форму злиття хабарництва і корупції [3, с. 310].

В контексті нашого аналізу, можливо визначити наступні негативні впливи корупції на медицину:

1. Здоров'я населення менше захищене від потенційних випадків виникнення та поширення епідемічних захворювань. Насамперед, через корупцію у органах державної влади та/або органах уповноважених здійснювати контроль за епідеміологічною ситуацією у країні, регіонах, містах тощо. Певним чином стан вакцинації населення (а це питання пов'язані із закупівлею вакцин та проведенням відповідних заходів на державному та місцевому рівні) – впливає на здоров'я населення, насамперед – поширеність інфекційних захворювань.

2. Корупція – фактор, що розподіляє населення за майновим станом. Неофіційні платежі, переманювання лікарями платоспроможних пацієнтів до приватних лікувальних закладів може зробити медичне обслуговування вартісним та недосяжним для мало забезпечених верств населення. А отже – стан здоров'я певного соціального класу ставиться у залежність від матеріального становища, що, у свою чергу, містить ознаки дискримінації [1, с. 20].

3. Корупційні правопорушення, пов'язані з тендерними закупівлями лікарських препаратів, медичного устаткування, які призводять до негативних наслідків - нецільового і неефективного використання бюджетних коштів, а також корупція в кадровій політиці. Виявлено, що передумовами виникнення і підґрунтям для процвітання корупції в галузі охорони здоров'я в Україні

евідсутність прозорості, належного контролю, безкарність, прогалини у тендерних процедурах і системі закупівель [3, с. 312].

Разом з тим, корупція впливає на соціально-економічні показники, які стимулюють тіньову економіку: рівень безробіття в країні, трудову зовнішню міграцію, рівень бідності серед працюючого населення, рівень соціального захисту та рівень податкового навантаження. Корупція істотно впливає на частку трудових мігрантів у економічно-активному населенні країни та на частку витрат на соціальний захист і соціальне забезпечення [2, с. 27].

В Україні, як і в багатьох країнах, корупція проникла на всі рівні освіти, від початкових шкіл до вищих навчальних закладів. Вона може і виникає на будь-якому етапі і в будь-якій групі учасників - від посадових осіб на магістерському рівні до постачальників послуг на рівні школи, таких як вчителі, і споживачів послуг, учнів та батьків.

Корупція впливає на систему освіти двояко. По-перше, через тиск, який вона чинить на державні ресурси, і як наслідок на освітній бюджет, який в більшості країн є найбільшим компонентом державних витрат. Такого роду корупція може викликати зростання цін і падіння ефективності роботи уряду, надання послуг, скорочуючи інвестиції в освітні послуги. По-друге, корупція впливає на вартість освітніх послуг, їх обсяг та якість. Учні, які отримують освіту в корумпованих системах, можуть не отримати навичок, необхідних для того, щоб скористатися наявними можливостями і зробити свій внесок в економічний та соціальний розвиток. Крім іншого корупція впливає на формування цінностей та етичних норм молодих людей. Корупція в галузі освіти здатна підірвати базові цінності цілого покоління. Негативний ефект корупції в галузі освіти особливо сильний, оскільки на цей сектор зазвичай припадає значна частка державних витрат [4].

Також на ефективність соціальної політики в Україні та соціальне забезпечення негативно впливає відсутність двох важливих складових, а саме: системи оцінювання впливу різних заходів соціального захисту на становище їх

одержувачів та системи ефективного обліку громадян, які потребують соціального захисту з боку держави[4].

Можливими способами подолання явища корупції, у тому числі й у сфері охорони здоров'я, освіти, зайнятості, соціального страхування: аналіз причин корупції; контроль за дотриманням законодавства; посилення міжсекторального співробітництва; розроблення антикорупційної політики як складової загальної антикорупційної політики та інші заходи спрямовані на боротьбу з корупцією у соціальній політиці України.

Список використаних джерел:

1. Демченко І.С. Корупція та громадське здоров'я: точки дотику та правове регулювання. Реформування системи охорони здоров'я: корупційні ризики та способи їх усунення : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.). ред. кол.: Н. О. Гуторова, В. М. Пашков, В. С. Батиргарєєва. Харків : Право, 2019. С. 14-34.

2. Кіржецька М.С., Кіржецький Ю. Вплив корупції на тіньовий ринок праці. Галицький економічний вісник. 2021. Том 69. № 2. С. 24-30.

3. Соловйов В. Корупція в галузі охорони здоров'я України: сучасний стан та шляхи протидії. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2010. Вип. 2. С. 307-314.

4. Щур Н. О. Вплив корупції на соціальну політику України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2012. № 9. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_9_12 (дата звернення: 30.10.2022).

Блажко Юлія Олександрівна

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Михайленко Галина Владиславівна

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник

Воронов Олександр Ігоревич

*д.н.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Категорія якості в охороні здоров'я: публічно-управлінський аспект

Якість медичних послуг дослідники вважають неоднозначним, багатогранним і комплексним поняттям, яке складається з окремих компонентів.

Міжнародні експерти ВООЗ визначили якість медичних послуг як рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення, а основними її критеріями вважають ефективну і своєчасну медичну допомогу, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування [1].

В Україні на нормативно-правовому рівні якість медичних послуг визначена як «належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність» [2].

В світі є поширеною модель оцінки якості медичної допомоги професора Мічіганського університету Аведіса Донабедіана, яка була розроблена ним у 1966 році. Відповідно моделі, інформацію про якість медичної допомоги можна отримати із трьох джерел: структура, процес, результат. Структура описує

контекст, в якому надається допомога, включаючи будівлю лікарні, персонал, фінансування, обладнання. Процес означає операції між пацієнтами і постачальниками медичних послуг. Результат вимірює вплив охорони здоров'я на стан здоров'я населення. Модель А.Донабедіана залишається домінуючою парадигмою оцінки якості медичної допомоги в світі.

Якісним медичне обслуговування слід вважати в разі, якщо ресурси використовують з максимальною ефективністю для задоволення медико-санітарних потреб пацієнтів з використанням профілактики і лікування без зайвих витрат, і відповідно до вимог доказової медицини.

Положення ДСТУ ISO 9001:2009 свідчать, що вимоги до характеристик якості можуть висуватися різними зацікавленими сторонами. В системі охорони здоров'я до них належать перш за все пацієнти, а також медичні працівники, керівники різних рівнів галузі і закладів охорони здоров'я, постачальники ресурсів для медичних установ, суспільство, держава [3]. Потреби різних зацікавлених сторін і обумовили існування численних визначень поняття якості.

Експерти Світового банку вважають, що важливими характеристиками якості медичних послуг є оперативність її надання, застосування технологій лікування, заснованих на принципах доказової медицини, і ефективність, наголошуючи на необхідності відповідного розвитку інфраструктури систем охорони здоров'я, оснащення медичних закладів необхідними матеріалами і персоналом, способу застосування медичними працівниками сучасних знань для діагностики, лікування, профілактики, особливостей спілкування лікаря і пацієнта, які обумовлюють дотримання або ігнорування рекомендацій лікаря, а отже, результативність лікування [4].

Сучасне ринкове середовище існування закладу охорони здоров'я, яке складається із сфери надання медичних послуг, інформаційної, технічної, маркетингової сфери та сфери управління, дозволяє забезпечити належну якість медичної послуги в усіх її проявах, а саме:

- сфера медичної допомоги як ключова професійна сфера безпосереднього впливу на здоров'я і життя пацієнта забезпечує пряме виконання медичної послуги під індивідуальні запити пацієнтів. Базується вона

передусім на кваліфікованому кадровому персоналі, котрий, надаючи медичну послугу, використовує свої знання, оснащення та матеріальне забезпечення на благо оздоровлення пацієнта;

- інформаційна сфера носить допоміжний характер, оскільки здатна інформувати пацієнта про стан перебігу його захворювання, про доступні методи та технології лікування, про рівень кваліфікації персоналу закладу охорони здоров'я, про рівень технічного забезпечення, а навіть про атмосферу, в якій проходить саме лікування. Незважаючи на свій «допоміжний характер», дана сфера суттєво впливає на психоемоційний стан пацієнта, а тому істотно позначається на оцінці пацієнтом якості фінальної медичної послуги;

- технічна сфера передбачає забезпечення процесу лікування необхідною апаратурою, інструментарієм, обладнанням, лабораторними реактивами, ліками, протезними і гігієнічними засобами та іншими виробами, необхідними для лікування пацієнта. Відтак, рівень такого забезпечення дозволяє у поєднанні із кваліфікованим персоналом підвищити ефекти лікування та гіпотетично скоротити час лікування пацієнта, що підвищуватиме рівень задоволення від отриманої медичної послуги;

- сутність сфери управління зводиться до необхідності прийняття управлінських та фінансових рішень, пов'язаних із функціонуванням медичного закладу. Сюди, з-поміж іншого, варто зарахувати активізацію впровадження сучасних систем менеджменту якості в діяльність медичного закладу, впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), вдосконалення форм планування та організації діяльності медичного закладу, ефективну кадрову політику, диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг, у тому числі впровадження нових методів оплати медичних послуг, моніторинг конкурентоспроможності медичних послуг тощо;

- сфера маркетингу в певній мірі доповнює і навіть розширює інформаційну та управлінську сфери, оскільки спрямована на надання медичних послуг у відповідності з очікуваннями пацієнтів. Її головним завданням є не лише створення позитивного іміджу медичного закладу, а й формування якісних медичних послуг, які б задовольняли потреби пацієнтів. Інструменти маркетингу допомагають виявити попит на ті чи інші медичні

послуги і забезпечити їх виконання на належному (очікуваному для пацієнтів) рівні;

- економіко-адміністративна сфера націлена на функціонально-економічну результативність окремих відділів, яка проявляється у підборі ними альтернативних варіантів економіко-управлінської взаємодії в рамках одного закладу. На перший погляд вказана сфера не є істотною для пацієнтів, однак вона має безпосередній вплив на діяльність медичного закладу, а відтак – на формування якісної медичної послуги для пацієнта.

Аналіз результатів досліджень, викладених у науковій літературі, засвідчив, що, незважаючи на певні досягнення світових систем охорони здоров'я в задоволенні населення медичною допомогою, навіть в розвинених країнах світу її якість залишається відмінною від очікуваної. Проблеми низької якості і ефективності є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я, а основними причинами їх науковці визнають недоліки в системі управління якістю, а не в діях окремих постачальників медичних послуг та виробів медичного призначення.

Список використаних джерел:

1. Європейський план дій по укріпленню потенціалу і служб громадського здоров'я / *ВООЗ*, 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rusupdated.pdf?ua=1.
2. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №752 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>
3. Системи управління якістю. Вимоги. (ISO 9001:2008, IDT) : ДСТУ ISO 9001:2009. - К. : *Держспоживстандарт України*, 2009. (Національний стандарт України) <http://nads.gov.ua/control/uk/index>.
4. Пріоритети в сфері охорони здоров'я. *Міжнародний банк реконструкції і розвитку. Всесвітній банк*, 2006. 232 с.

Борисов Костянтин Олександрович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Державне регулювання інформаційно-комунікаційним забезпеченням охорони здоров'я

Запровадження інтернет-технологій, розвиток інформаційних технологій в сфері охорони здоров'я суттєво змінили підхід до відносин у цій галузі. Електронні направлення, електронні картки та рецепти є безумовно корисними інструментами для пацієнтів у ході отримання медичної послуги, які пришвидшують цей процес та роблять його максимально прозорим. Тому розгляд механізму впровадження електронної системи охорони здоров'я, його складових на сьогодні є вкрай важливим і актуальним, особливо з метою запобігання розголосу даних про пацієнта та захисту його персональних даних.

Запровадження електронного направлення як ще одного етапу розвитку електронної системи охорони здоров'я дозволяє пацієнту обрати спеціалізований медичний заклад, в якому він отримає послуги за Програмою медичних гарантій незалежно від свого місця проживання, знаходження лікаря, який виписав це направлення. Електронні направлення є складовою програми «Безкоштовна діагностика», яка є ще одним кроком на шляху до трансформації охорони здоров'я. Безкоштовну діагностику можна отримати за електронним направленням сімейного лікаря, терапевта або педіатра, що надає можливість пацієнту отримати консультацію вузькоспеціалізованих фахівців.

На сьогодні в системі створено 13 мільйонів е-направлень для понад 6,5 мільйонів пацієнтів, з яких майже 6 мільйонів - виконано [1].

Ще одним кроком на шляху до реалізації e-Health є впровадження електронних лікарняних - «е-лікарняних». Цей процес був розпочатий в Україні з 4 червня 2021 р. Цільова модель оформлення та видачі «е-лікарняних» передбачає формування електронних листків непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності на підставі медичних висновків про тимчасову непрацездатність, унесених лікуючим лікарем до Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я [2]. При цьому роботодавець одразу буде отримувати інформацію про свого працівника, який перебуває на лікарняному.

На підставі розміщеної в Реєстрі інформації про медичний висновок пацієнта формується електронний листок непрацездатності, в якому буде міститися інформація про: тимчасово непрацездатну особу; пацієнта (у разі непрацездатності особи, зумовленої необхідністю догляду за хворою дитиною, іншим членом сім'ї), за дитиною віком до трьох років або дитиною з інвалідністю до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за такою дитиною); випадок тимчасової непрацездатності; особу, яка сформувала медичний висновок в електронній системі охорони здоров'я; заклад охорони здоров'я; суму допомоги; відмову в оплаті перших п'яти днів тимчасової непрацездатності....; порушення встановленого порядку видачі та продовження листка непрацездатності; особу, яка внесла відомості з документа про факт усиновлення дитини застрахованими особами протягом двох місяців з дня її народження, зазначеного у свідоцтві про народження [3]. Як можна побачити, запис про тимчасову непрацездатність жодним чином не торкається особистих медичних даних пацієнта, розголос яких може завдати йому шкоди (наприклад, діагноз).

Створення електронного кабінету як ще один крок на шляху до сучасної медицини надасть можливість пацієнту самостійно укласти декларацію з лікарем в електронній формі, бачити всю інформацію про свою хворобу, план лікування, оформлені рецепти та направлення. Отже, в ньому буде розміщена вся необхідна медична інформація про пацієнта в повному обсязі.

Запровадження електронної системи охорони здоров'я безумовно має

певні позитивні моменти:

- уповноважені особи відповідного рівня мають доступ до необхідної саме їм інформації, що дозволяє оперативно приймати рішення, додатково не збираючи необхідну інформацію (наприклад, керівник регіонального рівня бачить ситуацію цілком у регіоні);
- є доступ до легкого обміну інформацією (наприклад, поміж лікарями, між закладом охорони здоров'я та управлінням охорони здоров'я свого рівня тощо). Це автоматично створює єдиний медичний інформаційний простір, в якому кожен учасник доволі комфортно себе почуває;
- через швидкий доступ до даних запропонована модель має позитивні аспекти і для пацієнтів;
- при впровадженні такої інформаційної системи використовуватимуться саме оперативні дані як амбулаторного, так і стаціонарного рівня;
- реальний моніторинг ситуації на всіх рівнях надання медичної допомоги з урахуванням як медичної, так і економічної складової;
- така модель дозволяє ефективніше керувати системою якості надання медичної допомоги;
- управлінці мають реальний механізм аналізу ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я дорученої їм ділянки задля правильної опти- мізації та планування, особливо в умовах змін мережі закладів охорони здоров'я, при формуванні госпітальних округів тощо [4].

Функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я дуже широкі. Зокрема, пацієнти отримають можливість реєстрації користувачів у центральній базі даних, у тому числі з використанням засобів електронної ідентифікації; розмежування прав користувачів на внесення та перегляд інформації у центральній базі даних, внесення до неї змін та доповнень; можливість створення, внесення, перегляду та обміну деклараціями про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, рецептами, направленнями, медичними записами, іншою інформацією та документами через електронні кабінети відповідно до

прав доступу користувачів; можливість укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення і договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій; формування та подання електронних звітів, первинних, розрахункових та інших документів за договорами через центральну базу даних тощо [5, с. 99].

Але при цьому потрібно розуміти, що для функціонування e-Health повинна існувати належна цифрова інфраструктура по всій Україні.

Висновки. Електронна система охорони здоров'я (e-Health) передбачає створення для пацієнтів електронних кабінетів, можливість електронного доступу до інформації про стан свого здоров'я, запису на прийом до лікаря, безкоштовне отримання медичних препаратів та ліків, отримання електронних лікарняних і повинна охоплювати всі рівні надання медичної допомоги. На сьогодні понад 30 мільйонів українців мають доступ до електронної системи охорони здоров'я.

При цьому не всі складові її на сьогодні створені та працюють, але це складна система, яка вимагає поступового впровадження. Виходячи з того, що головна роль у створенні та функціонуванні e-Health належить державі, а це технічна складова, збір, обробка та аналіз медичних даних, статистичних матеріалів, на неї повинні покладатися й певні обов'язки в сфері захисту прав осіб (клієнтів системи). Одним із обов'язків держави на цьому етапі є створення злагодженого механізму реалізації електронної системи охорони здоров'я та надійного механізму захисту прав пацієнтів на випадок незаконного розголошу конфіденційної інформації про пацієнта.

Список використаних джерел:

1. Електронна система охорони здоров'я: найзатребуванішими серед українців є неврологи. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya-najzatrebuvanishimi-sere-349> (дата звернення: 29.10.2022).

2. «Електронні лікарняні» замість паперових листків непрацездатності: коли та як формувати. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/elektronni-likarnjani->

zamist-paperovih-listkiv- nepracezdatnosti-koli-ta-jak-formuvati (дата звернення: 29.10.2022).

3. Деякі питання організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.04.2019 р. № 328. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/328-2019-p#Text> (дата звернення: 29.10.2022).

4. Мартишин О. О. Електронна система охорони здоров'я e-Health: те, що мають знати лікарі та пацієнти. URL: <https://www.umj.com.ua/article/132874/elektronna-sistema-ohoroni-zdorov-ya-ehealth-te-shho-mayut-znati-likari-ta-patsiyenti> (дата звернення: 23.10.2022).

5. Булеца С. Б., Стойка А. В. Е-Health система в Україні. Четверте покоління прав людини: особливості правового регулювання, проблеми та перспективи розвитку в сфері охорони здоров'я : монографія / за заг. ред. С. Б. Булеци, М. В. Менджул. Ужгород : Вид-во УжНУ «Говерла», 2020. С. 97-104.

Вегера Таміла Миколаївна

здобувачка магістерського рівня вищої освіти,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Сліпенюк Василь Володимирович,

*доктор філософії за спеціальністю 081 «Право», доцент кафедри
державознавства, права та європейської інтеграції*

Інститут публічної служби та управління Національного університету

*«Одеська політехніка», доцент кафедри державознавства, права та
європейської інтеграції*

Державно-правовий механізм протидії дезінформації та пропаганді в Україні

Актуальність нашого дослідження полягає у встановленні початків формування та становлення сутності поняття «дезінформації» та «пропаганди» та виведення їх понять.

Отже, під час дослідження було встановлено, що поняття та сутність «дезінформації» була сформована в період Радянського Союзу [1-4]. Багато науковців дають різноманітне визначення цьому поняттю та вказують на вплив різних чинників, які призвели до її трансформації. Наразі, європейська спільнота поняття «дезінформації» визначила в «Кодексі практики Європейського Союзу щодо протидії дезінформації» [5]. Що стосується українського законодавства, то тут, нажаль, нам не є чим похвалитись. Однак, Центр протидії дезінформації при Раді національної безпеки і оборони України (далі – ЦПД при РНБО), який на державному рівні уповноважений попереджувати загрози та протидіяти «дезінформації» та «пропаганді» в Україні, дає їй наступне визначення «свідомо неправдиве, перекручене повідомлення, що поширюється для введення в оману громадськості, політиків» [6]. На нашу думку, сформоване визначення уповноваженим органом дещо є звуженим і не розкриває повної її суті.

Тому «дезінформацію» слід розглядати як інформацію, первинні дані чи відомості, які піддається умисному чи неусвідомленому впливу (наклеп, плітки, обмова, очорнення, ганьблення тощо) зі сторони особи (осіб, групи осіб), які на неї (них) впливають з метою зміни (викривлення, спотворення, перекручення, надання неправдиво, недостовірно, неточно, в неповній формі тощо) з подальшим психологічним впливом на об'єкт (людину, людей, народ, націю тощо) та поширення її на всі сфери суспільного та державного життя.

Що стосується поняття та визначення сутності «пропаганди», як такої, то її час формування припадає на правління Папи Урана VIII, 1622 рік, Ватикан. Яка на початках свого визначення мала на меті: поширення думок Ватикану, вірування, схилення невизначених на свою сторону та переконливо-нав'язаних ідей суспільному середовищу. Однак, на середину XIX століття «пропаганда» почала сприйматись та відповідно трактуватись як негативне явище. Іншими словами вона стала «токсичною» і це було зумовлено впливом Радянського Союзу та терору нацистського режиму Гітлера [1-4, 7]. З огляду на історичний аспект «пропаганда» у порівнянні з «дезінформацією» щодо визначення її як поняття, є більш старішою. Вона так само як і «дезінформація» під тягарем часу трансформувалась та містить безліч трактувань. Навіть, деякі науковці розглядають «пропаганду» як спільне поняття з «дезінформацією» [8], деякі частково [9], а інші схиляються до їх різного визначення та суті впливу [10-11]. Однак, на відміну від «дезінформації», «пропаганда» не знайшла свого законодавчого закріплення, ні на міжнародній, ні на національній арені. Як підтвердження ЦПД при РНБО не виділяє та не розглядає визначення «пропаганди» в окреме поняття. При цьому, має одне з визначених завдань, до якого саме віднесено, ефективна протидія з «пропагандою».

На наше переконання «пропаганда» має бути все ж таки визначена як на міжнародному, так і на національному рівні. Та трактуватись як цілеспрямоване поширення на всі сфери діяльності суспільства та держави інформація чи дані, які спрямовані на зміну світогляду та поглядів людини, груп чи навіть нації, застосовуючи при цьому всі можливі форми та методи впливу з протилежної

сторони, виключно націлені на результат з можливим застосування допоміжного способу впливу чи дії.

Однак, спільним для цих негативних явищ є те, що вони мають один і той же намір, а саме: сторона, яка в цьому заінтересована несе інформацію чи дані, які спрямовані на негативний вплив на людину, суспільство, націю, державу або суспільні процеси з метою зміни світогляду, думки, введення в оману чи повалення державного чи суспільного життя. Науковці та експерти як один приходять до висновку, що «дезінформація» та «пропаганда» одночасно несе загрозу для всіх сфер життя: охорони здоров'я, національної безпеки та оборони, політичного життя і демократичних виборів, освіти та просвітництва, соціальної та культурної сфер, судової системи (влади) тощо. На цьому підґрунті формується низка загроз, які формуються окремо для кожної сфери державного та суспільного життя. З цих загроз можна виділити такі основні, які проникли у всі сфери життя, це питання пандемії, восьми річного терору та дев'яти місячного геноциду Українського народу, зі сторони російської федерації та їх же розв'язаної гібридної війни. Наразі спостерігаємо, що як би не було складно у кожній із згаданих сфер, держава та уповноважені нею органи щоденно протистоять сформованим загрозам та стоять на варті їх протидій.

Список використаних джерел:

1. Белей Л. Пропаганда: історія питання, вебсайт Uchoose.info, 2021. – [режим доступу]: <https://uchoose.info/propaganda-istoriya-pytannya/>.
2. Lasswell H. The Strategy of Soviet Propaganda // Proceedings of the Academy of Political Science. – [режим доступу]: <http://ics.leeds.ac.uk/papers/pmt/exhibits/2944/Lasswell2.pdf>.
3. Феномен радянської пропаганди. Psyfactor.org, 2015. – [режим доступу]: <http://psyfactor.org/lib/propaganda36.htm>.
4. Почепцов Г.Г. Пропаганда 2.0 [Текст] / Георгий Почепцов. – Харьков: Фолио, 2018. – 791 с.

5. EU Code of Practice on Disinformation. – [режим доступу]: <https://www.nrada.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/09/1CodeofPracticeonDisinformation-1.pdf>.
6. Що таке дезінформація і як її виявити: просте пояснення від РНБО. – [режим доступу]: <https://vn.20minut.ua/Podii/scho-take-dezinformatsiya-i-yak-yiyi-viyaviti-proste-poyasnennya-vid-r-11585637.html>.
7. Почепцов Г. Інформаційна політика. – [режим доступу]: <http://westudents.com.ua/glavy/52146-81-ponyattya-nformatsynovyni.html>.
8. A multi-dimensional approach to disinformation. The independent High level Group on fake news and online disinformation, 2018.
9. Psychological Operations Tactics, Techniques, and Procedures. Headquarters. Department of the Army. Field Manual. №. 3-05.301. Washington, DC, 31 December 2003. – 439 p.
10. Nwachukwu Egbunike. Social media contributed to the spread of ethnocentric disinformation and propaganda during the Nigerian elections (переклад: Степаняк І. Соцмережі посприяли поширенню етноцентричної дезінформації та пропаганди під час виборів у Нігерії). GlobalVoices. – [режим доступу]: <https://uk.globalvoices.org/2019/11/18/1952/>.
11. Martin L. J. Disinformation: An instrumentality in the propaganda arsenal // Political Communication, 1982. № 2:1. Pp. 47–64.

Воронов Олександр Ігорович,

д.н.держ.упр., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Заславський Дмитро Юрійович,

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Державні механізми розвитку лідерського потенціалу в системі охорони здоров'я

Необхідність реформування системи охорони здоров'я України потребує якісно нового підходу до управління як на державному рівні, так і на рівні закладів охорони здоров'я. Як показує міжнародний досвід, системи охорони здоров'я, які активно реагують на потреби населення та готові до впровадження інноваційних технологій, матимуть значний вплив на власне майбутнє. Нові моделі організації охорони здоров'я потребують вищого рівня співпраці та взаємодії між медичним персоналом як у закладах охорони здоров'я, так і поза ними.

Лідерство є одним із 6 компонентів систем охорони здоров'я, пропонованих ВООЗ для урядів країн-членів. Під лідерством і управлінням ВООЗ розуміє забезпечення рамок стратегічної політики в поєднанні з ефективним контролем, створенням коаліцій, регулюванням, уважним ставленням до системного проектування та звітністю. Лідерство в охороні здоров'я повинно забезпечувати: формування та дотримання пріоритетів розвитку національної та територіальної систем і закладів охорони здоров'я; мотивацію персоналу задля забезпечення досягнення мети [1].

Феномен лідерства в охороні здоров'я за критерієм суб'єкта прояву можна розглядати на індивідуальному та організаційному (інституційному) рівнях.

1. На індивідуальному рівні лідерство не потребує наявності певної посади чи звання. Завдання лідера – розкрити внутрішній потенціал тих, хто

слідую за ним, та підтримувати актуальність перспективного бачення, а не зосереджуватися на собі самому. Лідер уважний до інших та намагається мобілізувати їхні внутрішні ресурси, щоб вони могли повною мірою реалізувати свій потенціал. Лідерство характеризується щирістю, тому лідери є прикладом для інших, тримають своє слово і відкриті у спілкуванні з людьми. Вони формують довірчі стосунки. Необхідними якостями лідера є: ефективні навички комунікації та вміння слухати інших; наявність емоційного інтелекту; здатність розвивати контакти та зв'язки та вибудовувати відносини з людьми; емпатія; здатність обстоювати інтереси; терпіння та життєстійкість; навички ведення переговорів.

Залучення медичних працівників до керівництва та управління в системі охорони здоров'я у будь-якому масштабі (команда, відділення, лікарня чи орган управління) є професійним обов'язком усіх медичних працівників. Незважаючи на те, що лідерство має важливе значення для забезпечення якісної медичної допомоги, багато медичних працівників, насамперед лікарі, приймаючи офіційну керівну роль, не завжди мають відповідні лідерські компетентності. «Майже завжди керівники медичних закладів різного масштабу вчаться виконувати роль лідера під час власної діяльності, використовуючи здоровий глузд та метод проб і помилок, причому їх помилки, з огляду на особливості сфери діяльності, можуть мати серйозні наслідки» [1].

2. Організаційне (інституційне) лідерство є одним із видів лідерства за критерієм суб'єкта його прояву. У рамках цього виду лідерства таким суб'єктом є не окрема особистість (як в індивідуальному лідерстві), а організація (команда).

Організаційне лідерство характеризується: – стратегічною орієнтованістю роботи команди працівників організації і здатністю підтримувати процес необхідних для цього змін; дієвою внутрішньо- і зовнішньоорганізаційною комунікацією; креативним середовищем діяльності в організації; розвитком лідерства на різних організаційних рівнях; чіткою цілеорієнтацією на споживача; постійним контролем з боку організації за власною діяльністю та її результатами [2].

Організаційне лідерство, зокрема, в умовах реформування сфери охорони здоров'я, має практичну значущість, оскільки сприяє підвищенню результативності й ефективності управління закладами охорони здоров'я, трансформуванню їх із формальних суб'єктів цієї сфери у суб'єктів-лідерів. «Ефективне лідерство та управління є способами зменшення ентропії, тобто невизначеності, і впорядкування розвитку національної системи охорони здоров'я».

Феномен лідерства в охороні здоров'я сприяє налагодженню взаємодії органів публічного управління та інших соціальних інститутів та громадськості з метою прийняття ефективних управлінських рішень в області здоров'я.

Для розвитку лідерського потенціалу необхідне усвідомлення важливості прояву феномену лідерства в охороні здоров'я на політичному рівні, а також цілеспрямована програма професійної підготовки та розвитку лідерських якостей медичних працівників на рівні держави. Крім того, необхідні відповідні ресурси для розвитку лідерського потенціалу в охороні здоров'я шляхом створення відповідних міжсекторальних структур (спільно з державними урядовими структурами, приватним сектором, місцевими громадами тощо). Лідери в охороні здоров'я повинні виступати в якості організаторів таких ініціатив та координаторів об'єднань.

Список використаних джерел:

1. Ліштаба Л.В. Формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04. ТНЕУ. Тернопіль, 2017. 20 с.
2. Шкільняк, М. М. Кривокульська, Н. М. (2022). Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. № 1 (91). 64-69.

Зима Катерина Андріївна

здобувачка магістерського рівня вищої освіти,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Ровинська Катерина Ігорівна,

к.н.держ.упр., доцентка,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка», доцент кафедри державознавства, права та
європейської інтеграції*

Інститут присяжних як державна гарантія захисту соціально-гуманітарних прав громадян

Соціально-гуманітарні права охоплюють дуже широке коло проблем громадян. Важливою сполучною ланкою між приватними особами та державою є адміністративні органи та суди; визначення соціальних прав в основному перебуває в юрисдикції адміністративних органів. Проте, життєвий досвід та практика свідчить про низьку результативність захисту таких прав публічними органами, а, отже, як наслідок, виникнення недовіри до публічних інституцій у цій сфері.

Роль інституту присяжних можливо аналізувати у багатьох аспектах та, найбільш актуальним відповідно нашої доповіді, є саме аспект участі громадянського суспільства, громадськості у державних гарантіях захисту прав, зокрема соціально-культурних. Саме такою формою участі громадськості можливо розглядати суд присяжних у системі державних гарантій.

Українське законодавство запозичило континентальну (європейську) модель суду присяжних, які спільно із професійними суддями вирішують питання факту та питання права [3]. В Україні суд присяжних діє лише на рівні місцевого загального суду першої інстанції (у складі двох професійних суддів та трьох присяжних (ч. 3 ст. 31 КПК України) та розглядає справи щодо злочинів, за вчинення яких передбачено покарання у вигляді довічного позбавлення волі. Однак такий розгляд можливий лише за умови подання клопотання обвинуваченим під час підготовчого судового засідання (ч. 2 ст. 384 КПК України) [1].

Відповідно до Закону України «Про судоустрій і статус суддів» для затвердження списку присяжних територіальне управління Державної судової адміністрації України звертається з поданням до відповідних місцевих рад, які формують і затверджують його у кількості, зазначеній у поданні. У випадку неприйняття місцевою радою протягом двох місяців з моменту отримання подання рішення про затвердження списку присяжних, територіальне управління Державної судової адміністрації України звертається з поданням щодо затвердження списку присяжних до відповідної обласної ради [2] .

Список присяжних затверджується на три роки і передається до відповідного окружного суду, в тому числі в електронній формі. При цьому, відповідно до ч. 1 ст. 65 Закону України «Про судоустрій і статус суддів», присяжним може бути громадянин України, який досяг тридцятирічного віку і постійно проживає на території, на яку поширюється юрисдикція відповідного окружного суду. Ці особи не повинні мати психічних та інших хронічних захворювань, не можуть бути судимими, не мають бути державними службовцями, працівниками правоохоронних органів адвокатами, нотаріусами. Як бачимо, в Україні віковий поріг є дещо вищим, оскільки в США та Англії присяжним може бути особа з 18 років, а у Франції – з 23 років [3]. Присяжним може бути особа з будь-якою освітою, професією чи діяльністю, від неї не вимагається знання законодавства.

Після відбору основних присяжних обирається двоє запасних присяжних, які під час судового засідання постійно перебувають на відведених їм місцях і до ухвалення вироку можуть бути включені до складу основних присяжних у разі неможливості кого-небудь з останніх продовжувати участь у судовому розгляді (ч. 8, 10 ст. 387 КПК України). Після закінчення відбору кожен із присяжних складає присягу. Відповідно, з цього моменту вони набувають статусу присяжних.

З метою подальшого розвитку інституту присяжних при відправленні правосуддя прем'єр-міністр України звернувся до Верховної Ради України з приводу підготовки змін до законодавчих актів щодо участі присяжних у здійсненні правосуддя, які в свою чергу, були підготовлені групою народних

депутатів на чолі з Костіним Андрієм Євгеновичем (теперішній Генеральний прокурор).

Суть запропонованих змін до закону полягає у внесенні до кримінального-процесуального кодексу України чинників, які більш посилюють та конкретизують процесуальну роль та значення присяжного у здійсненні правосуддя.

Змінами, які пропонуються до кримінального-процесуального кодексу передбачено суттєве збільшення кількості присяжних, які залучаються після призначення судового розгляду. Знайти рівноцінну якісну заміну присяжним, які відбули визначений законом термін, або досягли шістдесяти п'яти років, не завжди є можливим. Слід також звернути увагу на демографічну ситуацію яка склалася в державі.

В зв'язку з чим також доцільно було б виключити пункт шостий частини другої статті 65 Закону України «Про судоустрій і статус суддів». Тобто, громадяни, і після досягнення шістдесяти п'яти років також можуть виконувати обов'язки, визначені пунктами 1, 2, 4-6 частини сьомої статті 56 цього Закону, бо наявність життєвого досвіду є однією із складових здатності безсторонньо та неупереджено відправляти правосуддя.

У цьому контексті цікавим є аналіз кількісного складу суду присяжних, передбачений законодавством зарубіжних держав, який, порівнюючи із національним законодавством є різним. При його обранні слід враховувати організаційні та фінансові можливості держави. Він також обумовлюється і моделлю суду присяжних, яка передбачає певний порядок розгляду та вирішення ним відповідних питань.

Так, у США склад журі у кількості 12 осіб не є обов'язковою вимогою, оскільки такий склад присяжних сформувався як наслідок «історичної випадковості», тому дозволено розглядати судові справи у тяжких злочинах на рівні штату судом у кількості 6 або 8 осіб [3]. Проте скорочення чисельності присяжних лише до кількох осіб суттєво знижує ефективність діяльності суду присяжних і не може забезпечувати повноцінну участь народу в процесі здійснення правосуддя.

Разом з тим не слід забувати про складність питання самої організації суду присяжних та його матеріального забезпечення. Наприклад, якщо склад присяжних формується з 12 осіб, потрібно запросити до суду не менше 30, з числа яких обрати необхідну кількість. І всім цим особам необхідно відшкодувати транспортні та інші витрати, які пов'язані з виконанням ними обов'язків у суді, компенсувати заробітну плату, що безумовно потребує серйозних витрат державного бюджету. Це ще раз наштовхує на думку щодо необхідності визначення кількісного складу присяжних з урахуванням можливостей держави та досвіду держав з розвинутою судовою системою.

В умовах глобалізації, при будь-якому напрямку судової реформи, шлях розвитку інституту присяжних неминучий, і задля його подолання необхідно керуватися позитивним досвідом, вдосконалювати недоліки та запроваджувати нові концепції у формуванні демократичного та прозорого судочинства на рівні розвинених країн.

Список використаних джерел:

1. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2013, № 9-10, № 11-12, № 13, ст.88. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text>.
2. Про судоустрій і статус суддів [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 31, ст.545. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-19#Text>.
3. Роль Суду Присяжних У США Та Україні [Електронний ресурс] // Юринком Інтер. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: https://yurincom.com/legal_practice/analychna_yurysprudentsiia/rol-sudu-prysiazhnykh-u-ssha-ta-ukraini/.

Карпенко Олександр Миколайович,
*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник
Воронов Олександр Ігоревич,
*д.н.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Державний фінансовий контроль в охороні здоров'я

Державний фінансовий контроль у сфері охорони здоров'я це система заходів та діяльності органів державної влади, місцевого самоврядування та спеціальних органів фінансового контролю з метою законності, ефективності, доцільності при розподілі та використанні коштів бюджетів різних рівнів у сфері охорони здоров'я для виявлення, усунення та запобігання порушень у майбутньому.

Контроль якості використання державних фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я здійснюється на основі загальних підходів на основі положень Конституції України; Господарського та Бюджетного Кодексів України; Законів України «Про основні засади здійснення державного фінансового контролю в Україні» [1], «Про Рахункову палату», «Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність» [2]. Правовими актами Президента України та Кабінету Міністрів України визначається статус та правова основа діяльності суб'єктів державного фінансового контролю.

Предметом державного фінансового контролю в сфері охорони здоров'я є: діяльність закладів охорони здоров'я; виконання бюджетних програм, розпорядниками коштів за якими є МОЗ України, НСЗУ та Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками; контроль державних (місцевих) бюджетних програм в сфері охорони здоров'я; контроль

інвестиційних проектів в сфері охорони здоров'я; моніторинг та перевірка публічних закупівель.

До органів, які уповноважені здійснювати державний фінансовий контроль у сфері охорони здоров'я належать: 1) в системі законодавчої влади - Рахункова палата України; 2) в системі виконавчої влади - Міністерство фінансів України, яке через Державну аудиторську службу України, Державну казначейську службу України та Державну службу фінансового моніторингу здійснює функції державного фінансового контролю. Суб'єктами публічного фінансового контролю в сфері охорони здоров'я є фінансові органи місцевих державних адміністрацій та міських рад.

Найпоширенішими у сфері охорони здоров'я є наступні форми державного фінансового контролю: ревізія (інспектування), перевірка, державний фінансовий аудит, ідентифікація, ліцензування, нагляд. На основі затверджених планів та розроблених інструкцій за роки медичної реформи Рахункова палата України провела 3 аудити охорони здоров'я, про що подала до Верховної ради України відповідні річні звіти. Фінансовому контролю Рахункової палати у всіх випадках підлягає МОЗ України, як розпорядник бюджетних коштів за бюджетними програмами. В усіх трьох випадках предметом контролю є конкретна бюджетна програма, об'єктом контролю кошти державного бюджету України. Держаудитслужба провела ревізію окремих питань фінансово-господарської діяльності Міністерства охорони здоров'я України за період з 01.01.2019 по 31.05.2020 роки, якою установила порушень вимог законодавства на загальну суму 17,6 млн.грн, зокрема порушень, що призвели до втрат, на суму 6,9 млн.грн.

Органам державного фінансового контролю у сфері охорони здоров'я властиві такі недоліки: вони діють відокремлено, відсутня система їх взаємодії і координації, відбувається дублювання функцій, відсутня єдина інформаційна база, що не дозволяє повністю володіти ситуацією і правильно орієнтуватися в середовищі контролю.

До недоліків системи також слід віднести недостатньо повне використання можливостей такого інструменту контролю, як Наглядові ради закладів охорони здоров'я. Світовий досвід показує їх високу результативність в організації проведення внутрішнього фінансового контролю та клінічного аудиту. Це дієвий інструмент контролю керівників лікарень, якості надання послуг, а також впливу на них з боку громад. Українським законодавством не закріплені норма щодо обов'язковості створення наглядових рад для закладів охорони здоров'я у формі КНП. Наразі така норма носить рекомендаційний характер. Доцільно розширити повноваження спостережних рад з метою надання їм можливості впливати на роботу закладу, брати участь в обранні та звільненні керівництва, проводити внутрішній фінансовий та клінічний аудит медичного закладу.

Удосконалення системи державного фінансового контролю в сфері охорони здоров'я потребує його спрямування на попередження та недопущення порушень та неефективного управління державними ресурсами, а не констатування фактів; підсилення інституційної основи попереднього та поточного державного фінансового контролю; формування ефективної моделі розвитку та підготовки висококваліфікованих державних аудиторів.

Список використаних джерел:

1. Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність : Закон України від 21.12.2017 № 2258-VIII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2258-19>
2. Про основні засади здійснення державного фінансового контролю в Україні: Закон України 26.01.1993р. № 2939-XII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-12#Text>

Кіструга Павло Васильович,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Колісніченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук

Англо-саксонський досвід реалізації публічної служби у сфері охорони здоров'я

Існують різні підходи до розуміння категорії «публічна служба», які прослідковуються у законодавстві зарубіжних держав, зважаючи також на історико-правові традиції конкретних країн.

Велика Британія. Державний секретар з охорони здоров'я має відповідальність перед парламентом за надання медичних послуг. Державний секретар працює через Департамент охорони здоров'я - the Department of Health з забезпечення стратегічного напрямку, що реалізується Національною службою здоров'я - NHS і ширшою системою охорони здоров'я та здійснює нагляд за підзвітністю усіх національних органів щодо їх операційної та фінансової продуктивності, тим самим гарантуючи, що різні частини системи працюють належним чином та скоординовано. Державний секретар приймає рішення щодо здоров'я нації, охорони громадського здоров'я та соціальної політики, консультує державних службовців, які входять до складу Департаменту охорони здоров'я, команди молодших працівників міністерства, кожен з яких має обов'язки щодо конкретних сфер політики. Державний секретар виконує обов'язки, які викладені у відповідних приписах, в тому числі: сприяння комплексному оздоровчому обслуговуванню; зниження нерівності між клієнтами в отриманні послуг з охорони здоров'я.

Ці обов'язки та інші, виконуються через взаємовідносини з іншими органами. Секретар і всі державні органи в системі охорони здоров'я також

відповідають за дотримання принципу рівності в державному секторі згідно Закону про рівність 2010 року.

Метою Міністерства охорони здоров'я є допомогти людям жити краще та довше. Воно веде, формує та фінансує здоров'я та догляд в королівстві, забезпечуючи населення медичною допомогою, підтримкою, доглядом і лікуванням, які воно потребує. Департамент, від імені державного секретаря, діє як «розпорядник системи» – він єдиний орган з наглядовими функціями за системою охорони здоров'я та догляду, і працює на ефективне задоволення потреб людей та їхніх спільнот [3].

Керівна роль Департаменту має такі основні аспекти:

- визначення національних пріоритетів, які відображають те, що потребують пацієнти, користувачі послуг. Департамент визначає пріоритети для NHS і системи охорони здоров'я шляхом нормативно-правового регулювання сфери – підготовки рамкових документів та Мандатів. Департамент також підтримує виконання міністерських завдань, пріоритетів та політик; робить це шляхом отримання інформації та її обробки, і відповідного моніторингу;
- забезпечення та розподіл ресурсів на реалізацію пріоритетів галузі та надання послуг. Департамент забезпечує і розподіляє ресурси для NHS і системи охорони здоров'я шляхом забезпечення державного фінансування NHS, системи охорони здоров'я та соціальної допомоги від Казначейства її Величності. Департамент є важливою зацікавленою стороною і є ключовим джерелом фінансування капітальних інвестицій. Департамент також здійснює заходи із забезпечення додаткових джерел фінансування, наприклад через рецепти та стоматологічні збори, а також безпосередньо розподіляє ресурси на місцеві органи охорони здоров'я;
- спонсорування національної системи органів з охорони здоров'я, підтримуючи їх і притягуючи їх до відповідальності за виконання своїх завдань. «Спонсорство» означає що Департамент забезпечує організації функціонально, відповідаючи за досягнення ними своїх цілей шляхом фінансової допомоги – при цьому несе відповідальність за використання державних коштів ефективно

та результативно. Така специфіка відносин між Департаментом та його підрозділами з питань спонсорування врегульована «рамковими угодами»;

- розвиток стосунків, співпраця з організаціями пацієнтів та забезпечення належної взаємодії. Це передбачає забезпечення взаємодії-кооперації між органами системи охорони здоров'я та іншими органами - ефективною праці разом зі спільною метою, при цьому - усвідомлення власних унікальних ролей і самостійності у прийнятті рішень щодо виконання визначених ними функцій. Департамент також працює з іншими державними відомствами з питань здоров'я;

- формування та вдосконалення політики та законодавчих положень всередині системи охорони здоров'я. Він здійснює нагляд за ефективною реалізацією нормативної бази, що забезпечується усіма організаціями та спеціалістами у відповідності з основними стандартами якості і безпеки;

- звітність перед парламентом та громадськістю, для досягнення ефективності в системі охорони здоров'я. Це включає підтримку міністерської підзвітності парламенту та громадськості, ефективне використання проголосованих у парламенті ресурсів. Зрештою, держсекретар має повноваження звільняти посадовців національних органів охорони здоров'я з посади (у разі невиконання своїх функцій належним чином).

США. Неоднозначне розуміння державної служби склалося в США. У широкому розумінні «як публічна служба» вона включає всіх службовців публічного сектора, які займають виборні посади, посади, пов'язані з юриспруденцією а також багато посад в адміністративних установах - служба в яких формує (на думку аналітиків) досить вузьке розуміння державної служби лише як цивільної служби [2]. Відповідальними чиновниками є фахівці - державні службовці - низової ланки. Цікавим є трактування медиків як службовців з виконання функцій держави у сфері охорони здоров'я.

На сьогодні лікарі, які працюють в державному секторі, мають численні переваги, від інтелектуальної стимуляції та потужних ресурсів до колегіальності та почуття досягнення місії. Лікарі, які займають державні посади, можуть працювати в різноманітних умовах і отримувати доступ до широкого спектру клінічних, дослідницьких ресурсів охорони здоров'я — від

відстеження спалахів інфекційних захворювань до оцінки нових ліків і реалізації життєво важливої державної політики - зокрема покращення здоров'я вразливих верств населення.

Тисячі лікарів США працюють на посадах у федеральних органах чи на рівні штату. Крім того, існують сотні вакансій у безлічі агентств, які наймають лікарів на клінічні, адміністративні чи дослідницькі посади.

У США багато яскравих, креативних лікарів і медичних працівників працюють на державних посадах і дуже віддані своїй роботі і населенню, яке вони обслуговують [1]. Це створює як сприятливе, так і інтелектуально стимулююче середовище. «У федеральному уряді багато блискучих і відданих справі людей, тут реалізується багато інновацій» [1]. Більшість лікарів, які обіймають державні посади, практикують або працюють у Сполучених Штатах, але деякі іноді працюють у віддалених місцях. Працюючи в різних управлінських установах з ОЗ, вони допомагають країнам по всьому світу нарощувати потенціал для виявлення та реагування на загрози здоров'ю та розвивати досвід для виявлення та стримування спалахів захворювань. Управлінці та стажери допомагають уряду у популяризації національних кампаній – наприклад - зі збільшення рівня вакцинації.

Список використаних джерел:

1. Exploring Public-Service Physician Practice Opportunities. URL: <https://resources.nejmcareercenter.org/article/exploring-public-service-physician-practice-opportunities/>
2. Scope of civil services in European countries. Trends and Developments Seminar at the European Institute of Public Administration Maastricht, 13-14 November 2000 Presentation by Francisco Cardona Sigma/OECD. URL: <https://www.sigmaweb.org/publications/37891319.pdf>
3. Strategic Leadership in the Civil Service, HC 1536. Tuesday 7 May 2019. Ordered by the House of Commons to be published on 7 May 2019. Public Administration and Constitutional Affairs Committee. URL: <https://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/public-administration-and-constitutional-affairs-committee/strategic-leadership-in-the-civil-service/oral/101713.html>

Крамар Наталія Олександрівна

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Чепель Сергій Іванович

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник

Курносенко Лариса Володимирівна

*к.е.н., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Організаційно-правове забезпечення фінансування охорони здоров'я

Фінансова трансформація галузі охорони здоров'я розпочалася з 2016 року, з прийняттям розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 р. щодо Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачала перехід до багатоканального фінансування медицини. Даною Концепцією було скасовано практику фінансового постатейного планування кошторисів закладів охорони здоров'я і запроваджено нову методику планування за результатами діяльності.

Із запровадженням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [1] змінилася система фінансування ЗОЗ, а відповідно і організація їх діяльності. Законом введено поняття державної програми медичних гарантій (ПМГ), яка включає пакети послуг і ліків, вартість яких фінансується з державного бюджету.

Основний принцип програмно-цільового методу планування, - забезпечення тісного взаємозв'язку між бюджетними ресурсами, які виділяються, і очікуваними (фактичними) результатами їх використання.

В 2022 році Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення встановлюється Постановою КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» [2].

Важливим джерелом державного фінансового законодавства є нормативно-правові акти органів виконавчої влади, а саме Міністерства фінансів України, Державної Казначейської служби України, Державної податкової служби України. Поряд з цим слід зазначити, що до джерел фінансового законодавства слід віднести акти Президента України, Національного банку України, рішення місцевих рад.

Згідно із Законом України «Про місцеве самоврядування» [3] до повноважень виконавчих органів місцевих рад відноситься забезпечення складання балансів фінансових, грошових доходів і витрат, необхідним для управління розвитком відповідної території; складання, схвалення та подання на розгляд місцевої ради прогнозу місцевого бюджету, складання проекту місцевого бюджету, подання його на затвердження місцевої ради, забезпечення виконання бюджету; щоквартальне подання раді письмових звітів про хід і результати виконання бюджету; підготовка і подання до ради необхідних фінансових показників і пропозицій щодо складання проектів місцевих бюджетів; здійснення в установленому порядку фінансування видатків з місцевого бюджету.

Місцеві бюджети є самостійними, вони не включаються до Державного бюджету України та інших місцевих бюджетів.

В законодавстві унормований порядок управління фінансами ЗОЗ розроблений лише для державних закладів охорони здоров'я. Так, Наказом Міністерства економічного розвитку у 2015 році був затверджений Порядок складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки [4].

Щодо порядку управління фінансами ЗОЗ комунальної форми власності, то він може бути унормований на рівні громад за рішенням виконавчих органів місцевих рад.

Основи законодавства України про охорону здоров'я (стаття 18) визначають такі основні джерела фінансування охорони здоров'я: кошти Державного бюджету України; кошти місцевих бюджетів: бюджету Автономної республіки Крим, бюджетів місцевого самоврядування; кошти фондів медичного страхування; кошти благодійних фондів; інші джерела, не заборонені законодавством [5].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. № 1313, доповнює зазначені джерела фінансових ресурсів. Згідно із даним документом, джерелами фінансування охорони здоров'я повинні бути, окрім коштів державного та місцевих бюджетів: кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування; кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів; благодійні внески та пожертвування юридичних та фізичних осіб; кошти, одержані за надання платних медичних послуг; а також інші джерела, не заборонені законодавством.

Воєнний стан суттєво не вплинув на порядок фінансування ЗОЗ, договори з НСЗУ ЗОЗ уклали до початку 2022 року, тож змогли розраховувати на фінансування послуг. Особливості реалізації порядку фінансування ЗОЗ в воєнний час були віддзеркалені в Постанові КМУ «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення». В умовах воєнного стану Програму медичних гарантій на 2022 рік було доповнено важливим пакетом, який запроваджує механізм збереження кадрового складу закладів - «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги». Наказом МОЗ від 3 березня 2022 року регламентовані процедури забезпечення безперебійної роботи галузі охорони здоров'я [6].

У 2022 році, як і в попередні роки до фінансування охорони здоров'я залучено також зовнішні джерела фінансування, у тому числі міжнародна допомога.

Список використаних джерел

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. <http://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2168-19>
2. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році : Постанова КМУ від 29 грудня 2021 р. № 1440. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
3. Про місцеве самоврядування : Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>
4. Про затвердження Порядку складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 02.03.2015 № 205
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я / Закон України №2801-XII від 19.11.1992. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
6. Щодо забезпечення безперервної роботи: Наказ МОЗ від 7 березня 2022 року № 427 <http://doz.zoda.gov.ua/news-deialnist/2077-nakaz-moz-ukrajini-vid-07-03-2022-427-shchodo-zabezpezhennya-bezperervnoji-roboti>

Кузьмич Олександр Сергійович,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Колісниченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук*

Європейський та світовий досвід додання урядами проблем з охорони здоров'я

Визнаним механізмом додання проблем у сфері охорони здоров'я є проведення відповідних реформ. Багатоаспектні проблеми вимагають комплексних рішень. Ефективна реформа вимагає системного підходу, який не обмежується заходами, спрямованими на покращення медичної допомоги, але, що не менш важливо, включає питання профілактики хвороб, сприяння формуванню здорового способу життя, а також позитивного впливу на детермінанти здоров'я [2].

Саме ВООЗ допомагає країнам знайти правильні рішення, необхідні для координації ресурсів, вироблення глобального кругозору та формування вичерпної бази знань.

Враховуючи те, що в минулому уряди найчастіше проводили реформи без критичної оцінки їх наслідків, на сьогодні визначаються очікування, ресурси та демонструються результати.

Реформування систем охорони здоров'я в Європейському регіоні відбувалося у кілька етапів [1]. Реформи торкнулися кожної країни. Вони відобразили широкі суспільні суперечки, пошук ефективних шляхів розвитку та у багатьох випадках загальні політичні та соціальні зміни. Їхньою метою було послідовне покращення діяльності однієї чи більше функцій системи охорони здоров'я. Деякі реформи були спрямовані на якість і ставили відповідні завдання перед органами управління на всіх рівнях. Інші були пов'язані з

новими стратегіями публічного управління, що стирають кордони між державною та приватною системами охорони здоров'я.

Функція управління стикається зі значними труднощами, обумовленими цілями та завданнями системи охорони здоров'я. Навколишнє середовище, в якому існують системи охорони здоров'я, є дуже складним, що вимагає координації між гілками влади (виконавчою, законодавчою та судовою), рівнями управління (центрального та регіонального) та інтеграції між державним та приватним сектором. Особи, які приймають вирішальні рішення, також несуть відповідальність за широкий діапазон проблем (від загально-поширених до дуже специфічних). Цілями проведених реформ було:

- чітке визначення відповідальності;
- посилення політичного формулювання;
- створення ефективного, але гнучкого регулювання та врахування

того факту, що багато з ключових детермінант здоров'я перебувають за межами сектору охорони здоров'я, внаслідок чого потрібна добре скоординована міжгалузева взаємодія.

Важливо, що успіх діяльності в цьому випадку залежить від ефективності інформації та систем оцінки роботи, що дозволяють системі публічного управління оцінювати наявність або відсутність результату.

У деяких країнах останніми роками значно зріс потенціал оцінки діяльності системи охорони здоров'я [3]. Інформаційні технології (при успішному застосуванні) дозволяють полегшити збір даних та аналіз, а також краще оцінити витрати, прибуток та результати.

Багато систем охорони здоров'я у Західній Європі та країнах ЦСЄ втягнуто у процес реформування. Ці країни експериментували з широким діапазоном стратегій щодо поліпшення якості, співвідношення ціни та якості, а також щодо забезпечення стійкості системи. Цей процес особливо активно проходив з кінця 1980-х років у Західній Європі та з кінця 1990-х рр. у Центральній Європі.

Основні стратегії реформування висвітлюють такі основні цілі кожної групи реформ:

- надання медичного обслуговування (з реформами щодо відповідності запитам пацієнтів та рентабельності);
- мобілізація ресурсів (з реформами, спрямованими на забезпечення правильного рівня та комбінації ресурсів, особливо людських ресурсів, технологій та капіталу);
- фінансування (з реформами, спрямованими на дві підфункції: по-перше - накопичення доходів (для забезпечення стійкості та згуртованості); по-друге - постачання (з акцентом на ефективному постачанні для поліпшення розподільної та технічної ефективності);
- управління та заходи щодо зміцнення управління, відповідальності та відповідності очікуванням громадян.

Управління знаходиться не тільки в центрі стратегій реформування, а й загалом у центрі формування політики в галузі охорони здоров'я, обіймаючи основну діяльність системи охорони здоров'я загалом та тієї частини системи охорони здоров'я, що пов'язана з іншими секторами. Воно визначає зобов'язання уряду щодо забезпечення добре поінформованих і добре спланованих політичних ініціатив, врівноважує значення політики для різних груп населення та забезпечує оптимальні та справедливі результати цієї політики у галузі охорони здоров'я.

Проблеми, які виникають у деяких урядів за рівнями прийняття рішень та координування між різними гілками влади, є найпоширенішими при взаємодії між міністерствами [4]. Це стосується проблем управління, пов'язаних з новими умовами взаємовідносин між центральними та регіональними органами та закладами. Деякі системи охорони здоров'я збільшують централізацію у прийнятті політичних та фінансових рішень (Чеська Республіка, Данія, Ірландія, Італія, Норвегія та Польща [5]); або об'єднали регіональні органи управління у меншу кількість більших одиниць (Данія, Фінляндія, Норвегія,

Швеція); в той час як в інших країнах повноваження навпаки були передані від центру до периферії (Іспанія, Сполучене королівство) [3].

Так само іноді проводилося накопичення доходів за допомогою створення національного фонду (Німеччина, Нідерланди та Румунія) або злиття регіональних фондів у національний (Естонія, Киргизстан і Польща), а іноді й навпаки, відбувся поділ фонду [3]. Це ускладнює управління, створюючи юридичну двозначність у розподілі повноважень між різними рівнями.

Таким же чином, розмивання кордонів державної та приватної медицини створило значні проблеми в управлінні. У Європейському регіоні ВООЗ достатньо широко вводилося приватне управління соціальними послугами, громадські контракти у наданні приватних послуг, а також приватне фінансування державних установ [3]. Вищі зарплати в приватному секторі привели в деяких країнах до переміщення кваліфікованого персоналу в приватний сектор.

Існує широкий діапазон підходів до здійснення стратегій з подолання проблем у сфері охорони здоров'я що здійснюють уряди країн світу, включаючи взаємодії через міжгалузеві урядові цілі (Франція, Литва, Швеція, Сполучене Королівство); оцінку впливу здоров'я на місцевому рівні, парламентському та міжміністерському рівні (Швеція, Уельс, Нідерланди та Литва, відповідно) або за допомогою «спільного» законодавства, такого як заборона на куріння у громадських місцях (Ірландія, Італія, Норвегія, Шотландія та Іспанія). Існує також безліч структур і процесів щодо полегшення міжгалузевої взаємодії, включаючи горизонтальні комітети з охорони громадського здоров'я (Великобританія, Швеція), формальні консультації та комунікації між секторами (Уельс), а також взаємодії державної системи охорони здоров'я з іншими галузями (Фінляндія, Нідерланди, Уельс) [3].

Слабкі місця в управлінні не обмежуються одним сектором охорони здоров'я. Вони можуть бути відображенням глибших фундаментальних слабкостей чи зміною послуг у динамічних та складних умовах. Зрозуміло, що кількість проблем управління все збільшується з розвитком системи охорони

здоров'я та зростанням очікувань громадян. Зрозуміло також, що відмінність цінностей і принципів, що спостерігаються у різних частинах світу, створює величезні відмінності в спектрі проблем, з якими стикається управління в конкретній країні.

Список використаних джерел:

1. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління. Класичний приватний університет, спеціалізована вчена рада Д 17.127.03. Запоріжжя, 2018. 290 с.
2. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Національний університет цивільного захисту України, Харків, 2020. 310 с.
3. Концепція ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя». URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf
4. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. Економіка і суспільство. 2018. Вип. № 19. С. 1139–1145. URL: http://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/171.pdf
5. Blendon R.G. Common concerns amid diverse systems: Health care experiences in five countries. The experiences and views of sicker patients are bellwethers for how well health care systems are working. Health Affairs. 2003. 22 (3). P.106–121.

Лущик Олеся Петрівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національний університет

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Ровинський Юрій Олександрович,

доктор юридичних наук, професор,

Інститут публічної служби та управління Національний університет

«Одеська політехніка»,

професор кафедри державознавства, права і європейської інтеграції

Етика публічного службовця як засобу запобігання та протидії корупції в Україні

На сьогодні, публічна служба переживає етап серйозних змін. Проблема етики публічного службовця як засіб запобігання та протидії корупції в Україні в останні роки є однією із актуальних. Від основних цілей управлінської діяльності, етичної обґрунтованість прийняття управлінських рішень, моральної якості державних службовців та їх рівня етичної культури залежить рівень довіри до влади. Тому етика державного службовця має вагому антикорупційну спрямованість та є як один із засобів боротьби з корупцією.

Варто зазначити, що етика – це філософська наука об'єктом якої є мораль та яка розглядає дві основні проблеми про те, як повинна поводитися людина і теоретичне поняття поведінки і сутність моралі.

У реальному житті етика проявляється в першу чергу в сфері людського спілкування, оскільки спілкування людей є важливою складовою у процесі спільної діяльності. Будь-яка спільна діяльність людей ніяк не може бути нейтральною щодо моральності. Історично склалося, що саме мораль, а не право, була першою формою регулювання відносин між людьми. Для демократичного суспільства така форма регулювання людських ділових відносин має особливе значення, у зв'язку з відсутністю твердого контролю держави як і господарською та і іншою діяльністю людей. [1].

Державні службовці мають особливе суспільне призначення, цілі та завдання, які зумовлені особливостями їхньої професійної діяльності. Виконуючи завдання та функції держави державні службовці вже потенційно мають конфлікти, у тому числі конфлікт інтересів, а також складні ситуації,

корупційні ризики, що собою вимагає наявності не тільки професійних і психологічних якостей, освітнього рівня, але й моральних якостей. При виконанні своїх посадових обов'язків державні службовці, в першу чергу, мають усвідомлювати, що вони зобов'язані вірно служити народові України й гідно нести звання державного службовця.

Реформування державної служби в Україні вимагає підвищеної уваги до проблем моралі в діяльності керівників і службовців адміністративного апарату всіх рівнів управління. Оскільки, саме від цього залежить довіра населення до влади і участь громадян у вирішенні суспільно-політичних питань.

Що стосується професійної етики державних службовців, то це поняття слід розуміти як систему моральних та правових вимог, принципів, яких повинні дотримуватися державні службовці при виконанні завдань, функцій держави на професійній основі. Професійна етика певних груп державних службовців відображає особливості державної служби. Вона має бути визначена у відповідних законодавчо закріплених правилах етичної поведінки державного службовця.

Тому, для визначення рівня професіоналізму державного службовця мають обов'язково оцінюватися його особисті професійно необхідні моральні якості та дотримання ним професійно-етичних принципів, норм і стандартів поведінки. [2].

Хочеться зазначити, що якими б не були нормативно-правові або організаційні основи діяльності публічної служби, їх все ж таки утворюють самі люди. Звідси і випливає, що і головним завданням антикорупційних зусиль у також має стати вплив на людську поведінку, тобто сприяння проявам професійної та етичної поведінки, одночасно перешкоджаючи зловживанню посадою з метою збагачення. І от тому одним із ефективних підходів до антикорупційної діяльності є перешкоджання корупційним діям шляхом підвищення моральних, репутаційних втрат, корупційної поведінки.

Враховуючи різноманіття напрямів антикорупційної діяльності, які реалізуються державними органами, необхідно забезпечити підбір на державну службу громадян, які володіють не тільки необхідною професійною освітою, досвідом за відповідним фахом, професійними знаннями, навичками, які є

необхідні для виконання визначених посадових обов'язків, відповідно до визначених завдань та функцій державного органу, а також мають якісні риси високоморальної та культурної людини, яка повинна бути взірцем правової поведінки. Проведення реформ, які проводяться в державному секторі, створюють докорінні зміни в державному управлінні, що забезпечує появу нових

етико-правових складових антикорупційній діяльності органів державної влади. Заходи, що впроваджуються є вкрай необхідними тому, що ставлення до корупції у свідомості українців є суперечливим. Причиною цього є низький рівень розуміння населення межі впливу цього явища на розвиток суспільства, де в свідомості населення корупція набула статусу легітимних практик. Тому, перед усією системою державного управління постала і є на даний час необхідність вирішення проблем, що пов'язані з впровадженням та культивуванням етико-правових норм як у діяльності державних службовців, так і в повсякденному житті громадян. [3].

Отже, для боротьби з корупцією необхідно застосовувати різні методи і підходи. На законодавчому рівні також закладено основні шляхи ефективної антикорупційної політики. Та на жаль практика і наявні статистичні дані викривають проблеми, які заважають ефективній реалізації цієї політики. Саме невелика кількість осіб притягнутих до адміністративної відповідальності не зупиняє публічних службовців вчиняти корупційні дії, що дає підстави думати про те, що суди дотримуються недостатньої жорсткої позиції щодо корупційних діянь, а також про можливість послаблення відповідальності в результаті використання різних підходів до кваліфікації злочину.

Список використаних джерел:

1. Палеха Ю. Етика ділових відносин. *Навчальний посібник*. 2006. С. 12-17.
2. Василевська Т., Саламатов В., Марушевський Г. *Підручник*. 2015. С. 10-11.
3. Янюк Н. Запобігання корупції на публічній службі: правове регулювання в Україні та досвід країн Європейського Союзу. 2020. С. 19.

Ляшенко-Щербакова Валерія Валеріївна,
*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник:
Панченко Ганна Олександрівна,
*к.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Державна антикорупційна політика в Україні: проблеми та шляхи вдосконалення

23 червня 2022 року країни члени Європейського Союзу проголосували за надання Україні статусу країни кандидата на вступ до Європейського Союзу. При цьому, було поставлено низку умов, які дозволять Україні стати членом ЄС. Однією із першочергових умов є посилення боротьби з корупцією. І це зважаючи на той факт, що вже вісім років поспіль, розпочинаючи із кінця 2014 року, після ратифікації Угоди про асоціацію між Україною з ЄС [6] Україна зосередила свої зусилля на проведенні антикорупційної реформи. Але, якщо брати до уваги соціологічні дослідження, що проведені на замовлення НАЗК у 2017, 2020 та 2021 роках [4; 2; 3], загальний індекс сприйняття корупції як на думку населення, так і на думку бізнесу суттєво протягом 2020-2021 років, у порівнянні із 2017 роком, не змінився, залишаючись, при цьому, достатньо високим (оцінювався за 5-ти бальною шкалою, де 1 – означає, що корупція відсутня, а 5 – дуже поширена):

– на думку громадян такий індекс складав: у 2017 році – 4,49 [4], 2020 – 4,46 [2], 2021 – 4,39 [3];

– на думку бізнесу: 2017 рік – 4,52 [4], 2020 рік – 4,26 [2], 2021 рік – 4,35 [3].

Саме тому, виважена, обґрунтована та послідовна державна антикорупційна політика є фактичною запорукою успішного реформування та трансформації усього українського громадянського суспільства загалом, і

системи публічного управління – зокрема у площину відкритості, прозорості та підзвітності, демократичності, лібералізації, децентралізації та субсидіарності.

Сучасними проблемами щодо вироблення ефективної антикорупційної політики, зважаючи на результати досліджень незалежної антикорупційної громадської організації Трансперенсі Інтернешнл, можливо вважати: рішення Конституційного Суду від 27 жовтня 2020 року, яким він звільнив від відповідальності за недостовірне декларування посадових осіб держави вищого рівня, інших чиновників та суддів; зміни до антимонопольного законодавства, які могли нашкодити бізнесу захищати свої права під час оскарження публічних закупівель; загострення втручання представників вищих органів державної влади у діяльність Вищого антикорупційного суду (ВАКС); загальне зростання політичного тиску на антикорупційну екосистему, у тому числі через тривалу відсутність постійних керівників в інституціях; затримка з імплементацією судової реформи, попри ухвалення законодавчої бази для її старту; відтермінування прийняття Державної антикорупційної стратегії, що допомогла комплексно вирішувати низку проблем з корупцією в Україні [1].

Відповідно, основними шляхами подолання зазначених проблем, які, безумовно, сприятимуть удосконаленню державної антикорупційної політики України, є:

- завершення модернізації антикорупційного інституціонального середовища;
- ухвалення нової державної Антикорупційної стратегії (терміни реалізації попередньої завершився у 2017 році) та реальну практичну програму з її імплементації;
- сприяти успішному завершенню судової реформи із урахуванням висновків міжнародних партнерів;
- запровадити прозорий облік державної власності та продовжити курс на приватизацію, а також – підвищити прозорість та контроль за публічними закупівлями;
- продовжити подальшу дерегуляцію і підвищення доступності публічно-управлінських послуг [6, с. 58].

Лише за таких загальних умов можливі й позитивні трансформації у сфері боротьби з корупцією. А отже, наразі Українська держава та суспільство потребують розвитку підходів до вироблення та реалізації антикорупційної політики з урахуванням існуючих проблем, суспільного запиту та динаміки розвитку суспільних відносин у світлі євроінтеграційних прагнень.

Список використаних джерел:

1. Індекс сприйняття корупції – 2021. Transparency International Ukraine: веб-сайт. URL: <https://ti-ukraine.org/research/indeks-spryjnyattya-koruptsiyi-2021/>.
2. Корупція в Україні 2020: розуміння, сприйняття, поширеність. *Звіт за результатами опитування підприємців, експертів та населення*. Офіційний веб-сайт НАЗК. URL: <https://nazk.gov.ua/wp-content/uploads/2020/12/N73.pdf>
3. Корупція в Україні 2021: розуміння, сприйняття, поширеність. *Звіт за результатами опитування населення та бізнесу*. Офіційний веб-сайт НАЗК. URL: [https://nazk.gov.ua/wp-content/uploads/2022/07/1009488299966710444nacp_report_info_sapiens_2021_ukr_final .pdf](https://nazk.gov.ua/wp-content/uploads/2022/07/1009488299966710444nacp_report_info_sapiens_2021_ukr_final.pdf)
4. Корупція в Україні: розуміння, сприйняття, поширеність (2017 рік). *Звіт за результатами опитування підприємців, експертів та населення в цілому*. Офіційний веб-сайт НАЗК. URL: <https://nazk.gov.ua/wp-content/uploads/2020/12/N71.pdf>
5. Ліпич Л.Г., Рубльов В. В., Хілуха О.А., Кушнір М.А. Шляхи розвитку антикорупційної політики в Україні крізь призму науки публічного менеджменту. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2022. Вип. 34. С. 53-60. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/598>
6. 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 від 16 вересня 2014 року № 1678-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#Text>

Ольховський Роман Михайлович,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Колісниченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук*

Розвиток кадрового потенціалу як конкурентної переваги закладу охорони здоров'я: публічно-управлінський аспект

З метою вдосконалення системи статистичної звітності про стан кадрового потенціалу в охороні здоров'я передбачається запровадження нових форм державного статистичного спостереження, внесення змін до чинних форм, зміна порядку збору та обробки статистичної інформації на основі сучасних інформаційних технологій, організація вибіркового дослідження різних аспектів стану трудових ресурсів тощо.

Оцінка кадрового потенціалу при його відслідковуванні - моніторингу - здійснюється за такими основними напрямками:

- чисельність і структура кадрів охорони здоров'я на загальнонаціональному, регіональному, місцевому рівнях та в окремих ЗОЗ на певний період часу та в динаміці;
- професійний рівень медичних працівників;
- підвищення кваліфікації, підготовка та перепідготовка кадрів;
- працевлаштування випускників вищих та середніх спеціальних навчальних закладів та спеціалістів зі стажем роботи за спеціальністю до 5 років;
- плинність та стабільність кадрів, стан зовнішнього та внутрішнього сумісництва;
- здоров'я та соціально-психологічний стан працівників, включаючи їх трудову мотивацію;
- характеристика керівного складу працівників охорони здоров'я;

- характеристика складу кадрових служб органів управління охороною здоров'я та ЗОЗ.

Створення бази даних кадрового моніторингу у охороні здоров'я дозволить виявляти та кількісно оцінювати тенденції розвитку кадрового потенціалу у різних розрізах. На основі аналізу рядів динаміки здійснюється прогноз та моделювання розвитку трудових ресурсів. На основі аналізу даних кадрового моніторингу та прогнозування розробляються пропозиції щодо оптимізації чисельності та структури кадрів, підвищення їх трудової мотивації та рівня професійної підготовки, покращення соціально-психологічного стану та здоров'я працівників.

Об'єктивні оцінка та аналіз чисельності та структури кадрів можливі за наявності достовірної первинної інформації на основі персоніфікованого обліку працівників закладів охорони здоров'я, створення відповідних об'єднаних баз даних на місцевому та регіональному рівнях на основі єдиного формату подання та обробки даних. Метою статистичного спостереження за кадрами є отримання інформації про якісний склад медпрацівників (стать, вік, рівень освіти та професійної підготовки, стаж роботи), проходження ними спеціалізації, підвищення кваліфікації, результати атестації.

Основним недоліком існуючої зведеної статистичної звітності про стан кадрів є відсутність інформації про статевий склад, загальний і медичний стаж працівників, проходження ними професійної перепідготовки та підвищення кваліфікації. Для усунення зазначених недоліків та отримання додаткової інформації пропонується комп'ютерна обробка первинної статистичної бази даних за допомогою системи управління базами даних. Залежно від поставлених завдань, частина інформації може бути опущена або додана (наприклад, наявність наукового ступеня, причини звільнення тощо). Для встановлення єдиних вимог до програмного забезпечення, порядку формування файлів даних, призначених для обміну інформацією за допомогою електронних носіїв та систем інформаційних комунікацій, потрібна розробка галузевого стандарту щодо специфікації файлу даних кадрового моніторингу в охороні здоров'я.

Система управління базами даних дозволяє проводити статистичний аналіз та формувати практично будь-які запити залежно від потреб стратегічного та оперативного управління. Наприклад, система може видати інформацію про кількість лікарів будь-якої спеціальності, їх статеві характеристики, час проходження ними професійної перепідготовки або підвищення кваліфікації за різними програмами – освітніми чи навчальними, ЗОЗ, видами медичної допомоги і т.ін. За підсумками даних формується реєстр фахівців, які працюють у системі охорони здоров'я.

Постанова уряду від 25 лютого 2022 року – початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну [2] скасувала обов'язкове внесення даних в електронну систему охорони здоров'я. Були побоювання що це стане справжньою катастрофою для української системи охорони здоров'я, оскільки на основі цих даних робляться висновки про те, що відбувається в системі – заповненість лікарень, динаміка захворювань, робота персоналу і так далі. Та, як запевнила очільниця НСЗУ Н. Гусак, українські ЗОЗ продовжують вносити всі дані в систему, попри необов'язковість. Не вносять дані в систему лише ті заклади, які знаходяться в окупації або на лінії зіткнення. Деякі заклади були відключені від системи, в тому числі і з метою її безпеки. За словами Н.Гусак, лише близько ста закладів з п'яти тисяч зараз не вносять дані в систему [1]. В самих лікарнях кажуть: вони дійсно вносять дані, тому що розраховують, що на їх основі формуватимуться бюджети закладів на 2023 рік.

Список використаних джерел:

1. Медична реформа у час війни. LB.ua. 18 червня 2022. URL; https://lb.ua/society/2022/06/18/520460_medichna_reforma_chas_viyini_.html
2. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 і від 29 грудня 2021 р. № 1440. Постанова КМУ від 25 лютого 2022 р. № 157

Панайотова Марина Ігорівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Організаційне забезпечення державного управління охороною здоров'я

Здоров'я має виняткове значення в житті кожної людини і суспільства в цілому. В розвинених країнах світу одним з основних індикаторів успішності державної політики є медицина. Середня тривалість життя, доступність та якість медичних послуг і лікарських засобів визначають правильність руху влади, її відповідальність перед громадянами та спроможність реалізувати дієву політику добробуту. У зв'язку з цим всі питання, які пов'язані з охороною, збереженням чи покращенням здоров'я, є значимими та такими, що потребують особливої уваги.

Економічна криза, складна політична ситуація в Україні і вкрай недостатнє фінансування системи охорони здоров'я призвели до того, що показники стану здоров'я населення України упродовж останніх десятиріч набули досить серйозних негативних тенденцій. Про це свідчать дані Державної служби статистики України, за оцінкою якої, чисельність населення України в 1993 році становила 52 2376,3 тис. осіб, а на кінець 2021 року - 41 319,8 тис. осіб [1]. Зазначимо, що несприятлива ситуація щодо смертності населення нашої країни за роки незалежності обумовлена складним комплексом довготривалих причин: низьким рівнем життя переважної більшості населення, кризовим станом державної системи охорони здоров'я, спричиненим соціально-економічними трансформаціями в державі, знеціненням здоров'я з боку як держави, так і самих громадян [2].

Інтеграція України до Європейського Союзу зумовлює необхідність реформування галузей соціально-культурної сфери, в тому числі і охорони здоров'я. Це пов'язано з невідповідністю рівня медичних послуг вимогам, які висуваються до них в умовах функціонування європейської системи охорони здоров'я. В Конституції України закріплено право кожного громадянина на доступну, якісну і безпечну медичну допомогу [3]. Проте такі досконалі норми залишаються декларативними. Через недостатність бюджетного фінансування державна медицина в Україні не в змозі якісно виконувати свої функції. Фактично усі необхідні для лікування, у тому числі й у лікарнях, лікарські засоби громадяни України вимушені купувати за власні кошти, що особливо важким тягарем лягає на малозабезпечені сім'ї та пенсіонерів. І значною мірою це пов'язано із недоліками організаційного забезпечення сфери охорони здоров'я [4].

Пропонується запозичити в Україну досвід Німеччини, який може бути використаний щодо встановлення порядку оплати праці лікарів, досвід Грузії - стосовно особливостей фінансування сфери охорони здоров'я. Досвід історично близьких за попередньо існуючою системою охорони здоров'я країн (Польщі, Словаччини, Угорщини), в яких сьогодні існує обов'язкове медичне страхування, підтверджує, що державне регулювання системи надання медичної допомоги населенню в охороні здоров'я, яка буде побудована за принципом обов'язкового державного медичного страхування, ефективніше, ніж державне фінансування закладів охорони здоров'я. Не менш важливим є досвід Франції та Казахстану зі систематизації усього масиву нормативно-правових актів в охороні здоров'я.

Для вдосконалення правових та організаційних основ забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні, в процесі розпочатої медичної реформи, запропоновано:

- запровадити обов'язкове державне медичне страхування, яке дозволить створити додаткові фінансово-економічні механізми реалізації прав громадян на медичну допомогу, оскільки фінансування сфери охорони

здоров'я лише з державного бюджету неспроможне забезпечити якісне медичне обслуговування пацієнта;

- розробити та прийняти Закон України «Про заклади охорони здоров'я», який би визначив та врегулював основні правові, економічні та організаційні засади створення закладів охорони здоров'я, а саме: чітку класифікацію закладів охорони здоров'я, їх організаційну структуру та фінансові основи функціонування, у зв'язку з автономізацією закладів охорони здоров'я.

Джерела інформації:

1. Стеценко В. Ю. Реформування охорони здоров'я в Україні: правові питання [Електронний ресурс] / В. Ю.Стеценко // Право. Серія 18: Економіка і право. - 2016. - Вип. 31. - С. 107-110. - Режим доступу: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/19028/1/Stetsenko%20V.pdf>.

2. Фролков М. В. Поняття та особливості організаційного захисту прав споживачів [Електронний ресурс] / М. В. Фролков // Актуальні проблеми права: теорія та практика.— 2019. - № 26. - С. 547555. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/app_2019_26_75.

3. Конституція України [Електронний ресурс] : документ № 254к/96-ВР, редакція від 30.09.2016, підстава 1401-VIII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). - 1996. - № 30. - Ст. 141. - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

4. Співак М. В. Адміністративно-правові норми, що регулюють охорону здоров'я населення [Електронний ресурс] / М. В. Співак // Актуальні питання державотворення в Україні очима молодих науковців : Міжнародна науково-практична інтернет-конференція (Тернопіль, 15 лют. 2019). - 2019. - 12 лют. - Режим доступу: <http://www.lex-line.com.ua/?language=ru&go>.

Панченко Ганна Олександрівна,
к.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»

Доброчесність як основа етичної поведінки публічних службовців: правові аспекти

Категорія «доброчесність» належить до фундаментальних категорій науки, під якою розуміють високу моральну чистоту, чесність, саме тому діяльність публічних службовців має містити стійкі позитивні моральні якості, спрямовані на досягнення добра (публічного інтересу) як для окремої особи, так і суспільства загалом. Сьогодні в Україні тема доброчесності публічних службовців серед найактуальніших, вона хвилює наше суспільство, обговорюється європейською та міжнародною спільнотою. Причина, певно, у природі самої влади, яка ніколи, про що свідчить історичний досвід, не буде позбавлена таких негативних проявів. Не меншу роль відіграє і той факт, що чимало наукових розробок так і залишаються нереалізованими. Також варто підкреслити, що додаткового наукового осмислення потребує сфера визначення змістовної складової частини доброчесності як необхідного морально-етичного складника діяльності публічного службовця [5, с. 41].

Принцип етичної поведінки публічних службовців ґрунтується на засадах етики публічної служби, які ґрунтуються на положеннях Конституції України, законодавства про державну службу та служби в органах місцевого самоврядування, а також – запобігання корупції, та включає у себе такі основні постулати: служіння народу України та суспільству (забезпечувати публічний, а не відомчий інтерес); гідна поведінка (бути ввічливими у стосунках з громадянами, колегами й підлеглими); неупередженість і політична нейтральність (не використовувати службові повноваження в інтересах політичних партій або окремих політиків); недопущення виконання незаконних рішень чи доручень; сумлінність; нерозголошення інформації [1, с. 79].

У сучасних країнах демократії система вимог, необхідних до поведінки службовців публічної адміністрації, вибудовується навколо їхнього призначення служити суспільному благу. Це потребує наявності у працівників

чеснот, які б поєднували вимоги моралі з вимогами професійної діяльності. При цьому, слід зазначити, що серед сучасних компетенцій осіб, що займають вищі керівні посади в країнах-членах ЄС та Європейській Комісії, названо лідерство. Високі моральні вимоги до представників державної влади закладені і в низці міжнародно-правових актів, зокрема у: Монреальській універсальній декларації про незалежність правосуддя 1983 р.; Основних принципах незалежності судових органів 1985 р.; Міжнародному кодексі поведінки державних посадових осіб 1996 р.; Загальній (Універсальній) хартії судді 1999 р.; Модельному кодексі поведінки державних службовців країн Ради Європи 2000 р.; Конвенції ООН проти корупції 2003 р.; Бангалорських принципах поведінки суддів 2006 р. та ін. [4, с. 66].

Відповідає цим стандартам і Українська держава від часу здобуття її незалежності, про це свідчить ретроспективний огляд задекларованих постулатів доброчесної поведінки публічних службовців у низці нормативно-правових актів України кінця 90-х років XX століття – початку XXI:

- у 1993 р. була прийнята постанова Кабінету Міністрів України № 148, яка містила вказівку підготувати законодавче визначення поняття «чесна праця»;

- у 1998 р. Концепція адміністративної реформи в Україні вже передбачала запровадження у функціонуванні виконавчої влади принципу доброчесності;

- у 2006 р. Центр сприяння інституційному розвитку державної служби при Головному управлінні державної служби України запропонував визначати доброчесність, як спрямованість дій державного службовця виключно на захист публічного інтересу та відмову державного службовця від керівництва приватними інтересами під час здійснення наданих йому повноважень [6, с. 104];

Принцип доброчесності також закріплений і чинних законодавчих актах України: у Законах України «Про державну службу» [2] та «Про запобігання корупції» [3]. Так, у ст. 4 Закону «Про державну службу» доброчесність визначається як спрямованість дій державного службовця на захист публічних

інтересів та відмова державного службовця від превалювання приватного інтересу під час здійснення наданих йому повноважень [2].

Отже, доброчесність публічного службовця, беручи до уваги напрацювання вчених щодо питань доброчесної державної служби та законодавче визначення принципу доброчесності, варто розуміти як нормативно закріплену вимогу до спрямованості дій управлінця суто на захист публічних інтересів і відмову від його власних інтересів під час здійснення посадових обов'язків та повноважень, а також його здатності нести юридичну і моральну відповідальність за свої діяння.

Список використаних джерел

1. Корчак Н. М., Пархоменко-Куцевіл О. І., Доброчесність державного службовця: етичний та юридичний виміри. *Юридичний вісник*. 2021. № 2 (59). С. 78-83.
2. Про державну службу: Закон України від 10 грудня 2015 року № 889-VIII № 889-VIII. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/889-19>
3. Про запобігання корупції: Закон України від 14 жовтня 2014 р. № 1700-VII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1700-18>.
4. Прудіус Л.В. Європейські стандарти доброчесної державної служби. *Аспекти публічного управління*. 2016. № 8 (34). С. 65-74.
5. Сорокіна Н. Доброчесність як необхідний морально-етичний складник діяльності публічного службовця. *Jurnalul juridic national: teorie și practică [Національний юридичний журнал: теорія та практика. Молдова]*. 2017. № 5. С. 39-42. URL: <http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2017/5/8.pdf>
6. Шапенко Л. О., Лавренчук, М. М. Правові засади доброчесної державної служби в Україні. *Історико-правовий часопис*. 2022. №17(2). С. 100-105. URL: <https://doi.org/10.32782/2409-4544/2021-2/14>

Панчошенко Марія Петрівна,

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Панченко Ганна Олександрівна,

к.держ.упр., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Нові етичні стандарти діяльності сучасних публічних службовців

На сучасному етапі модернізації розвитку України роль етичних норм і правил поведінки є вагомими чинниками, що повинні забезпечувати належну роботу органів публічної влади. У цьому контексті надзвичайної важливості набуває етизація процесу управління публічних управлінців, основу якої становлять як загальна культура процесу управління, яка характеризується рівнем якості управлінських послуг, які надаються державними службовцями та посадовими особами місцевого самоврядування, так задекларований у нормативно-правових актах етикет публічних службовців, яка проявляється через їх відношення до справи, до виконання завдань, до громадян, його мова, зовнішній вигляд. Усі зазначені вище чинники формують не тільки власний авторитет публічного службовця, але й авторитет, імідж і довіру до тієї державної установи (органу, організації), яку він уособлює, і до держави в цілому.

Сучасна управлінська культура публічних службовців – сукупність світоглядних, моральних, етичних, організаційних постулатів, які, за умов збалансованої їх взаємодії, активно сприяють процесу адаптації публічного управлінця до особливостей повсякденної практичної управлінської діяльності шляхом:

– вироблення індивідуального стилю роботи кожного публічного службовця;

– корекції наявних можливостей і конкретних умов виконання тих чи інших функцій управління;

– спонукання публічного службовця до мислення не лише локальними управлінськими категоріями (на рівні конкретного управління, відділу, підрозділу органу публічної влади), але і усвідомлювати увесь спектр управлінських завдань і рішень на державному рівні (тобто, «мислити по-державницькому»);

– вироблення навичок аналізу та прогнозування здійснення та результатів управлінської діяльності на різних рівнях управління суспільства і держави;

– активної мотивації публічних службовців до постійного самовдосконалення, самореалізації [3, с. 224].

Усе вищезазначене є суттєвою допомогою у постійній управлінській роботі публічного службовця, надає йому змогу бути виваженим, стриманим, справедливим, надійним, толерантним, дисциплінованим тощо.

Важливим аспектом трансформації етичної сфери управлінської діяльності публічних службовців є вплив основних норм інформаційної культури, яка, у результаті інтенсивної інформатизації та збільшенням цінності інформації у сучасному суспільстві, набирає особливого значення, спричинюючи появу нового типу відносин між членами суспільства, об'єднаних спільним інформаційним полем. Такі нові відносини уже існують як у сфері взаємодії громадян і публічних службовців, так і всередині самої системи управлінських взаємовідносин у публічному управлінні. Інформаційна культура, яка акумулює в собі ряд провідних інформаційних компетентностей, визначає не лише професійну успішність особистості, але й її соціальну життєздатність [2, с. 166].

Сьогодні сформована чітка структура інформаційної культури сучасних публічних службовців, яка складається із двох рівнів:

– технологічний (здатність публічного управлінця взаємодіяти із цифровими інформаційними технологіями, користуватися ІКТ та його функціоналом);

– соціально-психологічний (здатність публічного управлінця здійснювати аналіз управлінської інформації та використовувати її для здійснення управлінської діяльності) [1, с. 115].

Таким чином, можемо констатувати, що новими етичними стандартами діяльності сучасних публічних службовців, які сформувалися під впливом активного поширення інформаційної культури, є:

– критичність мислення публічного службовця, діяльність якого пов'язана з обробленням великих масивів інформації та прийняттям управлінських рішень на основі отриманих висновків (вимагає професійного, неупередженого ставлення до фактів та нових знань);

– позитивне налаштування публічного управлінця на активне залучення в повсякденну діяльність цифрових технологій та здатністю до удосконалення організації управлінського процесу із їх використанням;

– коректна презентація управлінської інформації в соціальних мережах та доступне представлення власної думки під час публічних виступів, інтерв'ю, надання експертної оцінки, взаємодії із замовниками державних послуг (передбачає високий рівень мовної підготовки та бездоганного володіння державною мовою та офіційними мовами Європейського союзу).

Список використаних джерел:

1. Кириченко В.В. Інформаційна культура у структурі професійної компетентності державних службовців. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Вип. 2. 2019. С. 113-119.

2. Культура управління: монографія / Садковий В.П., Назаров О.О., Домбровська С.М., Крутий О.М. та ін. Харків: НУЦЗУ. 2018. 218 с

3. Пержун В. Особливості впливу управлінської культури на управлінську роботу публічних службовців. *Літопис Волині. Всеукраїнський науковий часопис*. Чис. 24. 2021. С. 223-227. URL: <http://litopys.volyn.ua/index.php/litopys/article/view/253/202>

Пивоварчук Руслан Ярославович,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Колісниченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук

Критерії організації праці персоналу сфери охорони здоров'я

Організація праці в будь-якій організації має базуватися на показниках-критеріях, що відображають узгодженість інтересів та відповідальності працівників та роботодавця – держави, комунального чи приватного власника.

Поняття «критерій» (від грец. *kriterion* – засіб судження, мірило) визначається як: «мірило оцінки, думки» [3, с. 307]; «ознака, на підставі якої дається оцінка будь-якого явища, дії; ознака, взята за основу класифікації» [4, с. 163]. Поняття «критерій» напряду пов'язане з поняттям «показник», який розуміють як узагальнену характеристику властивостей об'єкта або процесу. Під показниками розуміють якісні або кількісні характеристики сформованості того або іншого критерію. І критерії, і показники розглядають як інструмент, який забезпечує можливість перевірки теоретичних положень. При розробці критеріїв виходять із того, що вони по суті виявляють зміст процесів функціонування системи, однак у практиці управління цими процесами в основному використовуються не самі критерії, а побудовані на їхній основі величини - показники, що визначаються через процедури розрахунку.

Під критерієм розуміється ознака, на підставі якої проводиться оцінка, визначення чи класифікація у нашому випадку процесу організації праці. Він визначається з аналізованого явища (соціально-економічного нормування праці) та може бути представлений системою показників.

Першим критерієм, що відображає соціально-економічну спрямованість організації праці, є баланс інтересів та відповідальності працівників та роботодавця.

Другим критерієм запропоновано використовувати рівень професійної суб'єктності працівників. Ключові якісні характеристики професійної суб'єктності: цілеспрямованість, відповідальність, критичне мислення та схильність до саморозвитку та розвитку підрозділу. Цілеспрямованість розуміється як свідомо та активна спрямованість особистості на певний результат діяльності. Важливим доповненням є самостійність визначення мети та необхідність участі керівника у її досягненні. Таким чином, цілеспрямованість як якісна характеристика професійної суб'єктності працівника в її аспекті формування та розвитку – це свідомо та активна спрямованість діяльності та поведінки працівника на досягнення самостійно обраної мети та отримання певного позитивного результату при або без безпосереднього керівника. Відповідальність є регулятором суспільних відносин, що передбачає обов'язковість урахування і реалізації в процесі колективної життєдіяльності соціально значимих принципів і норм [1, с. 37-38]. Здатність приймати відповідальність та притягати до відповідальності інших працівників при виконанні наданих повноважень є ознакою суб'єктності, що проявляється у характеристиках відповідальності суб'єктів організації.

Залежно від глибини розуміння працівником середовища (процесів, явищ, подій та ситуацій), ефективність управління суттєво змінюється. Тому третім компонентом професійної суб'єктності працівника є критичне мислення, яке відображає глибину розуміння працівником процесів, що відбуваються на рівні закономірності, причинно-наслідкових зв'язків та окремих фактів, та використання цього розуміння у трудовій діяльності.

Схильність працівника до саморозвитку та розвитку підрозділу, організації в цілому розуміється як внутрішнє мотивоване ставлення працівника до розвитку себе, підрозділу та організації, що спонукає займатися своїм саморозвитком (як захоплення, залучення, примус).

Мотивованість працівників також важлива в організації праці – третій критерій.

Четвертим критерієм організації праці є поєднання соціально-економічних компонентів трудової діяльності працівників та виробничої діяльності організації в якій вони працюють. Забезпечення соціально-економічного спрямування організації праці за допомогою досягнення та підтримки балансу інтересів та відповідальності працівників та роботодавців вимагає розробки орієнтованих норм трудової діяльності, використання яких дозволяє працівнику та роботодавцю використовувати максимум своїх можливостей та потенціал (відповідно трудовий та виробничий) для задоволення особистих соціальних та економічних інтересів працівників та інтересів роботодавця як уповноваженого представника власників організації.

Компонентами трудової діяльності є: соціально-економічні потреби та інтереси працівників, їх соціально-економічні цілі, трудовий потенціал працівників, трудовий процес, продукт праці, соціально-економічні результати трудової діяльності працівників.

Актуальність запропонованих показників для планування та контролю організації праці у конкретному закладі охорони здоров'я – ЗОЗ - залежить від цілей та стратегії його розвитку.

Застосування запропонованої системи критеріїв та показників дозволяє оцінювати ефективність організації праці працівників ЗОЗ та розробляти заходи, що дозволяють підвищити ефективність та якість надання медичних послуг в ЗОЗ в умовах реалізації сучасних загроз та викликів.

Список використаних джерел:

1. Гришук В.К. Соціальна відповідальність: навчальний посібник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2012. 152 с.
2. Міца О.В., Лавер В.О. Системний аналіз : навч.-метод. посіб. / О.В. Міца, В.О. Лавер. Ужгород : вид-во ПП «АУТДОР - ШАРК», 2021. 63 с.
3. Ожегов С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов; под ред. Н.Ю. Шведова. М.: Сов. Энциклопедия, 1973. 846 с.
4. Професійна освіта: Словник: Навч. посібник / Уклад. С.У. Гончаренко та ін.; За ред Н.Г. Ничкало. К.: Вища школа, 2000. 149 с.

Сервецький Андрій Костянтинович,
*здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:
Колісніченко Наталя Миколаївна,
*д.н.держ.упр., професор,
Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук*

Мотивування медичного персоналу: зарубіжні практики нефінансових стимулів регулювання

Останніми роками все частіше використовують різноманітні стимули мотивації роботи медпрацівника (як фінансові, так і нематеріальні). Стимули можуть застосовуватися для досягнення як проміжних, так і кінцевих результатів. Наприклад, їх можна використовувати для залучення в галузь нових професіоналів або утримання «старих кадрів» (скорочення плинності кадрів). З іншого боку, такі стимули впливають на поведінку медпрацівників: мотивують до досягнення кращих результатів.

Зарубіжна практика демонструє різні стратегії стимулювання медпрацівників: медичні працівники можуть займатися «подвійною практикою» або обіймати кілька посад як у державному, так і в приватному секторах; фінансові стимули (підвищення заробітної плати, надбавки до заробітної плати, пільги); вищі зарплати; донорська допомога на заробітну плату та інноваційні фінансові стимули (вертикальні програми, фінансування покриття заробітної плати медпрацівників, ініціативи виплат на основі заслуг); нефінансові стимули (широкі категорії покращених умов праці та життя, безперервної освіти, навчання та професійного розвитку, покращення управління та гендерно-чутливих аспектів праці); покращені умови праці та побуту (відповідна інфраструктура, водозабезпечення, каналізація, освітлення, ліки, обладнання, матеріали, зв'язок та транспорт); постійне навчання та

підвищення кваліфікації; врахування особливостей сільської громади та працевлаштування в ній (практика набору кандидатів на посади з сільської місцевості, навчання у сільських закладах охорони здоров'я та відповідні договірні угоди) тощо.

Лише фінансових стимулів недостатньо для утримання працівників у секторі охорони здоров'я. Зростає міграція медпрацівників. Проведені за кордоном дослідження ролі заробітної плати у міграції медичних працівників із країн, що розвиваються; різниця в заробітній платі між країнами доводять, що невелике збільшення заробітної плати в країнах, що розвиваються, навряд чи матиме значну відмінність у міграційних моделях [2]. Часті випадки, коли міграція залишається для лікарів привабливою, навіть незважаючи на те що вони регулярно отримують підвищення заробітної плати, зростання пенсій та житлові надбавки. Здається, лікарі повинні бути відносно задоволені своєю роботою - однак із-за причин роботи понад норми, надмірне навантаження на робочому місці, неадекватну структуру оплати праці тощо, вони обирають варіант міграції [3].

Нефінансові стимули включають широкі категорії покращених умов праці та життя, безперервної освіти, навчання та професійного розвитку, покращення управління та гендерно-чутливих аспектів праці.

Покращені умови праці та побуту. Робоче середовище значно впливає на задоволеність роботою. Рішення медсестер та лікарів про міграцію часто пов'язані з незадовільним робочим середовищем. Усі працівники вимагають належних умов для виконання своїх повноважень. Переваги від поліпшення умов праці та життя виявляються значущими. Загалом розуміється, що медичні працівники цінують умови праці, які включають відповідну інфраструктуру, водозабезпечення, каналізацію, освітлення, ліки, обладнання, матеріали, зв'язок та транспорт.

Безпечні умови праці та життя також сприяють задоволенню працівників. Безпека є важливим фактором. Насильство проти медичних працівників –

особливо жінок, включаючи фізичні напади та знущання, є особливою проблемою у всьому світі.

Деякі результати досліджень свідчать про прямий зв'язок між агресією на робочому місці та збільшенням відпустки по лікарняному, професійним (емоційним) вигоранням та плинністю персоналу [4]. Цілісні стратегії запобігання насильству на робочому місці можуть бути складними і дорогими. Однак деякі заходи, які можуть бути впроваджені в умовах обмежених ресурсів, включають політику, яка вимагає від медичних працівників працювати в командах, практикуються відео-спостереження та оповіщення громад, покращується планування медичних центрів.

Постійне навчання та підвищення кваліфікації. Можливості продовження освіти, навчання та професійного розвитку визнані важливими мотиваційними факторами для медичних працівників. Програми, орієнтовані на місцеві умови, включаючи навчання місцевим мовам та навичкам, що відповідають місцевим потребам, сприяють збереженню медпрацівників [4]. Крім того, дотримання відповідних регіональних стандартів може сприяти розподілу медичних працівників. Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає можливість вдосконалення та стандартизації регіональних навчальних програм.

Забезпечення спеціалізованого навчання є складним у країнах, де ресурси обмежені, а можливості навчання нерозвинені. Спосіб покращення можливостей навчання, запропонований дослідженням ВООЗ з питань міграції, передбачає використання відкритих навчальних курсів для надання оновлених знань медичному персоналу. Це полегшує потребу лікарів виїжджати за кордон на навчання, що зменшує ймовірність їх «втратити» внаслідок поєднання сприятливого досвіду за кордоном та відсутності задоволеності роботою вдома.

Відсутність професійного розвитку вважається причиною невдоволення роботою. Особливо це стосується медичних працівників у сільських або віддалених районах, які часто ізольовані від професійних колег. Постійний професійний розвиток та організаційна культура безперервного навчання вважаються важливими стратегіями утримання та нарощування

професіоналізму медпрацівників. У світі існує практика безперервного професійного розвитку, що фінансується за рахунок членських внесків, які медичні працівники сплачують професійним асоціаціям. Однак, кількість членів цих асоціацій часто буває недостатньою для того, щоб регулярно запускати життєздатні програми [1]. Деякі стимули для покращення професійного розвитку включені до пільг медичним працівникам. Наприклад, коли медичні працівники мають право отримувати піврічну відпустку для навчання та курсів підвищення кваліфікації кожні чотири роки.

Для медичних працівників слід враховувати як фінансові, так і нефінансові стимули. Вдячність, стабільність роботи, постійний дохід та безперервна освіта є основними мотиваційними факторами, а низькі доходи та відсутність надбавок - головні фактори, що відлякують. Реакція медичних працівників на стимули також залежить від стадії їхньої кар'єри, рівня досвіду та соціальних/сімейних обставин.

Список використаних джерел:

1. Pacific Senior Health Officials Network: Pacific Islands Health Workforce Project. PSHON. 2006.
2. Vujicic M., Zurn P., Diallo K., Adams O., Dal Poz MR. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*. 2004. № 2. P. 3.
3. World Health Organization: The Migration of Skilled Health Personnel in the Pacific Region. WHO Western Pacific Region. 2004. 34 p.
4. World Health Organization: The World Health Report 2006. Working Together for Health, Geneva. 2006. 65 p.

Сіденко Вікторія Вікторівна,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Колісніченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук

Професійно-етична культура у сфері охорони здоров'я: публічно-управлінський аспект

Реалізація функцій управління сферою охорони здоров'я вимагає застосування комплексних підходів стратегічного керівництва, які сприяють підвищенню рівня здоров'я, соціальної справедливості та благополуччя. Сучасне трактування управління галуззю як *розумне керівництво* (smart governance) спрямоване на впровадження позитивних змін, сприяє інноваціям та орієнтоване на вкладення ресурсів у зміцнення здоров'я та профілактику хвороб. Нові підходи включають керівництво шляхом співпраці, шляхом залучення громадян, з використанням поєднання нормативних заходів та переконання, а також із залученням незалежних агентств та експертних органів. Зростає необхідність застосування об'єктивних даних для обґрунтування політики та практики, дотримання етичних норм, розширення принципів прозорості та зміцнення підзвітності в таких галузях, як захист конфіденційності особистого життя, оцінка ризиків та оцінка впливу на здоров'я. Звичайно ж, країни мають різні стартові позиції, знаходяться в різних умовах і мають різні потенційні можливості [2].

Рішення в галузі політики охорони здоров'я нерідко доводиться приймати в умовах невизначеності та недосконалості знань. При цьому для багатьох аспектів реформи охорони здоров'я неможливо повністю передбачити ширші системні ефекти. Зростаючої важливості набуває використання результатів

соціологічних, поведінкових і політологічних досліджень, включаючи такі напрями, як соціальний маркетинг, поведінкова економіка та етизація медичної діяльності.

Дослідження демонструють цінність реалізації невеликих за масштабом, але всебічних трансформацій на місцевому рівні для накопичення корисного досвіду та подальшої адаптації. Співпраця в масштабах Європейського регіону може сприяти більш інтенсивному напрацюванню експертних знань: кожна країна та сектор можуть і вчитися один у одного, і робити свій цінний внесок.

У будь-якому випадку актуалізується загальнодержавний підхід – особливо у контексті його публічно-управлінської складової. Загальнодержавні заходи мають багаторівневий характер, від місцевого до глобального масштабу, і в них все більшим чином залучаються групи, що не входять до системи державного управління. Неодмінними умовами реалізації цього підходу є розвиток атмосфери довіри, загальні етичні принципи, культура узгоджених дій та нові навички. У ньому наголошується на необхідності поліпшення координації та інтеграції, орієнтованої на поставлені державою всеосяжні соціальні цілі.

У країнах з федеральними системами управління, де регіональні та місцеві органи є політично автономними, зміцнення загальнодержавного підходу можна забезпечувати шляхом широких консультацій між різними рівнями державного управління. Загальною вимогою для всіх рівнів та всіх систем є забезпечення звітності.

Принцип «участі всього суспільства» не обмежується конкретними установами: він надає мобілізуючий вплив на місцеву та глобальну культуру та засоби масової інформації, сільські та міські громади та всі стратегічно важливі для здоров'я сектори політики, такі як освіта, транспорт, охорона навколишнього середовища. і навіть містобудівне проектування. При цьому особлива увага приділяється координації діяльності шляхом використання загальноприйнятих цінностей та зміцнення взаємної довіри серед широкого кола різних чинних сил. Такий підхід, завдяки залученню приватного сектору,

громадянського суспільства, місцевих громад та окремих громадян, підвищує здатність співтовариств долати загрози здоров'ю, безпеці та благополуччю. У світі, де все взаємопов'язано, країни повинні діяти спільно, щоб забезпечити здоров'я своїх громадян та стимулювати прогрес.

Крім цього, відбулося важливе зрушення у ролі медичних працівників та громадян. В останніх сьогодні набагато вищі очікування щодо інформації та участі у прийнятті рішень про ті послуги, які вони отримують. Слід також брати до уваги проблему медикалізації [4] та знаходження оптимального балансу між очікуваннями суспільства та окремих осіб, з одного боку, та зростаючими можливостями системи охорони здоров'я, з іншого. Було розроблено нові важливі угоди та інструменти для вирішення спільних завдань у галузі охорони здоров'я, такі як Цілі в галузі розвитку, сформульовані в Декларації тисячоліття ООН, переглянуті Міжнародні медико-санітарні правила та Рамкова конвенція ВООЗ щодо боротьби проти тютюну [3]. Ці нові форми мають великий вплив на регіональному та національному рівнях, і не викликає сумніву, що будуть розроблені нові інструменти такого роду.

До інших нещодавніх подій належить розгляд глобальних питань охорони здоров'я на головних зовнішньополітичних форумах, таких як Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй, саміти групи восьми промислово розвинених країн (Групи восьми) та Світова організація торгівлі; участь глав держав у вирішенні проблем охорони здоров'я; та включення питань охорони здоров'я до порядку денного зустрічей лідерів ділового світу, таких як Всесвітній економічний форум. Всі ці події вказують на те, що політичний статус глобальної охорони здоров'я збільшився. У 2009 р. ця серйозна зміна позиції була закріплена резолюцією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (A/RES/64/108) [1] про здоров'я населення світу та зовнішню політику, в якій містився наполегливий заклик до держав-членів «враховувати питання охорони здоров'я при розробці зовнішньої політики» [5].

Список використаних джерел:

1. Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй. Резолюція A/RES/64/108 про здоров'я населення світу та зовнішню політику. Нью-Йорк, Організація Об'єднаних Націй. 2009. URL: <https://www.daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/468/33/PDF/N0946833.pdf?OpenElement>.
2. Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття. Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2013. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf
3. Рамкова конвенція ВООЗ щодо боротьби проти тютюну. Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я. 2013. URL: <https://www.who.int/fctc/ru/index.html>.
4. Sadler JZ et al. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. Theoretical Medical and Bioethics. 2009. 30. P. 411–425.
5. White paper. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (COM (2007) 630 final. URL: https://www.ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf

Солотинська Ірина Вікторівна,

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Панченко Ганна Олександрівна,

к.держ.упр., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Реформування освітянського простору у контексті децентралізації

Реформа освітянської сфери є однією зі складових модернізації української держави у контексті проголошеного Україною курсу на інтеграцію до ЄС, що передбачає досягнення не тільки соціально орієнтованої економіки, а й високих стандартів, демократії, побудови громадянського суспільства, дотримання верховенства права в нашій країні, відповідного розвитку в сфері освіти та науки.

Реформа освітянської сфери супроводжується низкою вагомих змін, метою яких є підвищення якості освіти на всіх рівнях починаючи від початкової школи – до закладів вищої освіти. Реформування освіти в Україні стало можливим завдяки прийняттю Закону України «Про освіту» [4] за такими основними напрямками:

- реформування середньої освіти;
- професійної (професійно-технічної) освіти;
- вищої освіти;
- створення нової системи управління і фінансування науки.

Здійснюються відповідні заходи, спрямовані на досягнення спільної мети: перетворення української освіти на інноваційне середовище, в якому учні й студенти набуватимуть ключових компетентностей, необхідних кожній сучасній людині для успішної життєдіяльності, а науковці матимуть

можливості та ресурси для проведення науково-практичних досліджень, що безпосередньо впливатимуть на соціально-економічне становище в державі.

Реформування освітянського простору у контексті децентралізації націлене на те, що саме суспільство має продукувати освітні запити, а органи влади їх лише формалізувати на місцях. Натомість, децентралізована система освіти покликана розмежувати функції між регіональним рівнем (АР Крим і області), субрегіональним рівнем (райони) та базовим рівнем – громади, до складу яких входять один або декілька населених пунктів. У свою чергу, освітня сфера до реформи характеризувалася низьким рівнем оплати праці, регіональною диспропорцією в отриманні освітніх послуг [1, с.14]. Основними результатами успішного впровадження реформи децентралізації в освітянський простір:

- впровадження нових стандартів освіти;
- вдосконалення матеріально-технічної бази освітніх та наукових закладів;
- залучення кращих педагогічних та наукових працівників у навчальний процес на усіх рівнях;
- запровадження справедливої та прозорої системи фінансування та контролю галузі освіти та науки [3, с.105].

У цьому контексті важливою є нова норма здійснення Державного нагляду (контролю). Законом України «Про освіту» були внесені зміни до Законів України «Про дошкільну освіту», «Про загальну середню освіту» та «Про позашкільну освіту», у тому числі – в частині повноважень відповідних органів місцевого самоврядування. У системі освіти запроваджено новий плановий захід державного нагляду (контролю) – інституційний аудит, зміст та особливості проведення якого визначені статтею 45 Закону України «Про освіту» [4].

Інституційний аудит – це комплексна зовнішня перевірка та оцінювання освітніх і управлінських процесів закладу освіти (крім закладів вищої освіти), які забезпечують його ефективну роботу та сталий розвиток. Плановий

інституційний аудит проводиться в навчальних закладах загальної середньої освіти раз на 10 років. Його проводять територіальні органи Державної служби якості освіти, а не місцеві органи управління освітою. Інституційний аудит проводиться у позаплановому порядку в закладі освіти, який має низьку якість освітньої діяльності за ініціативою засновника, керівника, колегіального органу управління, вищого колегіального органу громадського самоврядування або наглядової (підкувальної) ради закладу освіти. Метою проведення інституційного аудиту є оцінювання якості освітньої діяльності закладу освіти та вироблення рекомендацій щодо:

- підвищення якості освітньої діяльності закладу освіти та вдосконалення внутрішньої системи забезпечення якості освіти;
- приведення освітнього та управлінського процесів у відповідність із вимогами законодавства та ліцензійними умовами [2, с. 28].

Отже, вплив децентралізації на зміни в освітянській сфері прослідковується через звуження управлінських функцій центру і розширення їх на місцях, а це, у свою чергу, сприяє розвитку творчої ініціативи місцевих органів влади та оперативному розв'язанні регіональних проблем, тобто передача низки функцій і повноважень від вищих органів управління до нижчих.

Список використаних джерел:

1. Гижко А. П. Освітня децентралізація в Україні на прикладі кейсу Вінницької області. *Політичне життя: науковий журнал*. 2021. № 2. С. 11-15. URL: <https://jpl.donnu.edu.ua/issue/view/375>
2. Красівський О.Я., Форкуца О.А. Інституційний аудит як інструмент забезпечення якості шкільної освіти. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2021. № 1. С. 26-31. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/view/3>
3. Легенький М. І. Інноваційні технології у сфері освіти: організаційно-правовий аспект. *Право та інновації*. 2017. № 1 (17). С. 103-110.
4. Про освіту: Закон України від 5 вересня 2017 року № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2145-19>

Тімуш Олександр Олександрович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Реформування механізмів публічного управління охороною здоров'я

Виняткове значення у житті кожної людини і суспільства, в цілому, має здоров'я. Рівень розвитку медицини є одним із основних індикаторів успішності державної політики у розвинених країнах світу. Власне середня тривалість життя, доступність лікарських засобів і якість медичних послуг визначають на скільки влада відповідально ставиться до своїх обов'язків перед громадянами, а, також, детермінують правильність її руху на шляху до реалізації дієвої політики внутрішнього добробуту країни. Виходячи з цього, на наш погляд, питання, які пов'язані з охороною здоров'я, його збереженням чи покращенням, є значимими і потребують особливої наукової уваги.

Варто відзначити, що у забезпеченні належного рівня життя особливо важливу роль відіграє система охорони здоров'я. Людське здоров'я, як нам відомо, визнається у світі настільки важливим, що показник його стану найпершим входить до індексу людського розвитку - універсального показника, рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни, з одного боку, а з іншого - чутливого індикатора дієвості системи державного управління. Це є одним із аргументів того, що охорона здоров'я суспільства є однією із важливих державних функцій

На сьогодні, очевидно як ніколи, є необхідність проведення медичної реформи, яка не лише «дозріла», але й, певною мірою, «перезріла». Реалізація

прав людини на якісні медичні послуги має визначати напрям державної політики в Україні щодо реформування діючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі управління механізмами публічного адміністрування нею. Цьому завданню сприятиме аналіз досвіду організації медичної галузі у європейських країнах, системи охорони здоров'я яких визнані успішними [1].

Уряди багатьох країн європейського регіону, що входять до складу Всесвітньої організації охорони здоров'я, постійно аналізують свої системи охорони здоров'я, оцінюючи доцільність використовуваних ними підходів до фінансування процесів організації та надання медичної допомоги. Тим часом, на нашу думку, модернізація системи охорони здоров'я, за своїм змістом, має здійснюватися як у нормативно-правовому, економічному так і в організаційному напрямках. Адже результативність заходів щодо трансформації системи охорони здоров'я оцінюється не лише за показниками короткострокових заощаджень коштів із державного бюджету на розвиток медичної галузі, а й за показниками здатності, у довгостроковій перспективі, покращити здоров'я всього населення. Ці регуляторні показники однаково важливі як для реформування системи охорони здоров'я в Україні, так і в зарубіжних країнах [2].

Аналіз закордонного досвіду формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я показав, що Швеція розробила політику та стратегію, а, також, конкретні програми та проекти, що сприяють збереженню здоров'я населення та попередженню захворювань. У Швеції паралельно функціонує декілька систем надання медичної допомоги, які відрізняються залежно від місця розташування пацієнта та закладу охорони здоров'я. У країні, також, існує три основні рівні відповідальності за охорону та збереження здоров'я: національний, регіональний та муніципальний. Крім того, страхові системи у всіх регіонах Швеції передбачають сплату штрафів, або значне збільшення витрат щодо вторинної ланки медичного забезпечення у разі несанкціонованого, ненаправленого звернення до фахівців [3]. Загалом,

визначено 11 пріоритетних національних завдань у сфері соціального забезпечення громадського здоров'я країни для належної роботи механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, загалом, а саме: формування здоровіших умов праці для населення; активніша участь уряду у житті суспільстві та вплив на нього через громадські інституції; забезпечення економічної і соціальної безпеки у країні; формування необхідних умов для безпеки та сприятливих умов життя дітей та підлітків; розвиток системи охорони здоров'я, спрямованої на збереження суспільного здоров'я; забезпечення безпечного навколишнього середовища; забезпечення здорового харчування; реалізація ефективного захисту громадян від інфекційних хвороб; ведення безпечних статевих стосунків і збереження репродуктивного здоров'я; підвищення рівня фізичної активності; зменшення вживання тютюну та алкоголю, звільнення суспільства від наркотичної залежності [4].

На основі досвіду розвинених країн світу, визначено завдання за допомогою яких можна реалізувати основні удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, серед яких: надання господарської самостійності та запровадження автономізації усіх медичних установ галузі; формування та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я на усіх рівнях надання медичної допомоги; забезпечення умов для розвитку медичної інфраструктури у сільській місцевості; трансформація механізму державних закупівель медичних препаратів із застосуванням методу прямої закупки лікарських засобів у виробників без участі посередників; запровадження нових клінічних протоколів надання медичної допомоги з урахуванням міжнародних вимог; забезпечення сприятливих умов для розвитку вільної конкуренції на ринку медичних виробів та лікарських засобів, а, також, спрощення процедури їх ліцензування; створення нових відділень надання екстреної медичної допомоги та оптимізація роботи відповідної диспетчерської служби.

Реалізація таких завдань має сприяти стрімкому розвитку системи охорони здоров'я України, в тому числі, підвищенню рівня якості надання

медичних послуг населенню, модернізації матеріально-технічного оснащення медичних закладів та вдосконаленню професійної підготовки медичного персоналу. Таке перетворення системи охорони здоров'я України дозволить використати весь комплекс медичних та соціальних заходів та спрямувати весь ресурсний потенціал держави на охорону та зміцнення здоров'я громадян.

Список використаних джерел:

1. Савчук Л.М. Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні . Актуальні проблеми розвитку економічного регіону. 2016. Випуск 13. Т2. С.171-177.

2. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3(57). С.162-168. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

3. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

4. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. Ефективна економіка. 2018. № 1. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>

Тупчий Йосип Петрович

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Михайлов Данило Ігорович

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник

Воронов Олександр Ігорович

*д.н.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Інноваційні процеси в охороні здоров'я та механізми їх державного регулювання

Відповідно до Закону України «Про інноваційну діяльність», її визначають як таку, що спрямована на використання і комерціалізацію результатів наукових досліджень та розробок і зумовлює випуск на ринок нових конкурентоздатних товарів та послуг [1].

Інноваційна діяльність, як правило, являє собою цілий комплекс наукових, технологічних, виробничих, організаційних, фінансових і комерційних заходів, сукупність яких приводить до інновацій у вигляді нового або удосконаленого продукту.

Процес інноваційних перетворень системи охорони здоров'я розглядаються як системні та регулярні нововведення в управлінні складною соціально-економічною системою, що змінюються під впливом сучасних тенденцій розвитку суспільства, створюючи належні умови ефективності системи охорони здоров'я.

Інноваційний процес – комплексний процес створення, поширення та використання нового практичного засобу (нововведення) для нової або для поліпшення задоволення уже відомої потреби людей; водночас цей процес

пов'язаних із запровадженням нововведення змін у тому або тому соціальному й речовому середовищі, де здійснюється його життєвий цикл; здійснення повного життєвого циклу інновацій [2].

За визначенням більшості дослідників, лінійний процес інновацій включає наступні стадії: дослідження – розробка - розповсюдження.

Стосовно охорони здоров'я основними етапами інноваційного процесу розробки і впровадження управлінських нововведень в системі охорони здоров'я є:

1. Діагностування стану системи охорони здоров'я. На цьому етапі потрібно виявити потребу в нововведеннях. Детальний аналіз повинні пройти всі складові системи охорони здоров'я.

2. Вивчення перспективних зразків організаційних та управлінських рішень, які носять випереджаючий характер і можуть бути використані для моделювання нововведень.

3. Проектування зразків нововведення.

4. Розробка зразків інновації.

5. Пілотування інновації. Проведення експерименту щодо впровадження інновації. Моніторинг результатів експерименту.

6. Впровадження інновації в практику на основі результатів її пілотування (експерименту), визначення значимості та ефективності впровадженого нововведення у практичну діяльність, моніторинг результатів, аналіз необхідних коректив, підсумковий контроль.

7. Створення реєстрів та баз даних інноваційного проекту. Переосмислення професійного словника, запровадження до професійної лексики нових понять.

Фахівці вважають, що для прискорення впровадження нових медичних клінічних технологій необхідно [3]:

1. Сформулювати, протестувати та розвинути теоретичну основу інновації, що впроваджується.

2. Розробити ефективну стратегію впровадження, що базується на фактичних даних про результати випробувань.

3. Здобути узагальнені знання про можливі обставини, які можуть вплинути на успіх чи невдачу при впровадженні інновацій.

Прикладом процесу управлінських нововведень в охороні здоров'я є процес впровадження системи оцінювання медичних виробів в Україні, який ще не завершено. Потреба в таких нововведеннях пояснювалася 1) намаганням убезпечити споживачів медичних виробів від можливих ризиків застосування медичних виробів, а також 2) перспективним членством України у Європейському Союзі. Оцінка стану даної системи показала необхідність приведення у відповідність до вимог Європейських стандартів положень вітчизняного законодавства. На національному рівні були розроблені методики оцінювання медичних виробів, напрацьована відповідна база технічних документів, впроваджені пілотні проекти. Наразі ця управлінська інновація знаходиться на стадії впровадження: проходить акредитація органів з оцінки відповідності, відбувається моніторинг їх діяльності з метою удосконалення системи. Наразі в Україні зареєстровано більше 1200 органів з оцінки відповідності, та лише 15 з них мають відповідні ліцензії на оцінювання медичних виробів. Реєстр незалежних оцінювачів доступний у відкритому доступі на сайті Міністерства економіки України. Створення даного реєстру (як бази даних) – один із заходів завершального етапу впровадження зазначеної управлінської інновації.

Список використаних джерел:

1. Про інноваційну діяльність : Закону України 04.07.2002 №40-IV <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/40-15#Text>
2. Андросова О.Ф. Організаційно-економічні аспекти використання трансферу технологій на підприємствах авіаційної промисловості: Автореф. дис... канд. екон. наук: 08.06.01 / Андросова О.Ф. // Національний авіаційний ун-т. К., 2006. 20 с.
3. Худолій В.Ю. Засади державної інноваційної політики. http://www.economyandsociety.in.ua/journal/6_ukr/39.pdf.

Черних Володимира Володимирівна,
*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник:
Панченко Ганна Олександрівна,
*к.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Інноваційний розвиток транспортної інфраструктури України: проблеми та перспективи

Сучасний стан соціально-економічного розвитку України впливає на конкурентоздатність розвитку її транспортної інфраструктури, зважаючи на той факт, що вибір ефективного способу переміщення (виду транспорту) має здійснюватись з урахуванням розвитку та вимог ринку транспорту та умов якісного обслуговування населення.

Розвиненість транспортної інфраструктури безпосередньо впливає на ефективність функціонування усієї транспортної галузі. Від рівня розвитку та ефективності функціонування останньої залежить ділова активність та обсяг валового внутрішнього продукту, національна безпека та суспільний добробут населення країни. Це зумовлює віднесення транспортної галузі до складу стратегічних галузей, які перебувають під контролем держави [3, с. 26].

Основні напрямки розвитку транспортної системи в Україні було сформульовано у політичних документах, які схвалено, виходячи з вимог загального економічного розвитку, а також на основі необхідності усунення основних «вузьких місць» у транспортній мережі [2, с. 23].

Одним із таких документів є Національна транспортна стратегія України на період до 2030 року, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 травня 2018 р. № 430-р, яка:

– визначає основні напрями покращення якості надання транспортних послуг;

– передбачає наближення рівня їх надання та розвитку інфраструктури до європейських стандартів, підвищення рівня безпеки та зменшення негативного впливу на навколишнє природне середовище;

– реагує на необхідність поліпшення системи управління транспортною інфраструктурою, проведення адміністративної реформи та децентралізації повноважень центральних органів виконавчої влади та запровадження антикорупційної політики, корпоративного управління у цій сфері [4].

Успішна реалізація зазначеної стратегії потребує невідкладного подолання головних проблем, які стримують інноваційний розвиток транспортної інфраструктури: нечіткі і локальні пріоритети інтермодальної політики, тобто українська транспортна система не розглядається в цілому; відсутність найбільш оптимального поєднання дій для різних видів транспорту різного плану: фінансової, інституційної, організаційної підтримки; відсутність балансу між внутрішнім розвитком і зовнішніми зв'язками транспортної інфраструктури України, що могло б стати істотним поштовхом на шляху інноваційного розвитку національної транспортної системи; неврахування у повному обсязі можливості взаємодії із країнами ЄС у сфері транспортної інфраструктури, а тому лише частково відповідає Угоді про асоціацію між Україною та ЄС [1, с. 131].

При вирішенні перерахованих вище проблем слід враховувати, що успішний розвиток інфраструктури може розвиватися згідно трьох основних моделей:

– випереджаючій, яка передбачає активне залучення держави, яка несе високі інвестиційні ризики (яскравий приклад впровадження цієї моделі – країна Китай),

– синхронній, яка врівноважує участь держави у приватному бізнесі (як це відбувається у Німеччині);

– наздоганяючій, у якій важливу роль відіграють підприємства, які шукають можливості для усунення бар'єрів для зростання (характерна для США).

На думку науковця Криворучка О.П., Україна має розробити альтернативний підхід – перемогти в обмеженій кількості пріоритетних

проектів з активним залученням бізнесу до реалізації ключових ідей. Успіх може бути досягнуто лише тоді, коли держава та приватний сектор поєднують свої зусилля для реалізації реформ у транспортній індустрії країни [3, с. 27].

Таким чином, для подальшого успішного розвитку транспортної інфраструктури України слід забезпечити: конкурентоспроможність усієї транспортної системи; інноваційний розвиток транспортної галузі та глобальні інвестиційні проекти; безпечний для суспільства, екологічно чистий та енергоефективний транспорт; безперешкодна мобільність та міжрегіональна інтеграція. При цьому, слід враховувати необхідність оновлення та адаптації відповідної законодавчої бази, а також для адаптації держави до конкретних умов транспортного бізнесу в Україні.

Список використаних джерел:

1. Дмитрієва О. І. Державне регулювання інноваційного розвитку транспортної інфраструктури: теорія, методологія, практика: монографія. Х.: ФОП Бровін О.В., 2020. 368 с.

2. Карась О.С. Стратегічні напрями формування, розвитку та розширення транспортної інфраструктури України. Наука та інновації. 2019. № 15(6). С. 23-33. URL: <http://scinn.org.ua/sites/default/files/pdf/2019/N6/Karas.pdf>

3. Криворучко О.П. Сутність транспортної інфраструктури України на сучасному етапі. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки». 2019. Вип. 33. С. 25-28. URL: <http://ejournal.kspu.edu/index.php/ej/article/view/45>

4. Про схвалення Національної транспортної стратегії України на період до 2030 року: Закон України від 30 травня 2018 р. № 430-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/430-2018-%D1%80#Text>

СЕКЦІЯ 3
СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ
УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В УМОВАХ
ВИКЛИКІВ СЬОГОДЕННЯ

Борисов Сергій Олександрович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління охороною здоров'я в умовах реформування

Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, адже визначає стан людських ресурсів, а отже кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Особливо важливим стан здоров'я населення є при формуванні та розробці державної політики у сфері охорони здоров'я. Система охорони здоров'я є особливою сферою державного управління, адже впливає на громадське здоров'я, яке у свою чергу є складовою людського капіталу держави; характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; впливає на усі сфери суспільного життя; становить інтерес усіх без винятку учасників суспільних відносин (людина, суспільство, держава, суб'єкти господарювання, громадські організації та інші); здоров'я знаходиться на перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики. Система охорони здоров'я України є досить мінливою до реформ галузі державного управління. Це обумовлено тим, що охорона здоров'я є складовою соціальної політики держави та завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства. Питання реформування системи охорони здоров'я є вкрай важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому. Від ефективності здійснюваних реформ залежить розвиток національної економіки,

налагодження соціального консенсусу та забезпечення відповідного рівня національної безпеки. Зазначене актуалізує науковий пошук шляхів розвитку державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

Концептуальні моменти медичної реформи стосуються таких сфер системи охорони здоров'я як: контактування персоналу (трансформація системи освіти лікарів; взаємодія із професійними об'єднаннями; укладання контрактів із медичними працівниками); навчання та підвищення кваліфікації (запровадження окремих магістерських програм для управлінців); фармацевтичний сектор (механізм визначення результатів експертиз агентств зарубіжних країн; трансформація контролю за цінами на ліки; запровадження електронних тендерів); інформатизація охорони здоров'я.

У частинні державного управління системою охорони здоров'я було проведено структурні зміни в Міністерстві охорони здоров'я України та створено Національну службу здоров'я України. Даний центральний орган виконавчої влади функціонує з метою реалізації державної політики в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Варто зауважити, що Національна служба здоров'я України коригується кабінетом міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Відповідно до установчих документів [1] завданнями та сферами діяльності Національної служби здоров'я України є наступні:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Більш детально питання інституційного розвитку системи охорони здоров'я України у контексті проведених реформ буде розглянуто у подальших

працях.

Основними результатами реформи системи охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку, що декларуються Міністерством охорони здоров'я України, як ключові, є наступні:

- трансформація системи охорони здоров'я.
- підвищення заробітної плати медичним працівникам.
- розвиток цифрових трансформацій в охороні здоров'я.
- управління кадровим потенціалом.
- діяльність психіатричної та туберкульозної служб.

В цілому медичну реформу можна оцінити позитивно, проте її реалізації є фрагментарної, а окремі сфери системи охорони здоров'я залишилися без змін, а трансформація деяких не дозволила підвищити результативність охорони здоров'я в Україні. Такий стан можна охарактеризувати наступними причинами:

- по-перше, не готовність центральних органів виконавчої влади та місцевих органів влади до реформування системи охорони здоров'я, в результаті чого виникла несприйняття реформи керівництвом різного рівня;

- по-друге, не врахування при розробці реформи як національних особливостей системи охорони здоров'я так як властивостей соціально-економічних системи, поведінки населення в умовах трансформаційних змін;

- по-третє, фрагментарність реалізації реформи та не врахування соціального протистояння, що у більшій мірі обумовлено низьким рівнем інформаційної складової політики реформ;

- по-четверте, відсутність політичної стабільності в державі та протистояння між правлячими політичними елітами. «З моменту запуску реформи системи охорони здоров'я деякі політичні сили неодноразово намагалися дискредитувати програму реформування та заблокувати низку принципових нововведень. Внаслідок їхнього тиску на певний час була заблокована робота Міністерства охорони здоров'я, що поставило під загрозу всю трансформацію охорони здоров'я і ті якісні зміни, які вже відбулися.

Неодноразові критичні заяви деяких авторитетних представників медичної галузі та політичних сил сприяли формуванню недовіри та несприйняття реформи населенням та медичною спільнотою, що суттєво загрожує впровадженню реформи. Основні загрози: зміна політичного вектора розвитку держави; незавершення структурної перебудови галузі; незабезпечення належного фінансування програм реформування у державному та місцевих бюджетах» [2];

- по-п'яте, низький рівень кадрового потенціалу відповідального за реформи системи охорони здоров'я (реформа реалізовувалася під керівництвом виконуючого обов'язки міністра, який за функціональними обов'язками має менше прав).

Таким чином, нами визначенні особливості реформування системи охорони здоров'я за останнє десятиліття, які визначені, як, власне, політичними особливостями, так і об'єктивним станом, власне, системи охорони здоров'я так і її впливом на інші сфери державного управління. Вважаємо, що визначенні властивості системи охорони здоров'я лягти в інноваційні підходи до розвитку державного управління системою охорони здоров'я.

В цілому на основі вище викладеного пропонуємо наступну структуру розвитку методології державного управління системою охорони здоров'я:

- обґрунтування та розвиток системи фінансування охорони здоров'я в Україні;
- визначення напрямів розвитку управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я;
- ідентифікація напрямів інвестиційно-інноваційного розвитку системи охорони здоров'я;
- обґрунтування напрямів трансформації процесів забезпечення громадського здоров'я.

Таким чином, реформування державного управління системою охорони здоров'я за ключовими складовими (фінансування, інвестиційно-інноваційні діяльність та управління кадровим потенціалом) дозволить вирішити

сукупність проблем. Вирішення зазначених проблем дозволить підвищити рівень наступних видів потенціалу закладів охорони здоров'я: фінансовий, інноваційний та кадровий. Зазначенні складові потенціалу є основою забезпечення якості надання медичних послуг. У свою чергу від рівня якості надання медичних послуг в країна залежить рівень громадського здоров'я. Особливо важливим сьогодні є питання трансформації громадського здоров'я, адже його рівень є визначальним фактором розвитку національної економіки, людського капіталу та налагодження соціального консенсусу в суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (Дата останнього звернення 30.10.2022).
2. Юрочко Т., Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. URL: [https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin ll.Toronto Ohorona zdorovya.pdf](https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin%20ll.Toronto%20Ohorona%20zdrovya.pdf) (Дата останнього звернення 05.10.2022).

Гребенник-Бондарчук Наталія Федорівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Титаренко Любов Миколаївна

к.п.н., доцент

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Місце і роль державної політики в розвитку ринку освітньо-наукового простору України

Освітня сфера – це сфера комунікації, діалогу, спілкування, це сфера договору з державою по загальнозначущих питаннях. У межах впровадження положень Концепції реалізації державної політики у сфері професійної освіти «Сучасна професійна освіта на період до 2029 року» в Україні проголошено розвиток державно-приватного партнерства у сфері професійної освіти[2,с.3]. Іншими словами аналіз потенціалу освітнього ринку науковцями вказує, що сфера освітньо-наукового простору ефективно функціонує лише тоді, коли наявна політична система під тиском громадськості, різноманітних об'єднань, представницьких органів створює механізми, спрямовані на нормативно-правове регулювання освітянської галузі.

В нинішній (доволі складний час у стані війни), згідно Конституції України - кожен має право на доступ до публічних освітніх, наукових та інформаційних ресурсів, у тому числі в мережі Інтернет, електронних підручників та інших мультимедійних навчальних ресурсів у порядку, визначеному законодавством. В Україні створено законодавче поле для функціонування освітньої галузі, усіх її рівнів: закони, що регулюють функціонування галузей освіти, нормативно-правові акти щодо забезпечення життєдіяльності навчальних закладів різних типів і форм власності, організації різних форм освіти. Держава створює умови для здобуття освіти особами з

особливими освітніми потребами з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів, а також забезпечує виявлення та усунення факторів, що перешкоджають реалізації прав і задоволенню потреб таких осіб.

Розвиток державно-приватного партнерства у сфері професійної освіти передбачає участь усіх зацікавлених сторін, зокрема роботодавців, у проведенні системного моніторингу працевлаштування випускників закладів освіти. Запровадження на регулярній основі спостережень за працевлаштуванням випускників закладів професійної освіти дасть змогу приймати більш виважені управлінські рішення щодо організації фінансування системи освітньої галузі [3,с. 4-6]. Враховуючи необхідність розвитку освітніх послуг, держава здійснює соціальний захист здобувачів освіти у випадках, визначених законодавством, а також забезпечує рівний доступ до освіти особам із соціально вразливих верств населення [1, с.245].

Як і будь-яка область міждисциплінарних досліджень, державно-публічне управління використовує комплекс уявлень і понять, здебільшого запозичених із суміжних дисциплін, головним чином з політичної комунікації, педагогічної психології, соціології та економіки. Серед вітчизняних учених склався стійкий поділ напрямків вивчення публічного управління, заснований на використанні сукупності понять, що вводяться в аналіз освітнього простору, та їхньому обґрунтуванні, а також за способом структурування.

На сьогодні ряд теоретичних побудов в області публічного управління пов'язаний із поясненням особливостей функціонування освітнього ринку, зокрема, мова йде про взаємини владних структур, інститутів і суспільства, проблемі прийняття й реалізації урядових рішень на різних рівнях освіти, у різних формах і різних її видах. Даний напрямок аналізу, що базуються, насамперед, на понятті «government» [4,с.36-39], найчастіше відносять до англосаксонського (або американської) традиції. В рамках концепції

публічної сфери, теорії політичних мереж, аналізу ролі держави в публічному просторі розвивався інший напрямок – західноєвропейський.

Разом з тим, вітчизняні дослідження не можна із упевненістю віднести до жодного із представлених зарубіжних напрямків, що багато в чому обумовлене характерним змішанням методів і понять різних наукових шкіл у спробі виробити власний підхід до теоретичного обґрунтування державно-публічного управління освітою. Тому цілком закономірна й актуальна проблематика підвищення ефективності й розширення попиту на реалізацію та розвиток освітніх послуг.

Особливо це відчутно в часи викликів воєнного часу. Ринок освітніх послуг можна розглядати як інтелектуальний простір. Проникаючи в усі сфери суспільного життя, освітня політика трансформується на якісно новий соціально-гуманітарний простір, стан справ у якому є індикатором науково-технологічного, культурно - інформаційного, освітнього рівня країни, квінтесенцією прав людини у різноманітних галузях і стратегічним виміром перемоги та розбудови нашої країни по демократично-обраній європейській моделі розвитку.

Список використаних джерел:

1. Аналіз теоретичних підходів до визначення сутності складових дефініцій публічного управління та адміністрування / О. Михайловська та ін. Університетські наукові записки. 2016. № 58. С. 241–253
2. Концептуальні засади реформування середньої освіти «Нова українська школа». URL: <http://osvita.ua/school/reform/54276/>
3. Лист Міністерства освіти і науки України. від 15.03.2022 р. № 1/3463-22 <https://bit.ly/3tZpgdP>
4. Малюкіна А.О. Обґрунтування особливостей ринку освітніх послуг / А.О. Малюкіна // Технологический аудит и резервы производства —2014. - № 4/2(18). – С. 36-39.

Грішина Юлія Олексіївна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Титаренко Любов Миколаївна

к.п.н., доцент

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Напрямки реалізації політики щодо гендерної рівності: міжнародний досвід

Інтеграція українського суспільства в європейську спільноту і запровадження реформ з децентралізації публічної влади в Україні зумовлює осмислення того, що суспільство є складною динамічною системою. Основу її структури складають органи державної влади, соціальні групи та соціальні інститути, що сповідують захист прав і свобод людини і громадянина.

Варто зауважити, що управління суспільними справами поділяють не лише за територіальною, а також за галузевою або функціональною ознаками, тобто за наявністю спеціальної компетенції публічних управлінців. Жінки часто стикаються з перешкодами для їхньої ефективної участі у виборчому процесі як виборці, кандидати, журналісти, адміністратори виборів або представники громадянського суспільства.

Їхні права на участь нерідко підриваються культурними очікуваннями та соціальними нормами, відстороненням від платформ прийняття рішень, де домінують чоловіки, браком фінансових ресурсів, обмеженим доступом до інформації та знань, дискримінацією та поширеним насильством. Протягом усього виборчого циклу широке коло зацікавлених сторін може взяти на себе зобов'язання сприяти гендерній рівності та участі жінок у відповідних сферах діяльності, включаючи політичні партії, органи управління виборами,

громадянське суспільство, спостерігачів за виборами, засоби масової інформації, міжнародні постачальники допомоги у виборах та багато інших.

Незважаючи на відсутність даних у багатьох сферах, дані показують, що жінки недостатньо представлені на всіх рівнях політики та прийняття рішень. «За останні роки участь жінок у національних парламентах у всьому світі зросла з 13,8% у 2000 році до 24,3% у 2019 році»[1, с.251]. Незважаючи на цей прогрес, попереду ще довгий шлях для досягнення гендерної рівності в політичному представництві та ефективної участі всіх чоловіків і жінок у виборчому процесі.

Правові та політичні рамки встановлюють правила гри та впливають на гендерну рівність та участь жінок у виборах. Важливий вплив на це питання має характер виборчої системи. Крім того, прийняття тимчасових спеціальних заходів, включаючи квоти, виявилось критичним фактором для збільшення представництва жінок у виборних органах.

Незважаючи на те, що структури та моделі влади політичних партій, де традиційно домінують чоловіки, часто створюють перешкоди для жінок, вони також можуть відігравати важливу роль у сприянні їх політичному просуванню, інтеграції їхніх голосів у політичний процес і забезпеченню їм місця в процесі прийняття рішень.

«Політичні партії можуть інтегрувати гендер у свою внутрішню організацію та свою роботу, розробляючи гендерно-чутливі законодавчі та політичні рамки, забезпечуючи гендерно збалансований набір кандидатів і підтримуючи жінок-політиків у їхніх кампаніях»[4, с.34].

Органи управління виборами можуть розглядати широкий спектр вихідних точок для посилення участі жінок і просування гендерної рівності у своїй внутрішній організації. Деякі з цих стратегій передбачають збір даних у розбивці за статтю, включаючи положення про гендерну рівність у плануванні та внутрішній політиці, створення гендерних відділів або комітетів, пошук збалансованого представництва чоловіків і жінок серед виборчого персоналу та організацію ініціатив з розбудови потенціалу, серед іншого. Крім того, у своїй

зовнішній стратегії органи управління виборами та інші відповідні зацікавлені сторони можуть докладати зусиль для просування гендерної рівності та участі жінок на різних етапах виборчого циклу, що включає реєстрацію виборців, висування кандидатів, охоплення виборців, виборчі операції та процедури в день виборів і вирішення спорів механізми.

Як міжнародне, так і національне спостереження за виборами може інтегрувати гендерно-чутливий підхід, розглядаючи перешкоди, які перешкоджають участі жінок у виборах. Ця гендерна перспектива може бути впроваджена шляхом всебічного спостереження за виборами або реалізована на практиці шляхом спеціальних заходів зі спостереження, спрямованих на участь жінок. Гендерно-збалансований склад спостережних груп є ключовим фактором просування принципу рівності. Крім того, інтеграція питання участі жінок у процес звітності, включаючи остаточні звіти та рекомендації, може сприяти покращенню їхньої участі в конструктивний спосіб.

Хоча жінки залишаються недостатньо представленими на керівних посадах, за останні десятиліття було досягнуто прогресу, оскільки виникли дебати щодо того, як описове чи числове представництво в парламентах та органах прийняття рішень може перетворитися на суттєве представництво таким чином, щоб інтереси та вимоги жінок відображалися в законодавстві та рішеннях, прийняті виборним органом. «Теорія критичної маси дає розуміння цього питання, стверджуючи, що для того, щоб голоси жінок були почуті, необхідні певні рівні представництва. З іншого боку, дослідження показали, що «критичні дії» з точки зору реального представництва жінок можливі навіть без досягнення критичної маси представництва»[2, с.98].

Участь жінок у політичному та виборчому житті не обмежується лише представництвом в установах, що приймають рішення, оскільки жінки також можуть реалізовувати свої права на участь під час виборів у різних якостях, у тому числі як виборці, кандидати, обрані офіційні особи, адміністратори виборів, спостерігачі та представники громадянського суспільства, серед інших. «Комплексний підхід до участі жінок у політичному житті має

враховувати всі етапи виборчого циклу, включаючи передвиборчий, виборчий та післявиборчий періоди»[3, с.57].

Особливо комплексний підхід гендерної рівності важливо сповідувати в час війни, коли на долю жінок випадають жорсткі випробування. Розвиток і інституціалізація прав і можливостей жінок протягом життя може стати ефективною відповіддю на виклики і загрози сьогодення, коли жінки наряду з чоловіками стали на захист кордонів нашої країни. За останні п'ять років кількість жінок в українській армії виросла майже вдвічі, вони воюють як снайпери, артилеристки та танкістки. Українське суспільство давно перестало сприймати жінку в армії як аномалію, але самим жінкам досі доводиться виборювати своє місце в чоловічому світі, та тепер чоловіки все більше виступають за гендерну рівність.

Список використаних джерел:

1. Грицяк Н. Формування гендерної політики в Україні: проблеми теорії, методології, практики : монографія / Наталя Грицяк. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. С. 384.
2. Мельник Т.М. Творення суспільства гендерної рівності: міжнародний досвід. Закони зарубіжних країн з гендерної рівності. – К. : Стилос, 2010. С. 440.
3. Нієманіс А. Впровадження гендерних підходів : практ. посіб. / А. Нієманіс; пер. з англ. М. Корчинська ; ПРООН. – К. : К.І.С., 2001. С. 142.
4. Соколов В. Тенденції гендерної політики в Європі та Україні / В'ячеслав Соколов, Марина Саприкіна // Політ. менеджмент. – 2008. – № 3. С. 127.

Гуцул Артем Борисович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Титаренко Любов Миколаївна

к.п.н., доцент

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Реалізації функцій місцевого самоврядування на території Приморського району міста Одеси в умовах загроз, викликів і змін

В нинішній час на світовій арені поширюються принципи народовладдя, прав і свобод громадян. Ці принципи стають підґрунтям для забезпечення функціонування демократії – єдиної прийнятної форми державно-політичного устрою для цивілізованих країн [1,с.3]. У зв'язку із воєнними подіями, які розгорнулись на території України, значна частина населення зазнала різних форм травматизації, зокрема стресів внаслідок російського вторгнення, травматичних стресів війни, посттравматичних стресових станів та розладів. У зв'язку із цим перед працівниками органів місцевого самоврядування постають важливі завдання вдосконалення та впровадження в практику надання соціальної підтримки, медичного обслуговування, гуманістично-психологічної допомоги населенню, як військовим, так і цивільним громадянам.

Станом на сьогодні, місцеве самоврядування є одним із центральних інститутів публічної влади, який потребує нагального реформування. Тому в умовах кризового стану суспільства- воєнного стану і загроз, Україні необхідно ґрунтовно підійти до розширення функціонального арсеналу місцевого самоврядування та удосконалення його змістовного наповнення. Мова йде не тільки про пошук нових напрямів діяльності місцевого самоврядування, а й про критичне осмислення вже наявних функцій, наповнення їх змістом, який відповідає потребам суспільства. На сьогодні

активізується молодіжний волонтерських рух, що надає практичну допомогу внутрішньо переміщеним особам, військовим, нужденним і постраждалим громадянам.

Як відомо, місцеве самоврядування є в першу чергу механізмом здійснення управління на суспільство, а питання напрямів реалізації даного впливу є принциповим в контексті розвитку громадянського суспільства. Функції місцевого самоврядування реалізуються в напрямку забезпечення упорядкованості відносин на місцевому рівні та гарантування конституційного права громадян на природне право захисту життя, а сутність місцевого самоврядування є можливістю розв'язувати питання місцевого характеру самотійно [2,с.3-4].

Апаратом Одеської міської ради ведеться розробка Програми соціально-економічного та культурного розвитку міста Одеси на наступний рік.

Програма соціально-економічного та культурного розвитку міста Одеси (далі - Програма) є документом короткострокового планування соціального, економічного та культурного розвитку міста. Основні пріоритети соціального, економічного та культурного розвитку встановлюються відповідно до повноважень Одеської міської ради та її виконавчих органів, з урахуванням актуальних потреб суспільства, що діють цільових і комплексних програм, які приймалися Одеською міською радою протягом останніх років.

Програма розробляється відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» № 280/97-ВР від 21.05.1997 р., Закону України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» № 1602 ІІІ від 23.03.2000 р., на базі постанови Верховної Ради України № 26-VІІІ від 11.12.2014 р. «Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України». При розробці Програми також використовують положення, постанови Кабінету Міністрів України № 621 від 26.04.2003 р. «Про розроблення прогнозних і програмних документів економічного і соціального розвитку та складання проекту Бюджетної декларації та державного бюджету».

У Програмі мають бути наведені основні показники і тенденції соціального, економічного та культурного розвитку міста, визначено пріоритетні напрямки на наступний рік.

Реалізація Програми соціального, економічного та культурного розвитку дозволить досягти наступних результатів:

- виконання дохідної, видаткової частин місцевого бюджету;
- збереження і розвиток малого і середнього бізнесу;
- забезпечення екологічної безпеки середовища територіальної громади;
- розширення сфери житлово-комунальних послуг, підвищення їх якості;
- підвищення рівня благоустрою територіальної громади.

Протягом 2021-2022 року в місті завдяки тісній співпраці органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування активізовано роботу з вирішення низки економічних і соціальних питань, у тому числі спричинених пандемією коронавірусу, а тепер і воєнним станом.

В умовах проведення соціально-політичних, економічних та адміністративних реформ в Україні щодо посилення вертикалі влади, розвитку ініціативи на місцях, зростає потреба у підвищенні ефективності управлінської діяльності апарату публічної влади на усіх рівнях.

У сучасних умовах соціально-економічний розвиток території є важливою стратегічною складовою місцевого управління нарівні з адміністративно-правовим регулюванням і бюджетною (фінансовою та інвестиційною) політикою.

Однією із задач міської ради є затвердження Програми соціальної підтримки громадян, реабілітації постраждалих військових і цивільних громадян, соціально-економічного і культурного розвитку міста. Саме створення таких програм та їх виконання щонайбільше показують, як місцева влада піклується про людей та розвиток територій. Тому фахове, грамотне прийняття програм соціально-економічного та культурного розвитку територій є актуальним і важливим питанням воєнного періоду сьогодення.

Список використаних джерел:

1. Конституція України URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
2. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.
3. Положення про Приморську районну адміністрацію Одеської міської ради (у новій редакції) URL: <https://omr.gov.ua/ru/acts/council/95485>
4. Регламент Одеської міської ради VIII скликання URL:<https://omr.gov.ua/ru/acts/council/184723/>.

Кабанов Кирило Вікторович,
*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник:
Панченко Ганна Олександрівна,
*к.держ.упр., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Політична еліта: методологічні підходи до визначення поняття

У всіх країнах світу, у тому числі й в Україні, вирішальну роль у розвитку та гармонізації суспільства в усіх його напрямках (соціально-політичному, суспільно-економічному, духовно-культурному) відіграє якість еліти, яка функціонує в соціумі. Тому еліта, як верства суспільства, яка несе відповідальність за певні прийняті рішення, зокрема з приводу конструктивного розвитку вищеназваних напрямів, є надзвичайно вагомим предметом дослідження на сьогоднішній день [3,с.94].

Саме слово «еліта» походить від латинського «*eligere*» і французького «*elite*», що в перекладі на українську мову означає «кращий», «добірний», «обраний» [4, с.631]. Такі слова часто використовувались у генетиці та насінництві для позначення кращих сортів рослинництва. Із початком XVII століття слово «еліта» стали застосовувати для позначення товарів найвищої якості, пізніше такими словами стали називати так званих «обраних людей», тобто вищої знаті.

Одним з перших питання політичної еліти почав розробляти давньокитайський мислитель Конфуцій (551-479 до н.е.), який обґрунтував концепцію правління «благородних мужів», тобто найблагородніших і освіченіших членів суспільства. Подібних поглядів дотримувався і давньогрецький мислитель Платон Афінський (428-347 до н.е.), який вважав необхідним формування політичної еліти із освічених філософів, споглядаючи

вічні ідеї. Його учень Аристотель (384-322 до н.е.) вважав необхідним «формування політичної еліти із людей, які володіють багатством і особливими якостями» [5, с.56-57].

Ідеї поділу суспільства на «вищих» й «нижчих», «аристократію» й «простолюдників» знаходять своє обґрунтування у творчості Конфуція, Платона, Н. Макіавеллі, Ф. Ніцше й ін. У кінці XIX та на початку XX століть з'явилися перші концепції еліт, авторами яких стали Г. Моска, В. Парето, Р. Міхельс. Так, на підставі спостережень за функціонуванням еліти, у політичному житті вони утворили цілісне подання ролі еліти в суспільстві, основоположними постулатами елітарної концепції є: суспільство закономірно поділяється на правлячу меншість й керовану більшість, основою такого розподілу є природна нерівність людей щодо їх талантів і здібностей, інтелекту й багатству; еліта – це є згуртована група, яка відрізняється певними, як на їх погляд, винятковими якостями та здібностями та яка усвідомлює власну перевагу над іншими; процес розвитку будь-якого суспільства керується та залежить від політичної еліти; головним призначенням політичної еліти є прийняття важливіших політичних рішень [7, с.133]:

Ніколло Макіавеллі, італійський філософ, родоначальник цілеспрямованого наукового дослідження проблем лідерства та політичної еліти, вважав, що суспільство між собою багато в чому різниться внаслідок різноманітностей, породжених природою самої еліти [1, с.7].

На рубежі XIX–XX ст. у роботах теоретиків з Італії, зокрема В. Парето, Г. Моски, Р. Міхельса, було розроблено концепції еліти, а також на підставі спостережень за реальною поведінкою та взаємодією суб'єктів, засновано теорію елітаризму [8, с.73].

Виникнення елітології як науки у радянський період пов'язують із науковою діяльністю Г.К. Ашина, який першим серед радянських вчених почав популяризувати західні теорії еліт. Науковець стверджував, що еліта – вища шара політичних акторів, соціальний прошарок, який безпосередньо здійснює управління, як його суб'єкт (або важливіший структурний елемент цього

суб'єкта) [6,с.47].

Наприкінці XX ст. поняття «еліта» увійшло до соціологічних і політичних словників. Разом із тим, все одно виникають вагомі розбіжності щодо коректного тлумачення поняття «еліта», які зумовлюють й визначення їх змісту. Наведемо наукові точки зору щодо визначення поняття «політична еліта» сучасними науковцями (Табл. 1.).

Табл. 1. Наукові підходи до визначення поняття «політична еліта»

Автор	Визначення	Аспект
В. Бебик [2, с.18]	Прошарок суспільства, який посідає важливі керівні посади та має можливість впливати на рухи в політичних процесах	Наявність владного ресурсу та можливість впливу на політичні процеси
Л. Хорішко [10,с.132]	Один із основних суб'єктів суспільно-політичного процесу, її поведінку і детермінанти її діяльності є важливим фактором, що впливає на хід політичного розвитку і функціонування в цілому політичної системи	Суб'єктність еліти
П. Сліпець [9]	Група осіб, підготовлена для втілення соціальних інтересів тої чи іншої спільноти, пристосована для продукування певних політичних цінностей та контролююча прийняття рішень	Ціннісний та контролюючий контент влади

Отже наведені визначення говорять про об'єктивну складність і разом із тим досить широке поняття «еліта» у певні категоріально-понятійні межі, основними детермінантами якого є: суспільно обумовлена потреба професійного політичного управління; договірна система відносин з суспільством, самостабілізація, структурно-функціональне навантаження.

Список використаних джерел

1. Балацька О. Б. Формування інституту консолідації політичної еліти в сучасній Україні: автореф. дис. канд. політ. наук : спец. 23.00.02 «Політичні інститути та

- процеси». Східноукраїнський нац. ун-т імені Володимира Даля. Луганськ, 2010. 20 с.
2. Бебик В.М. Політологія: теорія, методологія, практика. К.: МАУП, 1997. 248 с.
3. Волошин Ю. О., Пересада О. М. Конституційна реформа та модернізація в сучасній державі в умовах європейської інтеграції: проблеми теорії та практики: монографія. Одеса: Фенікс, 2013. 208 с.
4. Герасіна Л. Реформа політична. Політологічний енциклопедичний словник / за ред. М. П. Требіна. Х.: Право, 2015. С. 631–632.
5. Гончарук Т. В. Філософські проблеми державного управління : навчальний посібник / Т. В. Гончарук, М. І. Гурик, М.Л. Шумка. Тернопіль : Економічна думка, 2015. 272 с.
6. Гончарук-Чолач Т.В., Джугла Н.В. Політична соціологія: навчальний посібник / За ред. Гончарук-Чолач Т.В. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр «Економічна думка ТНЕУ», 2018. 250 с.
7. Денисенко В., Привалов Ю., Пилипенко В. Елітні групи у фокусі соціологічного дослідження: морально-етичний аспект. *Вісник Львівського університету. Серія філософсько-політологічні студії*. 2018. Вип. 16. С. 132–143.
8. Довіра, патерналізм і пасивність: як українці ставляться до громадських організацій. *Фонд Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва*. 3.08.2018. URL <https://dif.org.ua/article/dovira-paternalizm-i-pasivnist-yak-ukraintsi-stavlyatsya-do-gromadskikhorganizatsiy>
9. Сліпець П. Політичні цінності: теорія і методологія пізнання та реалізації. К.: Знання України, 2009. 251с.
10. Хорішко Л. С. Вплив інституту політичного лідерства на модернізацію політичної системи. *Слов'янський вісник. Серія «Історичні та політичні науки»*. 2014. Вип. 18. С. 131–134.

Касаткін Олександр Ігорович

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Павлов Сергій Володимирович

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник

Курносенко Лариса Володимирівна

к.е.н., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Механізми державного регулювання ринку медичних послуг

Державне регулювання ринку медичних послуг покликане створити умови для рівного доступу на ринок медичних послуг (РМП) державних і приватних медичних установ з метою виключення дискримінації і зниження ступеня монополізації даного ринку.

В енциклопедичній літературі послуга визначається як «специфічний продукт праці, який не набуває речової форми і споживча вартість якого, на відміну від речового продукту труда, полягає в корисному ефекті праці» [1].

Законодавство України визначає медичну послугу як таку, що «надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт» [2].

Ринок медичних послуг є складною системою, в основі якого лежить попит, пропозиція, ціновий механізм і конкуренція. Ринок медичних послуг

потребує державного регулювання з метою підвищення доступності і якості медичного обслуговування населення. Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяють зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національній безпеці країни [3].

Зміст механізмів державного регулювання РМП представлений сукупністю цілей, завдань, функцій, методів і інструментів державного регулювання, що забезпечують функціонування ринку медичних послуг як соціально значимого для суспільства напрямку.

Регулювання РМП здійснюється на макро-, мезо- і мікрорівні.

На макроекономічному рівні розробляється політика держави в сфері охорони здоров'я в цілому й здійснюється нормативно-правове забезпечення регулювання РМП. Державні інституції здійснюють регулюючий вплив на РМП за допомогою розробки і прийняття законодавчих актів, стандартів, правил, у рамках яких здійснюється надання платних медичних послуг. Суб'єктами державного регулювання РМП на макрорівні є Кабінет Міністрів України, Верховна Рада України та Міністерство охорони здоров'я України.

Державний вплив на РМП на регіональному рівні здійснюється за допомогою розробки і реалізації регіональних програм в області організації охорони здоров'я в рамках державних законів; бюджетного фінансування регіональних цільових програм; розробки правил, інструкцій і положень для оптимізації діяльності ЗОЗ; проведення інформаційної роботи з інформування жителів про захворюваність, епідеміологічну обстановку; соціальної реклами по формуванню здорового способу життя.

На мікрорівні формується завдання по наданню медичної допомоги в медичних організаціях, організується забезпечення ЗОЗ лікарськими препаратами, проводиться інформування населення про рівень захворюваності, здійснюється санітарно-гігієнічна освіта населення.

Суб'єктами регулювання РМП є також страхові організації, з якими укладають договори про участь в добровільному медичному страхуванні, а також роботодавці. До суб'єктів РМП відносяться також установи всіх форм власності, що надають медичні послуги безпосередньо населенню за рахунок особистих коштів громадян.

Сучасна модель державного регулювання РМП включає наступні елементи: методи регулювання, механізми, суб'єкти і об'єкти, цілі і результат.

Система державного регулювання ринку медичних послуг в Україні є трирівневою з підсистемами: державною (публічні органи влади), громадсько-професійною (союзи, асоціації, спілки, об'єднання), господарсько-виробничою (господарюючі суб'єкти - ЗОЗ).

Основні цілі системи: зміцнення здоров'я населення, підвищення якості послуг, збільшення прибутковості виробників послуг. Методи регулювання: економічні, правові, адміністративні. Механізми регулювання: ліцензування, оподаткування; страхування, ціноутворення, акредитація тощо.

В основу моделі державного регулювання РМП покладені економічні методи. Ми впевнені, що роль державних органів управління через використання ними економічних важелів і стимулів в умовах поглиблення ринкових відносин на РМП буде посилюватися.

В Україні створена певна нормативно-правова, що забезпечує розвиток медичного ринку і безпеку споживача медичних послуг, що гарантується основним Законом держави - Конституцією України. Кожен, хто має намір займатися приватною медичною практикою, повинен зареєструватися і отримати ліцензію. Такий контроль держави за приватною медичною практикою спрямований на захист пацієнтів і вимагає від осіб, що надають платні медичні послуги певних знань, досвіду і спеціального матеріально-технічного забезпечення відповідного професіональним стандартам.

Список використаних джерел:

1. Послуги. Фармацевтична енциклопедія.
<https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/906/poslugi>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2801-12>
3. Бобришева О. В. (2014) Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. Вісник Дніпропетровського університету. Серія "Економіка". Вип. 8–2:12–18.

Курносенко Лариса Володимирівна

к.е.н., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Івасьова Єлизавета Сергіївна

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Державне регулювання медичної допомоги в умовах війни

Одним із найбільш постраждалих секторів суспільного сектору України в наслідок війни є охорона здоров'я. Станом на середину червня 2022 року пошкоджена більша частина інфраструктури системи охорони здоров'я територій, де велися активні бойові дії: за даними МОЗ повністю зруйновано 122 об'єкти охорони здоров'я, частково зруйновано (стан руйнувань 2% - 90%) 638 об'єктів охорони здоров'я. Вартість понесених збитків країною через руйнування об'єктів охорони здоров'я складає близько 40 млрд.грн.

Через вимушену міграцію населення України як всередині країни, так і за кордон, система охорони здоров'я також зазнає надмірного навантаження. За попередніми статистичними підрахунками за станом на середину червня 2022 року близько 7 млрд. українців стали вимушеними переселенцями, з них 2284 медичних працівників, тобто 0,5% від усієї кількості медичних кадрів країни). За період війни загинули 15 медичних працівників, поранено 52. Велика кількість працівників системи екстреної допомоги перебувають на окупованих територіях. Багато медичних працівників змінили місце роботи, що викликає брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я, спричиняє зниження якості та доступності медичної допомоги, посилення диспропорцій у доступі до медичної допомоги між регіонами та всередині регіонів між міськими та сільськими територіальними громадами [1].

Через ризики, що несе за собою війна, змінилася структура захворюваності населення, а отже і структура потреб в наданні медичній допомозі, які прийнята на 2022 рік програма медичних гарантій не в змозі повністю покрити. Додаткового фінансування потребують ті пакети медичної допомоги, які мають першочергове значення в умовах війни (травми, опіки, психічне здоров'я, реабілітація тощо).

Проблеми державного регулювання розвитку медичної допомоги в Україні особливо загострилися в умовах війни, яка викликала зміни в системі охорони здоров'я, що не мають достатнього наукового, теоретичного, методологічного осмислення, і які не можуть бути подоланими без активної ролі місцевої влади та участі територіальних громад. Медична реформа, яка не зупиняється і в умовах війни, на даному етапі висуває підвищені вимоги до якості надання медичних послуг, що в умовах військових дій забезпечити складно.

Слід нагадати, що в 2019-2021 роках велике навантаження охорона здоров'я зазнавала і продовжує зазнавати через пандемію COVID-19. В теперішній час система перелаштовується на нові умови функціонування, балансуючи між можливістю використання обмежених ресурсів і необхідністю відповідати стандартам сучасної медицини.

Системні зміни в охороні здоров'я України передбачають зміну підходів до організації медичного обслуговування населення України, що регламентується законами: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

З початком війни, для забезпечення якісних результатів охорони здоров'я в складних умовах було прийнято необхідні нормативно-правові акти, що спрощували порядок планування медичної допомоги, фінансування, кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я. Наприклад, ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної

допомоги» [2], який набув чинності 19.07.2022 року, вносить зміни до таких законів, як «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII; «Про оплату праці» від 24.03.1995 № 108/95-ВР; «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI; «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII; «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX; «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо окремих питань організації освітнього процесу у сфері охорони здоров'я» від 03.07.2020 № 749-IX.

В період війни 6 вересня 2022 року був прийнятий ЗУ «Про систему громадського здоров'я», яким первинна медична допомога визначена однією із ланок по виконанню оперативних профілактичних функцій із забезпечення громадського здоров'я. На виконання вимог закону в Україні буде створено інформаційний центр громадського здоров'я – державний ресурс, який містить дані про стан здоров'я населення, його санітарне та епідеміологічне благополуччя [3].

Необхідно відмітити, що впровадження в практичну діяльність вказаних законодавчих актів забезпечує посилення ролі громад у забезпеченні надання якісної і доступної медичної допомоги.

Список використаних джерел:

1. Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України. <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 19.07.2022 р. № 2347-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
3. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

Логай Вячеслав Артурович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління наданням медичних послуг населенню в Україні

У системі публічного управління останніми роками робляться спроби впровадження стандартів надання медичних послуг, однак ця робота ускладнена тим, що розробити єдині стандарти для всіх установ України неможливо через різницю між собою. Кадрове та технологічне оснащення лікувальних установ часом настільки різне, що стандарти, які застосовуються при оцінці якості в лікувальних установах на одній території, можуть бути зовсім не адаптованими до застосування на іншій території.

У сучасному суспільстві одним з найбільш складних елементів публічного управління є надання медичних послуг. Найгостріші дискусії зазвичай пов'язані з проблемою ринкових відносин і виникають суперечностями між соціальною місією держави та особистими підприємницькими мотивами. На відміну від звичайного ринку споживчих товарів та послуг, лікарі одночасно виступають у двох особах – і як сторона, яка визначає потреби пацієнта, і як сторона, що їх забезпечує та реалізує. До того ж потенційними споживачами медичних послуг є найбільш вразливі, похилого віку, хворі члени суспільства, а зовсім не молоді і здорові, у яких зосереджені основні фінансові ресурси.

Сучасна національна система публічного управління наданням медичних послуг в Україні ґрунтується насамперед на принципах гуманізму і соціальної справедливості. В одних країнах залежність публічного управління наданням медичних послуг від держави дуже значна, а в інших країнах участь держави зводиться до виконання регулюючої функції. Однак населення України старіє, і поступово частка працездатних і діювих осіб в країні, чий кошти утворюють страхові фонди, скорочується. До того ж старіючому населенню необхідні пенсії та лікування.

Еволюція поглядів на надання медичних послуг пов'язана з постійним розвитком і посиленням різних форм державної підтримки населення, а саме: спочатку через контроль і регламентацію роботи комерційних страхових систем (як в Німеччині, Франції або Голландії), а пізніше через державне страхування (як у Швеції, Японії або Австралії) і навіть пряме державне забезпечення (як у Канаді, Великобританії або СРСР).

Державне регулювання надання медичних послуг належної якості та доступності – одне з умов успішного виконання стратегії соціально-економічного розвитку країни, а поліпшення стану здоров'я населення – найважливіша мета цього розвитку. На основі цього удосконалено підхід до публічного управління надання медичних послуг належної якості та доступності, який ґрунтується на інструментарно-методичних засадах (стандартизації та страхуванні), що обумовлює можливість контролю якості, доступності, безперервного вдосконалення надання медичних послуг.

Покращення громадського здоров'я країни значною мірою залежить від ефективності надання медичної допомоги та послуг. Найбільшим недоліком сучасної системи охорони здоров'я громадяни вважають грошову складову допомоги, а саме фінансову не доступність лікування для більшої частини населення.

Необхідне посилення ефекту конкуренції на ринку медичних послуг країни для підвищення ефективності медичної допомоги і забезпечення права людини на отримання своєчасної і якісної медичної допомоги.

Сучасний розвиток сфери охорони здоров'я України не використовує у повному обсязі потенціалу державно-приватних партнерств. На основі узагальнення концептуальних положень про державно-приватне партнерство приведено авторську точку зору, що найбільш зручною формою здійснення проектів ДПП є концесія, спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування - кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

Доведено, що трансформування медичної галузі неможливо без існуючих інституційних перетворень, спрямованих на подальший розвиток базових соціальних, політичних й економічних інститутів українського суспільства. Встановлено, що будь-які чинники трансформаційних змін в механізмах публічного управління соціально-економічною системою держави мають різне спрямування.

Список використаних джерел:

1. Боднар Г. Ф. Формування економічної стійкості підприємства в ринковій економіці. Періодичне видання. *Моделювання регіональної економіки*. 2021. № 1. С. 341-348.
2. Бахтєєва Т. Охорона здоров'я України : гра без правил / Тетяна Бахтєєва // Дзеркало тижня [Електронний ресурс]. – 2018. - № 17 (745). – 16-22 трав. - Режим доступу: <http://www.dt.ua/3000/3450/66157/>. (дата звернення: 02.10.2022).
3. Шевченко В. І. Світовий досвід використання суспільних ресурсів системою охорони здоров'я: напрями підвищення ефективності /В. І. Шевченко // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2021. - № 2 (38). – С. 239-245.
4. Шкробанець І. Розробка моделі оцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні / І. Шкробанець // Вісн. НАДУ. – 2017. - № 4. – С. 232-238.

Ляшенко Сергій Вікторович

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління медичним обслуговуванням населення в Україні

Євроінтеграційні процеси породжують якісне, безпечне та ефективне здійснення медичного обслуговування усього населення України, оскільки здоров'я усієї нації є одним із ключових елементів національної безпеки України. Саме наявні реформи сфери медичного обслуговування населення спрямовуються на підвищення медичного обслуговування через надання якісних медичних послуг.

Вирішального значення на тернистому шляху євроінтеграційних процесів входження України до вільної світової спільноти набуває її вступ до Світової організації торгівлі через підписання Угоди з Європейським Союзом, який потребує від України збалансувати інтереси тих, хто надає медичні послуги, та їх споживачів в особі пацієнтів. Сьогодні насущною проблемою сфери медичного обслуговування населення є досить низька якість та висока ціна медичного обслуговування населення, від чого в цілому залежить здоров'я усієї української нації та показники тривалості життя українців. Саме оплатність медичного обслуговування є нічим не обумовленою, оскільки Конституція України передбачає право громадян на безкоштовне медичне обслуговування. Проблема публічного управління у сфері медичного обслуговування населення є гостро актуальною, тому що запровадження та реалізація міжнародних стандартів під час медичного обслуговування на основі європейських директив,

настанов, інструкцій та інших норм допоможе вивести медичне обслуговування на відповідний високоякісний та ефективний рівень, надасть доступність та безпеку для споживачів медичних послуг.

Сьогодні здоров'я нації та рівень її захворюваності є загальнообумовленими, оскільки на стан здоров'я населення значною мірою впливають різноманітні фактори, а саме: побутові умови життєдіяльності, фінансування громадян, генетичні фактори, екологія, умови праці, а також якість, ефективність та доступність медичного обслуговування. На жаль, наразі складаються такі ситуації, за яких населення не має можливості звертатися за медичною допомогою до фахівців під впливом різноманітних причин та факторів. Досить негативним фактором є висока вартість медичного обслуговування населення. Так, в Україні на 1000 населення 480 чоловік не відвідують медичні заклади, а займаються самолікуванням, що негативно впливає на здоров'я нації. Через брак коштів із 1000 вагітних жінок 25 % не стають вчасно на облік у жіночих консультаціях при медичних закладах та не проводять діагностику вагітності, 35 % народжують немовлят у домашніх умовах, що призводить до функціональних порушень в організмі новонароджених. Особи з інвалідністю не забезпечуються необхідними медичними препаратами, які передбачені Урядовою програмою «Доступні ліки». Так, у рамках цієї програми в Україні було виписано 6,867 млн. рецептів, з яких відпущено лише 53,14% через різного роду перепони, як-от: відсутність відповідних лікарських засобів, неналежне оформлення електронних рецептів тощо [1].

В цілому, в країні процес удосконалення публічного управління сферою медичного обслуговування населення було розпочато ще у 2017 році з моменту прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та продовжено у 2018 році під час ратифікації належних медичних практик GCP, дотримання норм яких має відбуватися на всіх етапах медичного обслуговування. Саме цими актами врегульовується увесь процес надання медичної допомоги та формуються принципи медичного

обслуговування населення [2].

Попри все дані, ці акти не ведуть до вирішення нагальних проблем, які пов'язані з якістю, ефективністю та безпечністю медичного обслуговування в Україні, оскільки нині ще відсутня системність нормативно-правових актів у сфері медичного обслуговування населення, внаслідок чого існують та приймаються акти, норми яких повторюються або суперечать одна одній; відсутнє чітке розмежування суб'єктів публічного управління у цій сфері; ліквідований суб'єкт публічного управління, що забезпечував санітарне та епідеміологічне благополуччя населення тощо. Саме тому публічне управління у сфері медичного обслуговування населення необхідно удосконалювати із застосуванням досвіду європейських країн.

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення - це сукупність загальнодержавних рішень та зобов'язань, метою яких є збереження громадського здоров'я за допомогою надання медичних послуг щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами [3]. Виокремлюються такі основні напрямки державної політики медичного обслуговування населення, як: по- перше, надання якісних медичних послуг, орієнтиром яких визначатиметься громадське здоров'я; по-друге, переорієнтація функціонування медичних закладів медичного обслуговування населення на профілактичну та діагностичну діяльність; по-третє, метою якісного медичного обслуговування населення є формування здорового способу життя; по-четверте, удосконалення механізмів фінансування сфери медичного обслуговування населення; по-п'яте, удосконалення та розширення кількості нозологій відповідно до Програми медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг); по-шосте, переобладнання структури сфери медичного обслуговування населення з формуванням належної мережі медичних установ; по-сьоме, багаторівневе реформування функцій медичного обслуговування населення (первинного, вторинного та третинного рівнів); по-восьме, створення належної базової підготовки для управління у сфері медичного обслуговування

населення; по-дев'яте, удосконалення нормативно-правової бази, яка врегульовуватиме сферу медичного обслуговування населення; по-десяте, впровадження наукового супроводу сучасної моделі публічного управління сферою медичного обслуговування населення [4].

Механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення - це система взаємозалежних, взаємообумовлених і взаємозв'язаних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти, наділені державно-владними повноваженнями (органи публічної адміністрації), забезпечують надання медичного обслуговування населення з метою задоволення публічного інтересу. Умотивовано, що елементами механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення є сукупність нормативно-правових актів, які визначають правовий статус суб'єкта, об'єкта та засоби управління.

Список використаних джерел:

1. Семигіна Т.В. Здоров'я в сучасному науковому та політичному дискусії. URL: <http://www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/1178/1>. (дата звернення: 12.10.2022).

2. Громадяни впевнені, що якість медичної допомоги залежить від професійності й сумлінності лікарів - Урядовий контактний центр URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2169595-gromadani-vpevneni-so-akist-medicnoi-dopomogi-zalezit-vid-profesijnosti-j-sumlinnosti-likariv-uradovij-kontaktnij-centr.html> (дата звернення: 12.10.2022).

3. Берназ-Лукавецька О. Медичні послуги в Україні. URL: <http://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html> (дата звернення: 12.10.2022).

4. Берназ-Лукавецька О.М., Подсядло Р.П. Медичні послуги та медична допомога : порівняльно-правовий аналіз. Часопис цивілістики. 2017. Вип. 24. С. 57-61.

Маленко Марія Федорівна

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Науковий керівник

Курносенко Лариса Володимирівна

*к.е.н., доцент,
Інститут публічної служби та управління
Національного університету «Одеська політехніка»*

Здоров'я дитини як пріоритет публічної політики: сутність та складові чинники

Здоров'я дитячого населення – один із найважливіших елементів економічного, соціального та культурного розвитку будь-якої країни. На сьогодні в Україні здоров'я дитячого населення, попри виконання низки програм, спрямованих на його збереження, погіршується. Все це відбувається на фоні несприятливої демографічної ситуації — частка дитячого населення віком до 16 років менша за частку дорослого населення старше 60 років.

Поняття «здоров'я дитячого населення» відсутнє в законодавчих і нормативно-правових актах України. В наукових джерелах економічного та соціально-медичного спрямування є багато суперечностей щодо його трактування.

Враховуючи вік дитини, який Конвенція ООН із прав дитини визначає як вік до 18 років, в даному дослідженні до дитячого населення віднесемо дітей віком від 0-17 років. На основі аналізу науково-методичної та нормативно-правової літератури термін «дитяче здоров'я» будемо трактувати як сукупну здатність дитячого населення задовольняти власні потреби розвитку відповідно віку й примножувати фізичні, психічні, духовні якості та бути соціально активними в просторі та часі.

Ключовими складовими здоров'я є: фізичний, психічний, соціальний і духовний стан людини. Ще одним складовим здоров'я варто назвати

інтелектуальний стан. «Інтелектуальне здоров'я – це здатність людини правильно сприймати, засвоювати та аналізувати інформацію щодо доцільності прийняття певних медичних препаратів, користування медичними приладами, методиками, а також вірно її використовувати для прийняття відповідних рішень для поліпшення стану свого організму» [1].

Всі п'ять складових здоров'я є взаємозалежними, стан одного складового впливає на стан іншого, а в кінцевому підсумку – на стан здоров'я дитини у цілому. Так, гарне фізичне здоров'я дає можливість дитині повноцінно розвиватися, адаптуватися, соціалізуватися, в подальшому примноження психічного, соціального здоров'я та духовного здоров'я створює базис для формування інтелектуального здоров'я.

Інтелектуальне здоров'я дитини самостійно починає формуватися з 6 річного віку, коли дитина вже усвідомлює наслідки прийнятих рішень стосовно власного здоров'я, може дотримуватися певною мірою здорового способу життя. Основу інтелектуального здоров'я закладає батьківське виховання, від того, як поінформована дитина, з якими установками щодо власного здоров'я і необхідності його збереження вона вихована, залежить майбутня орієнтація дитини на розвиток інтелектуального здоров'я.

Добре психічне здоров'я дає можливість дитині розвинути духовне і соціальне здоров'я через самовдосконалення, особистісний розвиток, самореалізацію в соціумі та, в кінцевому підсумку, покращити фізичне здоров'я. Це ж стосується і духовної складової здоров'я: гармонійно розвинута особистість виявляє стійкість до стресів, демонструє здатність знайти своє місце в соціумі і знаходить спільну мову з іншими дітьми, може ухвалювати (відповідно до свого віку) правильні рішення щодо збереження та примноження власного здоров'я.

Правильно сформований світогляд дитини в сукупності з розвиненим естетичним світосприйняттям (баченням прекрасного в навколишньому світі та в самій собі) та засвоєними етичними настановами (можливість вироблення певних правил поведінки відповідно законів суспільства і внутрішнього

морального кодексу дитини) – духовне здоров'я – дає змогу накопичувати соціальне здоров'я і навіть виступати певним компенсатором нестачі фізичного здоров'я (у разі фізичних вад розвитку дитини). І, навпаки, дитині із недостатньо розвиненим психічним здоров'ям буде важко знайти своє місце в соціумі, що в підсумку негативно відобразиться на стані здоров'я у цілому.

Комплексний розгляд всіх складових здоров'я дитини дає змогу говорити про їх синергію: сукупне здоров'я дитини, яке складається із фізичного, психічного, духовного, соціального та інтелектуального здоров'я, є набагато більшим, аніж сума окремих його складових.

Благополуччя кожної дитини, зокрема, її здоров'я, залежить від ступеня виконання законодавчо встановлених зобов'язань щодо неї з боку суспільства і держави. Публічна політика у сфері охорони здоров'я дітей виконує функцію попередження та усунення протиріч у системі «здоров'я дитини – суспільство». Мета публічної політики у сфері охорони здоров'я дітей полягає у створенні та вдосконаленні науково обґрунтованих правових, адміністративних, економічних та інших механізмів регулювання суспільних відносин на користь дітей.

Список використаних джерел:

1. Федоришина Л.М. (2018) Здоров'я дитячого населення: сутність та складові елементи. Глобальні та національні проблеми економіки. Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського. URL: <http://global-national.in.ua/component/content/article/31-vipusk-23-cheren-2018/4133-fedorishina-l-m-zdorov-ya-dityachogo-naselennya-sutnist-ta-skladovi-elementi>

Мамай Наталя Олександрівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Яценко Володимир Архипович

к.держ.упр.

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Публічне управління змінами охорони здоров'я України

Багатогранність суспільного життя та життєзабезпечення країни тісно пов'язані зі здоров'ям населення. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я та Конституція України визнають невід'ємне право людини, незалежно від раси, релігії, політичних переконань, його соціально-економічного положення на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Система охорони здоров'я країни знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, перетворюючись, формує складні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я. Саме у них держава відтворює нову систему механізмів управління, розглядати які потрібно у сукупності впливів мезо-, макро- і мікрофакторів із застосуванням нових форм управління на всіх рівнях [1].

Неформування медичної системи України визначає ключові проблеми, потенційні напрями і шляхи їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. За таких умов медична система країни має базуватися на трьох засадничих принципах: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення кращих технологій та кращого досвіду

надання медичних послуг.

Аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел, аналітичних доповідей та звітів, у тому числі міжнародних організацій, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України про стан ресурсного забезпечення галузі, документи Міністерства охорони здоров'я України свідчать, що існуючий рівень механізмів публічного управління охороною здоров'я України не відповідає сучасним трансформаціям [2].

Управління системою охорони здоров'я потребує системних змін, якісно нових підходів, альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної сфери, розробки нових моделей взаємодії механізмів публічного управління захистом працюючого населення.

Аналіз змін у сфері охорони здоров'я України дав змогу визначити та обґрунтувати механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я, розглянути економічні механізми публічного управління змінами у сфері охорони здоров'я, проаналізувати розвиток приватного сектору медицини України та дозволив зробити наступні висновки.

Економічна трансформація медичної галузі у період реформування перебуває у безперервному процесі змін, які мають суперечливий і мінливий характер розвитку. Україна не має практики широкого використання різних форм власності у медичній галузі. Особливо це стосується процесу роздержавлення, який є новою формою господарювання для лікувальної установи [3].

Пропонується під роздержавленням медичної власності у сфері охорони здоров'я розуміти процес скасування державного монополізму, який звільнює державу від функцій прямого господарського управління, де роздержавлення об'єктів охорони здоров'я передбачає зміну організаційно-правової форми, з можливістю придбання 49% вартості медичного закладу у приватну власність, залишаючи при цьому 51% акцій у державній властивості.

За роки незалежності сектор приватної медицини розвивався за відсутності загальнодержавної програми фінансової підтримки, оскільки

приватна медицина виконувала другорядну роль у збереженні здоров'я населення [4].

На сьогодні одними з найбільш розвинутих сегментів приватної медицини є онкологічні та кардіологічні центри, що пов'язано з широким розповсюдженням відповідних захворювань в Україні, а також діагностичні та консультативні центри, служби швидкої медичної допомоги. Серед найменш розвинутих сегментів - приватні багатофункціональні центри, що надають повний спектр медичних послуг для широкого загалу населення.

Список використаних джерел:

1. Боднар Г. Ф. Формування економічної стійкості підприємства в ринковій економіці. Періодичне видання. *Моделювання регіональної економіки*. 2017. № 1. С. 341-348.

2. Спільний зі Світовим Банком проект МОЗ України : Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. URL: <http://wb.moz.gov.ua> (дата звернення: 16.10.2022).

3. GfK Ukraine: Home : веб-сайт. URL: <https://www.google.com.ua/url?sa=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjczywi9obyahvib1akh> (дата звернення: 10.10.2022).

4. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / заг.ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

Молдавська Христина Олегівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник

Курносенко Лариса Володимирівна

к.е.н., доцент,

Інститут публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Державне регулювання системи психіатричної допомоги в Україні

Вторгнення рф в Україну створило безліч нових викликів для всіх українців в сфері психологічного здоров'я. Крім постійної загрози фізичних травм під час війни, українці переживають психологічні травми і тиск. Населення України живе в постійному стресі, переживає тривогу за своє життя та життя своїх близьких, не відчуває себе у безпеці, що в цілому має негативний вплив на психічне здоров'я.

В Україні створене достатнє законодавче підґрунтя, яке регулює питання надання психіатричної допомоги населенню.

Законом України «Про психіатричну допомогу» врегульовані питання забезпечення громадян України психіатричною допомогою, визначені обов'язки органів публічної влади щодо організації надання медичної психіатричної допомоги населенню, зокрема місцевої влади - населенню відповідних територій. Також закон врегульовує питання адаптації осіб, що страждають на психічні розлади до нормального життя, їх освіти, проживання, соціалізації та надання соціального захисту [1].

Закон України «Про соціальні послуги» [2] визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг, спрямованих на профілактику складних життєвих обставин, подолання або мінімізацію їхніх негативних наслідків, особам/сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах. Згідно з цим Законом, одним із чинників, «що можуть зумовити

складні життєві обставини», є «психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин». Згідно законом, до оцінки потреб сім'ї чи особи в соціальних послугах долучаються психологи. Попри те, що соціальні послуги безпосередньо пов'язані з психічним здоров'ям, психічними та поведінковими розладами, цьому питанню в законі приділено недостатньо уваги, а ролі соціальних служб і соціальних працівників у наданні послуг у сфері психічного здоров'я не окреслені. Відсутні визначення та бракує механізмів забезпечення послугами у сфері психічного здоров'я отримувачів соціальних послуг, зокрема уразливих груп населення.

Основні положення щодо фінансування реформованої системи психіатричної допомоги регламентує закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». За цим законом Національна служба здоров'я України закуповує послуги з психіатричної допомоги у тих лікарняних закладів, які відповідають певним умовам, на підставі укладених договорів [3].

Постанова КМУ від 29 грудня 2021 р. № 1440 «Деякі питання реалізації програми медичних гарантій у 2022 році» [4] передбачає наступні пакети психіатричної допомоги, які закуповує НСЗУ: «Стаціонарна психіатрична допомога» та «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами».

До нормативно-правових актів, що регламентують діяльність психіатричної медичної галузі в Україні можна віднести схвалену Розпорядженням КМУ 27 грудня 2017 року № 1018-р Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [5].

Метою документа є створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості та дотримання прав і свобод людини.

У Концепції визначені шляхи та кроки для створення цілісної системи охорони психічного здоров'я, зокрема підвищення рівня обізнаності щодо психічного здоров'я в суспільстві, подолання стигматизації, зменшення

дискримінації та порушень прав людей із проблемами психічного здоров'я, розвиток системи популяризації психічного здоров'я та профілактики психічних розладів, забезпечення регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я (зокрема, психотерапевтів та психологів-практиків), удосконалення системи формування та підтримки професійних компетенцій фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, впровадження галузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я, поліпшення доступності допомоги, розвиток системи психологічної та соціальної допомоги на рівні територіальних громад, впровадження технологій, методів і процедур оцінки психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги, посилення диференційованості надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я, підвищення ефективності адміністрування, міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці у сфері охорони психічного здоров'я [5].

У 2022 році в Україні ініційовано створення «Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки населення». Програма, за підтримки фахівців ВООЗ, буде охоплювати питання підготовки і навчання психологів та психотерапевтів, сімейних лікарів, соціальних працівників, освітян швидким методикам психологічної підтримки населення, яке постраждало внаслідок воєнних дій та воєнного стану.

Для розробки та впровадження програми на державному рівні Кабінетом Міністрів України створено Міжвідомчу координаційну раду з метою налагодження взаємодії між міністерствами, які опікуються соціальними питаннями, справами ветеранів, силовими відомствами, і кожне з яких має власний набір ресурсів для психологічної допомоги. У Міністерстві охорони здоров'я України розпочав роботу Проектний офіс зі створення національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. До проектного офісу входять фахівці МОЗ, Державна установа «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України», громадська організація «Безбар'єрність». Експертизу та підтримку у реалізації проекту надає Всесвітня організація охорони здоров'я та

глобальна Референтна група із Психічного здоров'я та психосоціальної підтримки Міжвідомчого постійного комітету.

Список використаних джерел:

1. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 710-18.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/710-18>
2. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення :
Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII.
<http://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2168-19>
4. Деякі питання реалізації програми медичних гарантій у 2022 році :
Постанова КМУ від 29 грудня 2021 р. № 1440
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
5. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до
2030 року : Розпорядженням КМУ 27 грудня 2017 року № 1018-р
<https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-koncepciyi-rozvit>

Полянська Олена Анатоліївна,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Колісниченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук

Роль соціальної відповідальності в удосконаленні системи публічного управління у сфері охорони здоров'я

До одного з найбільш соціально орієнтованих видів діяльності належить професійна діяльність у сфері охорони здоров'я. У законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [3] регламентовані права та обов'язки медичних працівників в охороні здоров'я громадян.

Формування соціальної відповідальності майбутнього лікаря у системі вищої медичної освіти починається з освоєння загальнокультурної компетенції. Так, у стандарті вищої освіти України, перший (бакалаврський) рівень, ступінь вищої освіти бакалавр, галузь знань – Охорона здоров'я [4] виділяються відповідальність за прийняття рішень у непередбачуваних умовах, відповідальність за професійний розвиток окремих осіб та/або груп осіб.

Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 'Лікувальна справа' напряму підготовки 1101 'Медицина' [2] звернено увагу на формування у фахівця готовності працювати у колективі, толерантно сприймати соціальні, етнічні та культурні відмінності.

У пункті 11 Спеціальних (фахових, предметних) компетентностей державного освітнього стандарту підготовки магістра галузі 'Охорона здоров'я' зазначається, що у процесі освоєння програми випускник повинен мати здатність розв'язувати медичні проблеми у нових або незнайомих середовищах

за наявності неповної або обмеженої інформації з урахуванням аспектів соціальної та етичної відповідальності [5].

У розділі VI - Нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти, сформульований у термінах результатів навчання – серед результатів навчання зазначено - 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, здатність до подальшого професійного навчання з високим рівнем автономності.

Під час підготовки лікаря становлення соціальної відповідальності випускника відбувається безперервно через формування загальнокультурних компетенцій, зокрема у курсах біоетики та інтегрування деонтологічних аспектів лікарської діяльності у кожній професійній дисципліні.

Актуальність посилюється ще й тим, що у суспільстві спостерігається постійне зростання вимог та очікувань до особистісних якостей лікаря та його професійної підготовки. У зв'язку з цим процес формування соціальної відповідальності, на наш погляд, має носити багатоступінчастий характер та його розвиток як закономірний процес має знайти своє відображення у програмах фахової підготовки.

Зазначимо, що соціальна відповідальність медпрацівника – це характеристика особистості, що визначає його поведінку на основі розуміння та прийняття соціальних цінностей у суспільстві відповідно до обов'язків медичних працівників з охорони здоров'я громадян при одночасному дотриманні принципів здоров'язбереження та інтересів пацієнта, а також здатності медпрацівника оцінювати наслідки та результати своїх дій у медичній практиці [1]. Соціальний аспект відповідальності можна охарактеризувати з різних позицій залежно від суб'єкта, що здійснює відповідальні дії у процесі взаємодії, як внутрішню, зовнішню, індивідуальну та колективну соціальну відповідальність. Соціальна відповідальність може виявлятися на різних рівнях: особистості, соціальної групи, конкретного суспільства, людства загалом.

Проблеми соціальної відповідальності галузі охорони здоров'я властиві сучасним системам усіх країн світу; їх розвиток зумовлений змінами, що відбуваються у відносинах між медпрацівниками та громадськістю.

Для української моделі соціальної відповідальності характерні, як ознаки європейської моделі – активний державний вплив, що виявляється, перш за все, у прагненні офіційних структур до «законодавчого оформлення» (соціальні зобов'язання обмежені рамками соціально-трудових зобов'язань та сплатою обов'язкових платежів у вигляді податків і страхових внесків), так і американської – багато структур самостійно визначають сфери та масштаби соціальних інвестицій. Загалом проведене нами дослідження соціальної відповідальності підтверджує що зі змінами умов у суспільному житті соціальна відповідальність організацій стає багатогранною і включає все більше обов'язків та форм свого прояву. Соціальна відповідальність в керівництві та управлінні - це стратегічний інструмент, що дозволяє досягти сталого розвитку організації, підвищити прозорість і довіру до неї.

Сформовані в кожній країні моделі соціальної відповідальності ЗОЗ (з урахуванням їх особливостей) визначають різноманітні програми, спрямовані на покращення показників громадського здоров'я, а також основні результати та індикатори, що характеризують особливості реалізації соціально-відповідальної діяльності. У свою чергу, динаміка світової системи, сформованої на основі виділених напрямків та програм корпоративної соціальної відповідальності, впливає на зміну певної національної моделі управління системою охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Кузьмінський П. Відповідальність у медичній діяльності (за матеріалами літературних джерел). Державне управління: удосконалення та розвиток. № 10, 2011. URL www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=364
2. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 'лікувальна справа' напряму підготовки 1101 'Медицина'. URL:

https://a9cd7e04-a-111754dc-sites.googlegroups.com/a/bsmu.edu.ua/edudept/7.110101%20medicine%20%28OKX%29.pdf?attachauth=ANoY7crBDf6rU5vRPtt0CjvmvVeCv0iUX8P7qUNH95oM686uRmJE5hSVzaRWXl5Ez45nxwTsXDSJxLt7By0C8_kKzyqqV6K8QH1bQQ99b_XgG2tKhl5tJKFMibhsQb4VfGhWaLciRC5cPOtXwSaaDu_smSowTWK797W0oNz7fQPv-dDs2dojhDzlKKlQgTea-XWN6f67XkAaYieTJg6WLOdoKTbCl-xvH5hH_S9_dlttnwyQwaQYdhIIxcdL3mYz-IhLBwWvPE5k&attredirects=0

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
4. Стандарт вищої освіти України рівень вищої освіти. Перший (бакалаврський) рівень Ступінь вищої освіти Бакалавр. Галузь знань 22 – Охорона здоров'я. URL: https://www.bsmu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/02/224-tekh.med_.diahn_.ta_.likuv-bak.31.01.22.pdf
5. Стандарт вищої освіти рівень вищої освіти. Другий (магістерський) рівень (назва рівня вищої освіти). Ступінь вищої освіти Магістр медицини (назва ступеня вищої освіти). Галузь знань 22 Охорона здоров'я (шифр та назва галузі знань) Спеціальність 222 'Медицина'. URL <https://www.bsmu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/02/222-medytsyna.mahistr.09.11.pdf>

Семенкова Ірина Ігорівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
«Одеська політехніка»*

Науковий керівник:

Воронов Олександр Ігорович

д.н.держ.упр., доцент,

*Інститут публічної служби та управління Національного університету
"Одеська політехніка", доцент кафедри соціально-гуманітарних наук*

Охорона психічного здоров'я як складова національної безпеки та благополуччя держави

Здоров'я – це безперечна цінність, тому мета будь-якої країни досягти найвищого рівня здоров'я її населення.

Протягом останнього десятиліття в сучасному світі тема охорони психічного здоров'я стає все більш актуальною. Питання збереження психічного здоров'я населення відносяться до числа пріоритетних напрямків діяльності будь-якого розвинутого суспільства виходячи далеко за межі медичного контексту. Психічне здоров'я людей має величезне значення, оскільки істотно впливає на показник соціального розвитку будь-якої країни, її суспільний і економічний потенціал, відображаючи загальний рівень розвинення суспільства. Починаючи з 1990 року Організація об'єднаних націй (ООН) вимірює якість людського життя за допомогою Індексу людського розвитку (ІРЛ). Індекс людського розвитку (Human Development Index, HDI) – це комплексний інтегральний показник для міждержавного порівняння, який базується на трьох основних вимірах: тривалості життя жителів країни, освіті та рівні доходів, як основних характеристик людського потенціалу досліджуваної території. За даними щорічного звіту ООН за Програмою розвитку ООН (ПРООН) Індекс людського розвитку України у 2021 році становив 0,773, за яким вона посіла на 77 місце у рейтингу з 191 країни, для яких цей показник вираховувався. Нажаль, в порівнянні з 2020 роком Україна опустилася на 3

позиції (ІРЛ 0,775 - 74 місце у рейтингу), але піднялася на 10-ть позицій відповідно до 2019 року (ІРЛ 0,786 – 88 місце у рейтингу) [1]. Наведена у трирічному розрізі динаміка показника ІРЛ в Україні є позитивною, що відображає функціональність дій держави, спрямованих задля досягнення загальносоціального блага своїх громадян. Разом з тим, показник ІРЛ в Україні нижче середнього рівня Європи та Центральної Азії. За прогнозами експертів Світового банку аби поліпшити ситуацію в Україні потрібні інвестиції в освіту, охорону здоров'я та соціальний захист населення. Наведений показник ІРЛ, виступаючи в якості одного з індикаторів результативності політики держави, у тому числі у напрямку охорони здоров'я, потребує подальшого проведення ефективних дій, спрямованих на збереження, поліпшення та зміцнення загального стану здоров'я громадян, невід'ємною частиною якого є психічне здоров'я.

Відповідно до принципу, який було закладено в основу Комплексного плану дій у галузі психічного здоров'я на 2013-2020 рр., прийнятому на 66 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «не існує здоров'я без психічного здоров'я» [2] і, як показує практичний досвід, цей принцип поза сумнівами. Психічні розлади підвищують ризик виникнення та можуть впливати на перебіг інших соматичних захворювань, серед яких, найчастіше, визначають онкологічну, серцево-судинну патологію, цукровий діабет, ВІЛ/СНІД, та навпаки, багато соматичних захворювань призводять до розвитку психічних розладів.

Стрімкий розвиток глобалізаційних процесів, політична та економічна нестабільність, інформаційне перенавантаження, як різновиди джерел зовнішніх факторів стресу, створюють загрозу повсюдного зростання психічних захворювань. У 2019 р. у світі, близько 970 мільйонів людей страждали на ті чи інші психічні захворювання. Серед найбільш розповсюджених були депресивні та тривожні розлади, якими за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), страждає близько 600 млн людей по всьому світі [3]. Нажаль, перелік психічних розладів зростає з

кожним роком. На них припадає до 13% глобального тягаря хвороб. За прогнозами фахівців найближчим часом психічні розлади увійдуть до п'ятірки хвороб, які лідирують за кількістю людських працевтрат, пов'язаних з цими захворюваннями, випередивши за цим показником навіть серцево-судинні захворювання.

В Україні актуальність проблеми психічного здоров'я зумовлена реаліями сьогодення. Несприятливі соціально-політичні та економічні чинники, озброєний конфлікт та інформаційна війна стали каталізатором негативного впливу на психічне здоров'я громадян України, провокуючи виникнення екзогенно зумовлених психічних розладів, кількість яких останнім часом майже подвоїлося. За підрахунками, близько третини населення України пережило щонайменше один психічний розлад протягом життя. За даними Інституту метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я (IHME) при Вашингтонському університеті поширеність депресивних розладів в Україні є особливо високою порівняно з іншими країнами [4]. Розлади, спричинені вживанням алкоголю є також поширеними порівняно з іншими країнами Європи. Залишається високим рівень суїциду, і це пов'язано як з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, так і поширеними психічними розладами. За офіційними даними, в Україні продовж 2021р. зареєстровано 5914 самогубств [5]. Особливої значущості набула й психотравма. Переживання тривалого стресу через досвід травматичних подій, що підсилюється впливом військового конфлікту, який відбувається в Україні, створюють високі рівні психологічного стресу як для безпосередніх учасників бойових дій, так і для цивільного населення, збільшуючи ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), поширеність якого серед українців зростає з кожним роком. І на жаль, психічні порушення не вичерпуються наведеними формами психічних розладів. Тому, в сучасних умовах, коли суспільство породжує все нові види ризиків, які роблять його нестабільним і схильним до саморуйнування питання збереження та зміцнення психічного здоров'я є питанням національної безпеки та благополуччя держави.

Список використаних джерел:

1. Latest Human Development composite indices tables.

URL: https://hdr.undp.org/sites/default/files/2021-22_HDR/HDR21-22_Statistical_Annex_HDI_Trends_Table.xlsx

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY GENEVA, 20–27 MAY 2013 RESOLUTIONS AND DECISIONS ANNEXES. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-en.pdf

3. WHO: Mental disorders. URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

4. Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні [Електронний ресурс] // Міжнародний медичний корпус за підтримки Групи Світового Банку. — 2017. URL: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/747231517553325438/pdf/120767-UkrainianPUBLIC-mental-health-UA.pdf>

5. Укрстат: Кількість померлих за причинами смерті у 2021 році. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/ds/kpops/kpops1221_ue.xls

Станкевич Єлизавета Романівна

*здобувач магістерського рівня вищої освіти,
Вінницький державний педагогічний університет
імені М. Коцюбинського*

Науковий керівник:

Назаренко Марина Олександрівна

*к.н.держ.упр.,
Вінницький державний педагогічний університет
імені М. Коцюбинського, старший викладач кафедри
публічного управління та адміністрування*

Конфлікт інтересів в органах публічної влади: соціально-психологічний аспект

Проблематика конфлікту інтересів має неабияке значення в Україні сьогодні. Конфлікт інтересів проявляється в багатьох сферах суспільного життя: соціальній, економічній, політичній, юридичній, державно-управлінській, культурній тощо.

Зацікавлення конфліктами зміщується в бік проблеми їхнього регулювання та практичних аспектів. Парадигма «безконфліктності» змінюється конфліктологічною парадигмою, що скеровує на розуміння неминучості протиріч у соціальних стосунках та їхньої позитивно-функціональної ролі в удосконаленні й гармонізації цих взаємодій. На першому плані щодо вивчення конфліктів перебувають соціологія та психологія, які намагаються зрозуміти, вивчити та знайти шляхи вирішення проблем у стосунках між індивідом-колективом, індивідом-суспільством, колективом-суспільством тощо [2].

Публічна влада є саме таким середовищем, де виникнення конфліктів є нормою, оскільки, по своїй природі, публічна влада уособлює постійне погодження та координування різних інтересів, визначення тактичних та стратегічних цілей, розподіл ресурсів, трансляція цілей тощо.

В залежності від порушених потреб конфлікти, зокрема в органах публічної влади поділяються на когнітивні та конфлікти інтересів:

де перші – це конфлікт поглядів, точок зору, знань, в якому метою кожного суб'єкта є переконати опонента, довести правильність своєї точки зору, своєї позиції;

а другі - на противагу когнітивному конфлікту, це зіткнення інтересів різних груп, індивідів та органів (інституцій) [3, с. 14].

До прикладу, провокуючи конфлікт інтересів індивід, за теорією З. Фрейда, керується принципом задоволення своїх потреб. Однак, через моральні, правові, культурні та соціальних норми відбувається зіткнення його потреб, бажань, психічних систем і сфер особистості [2].

До розуміння конфліктів як внутрішньо-психічного феномену стали ситуаційні підходи. Тобто ініціювання конфліктів інтересу відбувається відповідно до ситуації, яка спонукає їх створення.

За теорією В.С. Мерліна, конфлікти, зокрема і конфлікт інтересів, виникає тоді, коли на думку людини ситуацію, що складається, можна вирішити лише порушуючи конфлікт інтересів [1].

Наприклад, беручи на роботу близького родича, вважаючи що таку відповідальну роботу, можна довірити лише йому, так як він є досвідченим спеціалістом у даній сфері.

До речі, українські дослідники конфлікту М. Пірен та В.Ребкало у своїх наукових працях визначають, що конфлікт - це суспільний феномен, що проникає в усі сфери людського соціуму, зокрема й управлінську діяльність, що є відкритим протистоянням в результаті існування взаємовиключних інтересів та позицій [3, с. 9].

Інтерес, в цьому контексті ми можемо розглядати як активна спрямованість людини на різні об'єкти, освоєння яких оцінюється ним як благо [3, с. 20].

На нашу думку, основними видами конфлікту інтересів є:

- організаційні - конфлікти при плануванні роботи службовців (розподіл обов'язків), займання вакантних посад;

- технічні – конфлікти про розподілені умов праці (кабінети, наприклад), при забезпеченні професійною технікою та інших каналів зв'язку, однорідне розподілення канцтоварів тощо;

- правові - при виконанні неправомірних доручень та рішень;
- комунікаційні – при взаємозв'язках з людьми, які не подобаються;
- фінансові – при розподілі премій, наприклад;
- зв'язок з зовнішнім середовищем тощо.

Конфлікт інтересів в органах публічної влади – це ситуація під час якої керівник будь-якого структурного підрозділу органу публічної влади ставить свої інтереси вище за колективні та інтереси організації, користуючись владними повноваженнями та професійним становищем, отримуючи при цьому зиск (моральний, фінансовий, психологічний, кар'єрний тощо).

Як бачимо, проблема конфлікту інтересів сьогодні «гостро стоїть» в органах публічної влади, при цьому негативно впливаючи як на державних службовців та посадових осіб, так і на громадськість у цілому.

Реалії сьогодення показують, що невирішений конфлікт інтересів в органах публічної влади може стимулювати корупційні явища та спонукає виникненню серйозних соціальних наслідків, таких як втрата моральних настанов, добропорядності й безкорисливості службовців, падіння престижу та іміджу публічної служби.

Список використаних джерел:

1. Гришина Н.В. Психологія конфлікту. [Електронний ресурс]. 2008. URL: http://psih.pp.ua/p147_2008.html
2. Пилат М. Проблеми конфліктності людських стосунків у ракурсі філософсько-соціологічних та психологічних інтерпретацій. // Л: Західний науковий центр НАН України та МОН України. 2005. URL: <http://znc.com.ua/ukr/publ/periodic/shpp/2005/1/p119.php>
3. Тегза К.Ю. Врегулювання організаційних конфліктів та конфліктів інтересів в органах державної влади. 2020. 89 с. [Електронний ресурс]. URL: https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/38316/1/Tehza_magistr.pdf

Стоянова Наталія В'ячеславівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Титаренко Любов Миколаївна

к.п.н., доцент

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Публічне управління в соціально-гуманітарній сфері як всебічна реалізація прав людини

Соціально-гуманітарна сфера все більше перетворюється на стратегічно-важливий чинник розвитку держави, особливо це відчутно в часи викликів воєнного часу. Проникаючи в усі сфери суспільного життя, вона трансформується на якісно новий соціально-гуманітарний простір, стан справ у якому є індикатором науково-технологічного, культурно - інформаційного, освітнього рівня країни, квінтесенцією реалізації прав людини у різноманітних галузях. Однак, в Україні особливо гостро постає потреба захисних механізмів розвитку соціально-гуманітарної сфери, визначення шляхів безпосереднього втілення соціально-гуманітарної політики, і захисних механізмів її реалізації як для цивільних громадян, так і для воєнних. Вищезначене зумовлює необхідність дослідження сучасного стану публічного управління в контексті соціально-гуманітарної сфери. Під час дослідження питань трансформування системи державного управління та реформування місцевого самоврядування знаходимо запровадження загальноприйнятих стандартів, що повинні базуватись на принципах субсидіарності, справедливості, прозорості, дотримання прав людини. Водночас В. Куйбіда вказує на необхідність удосконалення публічного управління в соціально-гуманітарній сфері для всебічної реалізації прав людини з дотриманням розмежувань повноважень

поряд із забезпеченням принципу компліментарності в системі публічного управління в цілому [7].

Підвищення ефективності системи публічного управління пов'язується з переорієнтацією на нову систему пріоритетів, в основі яких лежить демократизація суспільного життя. У цьому плані неабиякі перспективи мають процеси диджиталізації, хоча нині вчені пов'язують їхні проблеми з технологічним відставанням України та деякою недосконалістю сучасної системи публічного управління. М. Лахижа сприймає е-демократію й е-урядування як показники новітньої тенденції, що потребує суттєвих змін у публічному управлінні та має стати своєрідною запорукою дотримання прав людини, успішного розвитку України [8].

У нашому розумінні тільки тісна кооперація сучасної теорії та практики надасть можливість створення й узгодження нової державної політики щодо шляхів побудови досконалої моделі системи публічного управління, яка повною мірою відповідатиме світоглядним цінностям нашого суспільства та заявленому стратегічному курсу соціально-гуманітарного прогресу.

Необхідність змін вітчизняної системи публічного управління, що зумовлені викликами часу та глобалізаційними змінами сучасного інформаційного суспільства, повинні ґрунтуватися не лише на фіксації нових управлінських віянь, а й на комплексному врахуванні досвіду функціонування системи публічного управління та прогресивних здобутків зарубіжних держав. Подальші шляхи вдосконалення системи публічного управління в Україні повинні відбуватись на основі поетапних процесів завершення адміністративної та адміністративно-територіальної реформ, впровадження електронного врядування в діяльність органів публічної адміністрації, подальше завершення конституційної реформи у частині децентралізації влади, що передбачає передачу повноважень органам місцевого самоврядування, реформування системи публічного управління на основі відбудови країни, повернення територіальної цілісності та встановлення миру в державі.

Основною вимогою до нової базової моделі системи публічного управління є забезпечення дотримання принципу системності та координації вчинення гуманітарно-спрямованих дій і заходів, оскільки їх відсутність або нехтування призводить до проявів непослідовності або навіть передчасності, що порушує суспільну стабільність, очікувану результативність функціонування системи публічного управління й адміністрування, тобто того, що ми спостерігаємо саме сьогодні. Невирішеною проблемою залишається пошук вдалих форм організації влади в органах місцевого самоврядування з метою досягнення врівноваження компетенцій та повноважень, які б запобігали можливим проявам сепаратизму та відповідали завданням загальнонаціональних інтересів держави.

В контексті розгляду даного питання звертаємо увагу на проблемі низького рівня життя значної частини сімей у поєднанні з втратою житла та суттєвою диференціацією доходів. Все це засвідчує неефективність діючих соціальних інститутів та зумовлює необхідність розвитку цивілізованих соціально - орієнтованих правових відносин в Україні, спрямованих на захист основоположних прав людини на життя.

Очевидно, що соціально-гуманітарна політика є універсальною, необхідною і функціонально значущою сферою життєдіяльності суспільства, а її характер і масштаби реалізації визначаються рівнем соціальної диференціації і складністю соціально-гуманітарних відносин, що вимагають постійних зусиль від органів влади.

Державна політика національної безпеки є одним зі способів забезпечення прав людини, легальності влади, і, відповідно, збільшує ефективність громадських і державних перетворень. Дана політика необхідна не лише державі, але і громадянам, вона формує певну систему громадського світогляду, дає розуміння орієнтирів, цілей, ідеалів розвитку суспільства. Система національної безпеки, уособлюючи загальні принципи політики держави, стратегію її розвитку, формулює уявлення про напрям розвитку суспільства і держави. Відтак, назріла необхідність активізації соціально-

гуманітарної ролі держави, відпрацювання механізму взаємодії держави й суспільства на захист прав людини, забезпечення гідних умов життя, що сприятиме зростанню добробуту громадян. Публічне управління в соціально-гуманітарній сфері формує образ майбутнього країни, як найближчого, так і віддаленого, виступаючи, таким чином, рушійною силою суспільного розвитку, захистом прав і свобод людини і громадянина.

Список використаних джерел:

1. Аналіз теоретичних підходів до визначення сутності складових дефініцій публічного управління та адміністрування / О. Михайловська та ін. Університетські наукові записки. 2016. № 58. С. 241–253
2. Реформа системи державного управління та місцевого самоврядування в Україні: стан, виклики, перспективи здійснення : наукова доповідь / авт.кол. ; за заг. ред. В. Куйбіди. Київ : НАДУ, 2018. 180 с.
3. Моніторинг децентралізації станом на 10 січня 2018 р. URL : http://decentralization.gov.ua/monitoring2018_01_ua#main-info.
4. Концептуальні засади розвитку системи забезпечення національної безпеки України : аналітична доповідь / О. Резнікова та ін. Київ : НІСД, 2015. 58 с.
5. Соціальний захист населення України : навч. посіб. / Авт. кол. : І.Ф.Гнибіденко, М.В.Кравченко, О.М.Коваль, О.Ф.Новікова та ін.; за заг. ред. В.М.Вакуленка, М.К.Орлатого. — К. : Вид-во НАДУ;

Фоменко Світлана Іванівна

здобувач магістерського рівня вищої освіти

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Титаренко Любов Миколаївна

к.п.н., доцент

Інститут Публічної служби та управління

Національного університету «Одеська політехніка»

Удосконалення реалізації освітньої політики в публічному управлінні: проблеми та перспективи в невизначених умовах повоєнного часу

Актуальність нашого дослідження полягає в тому, що удосконалення реалізації освітньої політики в публічному управлінні співвідноситься з гуманітарною спрямованістю освітньої політики і характерна зростанням ролі новітніх технологій у сучасній освіті.

Шляхи, задачі, та напрямки культурно-гуманітарної підготовки управлінських кадрів чітко окреслені в Законі України «Про державну службу». Це, в першу чергу, служіння народові України; демократизму і законності; гуманізму і соціальної справедливості; пріоритету прав людини і громадянина; професіоналізму; компетентності; ініціативності; чесності тощо [1,с.3]. В руслі сьогодення постає необхідність осмислення якісно нових ознак сучасної освіти в умовах викликів і змін нашої історичної доби, розуміння тенденцій її розвитку, внутрішніх протиріч і механізмів прогресу.

Разом з тим, варто зауважити, що використання новітніх технологій у галузі освіти невпинно зростає в усьому світі. У 2014 р. глобальний ринок онлайн-освіти оцінювався у 165,36 млрд дол., за прогнозами, до 2022 р. він зростає до 243,8 млрд дол.[2;3].

Освітня галузь визнана пріоритетною сферою соціально-економічного, духовного та культурного розвитку суспільства міжнародними інституціями. В нинішній час війни, для освітян постали виклики, загрози, професійні

випробування. Вагомими чинниками зростання ринку онлайн-освіти є гнучкість педагогічних кадрів, підвищення якості навчання, низька вартість, доступність, швидке збільшення кількості користувачів інтернету.

На сьогодні масово відкриті онлайн-курси охопили 900 університетів і зібрали 101 млн користувачів з усього світу. Наприкінці 2021 р. понад 900 університетів сумарно започаткували 11,4 тис. онлайн-курсів. Освітні онлайн-платформи Coursera, edX, FutureLearn та_XuetangX оголосили про запуск програм, завершивши які, можна отримати магістерський або бакалаврський ступінь з відповідним онлайн-дипломом. Кількість програм з дипломами зросла до 47, тоді як у 2017 р. їх було лише п'ятнадцять[4;5].

Проте, вітчизняна проблема визнання кваліфікацій, здобутих в онлайн-освіті, залишається проблематичною в стані війни із-за руйнування інфраструктури, знищення освітніх закладів. І це на сьогодні є винятково проблемою української освіти[4, с. 2-3]. Поки-що реакція цивілізованого світу співчутлива та тривожно-обнадійлива з вірою в перемогу над ворогом. Це ті чинники, що на сьогодні емоційно підтримують освітян, спонукаючи до активізації онлайн навчання.

Разом з тим, як зауважують вчені, більшість університетів розвинутих країн, що створюють масові онлайн-курси, поки-що не видають після їх завершення кредитні бали навіть своїм студентам. На сьогодні для української системи освіти важливим завданням є напрацювання механізмів сертифікації вітчизняних освітніх онлайн курсів, підтвердженої як державними органами освіти, так і провідними навчальними закладами та роботодавцями [5, с.4].

В умовах воєнного стану ефективно використання потенціалу новітніх технологій в освіті вимагає підвищеної уваги до формування у громадян цифрової грамотності, що має враховуватися під час розроблення і затвердження державних освітніх стандартів і безпосередньої освітянської роботи на місцях.

Одним із провідних засобів цифровізації освіти є створення Національної платформи цифрової освіти (НПЦО). Необхідно відзначити, що попри наявність відповідних рішень та значні кошти вкладені державою, органами місцевого самоврядування, реалізація зі створення та введення в дію Національної освітньої електронної платформи потребує доопрацювання. З огляду на це нагально необхідним є дозавантаження проєкту та його реалізація з урахуванням деяких помилок і виявлених недоліків. Виконання завдань, пов'язаних зі створенням цифрового освітнього контенту та відповідних сервісів, є невід'ємною складовою частиною створення НПЦО.

Саме згадані стандарти, нормативні документи та методики використання визначатимуть зміст, якість та ефективність модернізованого навчального процесу, щодо якого НПЦО має виступати інфраструктурним об'єктом – засобом забезпечення доступу та користування протягом цілеспрямованого процесу навчання.

Окрім того, освіта протягом життя – постає ключовим трендом сучасності. Швидкі темпи зростання знань і технологій є важливим фактором, який визначає необхідність упровадження інноваційних форм освіти та повномасштабної реалізації концепції «освіти протягом життя» (life long learning) [2, с.2-3]. Саме ця освіта є одним із найважливіших трендів сучасного процесу набуття обсягу знань, що дає змогу людині адаптувати і розвивати свої компетенції і професійні навички відповідно до швидких змін в соціально-політичних, економічних галузях, технологіях та на ринку праці.

З огляду на швидке поширення у світовій освітній практиці різноманітних форм неформального навчання, як основного сегмента освіти протягом життя для України сьогодні актуальним є вирішення проблем визнання неформальної освіти, сприяння розвитку різноманітних форматів онлайн-навчання, широке введення до освітньої практики програм для формування цифрових технологій – як підґрунтя компетенцій як учнів (студентів), так і для підвищення таких компетенцій вчителів (викладачів).

Розвиток і інституціалізація освіти протягом життя може стати ефективною відповіддю на виклик масовізації вищої освіти (з яким зіштовхується більшість розвинутих країн) і, безумовно Україна, в епоху сьогодення воєнних дій.

Список використаних джерел:

1. Закон України «Про державну службу»_(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 4, ст.43)
2. Воробйова О., Дебич, М., Луговий, В., Оржель, О., Слюсаренко, О., Таланова, Ж., Трима, К. (2019). Аналіз провідного вітчизняного та зарубіжного досвіду щодо оцінювання якості вищої освіти в умовах євроінтеграції (частина II) : аналітичні матеріали. (В. Луговий, Ж. Таланова, ред.). Київ: ІВО НАПН України. <https://doi.org/10.31874/978-617-7486-28-1-2019>
3. Державна освітня політика: сутність поняття, системність, історико-політичні аспекти. Журнал Віче №20 <https://veche.kiev.ua/journal/2757/>
4. Про проведення опитування державних службовців апарату Міністерства освіти і науки України щодо задоволеності умовами державної служби в частині врахування у кадровій політиці. Наказ МОН від 14.09.2022р.
5. By The Numbers: MOOCs in 2018 / Class Central MOOC Report. URL: <https://www.classcentral.com/report/mooc-stats-201845>

Холод Марія Володимирівна,

здобувач третього освітньо-наукового рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Колісніченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук

Публічне управління в освітній галузі: виклики сьогодення

Освітня галузь визнана пріоритетною сферою соціально-економічного, духовного та культурного розвитку суспільства міжнародними інституціями. Багатовимірність освітньої ролі можна розглядати як у глобальному (цивілізаційні зміни), так і у конкретизованому (становлення всебічно розвинутої особистості) контексті. Інтенсифікація ролі освіти відбувається у зв'язку з розвитком суспільства. Роль освіти в забезпеченні розвитку держави можна виділити: економічну, соціальну, науково-інноваційну, екологічну, культурну та управлінську складові. Освіта тісно пов'язана з усіма сферами життя.

Спираючись на науково-методологічні розробки зарубіжних і українських науковців, враховуючи сучасні тенденції в сфері управління та освіти, а також положення, що визначені в нормативно-правових документах, *публічне управління в галузі освіти* можна визначити як діяльність органів публічної влади та інших суб'єктів, яким делеговані публічні повноваження, спрямовані на впорядкування, функціонування, збереження та розвиток освітньої системи, яка представлена сукупністю складників освіти (освітні інститути формальної, неформальної та інформальної освіти, освітні програми, суб'єкти освітньої діяльності, органи управління освітою та органи забезпечення якості освіти, громадські організації в освітній сфері, освітня інфраструктура тощо), створених для забезпечення розвитку людського капіталу держави, задоволення запиту населення на освітні послуги та запиту на спеціалістів для ринку праці.

Основними механізмами публічного управління в освітній галузі є:

правовий – прийняття нормативно-правових актів та розробка засобів їх застосування; *організаційний* – створення й функціонування ефективної організаційної структури державно-громадського управління в освітній галузі; *фінансово-економічний* – розробка і використання інструментів економічної політики для розвитку освітньої галузі; *кадровий* – професійна підготовка кадрів для надання освітніх послуг в закладах освіти; *соціальний* – забезпечення соціального розвитку колективів закладів освіти та осіб, що отримують освітні послуги, підтримка соціальної стратифікації та забезпечення соціальної мобільності, соціальний контроль та профілактика соціального конфлікту; *мотиваційні* – створення моральнопсихологічного підґрунтя і мотиваційних умов освітньої діяльності; *матеріально-технічний* – забезпечення умов для використання приміщень, земельних ділянок з боку закладів освіти усіх форм власності та для отримання комунальних послуг; розроблення, виготовлення та постачання закладам освіти сучасного обладнання, засобів навчання для здійснення навчально-виховного процесу, комплектування фондів бібліотек тощо.[3]

Також до таких механізмів відносяться моніторинг управління якістю освіти, механізм управління інноваційним розвитком та інші сучасні новоутворені механізми. На даний момент часу, усі перелічені управлінські механізми потерпають не тільки від власних недосконалостей, але й від негативного зовнішнього впливу викликів, що постали після повномасштабного вторгнення країни-агресора. Серед них можуть бути виділені найбільші групи:

- *інфраструктурні*: зруйнована/пошкоджена інфраструктура закладів освіти внаслідок бойових дій, відсутність якісного постійного доступу до мережі інтернет, що вкрай негативно впливає на якість дистанційного навчання, недосконалості безпекової інфраструктури застарілих будівель закладів освіти і т.д.
- *кадрові*: недостатнє кадрове забезпечення закладів освіти через кадровий відтік внаслідок воєнних дій, евакуації та низьку привабливість роботи педагогів і т.д.

- *змісту та контенту*: зміст освіти та освітнє середовище не відповідають в достатній мірі Європейській рамці якості освіти та принципам інклюзії, невідповідність компетентностей випускників ЗПО та ЗВО вимогам сучасного ринку праці, асинхронність програм міністерств та закладів, залучених до реінтеграції ветеранів війни і т.д.
- *фінансування*: Обмеженість державних фінансових ресурсів, неоптимальна витратна мережа закладів освіти, відсутність залежності базового фінансування наукових установ та ЗВО, рівня оплати праці їх працівників від результатів і т.д.
- *системні*: Відсутність синергії між органами державної і місцевої влади, між органами влади і бізнесом. Відсутність якісних даних у сфері освіти та науки, цифрових інструментів їх збору та аналізу, необхідних для ухвалення якісних управлінських рішень.

Цей перелік не є вичерпним, проте відображає напрямки, які потребують негайного втручання. Адже зміни, що відбуваються в сучасному суспільстві потребують оновлення освітньої парадигми, еволюції моделі освіти як системи, що самоорганізовується. Освіта впливає на цивілізаційні зміни, які в свою чергу впливають на зміни в освіті.

Список використаних джерел:

1. Закон України "Про освіту"(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
2. Порядок використання коштів з рахунка для задоволення потреб освіти і науки (Постанова КМУ № 1256 від 08.11.2022 року) URL: <https://osvita.ua/legislation/other/87715/>
3. Невара Л.М. Міжнародно-правова модель гармонізації освіти: завдання для України С.220-223 URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/9681>

Шаблій Дарья Миколаївна,

здобувач другого магістерського рівня вищої освіти,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка»

Науковий керівник:

Колісніченко Наталя Миколаївна,

д.н.держ.упр., професор,

Інститут публічної служби та управління Національного університету

«Одеська політехніка», завідувач кафедри соціально-гуманітарних наук

Досвід країн світу у забезпеченні соціального захисту з урахуванням конкретних потреб у зв'язку з ВІЛ/СНІД.

Соціальний захист є чутливим до ВІЛ, якщо він охоплює людей, які знаходяться в групі ризику інфікування ВІЛ інфекцією або передбачає схильність до наслідків ВІЛ. Соціальний захист осіб, чутливих до ВІЛ, може бути згрупований в три великі категорії втручань [1]:

фінансовий захист шляхом переказів готівки, продуктів харчування чи інших форм фінансової допомоги для постраждалих від ВІЛ та найбільш уразливих груп населення;

програми, які підтримують *доступ до доступних якісних послуг*, включаючи лікування, освітні послуги, тощо наприклад, через соціальне медичне страхування та звільнення від плати за навчання;

політика, законодавство та регулювання для задоволення потреб і захисту прав найбільш вразливих осіб.

У 2011 році на зустрічі високого рівня Генеральної Асамблеї з питань СНІДу країни підкреслили наміри працювати над баченням ЮНЕЙДС [2]: нуль нових ВІЛ-інфекцій, нуль дискримінації та нуль смертей, пов'язаних зі СНІДом. Політична декларація зі СНІДу не лише підтверджує зобов'язання глобальної спільноти з досягнення загального доступу до профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки, але також встановлює набір глобальних цілей, трансформуючи принцип універсальності переходу від бажаної цілі до

конкретних і вимірюваних цілей. ВІЛ-чутливим особам для досягнення цих цілей потрібен соціальний захист. Щоб зробити це найбільш ефективно, приймаються Стратегії та Програми соціального захисту, що враховують ВІЛ, які мають бути повністю інтегровані в національну та міжнародну політику. Чільне місце серед міжнародних політичних ініціатив займає Ініціатива ООН щодо мінімального рівня соціального захисту. На національному рівні дуже важливо спиратися на очолювані урядом широкі ініціативи по боротьбі з бідністю, включаючи підтримку значної ролі організацій громадянського суспільства у розробці та реалізації програм.

Комплексний догляд і підтримка включає клінічні, психосоціальні, соціальні та економічні послуги, послуги з питань харчування, юридичні послуги та послуги з прав людини, а також підтримку сім'ї та громад, чого потребують уражені ВІЛ. Комплексний догляд і підтримка є обов'язковими для людей, які отримують лікування від ВІЛ, щоб забезпечити доступ до лікування та забезпечення його.

Те, як соціальний захист сприяє догляду та підтримці, підтверджуються такими заходами на державному рівні.

Фінансовий захист. Поєднання схем трансфертів із соціальною роботою та службами захисту є необхідним для зменшення кількості хворих. Законодавчі, нормативні та політичні зміни для зменшення стигми та захисту прав людей, які живуть з ВІЛ, і постраждалих дітей, включаючи захист спадщини для вдів, є іншими важливими компонентами догляду та підтримки. Протягом багатьох років організації громадянського суспільства надають допомогу та підтримку у бідних на ресурси районах. За останнє десятиліття уряди все частіше використовують програми соціального захисту для пом'якшення наслідків ВІЛ, зосереджуючись на найбідніших районах. Такі країни як Кенія та Зімбабве посилили соціальний захист у відповідь на велику кількість сиріт і вразливих дітей. В інших країнах, таких як Таїланд, де вже існує цілий ряд програм соціального захисту, є плани зробити їх більш чутливими до ВІЛ, наприклад, шляхом забезпечення інклюзії вразливих груп

населення, постраждалих від ВІЛ, які стикаються з труднощами доступу до відповідних послуг.

Програми догляду та підтримки реалізуються міністерствами соціального забезпечення в громадах. І міністерства, і громади очолюють відповідні програми зміцнення систем і підвищення потенціалу людських ресурсів. Це може допомогти покращити співпрацю, щоб збільшити доступ до послуг і покращити охоплення відповідними послугами, якість і доступність догляду та підтримки ВІЛ інфікованих.

Цілями соціального захисту стають:

- Фінансові інструменти соціального захисту. Мета - дозволити вразливим людям протистояти життєвим потрясінням, забезпечити дохід, необхідний для медичної допомоги, догляду за дітьми, навчання дітей, їжі та харчування, води, житла та інших основних предметів.

- Соціальна трансформація для створення сприятливого середовища. Мета - виступати за відповідні закони, політику та програми для зменшення стигматизації та дискримінації, пов'язаної зі СНІДом, зменшення бар'єрів для житла та працевлаштування та захисту прав працівників, які живуть з ВІЛ, на збереження роботи.

- Доступ до основних медичних і соціальних послуг. Мета - доступ до основних медичних і соціальних послуг для людей, які їх потребують, щоб запобігти ризику зараження ВІЛ і розширити доступ до профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки.

Розглянемо загальний комплекс заходів національних політик щодо соціального захисту відповідних груп населення.

Комплексний соціальний захист. Заходи щодо політики та програмування, такі як правові реформи для захисту прав людей, які живуть з ВІЛ, жінок та ключових груп населення.

ВІЛ-чутливий підхід. Люди, які живуть з ВІЛ, та інші ключові групи обслуговуються разом, щоб не виключати недостатньо охоплені групи населення.

Спеціальний соціальний захист від ВІЛ. Зосередження державної політики виключно на ВІЛ та людях, які живуть з ВІЛ та постраждали від нього. Наприклад безкоштовні послуги з ВІЛ та фінансові стимули для доступу до послуг з ВІЛ.

Соціальний захист, пов'язаний з ВІЛ. Розрахований на широку громадськість, але спрямований на боротьбу з ВІЛ. Наприклад пенсійні схеми, націлені на людей похилого віку (60+) у країнах із високим рівнем поширеності, також охоплюють осіб, які доглядають за хворими на ВІЛ, які стикаються з тягарем надання допомоги та послуг, пов'язаних з ВІЛ.

Серед необхідних умов реалізації відповідних заходів країнами визнаються такі: політична воля, цілеспрямовані дії, стратегічне інвестування правильних послуг у правильних місцях для правильних людей; розширення доступу до початкової та середньої освіти за допомогою програм розширення можливостей для працевлаштування; посилення співпраці та співфінансування послуг у сфері ВІЛ, соціального захисту, сексуального здоров'я та репродуктивних прав; програми реалізації гендерної рівності та зменшення насильства щодо жінок та ключових груп населення; розвиток міцних партнерських стосунків, у тому числі з мережами осіб, які живуть з ВІЛ.

Список використаних джерел:

1. Реалізація та розширення програм для усунення пов'язаних з правами людини бар'єрів на шляху доступу до послуг у сфері ВІЛ. The Global Fund. Frontline AIDS, 2020. 128. URL : https://www.theglobalfund.org/media/9975/crg_programmeshumanrightsbarriershivservices_guide_ru.pdf
2. ЮНЕЙДС. Глобальне партнерство щодо викорінення всіх форм стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ. 2019. Женева. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_ru.pdf

Наукове видання

**СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ ВИМІРИ РОЗВИТКУ
УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА
В НЕВИЗНАЧЕНИХ УМОВАХ
ПОВОЄННОГО ЧАСУ**

Матеріали

Регіональної науково-практичної конференції

30 листопада 2022 року

Головний редактор **О. І. Воронов**

Технічний редактор **М. В. Холод**