



Матеріали науково-практичної
конференції з міжнародною участю

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(20 жовтня 2022 р.)



МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»
(20 жовтня 2022 р.)

Київ
2022

УДК 614+351.77](477)(06)

П88

Рішення Вченої ради Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика від 19.10.2022 р. № 7.

П 88 Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції (м. Київ, 20 жовтня 2022 р.) / Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Київ: МОРІОН, 2022. — 216 с.
ISBN 978-966-999-310-6

У збірнику представлені матеріали науково-практичної конференції «Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я». Розглядаються загальні питання з проблематики публічного управління та адміністрування, державного управління, економіки, політики тощо у сфері охорони здоров'я.

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

УДК 614+351.77](477)(06)

ISBN 978-966-999-310-6

© Колектив авторів, 2022

© Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, 2022

ЗМІСТ

Секція 1.

Тези доповідей спікерів та модераторів конференції	7
Роль публічного управління у формуванні антикризових заходів закладами охорони здоров'я <i>Олег Миколайович Немцінов</i>	7
Вплив державного управління на діяльність багатопрофільних закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану <i>Олександр Костянтинович Толстанов</i>	11
Медична дипломатія <i>Ростислав Васильович Палагусинець</i>	14
Публічне управління системою охорони здоров'я в період воєнного часу <i>Сергій Геннадійович Убогов, Василь Миколайович Михальчук</i>	18
Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я в Україні на засадах використання адаптивних інструментів менеджменту <i>Назар Юрійович Подольчак</i>	21
Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері <i>Зоряна Михайлівна Бурик</i>	24
Проблеми реалізації базових прав людини: на життя, на здоров'я, на воду та санітарію, на житло (в контексті питання: права людини і сталий розвиток) <i>Ірина Іванівна Крилова</i>	28
Теоретичні засади реформування охорони здоров'я в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуацій <i>Оксана Ігорівна Пархоменко-Куцевіл</i>	32
Публічне управління системою забезпечення якісними послугами реабілітації населення в післявоєнний період <i>Клавдія Василівна Дубич</i>	35
Функціонування Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту як складової Державної служби України з надзвичайних ситуацій в умовах воєнного стану. <i>Петро Борисович Волянський</i>	38
Захист прав управлінців у сфері охорони здоров'я <i>Марина Брюховецька</i>	43
Слабкі сторони сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану <i>Зоряна Володимирівна Гбур</i>	46
Парадигма охорони здоров'я в умовах війни та соціально-економічних викликів <i>Степан Михайлович Голубка, Михайло Михайлович Голубка</i>	51

Секція 2.

Обговорення: тези учасників конференції

53

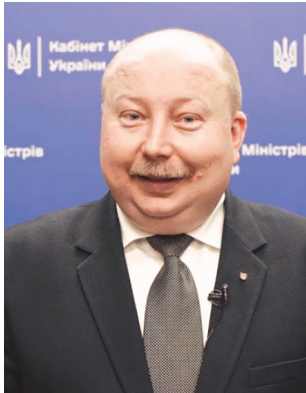
Суб'єкти державного управління вирішенням колективних трудових спорів, Національна служба посередництва та примирення <i>О.О. Акімов</i>	53
Поняття та суб'єкти державної кадрової політики <i>Ж.М. Базалицька</i>	57
Державний нагляд та контроль за додержанням законодавства про охорону праці <i>К.С. Білоус</i>	60
Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України <i>Г. Вовченко</i>	64
КМУ і Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України — суб'єкти державного управління в екологічній сфері <i>О.І. Глушко</i>	66
Реформування та організація державного управління та державної служби <i>І.Л. Гузар</i>	70
Органи місцевого самоврядування та їх посадові особи <i>О.О. Гузієнко</i>	73
Організація надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах війни <i>Н.Г. Діденко</i>	77
Повноваження органів виконавчої влади в умовах воєнного стану <i>І.Г. Деревинський</i>	80
Проблеми державного управління сферою освіти під час воєнного вторгнення РФ в Україну <i>С.В. Довгалюк</i>	84
Соціальна політика щодо забезпечення реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії <i>К.В. Данилюк</i>	88
Актуальні проблеми державного управління системою цивільного захисту в умовах війни <i>О.М. Даніленко</i>	90
Нормативно-правові та медичні аспекти реалізації державної політики в галузі дитячого спорту <i>О.В. Долгополова</i>	92
Суб'єкти державного управління вирішенням колективних трудових спорів, Національна служба посередництва та примирення <i>Д.В. Жмурик</i>	96
Поняття, види та характеристика функцій місцевих рад та їх виконавчих органів <i>В.С. Коваленко</i>	100

Державна політика у сфері надання безоплатної правової допомоги <i>А.І. Кривошеєва</i>	103
Питання щодо кола правоохоронних органів <i>О.О. Кравченко</i>	107
Економіко-математичні моделі прогнозування розвитку космічної галузі <i>С.П. Кошова</i>	111
Організаційно-правові засади діяльності бюро судової медичної експертизи під час воєнного стану <i>О.С. Клименко</i>	116
Публічне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в післявоєнний період <i>А.С. Клименко</i>	119
Проблеми державного регулювання оплати праці працівників бюджетної сфери <i>В.В. Крохмаль</i>	120
Дипломатичні аспекти зовнішньої політики України <i>І.О. Кулик</i>	125
Особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій <i>І.Б. Левчук</i>	126
Вплив державного управління на рівень захворюваності населення України на злякисні новоутворення <i>І.В. Максимюк</i>	128
Аспекти професійного і особистісного розвитку державних службовців <i>О.Я. Музиченко</i>	132
Громадське здоров'я як складова сталого розвитку у сфері охорони здоров'я <i>М.М. Михайленко</i>	135
Охорона здоров'я та права людини у конституціях країн Європи <i>О. Мельник</i>	137
Роль засобів масової інформації в публічному управлінні <i>Я.С. Начеса</i>	140
Управління компетентнісним розвитком керівника в системі державної служби <i>П.В. Науменко</i>	141
Верховний Суд: повноваження, склад та структура <i>А.С. Опанасюк</i>	147
Загальні проблеми реалізації юридичної відповідальності працівників закладу охорони здоров'я <i>А.О. Половіна</i>	152
Удосконалення порядку організації надання медичних послуг у комунальних закладах охорони здоров'я України <i>В.П. Писаренко</i>	153

Зміни антикорупційного законодавства за період незалежності України <i>В.М. Приходько</i>	156
Організаційно-правовий механізм державного управління наданням соціальних послуг у територіальних громадах <i>К.К. Сухова</i>	158
Виконавче провадження як механізм виконання рішень суду <i>О.О. Самборська</i>	161
Публічне управління системою надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги <i>О.О. Садовський</i>	164
Загальне поняття цивільних правовідносин, правочину та договору <i>І.В. Скиба</i>	165
Аналіз державного регулювання системи охорони здоров'я в країнах з моделлю Беверіджа <i>О.І. Сирма</i>	168
Шляхи модернізації системи управління якістю медичних послуг у первинній медичній допомозі в Україні <i>В.І. Ткаченко</i>	171
Зайнятість населення: аспект державного управління <i>Д.С. Тесленко</i>	175
Трудові права як підґрунтя виникнення права на відпочинок <i>В.В. Харенко</i>	180
Право на соціальне забезпечення <i>В.В. Цимбал</i>	186
Аналіз проблем державного управління у сфері соціальних послуг <i>С.В. Цісарж</i>	191
Керівник кадрів у сфері охорони здоров'я України — професійний відбір чи необхідність <i>Р.Н. Шалько</i>	194
Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я <i>В. Шкарбан</i>	197
Європейський досвід формування місцевих бюджетів <i>І. Щуріна</i>	200
Конституційний принцип поділу влади <i>О.А. Якименко</i>	203
Стратегічне планування надання медичної допомоги хворим в умовах воєнного стану <i>М.В. Ямковий</i>	207

Секція 1.

Тези доповідей спікерів та модераторів конференції



Олег Миколайович Немцінов

Кандидат наук з державного управління, міністр Кабінету Міністрів України

Роль публічного управління у формуванні антикризових заходів закладами охорони здоров'я

Для подолання кризових ситуацій у сфері охорони здоров'я необхідно виробити новий підхід до управління діяльністю закладів охорони здоров'я, який би був орієнтований на всі аспекти суспільного життя. Як правило, основні заходи попередження кризових ситуацій передбачають необхідність максимального збереження всіх наявних ресурсів, що не припустимо у сфері охорони здоров'я. Адже лікування хворих без діагнозу, для якого потрібне новітнє обладнання, не можливе без ліків, а лікарні потребують кваліфікованого персоналу для надання медичної допомоги, а не для закупівлі хворим їжі під час лікування. Завдяки стрімкій появі та впровадженню нових технологій система охорони здоров'я характеризуватиметься високою ресурсоемністю та водночас постійно зростатиме в усіх закладах охорони здоров'я, але при цьому не слід забувати і про антикризові заходи.

З огляду на це, суттєвої уваги потребують питання публічного управління в напрямку формування антикризових заходів у закладах охорони здоров'я,

а також ресурсних можливостей для кращих у своєму класі результатів, що зумовлюють актуальність цього дослідження.

Надання відповідної медичної допомоги в кожній конкретній ситуації значною мірою залежить від необхідних і наявних ресурсів та прийняття відповідних рішень і дій органами державної влади для консолідації зусиль усіх служб, пов'язаних із конкретною ситуацією. Успішне реагування на кризу вимагає від державних установ всебічного планування, координації, співпраці та консультацій з багатьма службами та агенціями реагування, включаючи служби швидкої медичної допомоги, заклади охорони здоров'я та медичних працівників на місцевому та регіональному рівнях, служби екстреної медичної допомоги, громадські організації [1].

У рамках ефективної організації роботи система управління попередженням кризових ситуацій має створювати умови для пріоритетного підвищення професіоналізму та кваліфікації медичного персоналу всіх рівнів. Це потребує послідовної реалізації заходів щодо підвищення культури охорони здоров'я на оперативному та стратегічному рівнях. Щоб реагувати на кризову ситуацію, заклади охорони здоров'я повинні запровадити комплексну програму запобігання кризі. Проте ситуація ускладнюється тим, що не в усіх закладах охорони здоров'я є кваліфікований персонал, який володіє знаннями та навичками у сфері кризової комунікації.

Сучасний кадровий потенціал є основою забезпечення функціонування всієї системи охорони здоров'я. Виходячи з цього, можна визначити перелік проблем, які впливають на рівень надання медичної допомоги. Ефективне функціонування системи охорони здоров'я потребує забезпечення належного рівня кваліфікації та навчання, а також ефективних механізмів планування потреб у кадрах закладів охорони здоров'я. Оскільки кожна ситуація різна, універсальних дій із реагування на кризу для закладів охорони здоров'я не існує. Кожен успішний вихід вимагає індивідуального підходу, що, своєю чергою, потребує високого рівня управлінської майстерності. Керівник медичного закладу повинен ретельно контролювати діяльність закладу та розробити програму реагування на кризові ситуації у разі виявлення обставин, що свідчать про назрівання небажаної ситуації, з урахуванням специфіки закладу охорони здоров'я та запропонованих дій [3].

Крім того, кризові ситуації характеризуються необхідністю налагодження міжвідомчої та внутрішньовідомчої взаємодії органів влади, що потребує особливого підходу до управління обмеженими ресурсами в кризовій ситуації та безперервної комунікації між органами влади та закладами охорони здоров'я [4].

В умовах розвитку ринкової економіки діяльність державних суспільно-управлінських органів має бути зведена до мінімуму, щоб не перешкоджати функціонуванню економічних механізмів, спрямованих на збалансування інтересів виробників і споживачів. Проте для забезпечення сталого розвитку суспільства необхідна певна структуризація його складових, що більшою мірою впливає на ефективний розвиток усіх сфер національної економіки. Роль публічного управління в такому контексті полягає в регулюванні суб'єкт-об'єктних відносин,

що виникають у сфері охорони здоров'я щодо надання та споживання медичних послуг відповідно до принципів об'єктивності, конкретності, науковості та ефективності. Таким чином, можна сформулювати економічну стратегію концепції сталого розвитку, зведену до реалізації «стартової» організаційної функції держави, з метою формування умов для самоорганізації відносин виробництва і споживання, вирішення завдання реалізації справедливості для навколишнього середовища в отриманні медичних послуг.

При розробці механізмів, спрямованих на запобігання кризовим ситуаціям у сфері охорони здоров'я, держава повинна виконувати чотири основні функції: інформаційну, інноваційну, ресурсну та контрольну. Зміст цих функцій тісно пов'язаний з виконанням трьох завдань, основним з яких є розробка заходів антикризового управління на основі раннього аналізу та діагностики кризових ситуацій.

Так, інформаційна функція полягає у визначенні ключових факторів, що впливають на виникнення кризових ситуацій, поширенні досвіду управління ризиками з використанням інформаційних технологій, виявленні чинників впливу на кризові ситуації в закладах охорони здоров'я. Ресурсна функція передбачає перепідготовку кадрів для практичного застосування знань у кризових ситуаціях. Своєю чергою, інноваційна функція спрямована на інституційні зміни зовнішнього середовища, сприятливі для розвитку інновацій, заохочення інновацій і розвиток передачі медичних технологій. Разом з тим функція контролю передбачає організацію постійного моніторингу стану сфери охорони здоров'я; аналіз можливих наслідків розвитку кризи сфери охорони здоров'я; оцінку ефективності реагування на кризу [2].

З огляду на вищенаведене, доцільно зауважити, що основні проблеми кризи охорони здоров'я в Україні пов'язані зі зменшенням чисельності або старінням населення, а також недостатнім виділенням ресурсів, у тому числі фінансових, матеріально-технічних і людських, для зміцнення фахівців закладів охорони здоров'я.

Вважається, що покращання публічного управління сферою охорони здоров'я можливе за участю міжнародної групи експертів із представників країн ЄС для визначення оптимальних механізмів переходу до загальнообов'язкового національного медичного страхування. Основним критерієм оцінки ефективності реформи має стати рівень гарантування прав українців на охорону здоров'я, а не час повного переходу на систему медичного страхування [5].

Антикризове публічне управління характеризується реалізацією заходів прямого та опосередкованого впливу для створення умов для підвищення ефективності систем у соціально-економічній сфері шляхом збереження природних закономірностей розвитку. Основою традиційної концепції сталого розвитку є гармонія та баланс соціальних, екологічних та економічних інтересів соціальних систем у процесі теперішньої та майбутньої реконструкції. Особливістю цих реорганізацій у кризовий і докризовий періоди є значна обмеженість фінансових,

трудових та інших ресурсів і критична важливість забезпечення запланованих результатів.

Роль публічного управління до та під час криз у сфері охорони здоров'я полягає в підтримці реструктуризації систем охорони здоров'я та забезпеченні працездатності населення у відповідь на нагальну потребу у відновленні здоров'я. При цьому при спілкуванні з хворими і близькими необхідно стежити за підтриманням психоемоційного стану, спрямованого на одужання. Рушійною силою ефективності управління попередженням кризових ситуацій є перетворення функцій реагування на управлінські дії в системах охорони здоров'я. Це забезпечується через організацію механізмів програмування з урахуванням багатовимірності процесів у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, можна зробити висновок, що кризове реагування у сфері охорони здоров'я є складним і необхідним процесом. Стратегії реагування на кризу та контрзаходи слід постійно вдосконалювати, поки вони не приведуть до стабілізації розвитку системи охорони здоров'я. Важлива роль у такому процесі належить публічному управлінню, адже органи публічного управління відіграють одну із провідних функцій у формуванні антикризових заходів закладами охорони здоров'я.

На нашу думку, передумовою ефективного публічного управління у сфері охорони здоров'я повинна бути насамперед розробка національної політики, яка має базуватися на національній доктрині здоров'я, що окреслює стратегічні цілі розвитку охорони здоров'я України. З огляду на це, до завдань такої політики потрібно включити такі пункти, як поліпшення медико-демографічної ситуації; збереження та зміцнення здоров'я населення; підвищення рівня культури здоров'я населення; формування здорового способу життя; подальше вдосконалення національної охорони здоров'я, оптимізація мережі та структури закладів охорони здоров'я; посилення ролі первинної медичної допомоги; розробка стратегічних цілей розвитку охорони здоров'я та концептуальних рамкових умов антикризового управління; надання інформації, в тому числі юридичної підтримки процесів реформування та інших заходів системи охорони здоров'я тощо.

Список використаної літератури

1. Малонога С.О. (2021) Публічне управління екстреною медичною допомогою в кризових ситуаціях: формування системи реагування. Інвестиції: практика та досвід, № 9: 137–142.
2. Крупський О., Стасюк Ю. (2022) Особливості антикризового управління розвитком діяльності суб'єктів підприємництва у сфері охорони здоров'я. Організаційно-економічні аспекти розвитку підприємницьких структур в Україні та світі: моногр. За заг. ред. Т. Гринько С. 123–164.
3. Сазоненко Л.В., Толстанов О.К. (2021) Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід, № 16: 86–92.
4. Luciana Teodora Rotaru, Cosmin Ciulu. The Management Of Crisis Situations Medical Involvement. www.researchgate.net/publication/279975939_The_Management_Of_Crisis_Situations_Medical_Involvement.
5. Книш С.В. (2019) Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. Актуальні проблеми правознавства, № 1: 54–59.



Олександр Костянтинівич Толстанов

Доктор медичних наук, професор, в.о. ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України

Вплив державного управління на діяльність багатопрофільних закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану

В умовах війни система та структура охорони здоров'я ділять перше місце разом з оборонним комплексом. Важливе місце у структурі закладів охорони здоров'я України займають багатопрофільні лікарні, медична допомога в яких надається за багатьма спеціальностями. В умовах війни на них припадає найбільше навантаження, адже, крім цивільного населення, медики повинні обслуговувати поранених військових. У таких умовах багатопрофільні заклади охорони здоров'я потребують державної підтримки, а саме злагодженої роботи її уповноважених органів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками та інші суб'єкти державного управління докладають усіх зусиль для забезпечення безперервної роботи багатопрофільних медичних закладів. Їх робота в умовах воєнного стану залежить від прийнятих ними управлінських рішень.

Зважаючи на те що більшість багатопрофільних закладів охорони здоров'я України знаходиться в державній та комунальній власності, актуальним є питання впливу державного управління на їх діяльність під час війни.

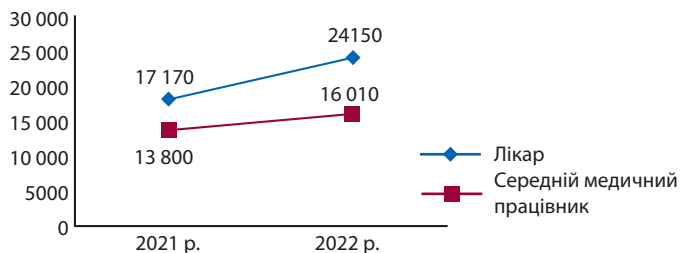
Державне управління багатопрофільними закладами охорони здоров'я здійснюється через відповідні форми управлінської діяльності, до яких можна віднести встановлення загальнообов'язкових норм і видання правових управлінських актів, здійснення організаційних заходів, проведення матеріально-технічних операцій [1]. Важливим елементом державного управління є контроль з боку держави. Спеціально уповноважені органи виконавчої влади контролюють та наглядають за дотриманням законодавства у сфері охорони здоров'я, стандартів надання медичних послуг закла-

дами охорони здоров'я, медичних технологій тощо. Таким чином, держава здійснює регулювання сфери охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема.

Державне управління в умовах війни ускладнюється проблемами в медичній сфері, які виникли через повномасштабне військове вторгнення в Україну.

1. *Руйнування інфраструктури.* Згідно з даними МОЗ російськими окупантами пошкоджено 906 закладів охорони здоров'я. Повністю зруйновано 123 медичні заклади. Значні втрати фіксуються серед медпрацівників. Відомо, що поранено 59 та вбито 18 осіб. Обстріляно та пошкоджено осколками 87 автомобілів швидкої допомоги. Більше 200 «швидких» викрадено окупантами [2]. Згідно з даними Міністерства економіки та KSE Institute збитки внаслідок руйнування та пошкодження об'єктів медичної інфраструктури перевищують 1,6 млрд дол. США. Загалом медична галузь України вже втратила більше 2,7 млрд дол.
2. *Відтік та втрата кадрів.* З початком війни в посиленому режимі працюють усі заклади охорони здоров'я. Особливе навантаження на медичний персонал відзначається в багатопрофільних лікарнях, в яких медична допомога пропонується за багатьма спеціалізаціями. У регіонах, де продовжуються бойові дії, медичний персонал цілодобово не залишає лікарні. Нерідко доводиться працювати в підвалах та бомбосховищах. З районів активних бойових дій спостерігається відтік медичного персоналу за кордон та в західні області України. Таким чином, відбувається непропорційний перерозподіл медиків всередині країни. На сьогодні їх не вистачає в південних, північних та східних областях. Водночас на заході України зафіксовано перенасичення фахівцями. Як наслідок, у низці територіальних громад Донецької, Харківської, Дніпропетровської, Луганської, Запорізької, Херсонської Миколаївської, Сумської та Чернігівської областей немає необхідної кількості багатопрофільних закладів охорони здоров'я та лікарів, які можуть надавати кваліфіковану медичну допомогу захисникам та мирним жителям.
3. *Оплата праці.* На сьогодні велика кількість багатопрофільних закладів охорони здоров'я не має можливості своєчасно виплачувати заробітну плату медикам, яка у 2022 р. для лікарів зросла до 24 140 грн, а для середніх медичних працівників — до 13 800 грн (рисунок).

Рисунок Середня заробітна плата медиків у 2021–2022 рр., грн [3]



Примітка: систематизовано автором.

4. *Бомбосховища.* Нині в більшості багатoproфільних закладів охорони здоров'я відсутні належно облаштовані бомбосховища. Підвали, які називають укриттями, не витримують масованих обстрілів, не кажучи про ракетні удари. Нерідко в них відсутні автономна система вентиляції та водопостачання. Суцільні стелі роблять їх непридатними для укриття. Тривале перебування тяжкохворих, які потребують терапії, в таких підвалах не можливе.
5. *Значні витрати на утримання багатoproфільних закладів охорони здоров'я.* У першу чергу, це пов'язано з підвищенням тарифів на воду, тепло та електроенергію.

Незважаючи на ряд труднощів, система охорони здоров'я України вистояла. Багатoproфільні та інші заклади охорони здоров'я продовжують працювати. Проводяться складні невідкладні операції, планові трансплантації, досить активно працює служба крові. Багато в чому це стало можливим завдяки професіоналізму та великому досвіду українських лікарів, який вони отримали при проведенні складних операцій та лікуванні тяжкопоранених бійців у 2014–2015 рр. Варто віддати належне фаховому державному управлінню.

Багатoproфільні лікарні, медична допомога в яких надається за багатьма напрямками, займають важливе місце у структурі закладів охорони здоров'я України. Сьогодні вони змушені працювати в умовах війни, тому підтримка держави є особливо важливою. Від виважених управлінських рішень та дій держави в особі її уповноважених органів залежать робота багатoproфільних закладів охорони здоров'я та їх здатність надавати своєчасну медичну допомогу населенню та захисникам.

Список використаної літератури

1. Коваль Л.В. (1998) Адміністративне право: курс лекцій для студентів юрид. вузів і факультетів. 208 с.
2. Від початку війни 123 лікарень зруйновано, 18 медиків загинули — дані МОЗ. 0532.ua, 2022. www.0532.ua/news/3445790/vid-pochatku-vijni-123-likaren-zrujnovano-18-medikiv-zaginuli-dani-moz.
3. В Україні зросла середня зарплата медиків. tsn.ua, 2022. tsn.ua/zdorovya/v-ukrayini-zrosla-serednya-zarplata-medikiv-2130439.html.



Ростислав Васильович Палагусинець

Доктор наук з державного управління, кандидат економічних наук, заступник керівника відділу Управління забезпечення міжпарламентських зв'язків Апарату Верховної Ради України

Медична дипломатія

Дипломатія сама по собі є досить широким визначенням, однак виділяють багато її різновидів. Наприклад, економічну, культурну, публічну, громадську, превентивну, навіть ікорну дипломатію, так деякі країни вдаються до підкupu своїх контрагентів за допомогою чорної ікри. Проте сьогодні мова піде про новий ефективний інструмент «м'якої сили» — медичну дипломатію. За допомогою цього інструменту деякі країни намагаються досягти своїх зовнішньополітичних цілей.

Пропоную на прикладі Китаю розглянути роль медичної дипломатії в зовнішньополітичній стратегії. 2020 р. став для Китаю одним із найвагоміших періодів у питанні зміцнення позицій на міжнародній арені.

Останні десятиліття Китай сформував власну унікальну систему інструментів політики «м'якої сили». Зовнішньополітична стратегія КНР спрямована на створення позитивного іміджу Китаю на світовій арені. У цьому контексті особлива роль належить медичній дипломатії. Це особлива форма зовнішньополітичної діяльності з надання медичної допомоги іншим країнам, вироблення ефективних кроків у вирішенні проблем охорони здоров'я людей, налагодження науково-інформаційного обміну в галузі профілактики та боротьби з небезпечними захворюваннями. У 2019–2021 рр. «медична дипломатія» стала одним із головних факторів посилення позиції КНР на міжнародній арені. Про це свідчить низка фактів. Китай одним із перших прийняв удар епідемії COVID-19 і здійснив рішуче придушення пандемії коронавірусу як усередині країни, так і за межами держави. З самого початку пандемії КНР активно співпрацювала з ВООЗ та іншими міжнародними організаціями з питань дослідження, профілактики та боротьби з COVID-19. Сьогодні вже можна

говорити про медичну дипломатію Китаю як про механізм підтримки та надання допомоги світовій спільноті, що склався в умовах тотальної загрози для здоров'я. Коли наприкінці 2019 р. у китайському місті Ухань стався спалах пандемії нового типу коронавірусу, Китай вдався до оперативного закриття міста та провінції Хубей, введення режиму карантину по всій країні, а також повної мобілізації всіх державних та громадських інститутів. Ці заходи допомогли локалізувати епідемію та звести до мінімуму кількість нових випадків зараження. У той же час Італія, а потім і США в кілька разів обігнали КНР за кількістю заражених та померлих від COVID-19.

Гуманітарна допомога стала важливим елементом медичної дипломатії. До 31 березня 2020 р. китайський уряд надав 120 країнам та 4 міжнародним організаціям хірургічні маски, респіратори, захисні костюми, набори для тестування нуклеїнових кислот, апарати штучної вентиляції легень (ШВЛ) та іншу допомогу. Крім того, у форматі відеоконференцій китайські лікарі та вчені регулярно ділилися досвідом та знаннями в галузі тестування, відстеження контактів, заходів профілактики та контролю, клінічного лікування коронавірусу з іноземними колегами. Приватні компанії КНР (наприклад Huawei, Alibaba) направили мільйони масок, тестів та інших медичних виробів в Італію, Іспанію, Францію, Німеччину, Бельгію, країни Східної Європи. Світові ЗМІ, політики та громадські організації почали звертати увагу не лише на ефективність заходів, вжитих урядом КНР, а й на китайську систему охорони здоров'я.

Важливим елементом медичної дипломатії стала розробка вакцини. У березні 2020 р., коли у світі пандемія тільки набирала обертів, у КНР при використанні різних наукових досягнень і технологій було створено вакцину проти коронавірусу та почалося її випробування. Щоб підвищити ефективність вакцин, глава Китайського центру з контролю та профілактики захворювань Гао Фу закликав їх «комбінувати». Так, китайські фармконцерни через фірму Fosun Pharma закуповували компоненти для своїх вакцин у компаній BioNTech і Pfizer та методом комбінації створювали безпечніші зразки. В умовах економічної кризи та епідеміологічних складнощів, що виникли в міжнародній торгівлі, Китай змушений був тимчасово відкласти реалізацію програми «Один пояс, один шлях». Проте керівництво КНР запропонувало включити медичну дипломатію в цей проєкт. Йдеться про «Шовковий шлях здоров'я», відповідно до якого Китай має спрямовувати свої вакцини і медичні вироби до країн, що розвиваються, тим самим підвищуючи свій міжнародний авторитет.

Медична дипломатія в сучасних умовах є ефективним інструментом «м'якої сили» КНР у вирішенні міжнародних проблем і разом з іншими елементами «м'якої сили» робить Китай гравцем глобального рівня. Це стало можливим завдяки тому, що «м'яка сила» Китаю в галузі глобальної охорони здоров'я допомогла країні отримати політичну та економічну можливість розширити свій вплив у світовій політиці. У ситуації епідемії COVID-19 медична дипломатія стала найважливішим компонентом зовнішньої політики Китаю. На противагу імпульсивним заходам багатьох країн у боротьбі з поширенням зараження (локдаун, зупинка економічної діяльності) «м'яка сила» КНР виявилася найбільш ефективною та дієвою у вирішенні багатьох епідеміологічних проблем.

Іншим прикладом країни, яка активно використовує медицину для покращення свого іміджу на міжнародній арені, є Куба. Коли в розпал епідемії італійські лікарні знемагали під напливом тяжкохворих, на заклик допомогти однією із перших відзужнулася Куба. 22 березня в аеропорт Мілана прибули 52 кубинські фахівці та розпочали роботу в польовому госпіталі містечка Крема.

Це стало суттєвим іміджевим досягненням для Куби. Вперше допомогу соціалістичного «Острова свободи» прийняла держава Великої сімки.

Крім Італії, Куба направила своїх лікарів для боротьби з епідемією в десятки інших держав. Понад тисяча медиків бригади «Генрі Рівза», що спеціалізуються на протиепідеміологічній боротьбі та допомозі при невідкладних ситуаціях, вирушили до Андорри, Катару, Анголи, Південної Африки та численних острівних держав і заморських територій Франції в Карибському морі.

Проте за медичними місіями Куби стоїть складніша історія. У ній переплетені економічні та дипломатичні інтереси Куби та інших країн — а також непрості долі самих медиків, що за останні десятиліття стали найбільш успішними амбасадорами Куби у світі.

Безкоштовна для населення медична система Куби — чи не найбільша її гордість. Офіційно на тисячу кубинців припадає 9 лікарів, що є найвищим показником у світі. Це дозволяє щороку перевіряти стан здоров'я кожного кубинця і робити ставку на запобігання захворюванням.

За такими показниками, як тривалість життя та смертність серед новонароджених ця загалом бідна країна не поступається передовим країнам світу. Ще за часів правління Фіделя Кастро медичні місії кубинців вирушали в різноманітні країни Африки та Латинської Америки, щоб допомогти союзникам та показати начисто «дієвість соціалістичних ідей».

За 57 років у місіях встигло попрацювати декілька сотень тисяч кубинських медиків. Крім того, десятки тисяч іноземців вивчали медицину на Кубі. Побували на Кубі і тисячі українських дітей у рамках реабілітації від наслідків Чорнобильської катастрофи.

Останніми роками «експорт лікарів» став основним способом заручитися підтримкою на міжнародній арені, та — дедалі важливіше — заробити гроші в обхід усе жорсткішої блокади з боку США. З 2005 р. оплата медичної допомоги приносить Кубі навіть більше валюти, ніж туризм. У 2018 р. Гавана заробила понад 6 млрд дол. завдяки лікарям, що становило майже половину всіх доходів в іноземній валюті.

Міжнародний престиж принесли місії з подолання епідемії холери в Гаїті та протидії епідемії вірусу Ебола в Західній Африці у 2014–2016 рр. Всесвітня організація охорони здоров'я високо оцінила те, що кубинські лікарі надають свої послуги бідним, віддаленим регіонам, де місцеве населення не отримує іншої допомоги. Роль Куби в подоланні епідемії Еболи призвела до пом'якшення стосунків зі США під час президентства Барака Обами.

Проте «експорт» кубинських медиків має і темний бік.

США та правозахисні організації звинувачують владу Куби в новітньому виді рабства. Згідно з дослідженням організації «Захисники кубинських в'язнів» більше

половини медиків відчували, що держава тисне на них при відправці за кордон. Близько 75–90% їх зарплати забирає держава, що робить оплату праці лікарів нижчою від мінімальної зарплати у країнах їхнього перебування.

Зарплата кубинських лікарів за кордоном справді не висока — але все ще в рази вища порівняно з тим, що вони отримують у себе вдома.

За свідченнями учасників медичних місій, ця праця перш за все дає можливість придбати та відправити додому дефіцитні товари, поліпшити фінансове становище та ознайомитися з іншим способом життя — тому є чимало охочих виїхати за кордон.

Водночас лікарі не обирають, де саме їм працювати. Часто їх посилають туди, куди не хочуть їхати місцеві лікарі, — тобто в найбільш небезпечні, бідні та віддалені місця, як-от у контрольовані бандитами райони Каракасу чи нетрі Сьєрра-Леоне. Там їхнє життя нерідко опиняється під загрозою. У медиків відбирають паспорти, їхнє спілкування із місцевими обмежують і заохочують доносити один на одного.

Будь-який особистий конфлікт з керівником місій може призвести до своєрідного вигнання — направлення працювати в місце з найгіршими умовами.

Лікарі з місій у Венесуелі розповідають, що їх змушували вигадувати пацієнтів — щоб завищити статистику і домогтися вищої плати кубинському уряду від Каракаса.

Десятками налічуються історії лікарів, що в силу різних причин вирішують не повертатися на Кубу після закінчення місій. Від цього потерпають їхні родини, а їм самим забороняють в'їзд на острів впродовж 8 років — навіть щоб попрощатися зі смертельно хворими батьками.

Є питання і до якості підготовки в медичних школах Куби — ставка на експорт могла призвести до зниження вимогливості до майбутніх фахівців. Менше половини навчених у Кубі лікарів не змогли пройти стандартний екзамен у Чилі навіть з четвертої спроби. Втім, кубинські лікарі є чи не єдиним виходом для тих країн, які мають кошти, але не мають достатньо власних фахівців. Для острівної держави Антигуа і Барбуда кубинські медики обходяться навіть вдвічі дешевше, ніж їхні місцеві колеги.

Для самої Куби зростання попиту на її лікарів стало своєрідним рятівним колом. З одного боку, з епідемією Куба наразі справляється не найгірше. На кожного кубинця припадає в 1,5 рази більше тестів, ніж в Україні.

Проте населення острова — одне із найстаріших у регіоні, а лікарям бракує реанімаційного обладнання, доставку якого блокують санкції США. Таким чином, нинішній попит на медичні місії Куби не лише дозволяє їй «демонструвати велике серце малої країни». Вдячність приймаючих сторін дозволяє їй сподіватися на вкрай необхідні кошти та міжнародну дипломатичну допомогу. Усе частіше лунають заклики послабити санкції проти Куби на час епідемії. Для багатьох вдячність за допомогу у скрутні часи бере гору над свідченнями несправедливості кубинського режиму.

Підбиваючи підсумки, можна зазначити, що медична дипломатія в сучасних умовах є ефективним інструментом «м'якої сили» у вирішенні міжнародних проблем і разом з іншими елементами «м'якої сили» робить ту чи іншу країну гравцем глобального рівня.



Сергій Геннадійович Убогов

Генеральний директор Директорату медичних кадрів, освіти і науки МОЗ України, доктор фармацевтичних наук, професор



Василь Миколайович Михальчук

Завідувач кафедри охорони здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор

**Публічне управління системою охорони
здоров'я в період воєнного часу**

Система охорони здоров'я України, як і інші сектори економіки, перебуває у складному становищі через війну, розв'язану Російською Федерацією. У мирний час система охорони здоров'я в Україні була визначена однією з пріори-

тетних галузей у забезпеченні соціально-економічного потенціалу держави, а в період війни тим більше. Система охорони здоров'я є одним із невід'ємних елементів будь-якої сучасної держави.

Аналізуючи сучасну систему охорони здоров'я України, слід зазначити, що вона являє собою багаторівневу функціонально керовану систему, створену державою для забезпечення медичного обслуговування населення та зміцнення його здоров'я [4].

Державна система охорони здоров'я України відповідає універсальним критеріям організації: має свою ієрархічну структуру, механізми публічного управління, фінансування, визначені форми контролю тощо. Сучасна система охорони здоров'я перебуває в кризовому стані, спровокованому воєнними діями на території України, руйнуванням її інфраструктури, технічного обладнання, загибеллю лікарів, міграцією медичного персоналу з окупованих територій не тільки по Україні, а й за кордон. Таким чином, у деяких госпітальних округах відчувається «голод» на вузькопрофільних медичних фахівців та відповідну матеріально-технічну базу для відновлення роботи, особливо на де-окупованих територіях [1].

Використання окупантами на полі бою забороненого Женевською конвенцією озброєння призводить до тяжких поранень, каліцтв, летальних втрат серед військовослужбовців та мирного населення, яке опинилося в зоні бойових дій чи ураження цивільних об'єктів і, як наслідок, призводить до інвалідизації учасників бойових дій чи мирних жителів.

Розгортання військових госпіталів, максимально наближених до воєнних дій, забезпечує пораненим надання в короткі терміни медичної допомоги, але ставить медичний персонал під ризик потрапити під бомбардування і самим стати жертвами. Тому органам публічної влади в системі охорони здоров'я доводиться на добровільній основі підбирати медичний персонал для роботи в умовах війни [1].

На даний час важливим завданням для органів публічної влади є ревізія наявних матеріально-технічних та професійних ресурсів, щоб забезпечити функціонування медичних закладів, максимально наближених до лінії воєнних дій та в госпітальних округах.

Однією з найважливіших умов ефективного функціонування системи охорони здоров'я є розроблення антикризового публічного управління в умовах війни. Механізми антикризового публічного управління системою охорони здоров'я України є окремими її компонентами, що регулюють діяльність у період кризи.

Механізми публічного управління системою охорони здоров'я в період війни — це методи, принципи та інструменти адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, що здійснюються державою для запобігання ризикам та забезпечення якісного медичного обслуговування тих, хто його потребує [1].

Зважаючи на соціально-економічну кризу, викликану війною та значним зuboжінням населення, перед системою охорони здоров'я стоїть завдання запровадження антикризового публічного управління системою охорони здоров'я і забезпечення якісними безкоштовними медичними послугами не тільки воїнів на полі бою, а й всіх громадян України. Слід зазначити, що публічне управління в системі охорони здоров'я України виконує одну з ключових ролей у здійсненні внутрішньої гуманітарної політики держави, яка полягає у прийнятті державно-управлінських рішень для реалізації концепції надання доступної медичної допомоги всім без винятку громадянам країни.

Низький рівень платоспроможності громадян щодо оплати медичного обслуговування запускає процес збільшення витрат бюджетних коштів та обсягів використання матеріально-технічних ресурсів [3].

Загальносвітова тенденція соціально-економічної кризи, зумовленої дефіцитом енергоносіїв та їх здорожчанням, запустила механізм підвищення вартості медичного обслуговування та забезпечення відповідними лікарськими засобами. Визначальною характерною рисою розвитку системи охорони здоров'я України під час світової економічної кризи та руйнації економіки, завданої війною, є те, що темпи збільшення витрат на медичне обслуговування громадян України, постраждалих від воєнної агресії, переважають над темпами підвищення рівня ВВП держави. Антикризове публічне управління системою охорони здоров'я повинно вести пошуки ефективних шляхів для зниження рівня таких витрат та раціонального використання наявних фінансових та матеріальних ресурсів. Зазначені вище чинники можуть провокувати появу суспільного конфлікту інтересів, який полягатиме в розбіжностях між наявними обмеженими фінансовими ресурсами та необхідністю забезпечення доступності медичних послуг для громадян українського суспільства.

Список використаної літератури

1. Інтерв'ю агентства «Інтерфакс-Україна». «Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність — голова Бюро ВООЗ в Україні». interfax.com.ua/news/interview/821272.html.
2. Карлаш В.В. (2020) Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід, № 1: 161. www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf.
3. Логвиненко Б.О. (2017) Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. 244 с.
4. Торгун О. (2019) Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього, 25 жовтня 2019 р. uifuture.org/publications/25139-heals-medicine-torgun/.



Назар Юрійович Подольчак

Доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри адміністративного та фінансового менеджменту Національного університету «Львівська політехніка»

Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я в Україні на засадах використання адаптивних інструментів менеджменту

Державний службовець та керівник будь-якої організації є відповідальним за розвиток системи, організації чи підрозділу в межах своїх повноважень та обов'язків і, відповідно, формує інноваційні способи адаптації до трендів шляхом прийняття адекватних управлінських рішень.

Система охорони здоров'я в Україні та світі є однією із найдинамічніших та змінних через стрімкий розвиток технологій, економічні цикли та нові зв'язки (моделі взаємодії та бізнес-моделі) між котрагентами та стейкхолдерами, появу нових видів конкуренції та кооперації, соціальні асиметричні взаємодії, політичні кон'юнктури, асиметричність зовнішніх загроз життєдіяльності людини, в тому числі зміни кліматичних умов, розвиток демократій та інституцій у країнах, що розвиваються, а також не менш важливими є зміни в самій керованій системі публічного управління щодо підходів до діагностики, лікування тощо.

Слід пам'ятати, що використання адаптивних інструментів до змін у публічному управлінні потребує додаткових витрат, а саме: на їх розроблення, впровадження, контроль та визначення рівня їх ефективності й коригування. Отже, виникає логічне запитання — чи потрібно адаптувати публічне управління системою охорони здоров'я України, особливо в період війни, чи зафіксувати «статус кво», головне, щоб вижила та функціонувала сама система? Відповідь можна отримати шляхом аналізу домінуючих критерій-тригерів: рівень ризику в системі, розрив із лідерами, швидкість зовнішніх змін, швидкість внутрішніх змін.

Якщо переглянути показники забезпечення ресурсами охорони здоров'я і, як наслідок, якості життя українців, їх смертності, то стає очевидним, що зміни просто необхідні.

Будь-яка успішна система, в тому числі публічного управління охороною здоров'я в період війни, повинна:

1. Визначити існуючі тренди та адаптуватися або самостійно створити тренд. Для створення трендів слід володіти достатнього рівня ресурсною базою, істотними (глибинними) технологічними рішеннями, проривними інноваціями та/або мати знаний бренд.
2. Згенерувати ідею, яка здатна об'єднати довкола себе переважну (критичну) частину стейкхолдерів для пошуку нового балансу інтересів.
3. Сформуванню команду, яка сповідує однакові цінності та володіє достатніми навичками для впровадження необхідних змін.
4. Впровадити інституційну бізнес-модель, яка дасть змогу отримати позитивний ефект від провадження змін, коли отримані результати переважатимуть витрати на зміни.
5. Забезпечити фінанси та інші ресурси для впровадження змін.

Серед наведених вище елементів визначальним елементом успішних змін є адаптація до трендів. При цьому є загальносвітові тренди, національні, галузеві та регіональні. Потрібно їх враховувати залежно від типу змін, які впроваджуватимуться.

До загальносвітових трендів, що впливають на всі сфери життєдіяльності та які варто врахувати при адаптації для розвитку системи публічного управління охороною здоров'я України, слід віднести:

1. Домінування смартфонів у нашому житті та повсякденній діяльності — створення комунікаційних каналів, збір інформації, зворотні зв'язки.
2. Формування та використання великих баз даних (насамперед профілактична та діагностична медицина).
3. Економіка спільного для медичних закладів та інституцій (Sharing Economy) — медичні коворкінги, трансфер технологій, ідей, медичне обладнання, відкриті лабораторії, електронні майданчики медичних ресурсів різних форм власності, кейс TOMglobal.
4. Індивідуалізація, сфокусована на споживачеві.
5. Зв'язок стейкхолдерів з місцем проживання.

Також є ще світові тренди системи охорони здоров'я, а проаналізувавши теорію та практику, можна чітко виділити наступні:

1. Стратегічні та гнучкі ланцюги постачання.
2. Співпраця із стейкхолдерами як життєздатна стратегія.
3. Індивідуалізація пацієнта та персоналізоване лікування.
4. Різноманітність фахівців, залучених до охорони здоров'я.

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

5. Віртуальна медицина (в тому числі під час підготовки фахівців та телемедицина).
6. Штучний інтелект та роботизація (діагноз, лікування, адаптація).
7. Диверсифікація доходів (випуск технологічних рішень, підтримка, приклад компанії Rasoon).
8. Об'єднання та інтеграція (в тому числі з технологічними компаніями).
9. Зміна бізнес-моделей та споживачів.

Клієнтоорієнтований та індивідуалізований підхід, який становить основу розвитку публічного управління охороною здоров'я України та інших країн, найчастіше зазнає спротиву з боку низки стейкхолдерів та бенефіціарів у зв'язку з виникненням загрози втрати ними певних економічних вигод, рівня правосуб'єктності та влади. Тому перш ніж впроваджувати нові зміни, доцільно насамперед визначити, до якої нової точки балансу інтересів ми прямуємо, де буде розміщений новий суспільно-інституційний договір у сфері охорони здоров'я поміж основними стейкхолдерами.

Система публічного управління охороною здоров'я активно наповнюється новими стейкхолдерами та гравцями, які потребують регулювання, впровадження певних правил та встановлення балансу інтересів. Саме тому ми повинні бути готовими до того, що не зможемо протягом тривалого часу зафіксувати точку рівноваги або взагалі стан такого балансу. Усе ж варто шукати шляхи для якомога швидшого досягнення балансу інтересів і при цьому чітко обрати найефективніший вектор у багатовимірному просторі, який не гальмував би розвиток системи охорони здоров'я загалом, а, навпаки, створював додаткові тригери та мотиватори її еволюційно-інноваційного розвитку.



Зоряна Михайлівна Бурик

Доктор наук з державного управління, доцент, професор кафедри публічного управління та адміністрування Університету Григорія Сковороди в Переяславі, провідний науковий співробітник Інституту держави і права ім. В.М. Корецького НАН України

Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері

Актуальність дослідження зумовлена тим, що важливість розвитку сфери охорони здоров'я, створення відповідної національної політики та стратегій її реалізації є одними із ключових завдань, поставлених урядом, які визначено в Цілях сталого розвитку України на період до 2030 р., Національній економічній стратегії, Стратегії економічної безпеки України на період до 2025 р., Національній стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 р., Стратегії людського розвитку, Національній стратегії у сфері прав людини. Визначили наступну мету дослідження: вивчити та проаналізувати особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері.

Відомо, що у 2015 р., після десятиліть постійної залежності від застарілих підходів до фінансування та надання послуг, Уряд України розпочав реформи, спрямовані на перетворення системи охорони здоров'я. У жовтні 2017 р. ухвалення ключового Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та пакета відповідних підзаконних актів створило потужну правову та політичну основу для втілення нових механізмів фінансування сфери охорони здоров'я. Було засновано Національну службу здоров'я України як центральний виконавчий орган, відповідальний за закупівлю послуг з охорони здоров'я [1].

Як свідчить аналітична довідка ООН, перший етап реформи був спрямований на посилення первинної медико-санітарної допомоги, надання населенню віль-

ного вибору надавачів послуг, а також збільшення фінансування та створення сучасних інформаційних систем. У той же час завдяки програмі «Доступні ліки» суттєво посилився доступ до ліків, і мільйони людей було забезпечено субсидіями на основні ліки, головним чином, від захворювань, що лікуються на рівні первинної допомоги [15].

Утім, величезною є потреба в стабільній реалізації вже розпочатих реформ, а також у додаткових реформах.

Відповідно до зазначених у списку літератури документів глобальна система показників цілі 3 «Міцне здоров'я і благополуччя» містить 28 індикаторів. Україна адаптувала її та сформувала систему національних індикаторів з 16 показників, зокрема серед них ті, що співпадають з глобальними: материнська смертність, смертність дітей віком до 5 років, кількість нових хворих на ВІЛ та туберкульоз, смертність у дорожньо-транспортних пригодах, рівень імунізації населення.

На нашу думку, для досягнення цих показників система охорони здоров'я має базуватися на 4 фундаментальних принципах, а саме:

1. Система охорони здоров'я має бути орієнтована на потреби громадян, дослухатися до їх потреб (працівників, пацієнтів), формувати атмосферу, яка постійно оцінюється та є підставою для покращання роботи. Особливу увагу варто приділяти малозахищеним верствам населення та людям з особливими потребами, особам похилого віку тощо.
2. Головними завданнями системи охорони здоров'я в умовах трансформацій є безпека, правовий захист як пацієнтів, так і лікарів, якість послуг, їх здатність адаптуватися до постійно змінюваних викликів. Зокрема, варто застосовувати сучасні тенденції діджиталізації та нові технології в цій сфері.
3. Забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, що орієнтована на профілактику виникнення тих чи інших захворювань.
4. Система охорони здоров'я має працювати як злагоджений механізм із залученням соціальних інституцій, робота яких залежить від відносин між різними учасниками системи (дослідників, управлінців, пацієнтів, постачальників тощо).

Важливо відзначити, що на сьогодні напрацьовано проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. (Стратегія–2030), який так і не було прийнято через воєнні дії, які розпочалися в лютому 2022 р. Вказаний документ поєднаний з Цілями сталого розвитку у сфері охорони здоров'я та демографічними показниками до 2030 р., а також розроблений МОЗ із залученням ключових стейкхолдерів сфери охорони здоров'я та у співпраці з міжнародними партнерами [6]. До уваги у формуванні Стратегії було взято положення як короткострокових (Програма діяльності КМУ [5]; Стратегія комунікації у сфері європейської інтеграції (2021)) [5], так і галузевих нормативно-законодавчих актів національного рівня (Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню [7]; Стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні (2025) [8]; Стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/

СНІДУ, туберкульозу та вірусним гепатитам (2030) [9]; Стратегія розвитку імунoproфілактики (2022) [10]; Стратегія розвитку національної системи крові (2022) [11]; Стратегія розвитку медичної освіти [13]; Стратегія державної політики щодо наркотиків (2030) [13]; Національна стратегія контролю онкологічних захворювань (2030, проєкт) [14].

Відповідно до джерел, вказаних у списку літератури, ключовими цілями Стратегії–2030 є продовження реформування охорони здоров'я, спираючись на успіхи та враховуючи здобутий досвід; рух у напрямку забезпечення універсального медичного страхування — Universal Health Coverage; покращання показників здоров'я населення, рівня задоволеності послугами та захисту фінансових ризиків; забезпечення фактологічного підходу до процесу, одночасно визнаючи контекстуальну специфіку та потреби; забезпечення узгодженості з Цілями сталого розвитку та міжнародними зобов'язаннями України перед її партнерами; залучення громадянського суспільства та стейкхолдерів до процесу розробки Стратегії та консультацій [6].

У вказаних джерелах також відзначено, що прогресом у досягненні цілі сталого розвитку «Міцне здоров'я та благополуччя» є [2, 14]:

- зниження рівня смертності дітей віком до 5 років, якого вдалося досягти завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій, реорганізації акушерських та неонатологічних відділень і створенню мережі перинатальних центрів;
- зменшення кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу;
- зменшення кількості випадків материнської смертності через впровадження комплексних заходів та розвиток акушерських відділень;
- скорочення кількості випадків смерті жінок від злоякісного новоутворення молочної залози, що відбулося, в тому числі, завдяки інформаційно-просвітницькій діяльності, спрямованій на профілактику захворювання, його ранню діагностику та лікування;
- зменшення кількості випадків смерті унаслідок транспортних нещасних випадків;
- зниження імовірності жінок померти у віці 20–64 років з 0,15514 у 2015 р. до 0,15010 у 2018 р., що дозволяє при продовженні такої тенденції очікувати на досягнення цільового індикатора — 0,15000 — у 2020 р. [2];
- підвищення рівня охоплення профілактичними щепленнями дітей віком до 1 року: проти кору, краснухи та паротиту — 93,2% у 2019 р. (2015 р. — 63,2%), кашлюку, дифтерії та правця — 85% (2015 р. — 26,5%), гепатиту В — 77,0% (2015 р. — 25,4%), туберкульозу — 88,6% (2015 р. — 39,8%), поліомієліту — 78,4% відповідно (2015 р. — 63,8%) [2].

Серед негативних тенденцій можна виділити недостатність виділення фінансів на систему охорони здоров'я щодо ВВП держави; недостатня забезпеченість лікарень сучасним обладнанням, недостатня поширеність серед верств населення та лікарів профілактичної медицини, нерівномірна доступність до медичних послуг різних верств населення, значне поширення інфекційних хвороб, проблеми з лі-

цензуванням та доступністю деяких лікарських препаратів. Тому основними завданнями на майбутній період можна визначити забезпечення сталості змін у системі, закріплення вже досягнутих результатів та нарощування темпів реформування відповідно до існуючої нормативно-законодавчої бази, а також низки відповідних інструментів. Основними результатами проведення реформи в Україні мають стати ефективна й доступна система охорони здоров'я, підвищення рівня і якості життя населення, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивна зайнятість персоналу, що працює у сфері охорони здоров'я, підвищення рівня соціального забезпечення населення та оптимізації системи соціальної підтримки.

Посилаючись на аналітичну довідку ООН, варто відзначити, що величезною є потреба в стабільній реалізації вже розпочатих реформ, а також у додаткових реформах [15].

Таким чином, можна зробити наступні висновки. За 2015–2022 рр. відбулося реформування системи охорони здоров'я, яке покращило виконання досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері. Проте залишається ще чимало проблем, які потребують вирішення: ефективне державне регулювання ліцензування та поширення лікарських препаратів, забезпечення максимальної доступності медичних послуг для всіх верств населення, подолання епідемій інфекційних хвороб, збільшення тривалості життя громадян, активізація профілактичної медицини, зниження смертності від різних видів захворювань.

Список використаної літератури

1. Майбутня держава 2030, Звіт KPMG. www.kpmg.com/future-state-government/Documents/future-state-2030-v3.pdf.
2. Моніторинговий звіт щодо досягнення Цілей сталого розвитку 2020. ukraine.un.org/sites/202020%20Monitoring%20Report%20ukr.pdf.
3. Спільна перспектива світу в 2030 році і надалі: предтечі та драйвери, Стратегічний Форсайт-аналіз, НАТО. globaltrends2030.files.worlglobal-trends-2030-november2012.pdf.
4. Програма діяльності КМУ. www.kmu.gov.ua/diyalnist/programa-diyalnosti-uryadu.
5. Стратегія комунікації у сфері європейської інтеграції (2021). minjust.gov.ua/m/integratsii-na-2018-2021-roki.
6. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. www.dls.gov.ua/news/%D0%B8/.
7. Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню. tubvil.com.ua/article/view/198899.
8. Стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні (2020). tavr.osv.org.ua/ruhova-aktivnist06-2020/.
9. Стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам (2020). zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text.
10. Стратегія розвитку імунопрофілактики (2022). zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text.
11. Стратегія розвитку національної системи крові (2022). zakon.rada.gov.ua/laws/show/120-2019-%D1%80#Text.
12. Стратегія розвитку медичної освіти. zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text.
13. Стратегія державної політики щодо наркотиків (2020). www.apteka.ua/article/595437.
14. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань (до 2030 р., проєкт). www.umj.com.ua/article/2030-roku.
15. Аналітична довідка ООН. ukraine.un.org/socialniy-zakhist-v-ukraini.



Ірина Іванівна Крилова

Доктор наук з державного управління, кандидат юридичних наук, завідувач сектору водопостачання та водовідведення Науково-дослідного та конструкторсько-технологічного інституту міського господарства

Проблеми реалізації базових прав людини: на життя, на здоров'я, на воду та санітарію, на житло (в контексті питання: права людини і сталий розвиток)

Одна з причин, через яку Цілі сталого розвитку (ЦСР) є перетворювальною основою розвитку, полягає в тому, що вони базуються на правах людини. Понад 90% цілей та завдань ЦСР відповідають зобов'язанням у галузі прав людини. У міру того, як держави-члени досягають прогресу в реалізації ЦСР, вони здобувають прогрес у виконанні своїх зобов'язань у галузі прав людини — це два боки однієї медалі [2].

Спочатку COVID-19, а потім жорстоке воєнне вторгнення російської федерації на територію України докорінно змінили наше життя, завдавши величезних людських страждань і кинувши виклик базовим правам людини та суспільства. Ці події спонукають публічну владу до швидких і рішучих дій для підтримки найбільш уразливих верств населення з урахуванням широких та скоординованих політичних заходів, що мають включати посилення безпеки життя, соціального захисту, охорони здоров'я, житлової підтримки, освіти тощо.

Найбільшою цінністю для людини і передумовою всіх інших прав є право людини на життя. Сьогодні актуальність і важливість права на життя людини, його реалізація і захист є очевидними, адже без такого фундаментального права всі інші права перестають мати будь-яке значення. Життя — це передумова реалізації всіх прав і свобод людини. Дане право закріплено в усіх договорах з прав людини, є частиною загального міжнародного права. В Україні право на життя закріплене статтею 27 Конституції України: «Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держа-

ви — захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» [10].

Разом з тим серед усіх прав, на які ми маємо право, охорона здоров'я може бути вирішальною. Саме «крихітка» людського життя вимагає захисту цього права як суспільного блага. Розуміння здоров'я як права людини накладає на державу юридичне зобов'язання забезпечувати доступ до своєчасної, прийнятної та доступної медичної допомоги належної якості, а також основні детермінанти здоров'я, такі як безпечна та доступна питна вода, санітарія, житло, харчування, інформація та освіта, пов'язані зі здоров'ям тощо.

Право людини на здоров'я є одним із узгоджених на міжнародному рівні стандартів у галузі прав людини та невід'ємним від інших прав людини. Це означає, що досягнення права людини на здоров'я є як базовим, так і похідним правом, залежним від реалізації інших прав людини. Зокрема, права на воду, санітарію, житло, роботу, освіту тощо.

Доступ до чистої води та санітарії має першочергове значення для вирішення проблем громадського здоров'я, а також для забезпечення профілактики здоров'я як окремих осіб, так і цілих громад. До воєнного стану в Україні доступність послуг з водопостачання та водовідведення в основному була пов'язана із ціновою політикою держави. Під доступністю розуміли такий рівень тарифів на послуги, який забезпечував фінансову стабільність підприємств водопостачання та водовідведення і був прийнятним для суспільства з економічної, соціальної та політичної точки зору [8; 11]. Але сьогодні через війну основною проблемою стала фізична доступність питної води та санітарії як мінімум для 6 млн українців. Загалом від браку води для санітарних та гігієнічних потреб потерпають 13,6 млн жителів України [6].

У цьому контексті питання доступності питної води та санітарії має розглядатися як складова водної безпеки. Водна безпека людини полягає в гарантуванні державою для кожного індивідууму, а також для громади рівного права на питну воду та санітарію і базується на забезпеченні безпечної якості води: 1) в джерелі питного водопостачання; 2) для виробництва продуктів харчування (вода на полив, вирощування риби та для аквакультури); 3) для санітарно-епідеміологічного благополуччя (вода для гігієнічних потреб, для купання у відкритих та закритих водоймах) та забезпечення безпеки стічних вод, що скидаються у природні водойми, які використовуються для питних та інших потреб людини і суспільства [1; 3; 4; 12].

Крім зазначених проблем, актуальною та найголовнішою наразі є проблема забезпечення безпеки водної інфраструктури і захисту її від зовнішнього військового втручання. За сучасного стану в Україні ризики для системи водопостачання та водовідведення існують великі, ситуація не передбачувана, і потрібно постійно прогнозувати можливі сценарії розвитку подій, за можливості запобігати їм та відповідно реагувати на них. Розробка заходів запобігання та реагування на всі ризики для систем водопостачання та водовідведення має стати невід'ємною частиною держав-

ної політики у сфері водопостачання та водовідведення в рамках побудови системи управління ризиками [7; 9]. Усі ці питання мають бути прописані в національній водній стратегії країни.

Хоча житло в основному розглядається як ринковий товар, воно є основою стабільності й безпеки людини та сім'ї і найважливішим правом людини. Право на достатнє житло є правом людини, визнаним у міжнародному праві в галузі прав людини як частина права на достатній рівень життя [13]. Неналежні житлові умови наражають людей на ризики для їх життя і здоров'я. Ключем до забезпечення достатнього житла є реалізація цього права людини за допомогою відповідної державної політики та програм, включаючи національну житлову стратегію.

З початком повномасштабної війни кількість людей, яким потрібне житло, суттєво зростає. За оцінками ООН, свої домівки покинули 12,8 млн осіб. Близько 7,7 млн осіб переїхали в межах України. За оцінками Міністерства розвитку громад і територій, щонайменше 116 тис. житлових будинків, у яких мешкали 3,5 млн людей, були пошкоджені або зруйновані. За даними Київської школи економіки, станом на 25 травня 2022 р. пошкоджено або зруйновано близько 44 млн кв. м житла, що оцінюється як прями збитки у 39,3 млрд дол. Проте враховуючи постійні обстріли українських населених пунктів, масштаби втрат нині можуть бути значно більшими. Протягом першого місяця війни органи влади фокусувалися на тому, щоб забезпечити прихистком людей, які втратили житло або змушені були переїхати в інші регіони. Кризове житло облаштовували як у житловому фонді, так і в нежитлових приміщеннях (спортзалах, школах, садочках тощо). Проте сьогодні гостро стоїть питання забезпечення житлом усіх, кому воно потрібне [5]. Це питання має докорінно змінити пріоритети національної житлової політики з урахуванням потреб, доступності, справедливості, страхових інститутів тощо.

Отже, короткий огляд основних проблем зі здоров'ям, доступною питною водою та санітарією, житлом показав, що вони потребують комплексного вирішення — і не лише під час надзвичайних ситуацій (війна, пандемія тощо). Зобов'язання держави забезпечувати право людини на здоров'я, у тому числі через виділення доступних ресурсів для досягнення цієї мети, реалізується через публічне управління у сфері охорони здоров'я. Наразі в державній політиці у сфері охорони здоров'я потрібен підхід, що ґрунтується на базових правах людини на життя, воду і санітарію, житло. Він має бути цілісним та комплексним, а не секторальним підходом, оскільки покращання одного права потягне за собою поліпшення та посилення інших прав людини і, відповідно, галузі в цілому.

Список використаної літератури

1. Grey D., Sadoff C.W. (2007) Sink or Swim? Water security for growth and development. Water Policy. Iwaponline.com, № 9 (6): 545–571. cip.management.dal.ca/publications/20and%20development.pdf.
2. Rattray S. (2019) Human rights and the SDGs — two sides of the same coin. UNDP. www.undp.org/blog/human-rights-and-sdgs-two-sides-same-coin.

3. What is Water Security? 2017. Global Water Partnership. www.gwp.org/enthe-water-challenge/.
4. What is Water Security? USAID. www.swpwater.org/what-is-water.
5. Житло і війна в Україні (24 березня — 3 червня 2022). Дослідження. cedos.org.ua/researches/zhytlo-i-vijna-v-ukrayini-24-bereznya-3-cheruvnya-2022/.
6. Загроза дефіциту. Війна загострює проблему доступу до питної води. WWF Water Risk Filter-Україна. 2022. Інтерфакс-Україна. nv.ua/ukr/ukraine/events/chez-viynu-problemi-z-pitnoyu-vodoyu580.html.
7. Крилова І.І. (2019) Забезпечення стійкості та безпеки систем водопостачання та водовідведення в рамках державного регулювання критичної інфраструктури. Вчені записки Вернадського (Державне управління), Т. 30 (69), № 3: 100–109.
8. Крилова І.І. (2020) Розвиток сфери водопостачання та водовідведення в Україні: теорія і практика державного регулювання: монографія. 588 с.
9. Крилова І.І. (2019) Управління ризиками підприємств в сфері водопостачання та водовідведення, як частина державної політики України. Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної науки: досвід країн Європи та перспективи України: колективна монографія. С. 95–130.
10. Право на життя в умовах війни?! Юридичний факультет Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича. 2022. law.chnu.edu.ua/pravo-na-zhyttia-v-umovakh-viiny/.
11. Романюк О.П. (2004) Соціальні наслідки ринкових перетворень в сфері водопостачання та водовідведення. 68 с.
12. Цветкова Г., Загорчевна Н. (2022) Протокол про воду і здоров'я як інструмент водної безпеки. ecolog-ua.com/news/protokol-pro-vodu-i-zdorovya-yak-instrument-vodnoyi-bezpeky.
13. The human right to adequate housing. Special Rapporteur on the right to adequate housing. UN. www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing/.



Оксана Ігорівна Пархоменко-Кучевіч

Доктор наук з державного управління, професор, завідувач кафедри публічного управління та адміністрування Університету Григорія Сковороди в Переяславі

Теоретичні засади реформування охорони здоров'я в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуацій

Питання здоров'я населення як одна з головних цінностей країни завжди потребує постійної уваги. Сучасні виклики глобалізації, пандемії, воєнного часу поставили перед системою охорони здоров'я важливі питання надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій і потребують серйозних змін в управлінні системою охорони здоров'я України.

Важлива проблема — це повна цифровізація системи охорони здоров'я. Розвиток цифрових технологій у медицині — одна з пріоритетних світових тенденцій; перспективи їх використання широкі та багатогранні. Ті, що функціонують вже сьогодні — системи електронного запису на прийом з наступним нагадуванням та надсиланням результатів на смартфон, досягнення в галузі телемедицини, «хмари» для зберігання та обробки інформації, мобільні пристрої та сервіси щоденної лікарської практики, нові розробки фармакологічної промисловості та інше, ілюструють значимість та перспективність подальшої цифрової трансформації галузевих процесів, спрямованих на підвищення доступності та якості медичних послуг. З цифровізацією пов'язують і підвищення ефективності надання послуг, тобто продуктивність праці у сфері охорони здоров'я як в Україні, так і в інших країнах.

Однак цифровізацію необхідно розглядати не як незалежний процес, а як частину стратегії розвитку галузі охорони здоров'я, розробка якої може спиратися на класичні інструменти стратегічного аналізу та мати вимірні цілі [1]. Імовірно, технологічна трансформація галузі має розглядатися як самостійний стратегічний контур. Цифровізація медицини має низку завдань [2]:

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

- впровадження інтелектуальної автоматизації, що забезпечує перехід до інновацій для розробки нових послуг та продуктів у сфері охорони здоров'я;
- підготовка професійного кадрового ресурсу працівників охорони здоров'я, які вміють адаптуватися до цифрової реальності;
- забезпечення громадян України доступною медичною допомогою за місцем вимоги, що відповідає критеріям своєчасності, персоналізації, превентивності, технологічності та безпеки;
- підвищення продуктивності та ефективності використання матеріальних, людських, інформаційних та інших ресурсів та даних при наданні медичних послуг;
- створення екосистеми цифрової охорони здоров'я за допомогою трансферу інноваційних рішень у медичні організації та підтримки вітчизняних стартап-компаній у цій сфері;
- досягнення цифрової довіри пацієнтів до лікарів та нових технологій у медицині, що збільшується в міру зниження ризиків та посилення безпеки методів та процедур.

Крім того, важливим аспектом цифровізації системи охорони здоров'я України є запровадження телемедицини. Телемедицина — це новий спосіб взаємодії лікаря з пацієнтом, який передбачає надання медичних послуг дистанційно.

У США та країнах Європи медична допомога досить дорога, і телемедицина отримала свій розвиток в основному завдяки тому, що людям вигідніше отримувати консультації та виписувати рецепти, використовуючи дистанційну допомогу та дистанційні консультації з лікарем. Це дешевше і для пацієнта, і загалом для страхових компаній, які, як правило, покривають ці витрати. Тут телемедичні продукти вже інтегровані та закладені у страхові продукти [3].

Майже половина всього ринку телемедицини знаходиться зараз у США, Китаї та країнах Скандинавії, оскільки відмічається значне покращення всіх систем цифрової охорони здоров'я. Однією з причин, що стали драйвером розвитку телемедицини в країнах Скандинавії, є географічний фактор. Наприклад, Норвегія — досить велика країна, що має чималу складну північну територію, де багато важкодоступних регіонів, в яких існує нестача медичної допомоги. Тут телемедицина приходить на допомогу. Канада має приблизно такі ж характеристики, що сприяють розвитку телемедичних технологій.

Також швидкими темпами йде розвиток телемедицини в Китаї, який має величезну територію та дуже велику кількість населення.

У Китаї популярні такі платформи, як:

- DXU.cn, інтернет-форум для професіоналів охорони здоров'я;
- Guahaoo.com, інформаційний портал про здоров'я та пошуковий портал [4].

З країн Європи найбільший обіг телемедичних послуг виявлено у Великій Британії. Тут розвиток відбувається за рахунок старіння населення. У Великобританії, як і в Японії, чимало осіб літнього віку, і в цій системі рішення та консультації

телемедицини відіграють свою роль та допомагають лікарям і пацієнтам покращити систему надання медичної допомоги та нових високоякісних послуг.

Таким чином, розвиток цифрової медицини економічно доцільний і наочно демонструє свою життєздатність. Телеконсультації особливо важливі щодо соціально значущих і важкодиференційованих захворювань, діагностика, лікування та прогноз яких становлять значні труднощі і найчастіше супроводжуються помилками. Українська телемедична мережа формується та активно розвивається у зв'язку з воєнним часом та неможливістю населення отримати якісні медичні послуги в деяких регіонах, де йдуть бойові дії або є постійні загрози бомбардування.

Телемедичні системи дозволяють організувати діалог з лікарем-експертом (відеоконференцію) на будь-якій відстані та передати практично всю необхідну медичну інформацію для встановлення кваліфікованого діагнозу.

Список використаної літератури

1. Кривенко Н.В., Елишев В.Г., Кривенцова Л.А. (2019) Влияние инноваций на результативность здравоохранения в системе экономической безопасности региона. Экономика региона, Том 15. № 1: 164–177. doi.org/10.17059/2019-1-13.
2. Lapão L.V. (2016) The future impact of healthcare services digitalization on health workforce: the increasing role of medical informatics. Studies in Health Technology and Informatics, Vol. 228: 675–679.
3. Богдановская И.Ю. Правовое регулирование телемедицины: опыт США. cyberleninka.ru/article/n/pravovoe-regulirovanie-telemeditsiny-opyt-ssha.
4. Андреева А.И. Телемедицина в Китае в военное время. cyberleninka.ru/article/n/telemeditsinskie-tehnologii-v-armii-kitaya/viewer.



Клавдія Василівна Дубич

Доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Публічне управління системою забезпечення якісними послугами реабілітації населення в післявоєнний період

На сучасному етапі свого розвитку публічне управління проходить складне впробування війною, яку розпочала російська федерація проти незалежної суверенної України. Саме в цей період ми побачили недосконалість та суперечливість деяких процесів публічного управління, що повинні забезпечувати якість, прозорість і чіткість прийнятих управлінських рішень по всіх горизонталях влади та секторах економіки.

Спостерігаючи за воєнними діями та прийнятими військовими рішеннями в галузі оборони України, ми переживаємо за їх наслідки та радіємо перемогам, які здобувають наші захисники. Ми монітуємо перебіг воєнних дій і даємо їм певну оцінку, але так буде не завжди, вони здобудуть перемогу, заплативши за неї високу ціну: здоров'ям, набутими нозологіями, посттравматичними синдромами, а інколи і ціною власного життя, і повернуться до цивільного життя в надії на соціальний захист, якісні медичні, соціальні та адміністративні послуги, забезпечення відповідної реабілітації з відновлення втраченого здоров'я у важких умовах війни. Це стосується військових, а скільки постраждало від наслідків війни мирного населення, що опинилося в епіцентрі бойових дій, на території яких окупанти використовували зброю, що заборонена Женевською конвенцією, тому що вона приносить тяжкі поранення, пов'язані з втратою рук, ніг, тяжкими травмами тощо.

Зважаючи на вказане, в післявоєнний період великим попитом як серед військових, так і мирного населення будуть користуватися реабілітаційні послуги, які матимуть багатопрофільний характер. До них слід віднести медичні, соціальні, психологічні, економічні, юридичні тощо. Тому що жодна з послуг сама по собі не зумовить повноцінної реабілітації, а у взаємодії та доповненні вони забезпечать той необхідний спектр відновлення

кожному, хто потребуватиме такої реабілітації [2]. Прийняття відповідних рішень у публічному управлінні на всіх рівнях органів влади щодо забезпечення реабілітаційних послуг не за одним її напрямком, а в синергії з іншими, дасть відповідні результати [2].

Усім органам публічної влади та громадянському суспільству необхідно усвідомити одну дуже важливу річ: сьогодні екзамен перед нами здають наші воїни та люди в окупованих територіях, одні мужньо захищають нас, інші в умовах окупації чітко відстоюють позиції суверенності України, інколи розраховуючись за це власним життям, отриманими каліцтвами тощо.

Війна в Україні принесла не тільки втрати здоров'я та життя громадян, а й колосальне руйнування соціальної інфраструктури, серед якої медичні та соціальні установи, навчальні заклади та ін. Саме цей аспект ускладнює якість надання майбутніх реабілітаційних послуг. Велика міграція населення, в тому числі і серед фахівців медицини, соціального захисту, психології тощо ускладнить у майбутньому процес наповнення багатопрофільних реабілітаційних команд [2]. Уже на даний час, не чекаючи закінчення війни, необхідно прийняти ряд важливих управлінських рішень, які допоможуть з'ясувати, яким ресурсом сьогодні органи публічної влади володіють і що необхідно зробити для того, щоб вирівняти ситуацію з виявленими проблемами щодо забезпечення реабілітаційного процесу. На думку автора, необхідно здійснити ревізію щодо:

- наявності необхідної соціальної інфраструктури для надання попередньо спрогнозованих реабілітаційних послуг: медичних, соціальних, психологічних тощо;
- кількості відповідних фахівців у певних галузях у регіонах та в Україні в цілому, звідки і куди можна здійснити переведення фахівців тих чи інших професійних компетентностей, щоб вирівняти ситуацію загалом по Україні;
- професійного, матеріального та технічного забезпечення реабілітаційних послуг, спланувати випуски, закупівлю чи лізинг необхідних засобів та проведення відповідної підготовки фахівців для роботи на прогресивних технічних засобах з реабілітації, зважаючи на міжнародний досвід, застосувати такий самий прийом, як навчали наших воїнів користуватися новітніми зразками зброї, і це треба робити зараз, не чекаючи закінчення війни, тоді це буде запізно.

Можна заперечити, що в нас немає статистики, на яку ми повинні опиратися, плануючи широкомасштабні реабілітаційні послуги. Зауваження доцільне, але у нас є інструменти прогнозування та моделювання публічного управління тими галузями, що будуть задіяні в процесі забезпечення реабілітаційними послугами, за допомогою яких ми можемо вийти на певні результати [4]. Незважаючи на війну, в ЗМІ час від часу наводиться певна статистика, якою ми користуємося, і це дозволяє нам аналізувати доступні дані в соціальних мережах. В одному зі звернень до громадян Президент України сказав, що станом на 15 вересня 2022 р. втрати Збройних сил України (ЗСУ) загиблими приблизно становлять 9 тис., а, за експертними оцінками військових аналітиків, число поранених серед військовослужбовців може становити близько 18 тис. осіб, і серед них не одна тисяча тих, хто потребуватиме різних видів реабілітаційних послуг, і це без врахування мирних жителів, які перебуваючи під бомбардуваннями, також отримували складні поранення, стрес тощо.

Оскільки на даний час офіційної статистики щодо поранених та їхніх нозологій немає, і це закономірно, бо відповідно до воєнного стану така інформація є закритою, але ми, аналізуючи ті чи інші події, можемо робити власні припущення, нехай з похибкою, але зорієнтуватися, чи забезпечить сьогодні в повному обсязі мережа медичних, соціальних, реабілітаційних закладів зі своїми фахівцями ті потреби в реабілітаційних послугах, які будуть затребувані в післявоєнний період. Рішення цієї потреби органам публічної влади необхідно готувати зараз, щоб не створити напругу в суспільстві щодо незадовільної реабілітаційної допомоги воїнам-захисникам та постраждалим у цій війні [3].

Як показав досвід, у період захисту суверенітету України (2014–2022 рр.) велику роль зіграв волонтерський рух щодо забезпечення воїнів гуманітарною допомогою. Це той додатковий ресурс, який органи публічного управління не повинні списувати зі свого потенціалу. Україна з частково зруйнованою економікою так чи інакше буде потребувати додаткового внутрішнього ресурсу, до якого слід віднести громадські організації, бізнесові структури, молодь, особливо студентську, різні конфесії тощо. Кожен зі своїми фаховими, матеріальними та технічними ресурсами може допомогти там, де це буде необхідно, там, де у держави може бути відсутній ресурс. Але для цього необхідно центральним та регіональним органам влади провести ревізію наявного ресурсного потенціалу і, знаючи його, відповідно до потреби залучати до забезпечення реабілітаційної допомоги всім, хто її потребуватиме [4].

Підсумовуючи вищезазначене, на даному етапі органам публічної влади необхідно:

- проводити роз'яснювальну роботу серед суспільства, що в післявоєнний період буде потрібна їх допомога тим, хто захищав та боронив свободу і суверенітет нашої держави;
- медичним та соціальним установам у взаємодії з органами публічної влади скласти списки пацієнтів, що проходять чи проходилимуть реабілітацію в їх закладах та під опікою близьких і рідних, та які необхідні послуги можуть бути здійснені із залученням волонтерів;
- органам публічної влади та адміністраціям закладів вищої освіти розпочати формувати волонтерські загони з числа студентів, молоді, з якими факультативно провести навчання з основ реабілітаційного процесу та їх ролі в ньому.

Список використаної літератури

1. Писаренко В.П., Дубич К.В., Данилюк К.В. (2021) Сучасний стан забезпечення паліативною та хоспісною допомогою сільського населення госпітальних округів. Матеріали науково-практичної конференції (м. Київ, 9 грудня 2021 р.). Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. С. 37–40.
2. Семігіна Т., Коришова Г., Іванова О. (2013) Інформування населення про соціальні та реабілітаційні послуги: проект ПРООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». 104 с.
3. Федоренко С.Н., Лазарева О.Б., Вітомський В.В. та ін. (2019) Аналіз міжнародного досвіду організації систем реабілітаційної допомоги та фізичної терапії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури: Зб. наук. праць, 9(117): 99–107.
4. Dubysh K.V., Danylyuk K.V. (2022) The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges : Scientific monograph. 220 p.



Петро Борисович Волянський

Начальник Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту, доктор наук з державного управління, професор, заслужений лікар України.

Функціонування Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту як складової Державної служби України з надзвичайних ситуацій в умовах воєнного стану

Державна служба України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) створена 24 грудня 2012 р. шляхом реорганізації Міністерства надзвичайних ситуацій України та Державної інспекції техногенної безпеки України. У грудні їй виповниться 10 років.

ДСНС є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері цивільного захисту, захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій та запобігання їх виникненню, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, рятувальної справи, гасіння пожеж, пожежної та техногенної безпеки, діяльності аварійно-рятувальних служб, а також гідрометеорологічної діяльності.

Діяльність ДСНС спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через міністра внутрішніх справ України.

Основними завданнями ДСНС є:

- реалізація державної політики у сфері цивільного захисту, захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій, запобігання їх виникненню, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, рятувальної справи, гасіння пожеж, пожежної та техногенної безпеки, діяльності аварійно-рятувальних служб, а також гідрометеорологічної діяльності;
- здійснення державного нагляду (контролю) за додержанням і виконанням вимог законодавства у сфері цивільного захисту, пожежної та техногенної безпеки, діяльності аварійно-рятувальних служб;

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

- внесення на розгляд міністра внутрішніх справ пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у зазначених сферах;
- реалізація в межах повноважень, передбачених законом, державної політики у сфері волонтерської діяльності.

У структуру ДСНС України входять:

- апарат ДСНС;
- 25 територіальних органів управління;
- 12 підрозділів центрального підпорядкування;
- 3 заклади вищої освіти (Національний університет цивільного захисту України (м. Харків), Львівський державний університет безпеки життєдіяльності, Інститут державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту);
- одна науково-дослідна установа (Український гідрометеорологічний інститут);
- інші установи та організації.

Коротко проанонсую діяльність деяких органів та підрозділів ДСНС.

Основними завданнями Мобільного рятувального центру (МРЦ) швидкого реагування є:

- реагування на масштабні та специфічні надзвичайні ситуації;
- очищення територій від вибухонебезпечних предметів;
- життєзабезпечення постраждалого населення тощо.

Команда важкого класу МРЦ входить до складу сил Міжнародної пошуково-рятувальної консультативної групи (International Search and Rescue Advisory Group — INSARAG) Організації Об'єднаних Націй.

Мобільний госпіталь ДСНС використовувався за призначенням під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій державного рівня, катастрофічних землетрусів у Туреччині, Індії, Пакистані, Ірані та Іраку, під час пандемії COVID-19 тощо.

Авіація ДСНС залучається для гасіння лісових пожеж; проведення рятувальних операцій; аеромедичної евакуації постраждалого населення; доставки вантажів і рятувальників до місць проведення аварійно-рятувальних робіт.

До складу авіації ДСНС входять літаки, вертольоти, безпілотні літальні апарати. Сили регіонального підпорядкування розташовані у 25 гарнізонах ДСНС, до яких включені аварійно-рятувальні загони спеціального призначення та пожежно-рятувальні підрозділи.

Важливе завдання покладено на піротехнічні підрозділи ДСНС, які здійснюють очищення території України від вибухонебезпечних предметів.

Гірничорятувальні формування забезпечують реагування на надзвичайні ситуації під час виконання підземних робіт, зокрема на вугільних та залізрудних шахтах України, а також здійснюють профілактичні заходи.

У Карпатському регіоні виконують завдання за призначенням гірські пошуково-рятувальні підрозділи, одним із основних завдань яких є безпека перебування туристів на гірських маршрутах.

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

Водолазно-рятувальні підрозділи забезпечують безпечне перебування людей на водних об'єктах, надання необхідної допомоги у разі надзвичайних подій.

Кінологічні підрозділи ДСНС відомі не тільки в Україні, а й за її межами, оскільки залучалися до участі в міжнародних рятувальних операціях, неодноразово здобували призові місця на чемпіонатах світу.

Російська воєнна агресія, яка розпочалася 24 лютого, вже призвела, на жаль, до загибелі 6114 цивільних осіб та поранення 9132 (за інформацією Управління Верховного комісара ООН з прав людини станом на 4 жовтня). Однак реальне їх число є значно більшим, оскільки отримання інформації з деяких місць, де тривають інтенсивні бойові дії, відбувається із затримкою або потребує підтвердження.

Загинуло 418 дітей, 786 отримали поранення різного ступеня тяжкості. Росія з початку війни депортувала 7894 дитини. 13 млн наших громадян, у тому числі 3 млн дітей вимушено залишили своє житло. 5,3 млн осіб, у тому числі 2 млн дітей виїхали за кордон.

За інформацією головнокомандувача Збройними силами України під час форуму «Захисники. Переключка» на російсько-українській війні загинуло майже 9 тис. українських героїв.

Внаслідок обстрілів окупантами з початку війни зруйновано та пошкоджено 167 449 об'єктів, з них 7423 об'єкти життєзабезпечення, 1644 об'єкти інфраструктури, 2563 заклади освіти, 790 закладів охорони здоров'я, 302 заклади соціальної сфери, 141 788 житлових будинків, 12 938 інших об'єктів різних форм власності, пошкоджена одна атомна електростанція.

Протягом майже 8 міс війни рятувальники ДСНС під постійними обстрілами героїчно рятують людей, ліквідовують пожежі, знешкоджують боєприпаси та надають допомогу постраждалому населенню.

Усього з початку повномасштабного вторгнення російських окупантів підрозділами ДСНС здійснено 56 680 виїздів на ліквідацію наслідків обстрілів населених пунктів; врятовано життя 2033 осіб; деблоковано з-під завалів тіла 1424 загиблих; ліквідовано 12 660 пожеж; забезпечено аварійним електроживленням понад 470 об'єктів соціальної сфери; підвезено понад 4720 тонн продуктів харчування та понад 29 550 тонн води; надано психологічну допомогу близько 175 тис. осіб.

Під час виконання завдань за призначенням вбито 44 рятувальники та 149 — поранено. У полоні продовжують залишатися 8 рятувальників.

Окупантами зруйновано 293 пожежно-рятувальні підрозділи, 96 знаходяться на окупованих територіях; знищено та пошкоджено 1674 одиниці пожежно-рятувальної техніки.

Наразі здійснюються аварійно-рятувальні роботи на деокупованих територіях Харківської обл., зокрема в містах Ізюм та Балаклія.

З 14 вересня для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт, надання допомоги місцевим органам влади Харківської обл. у життєзабезпеченні

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

ченні населення направлено Зведений загін ДСНС (150 осіб та 60 одиниць техніки). Враховуючи значні обсяги робіт на деокупованих територіях, для посилення спроможностей з 21 вересня додатково направлено сили і засоби Головного управління ДСНС у м. Київ (41 особа та 13 одиниць техніки).

Обстеженню на наявність вибухонебезпечних предметів підлягає орієнтовно 12 500 кв. км деокупованих територій Харківської обл.

На сьогодні до робіт з гуманітарного розмінування Харківської обл. залучено 26 піротехнічних розрахунків ДСНС (133 особи та 50 одиниць техніки).

Органи управління та підрозділи ДСНС продовжують виконувати завдання з ліквідації наслідків обстрілів населених пунктів російськими окупаційними військами та надання допомоги постраждалому населенню.

На сьогодні рятувальники здійснюють розбір завалів будинків та об'єктів інфраструктури в населених пунктах Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Миколаївської, Сумської та Харківської областей.

Одним із найнебезпечніших наслідків війни є забруднення вибухонебезпечними предметами. За попередніми оцінками, загальна площа забруднених територій внаслідок ведення бойових дій може сягати близько 300 тис. кв. км, а це майже половина всієї території України.

Усього з початку війни очищено територію держави загальною площею понад 71 370 гектарів, при цьому знешкоджено понад 211 400 боєприпасів, з них 2111 авіабомб. Найбільші обсяги робіт з розмінування проводяться в Харківській, Київській, Сумській та Чернігівській областях. Усього потенційно небезпечних територій залишається 178 тис. кв. км, що становить 30% від загальної площі держави.

Ворог застосовує дистанційні системи мінування, цинічно встановлює некерівані мінні загородження на території населених пунктів та залишає після себе у квартирах та будинках вибухові пристрої та гранати на розтяжках, які смертельно небезпечні для мирного населення.

Серед вибухонебезпечних предметів, які знешкоджуються нашими піротехніками, значну частину становлять ті, використання яких заборонено міжнародними конвенціями. Такі міни та боєприпаси виявляли на території Київської, Чернігівської, Харківської, Сумської, Миколаївської Дніпропетровської та Запорізької областей. ДСНС значну увагу приділяє інформуванню населення про загрози в умовах війни. З метою поглибленого інформування населення ДСНС за участю фахівців Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту розробила євробуклет з корисними мобільними додатками та чат-ботами.

33 доби, з 28 лютого до 1 квітня 2022 р., полігон перебував в окупації. Наслідки перебування там російських окупантів дуже жахливі. На сайті Інституту розміщені відповідні фото і відеоматеріали, звернення Інституту до наукової спільноти та міжнародних організацій стосовно надання допомоги у відновленні полігону.

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

Водночас колектив Інституту власними силами відновлює повноцінне функціонування полігону. Відпрацьовано перспективний план розвитку пожежно-випробувального полігону як наукового об'єкта, що становить національне надбання.

У складі Інституту як цивільні працівники, так і особи начальницького складу цивільного захисту (атестований особовий склад).

В умовах війни всі залучаються до виконання завдань за призначенням. Зокрема, на Центральному залізничному вокзалі Києва атестований особовий склад Інституту в цілодобовому режимі надавав всебічну допомогу евакуйованому населенню з Київської та Чернігівської областей. Усього з 24 лютого надано допомогу 9479 особам.

Атестованими особами Інституту надавалася необхідна допомога в розвантаженні гуманітарної допомоги, зокрема для лікувальних закладів Києва, мешканців Бучанського району Київської обл. Відповідно до наказу ДСНС від 3 травня 2022 р. № 232 сформовано групу з працівників Інституту для надання допомоги у відновленні міста героїв Гостомеля Бучанського району Київської обл.

Девіз нашого Інституту — «Єдність та персональна відповідальність».



Марина Брюховецька

Адвокат, кандидат юридичних наук, доцент кафедри правознавства вищого навчального закладу «Полтавський університет економіки і торгівлі»

Захист прав управлінців у сфері охорони здоров'я

Вченими та практикуючими юристами суттєва увага приділяється процесам державного управління у сфері охорони здоров'я. Особливу групу, якій присвячено чимало наукових праць, утворюють особисті немайнові права, серед яких центральне місце посідає право громадянина на життя й охорону його здоров'я.

У чинному законодавстві увагу також приділено захисту прав пацієнтів та медичних працівників. У положеннях статті 27 Конституції України чітко передбачено, що кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань [1].

Разом з тим практично всі дослідження захисту прав суб'єктів у медичній сфері можна називати «односторонніми», оскільки зазвичай їх увага спрямована на охорону інтересів споживачів послуг. У той самий час інші суб'єкти у вказаній сфері залишаються поза увагою. Такими суб'єктами є управлінці у сфері охорони здоров'я, які зазвичай випадають з поля теоретичного осмислення, незважаючи на те, що їх інтереси також можуть обмежуватися, адже в процесі побудови системи охорони здоров'я вказані особи перебувають у ситуації ризику.

Окрім вирішення економічно-господарських питань, на управлінців з організації охорони здоров'я покладається ряд інших важливих функцій, пов'язаних з реалізацією прав громадян на життя та охорону здоров'я. Практика європейських держав демонструє, що функції державних управлінців у системі охорони здоров'я здійснюють медичні менеджери, фахівці, які контролюють всі процеси в державному управлінні системою охорони здоров'я та медичними закладами. Зазвичай такі суб'єкти поділяються на два типи: управлінці загальної кваліфікації та управлінці-спеціалісти. На перших покладається відповідальність за загальне

управління медичним закладом або установою. У свою чергу, управлінці-спеціалісти несуть відповідальність за ефективне управління конкретними специфічними напрямками, такими як аналіз управлінських рішень та стратегій у системі охорони здоров'я, фінансів, бухгалтерського обліку, складання бюджету, маркетинг або управління людськими ресурсами [2].

Період пандемії COVID-19 та умови бойових дій, пов'язаних з російсько-українською війною, яскраво продемонстрували рівень важливості та незахищеності працівників галузі охорони здоров'я незалежно від функціональних обов'язків та сфери діяльності.

Специфічною характерною ознакою трудової діяльності управлінців у досліджуваній сфері є той факт, що вона не може бути повністю визначена нормами трудового права, оскільки у процесі надання реалізації своїх функцій спирається, зокрема, і на морально-етичні норми та сформований статус пацієнтів.

Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я», прийнятим Верховною Радою України від 19.11.1992 р. № 2801-XII, визначено суб'єктів, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Разом з тим жодного механізму, який передбачав би захист прав таких суб'єктів, не визначено [3].

Найпоширенішим видом порушень визначають відсутність гарантованої фізичної безпеки, порушення права на вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження в установленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики [4].

Такі порушення виявляються у відсутності в медичних закладах необхідного обладнання, незабезпеченні необхідною медико-технологічною документацією, відсутності ефективних механізмів реалізації управлінських рішень.

На сьогодні чинне законодавство передбачає судову та позасудову процедуру захисту порушених прав особи.

Враховуючи положення чинного законодавства, з огляду на поняття «суб'єкт владних повноважень», що міститься у статті 3 Кодексу адміністративного судочинства України (далі — КАС України), керівників медичного закладу та інших осіб, які належать до службових у сфері охорони здоров'я, можна визначити суб'єктами, які здійснюють владні управлінські функції [5].

Однозначного твердження в науковій літературі немає щодо виду судочинства, пов'язаного з оскарженням їх рішень, дій і бездіяльності. Однак, аналізуючи законодавчі акти, пропонується висновок, що, наприклад, дії директора закладу охорони здоров'я оскаржуватимуться в порядку адміністративного судочинства [6].

У Сполучених Штатах Америки у вирішенні спорів у медичній сфері бере участь журі присяжних. Однак Американська медична асоціація стверджує, що участь у розгляді медичних справ журі присяжних є проблематичним, оскільки їх рішення не ґрунтуються на повному розумінні медичних фактів [7].

Варто зауважити, що захист прав управлінців у сфері охорони здоров'я повинен мати спеціальний механізм, з огляду на те, що правове регулювання вка-

заного питання лежить на межі медичного, трудового, адміністративного права та реалізується з урахуванням важливих принципів державного управління. Розв'язання проблем захисту управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я має бути спрямоване на зміцнення гарантій та підвищення ефективності механізму захисту прав у роботі сучасного державного управління, підвищення якості професійної підготовки та перепідготовки, формування моральних якостей державних службовців, використання оптимальних моделей упровадження інноваційних соціальних технологій. Варто також звернути увагу на систему підготовки та підвищення кваліфікації управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я. Доречно безперервно відстежувати їх потреби, що вимагають нових методик професійної підготовки.

Список використаної літератури

1. Конституція України (1996) Відомості Верховної Ради України, № 30: 141.
2. Мельник Л.А. (2018) Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток, № 11. www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf.
3. Основи законодавства про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. Верховна Рада України. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text.
4. Захист прав медичних працівників: готуймося до самооборони? Ваше здоров'я. 2017. www.vz.kiev.ua/zahyst-prav-medychnyh-samooborony/.
5. Кодекс адміністративного судочинства України: Кодекс України від 06.07.2005 р. № 2747-IV. Верховна Рада України. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15.
6. Берн І., Езер Т., Коен Дж. та ін. (2012) Практичний посібник «Права людини у сфері охорони здоров'я». medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/8-porjadku-administrativnogoSudochinstva/.
7. Neil Vidmar (2009) Juries and Medical Malpractice Claims: Empirical Facts versus Myths. Clin Orthop Relat Res. www.ncbi.nlm.es/PMC2628507/.



Зоряна Володимирівна Гбур

Доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

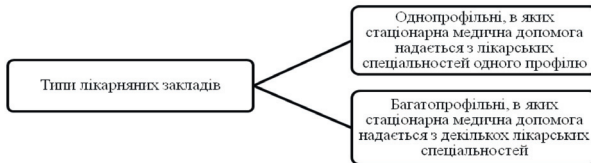
Слабкі сторони сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану

Охорона здоров'я поряд з обороною є основною складовою національної безпеки в умовах війни. Саме тому управління закладами охорони здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної політики України. Охорона здоров'я, медична допомога та медичне страхування забезпечуються амбулаторно-поліклінічними та стаціонарними лікувально-профілактичними закладами.

Вплив державного управління на діяльність закладів охорони здоров'я розглядається в роботах багатьох науковців — Д.І. Горбатової [3], Л.В. Ковалія [4], К. Хуторної [7] та інших. Однак недостатньо дослідженим на сьогодні залишається питання впливу державного управління на діяльність багатопрофільних лікарень, які працюють в умовах воєнного стану. Враховуючи сучасні реалії, це питання потребує додаткового розгляду та аналізу.

Конституцією України визначено право кожного громадянина на охорону здоров'я, якісну медичну допомогу та медичне страхування [1]. Медична допомога населенню надається амбулаторно-поліклінічними та стаціонарними лікувально-профілактичними установами. Залежно від виконуваних функцій та завдань вони розділяються на лікарні; поліклініки; диспансери; станції швидкої медичної допомоги; установи охорони материнства і дитинства; санаторії. Лікарняні заклади поділяються на одно- та багатопрофільні (рисунок).

Рисунок Типи лікарняних закладів [2]



Примітка: систематизовано автором.

Важливе місце у структурі закладів охорони здоров'я України займають багато-профільні лікарні, основною перевагою яких є надання комплексних послуг у межах однієї установи. Відповідно до Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України, до багатопрофільних лікарняних закладів належать:

- госпіталі (в тому числі для інвалідів війни);
- дитячі басейнові лікарні на водному транспорті;
- республіканські, обласні, міські та районні дитячі лікарні;
- дитячі територіальні медичні об'єднання (ТМО);
- дільничні лікарні сільських, селищних та міських рад;
- республіканські, обласні, центральні міські, центральні районні та районні лікарні;
- багатопрофільні медичні центри;
- лікувально-діагностичні центри;
- міські лікарні швидкої медичної допомоги тощо [2].

Умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування, яке надається багатопрофільними та іншими закладами охорони здоров'я, створює держава в особі Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), Національної служби здоров'я України (НСЗУ), Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба) та ін. Реалізація державної політики зазначеними суб'єктами здійснюється через державне управління. Під ним слід розуміти керуючий вплив суб'єкта управління на управляючий об'єкт [3]. Державному управлінню властиві такі риси, як підлеглість об'єкта управління суб'єкту управління, який наділяється державно-владною компетенцією та виконує волю держави. Об'єкти управління підпорядковуються суб'єктам управління. Тобто багатопрофільні заклади охорони здоров'я у своїй діяльності підпорядковуються МОЗ, НСЗУ, Держлікслужбі та іншим суб'єктам, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Крім органів держави, безпосередньо пов'язаних зі сферою охорони здоров'я, управлінські функції щодо багатопрофільних лікарень виконують й інші державні інституції: Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Генеральна прокуратура, її органи на місцях, судові органи України. Повноваженнями щодо управління комунальними та державними закладами охорони здоров'я наділені ради міст, районів та ради об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Однак саме під час війни виявлені слабкі сторони державного управління в медичній сфері та, зокрема, в діяльності багатопрофільних закладів охорони здоров'я. Для їх усунення необхідна реформування системи охорони здоров'я, яке передбачає здійснення наступних заходів:

- посилення команди хірургів. Одним із перших важливих управлінських рішень, прийнятих одразу після початку війни, було затвердження МОЗ наказу від 24.02.2022 р. № 374 «Про тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим від воєнної агресії». Згідно з цим наказом у багатопрофільних та інших закладах охорони здоров'я мали бути підготовлені додаткові команди хірургів, які б змогли надавати необхідну допомогу пораненим. Для збільшення охоплення наданням медичної допомоги Міністерство охорони здоров'я рекомендувало застосовувати телемедицину [7]. З огляду на проблеми з логістикою, відомство рекомендувало спрощене та заочне проведення медико-соціальної експертизи. Документом заборонено припинення термінових та невідкладних планових госпіталізацій, завдяки чому лікарі продовжували проводити планові операції в тих випадках, коли їх перенесення не можливе у зв'язку із серйозним ризиком для життя та здоров'я пацієнтів;
- направлення ліжкового фонду на обслуговування постраждалих від війни. У зв'язку із загостренням воєнної ситуації МОЗ було прийнято рішення про внесення змін до раніше затвердженого наказу в частині, що стосується скасування планових операцій. Згідно з ними планові госпіталізації можуть припинитися лише в тому випадку, якщо ліжковий фонд терапевтичного профілю завантажується на 70%, а хірургічного профілю — на 50%. Завдяки цим змінам багатопрофільні лікарні отримали резерв ліжок для прийняття поранених. Крім того, дане рішення МОЗ знизило навантаження на медичних працівників;
- фінансування. Наступним управлінським рішенням, спрямованим на забезпечення безперебійного фінансування закладів охорони здоров'я, є внесення змін до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення. До 1 липня 2022 р. всі законтрактовані НСЗУ медичні заклади кожний місяць отримували $\frac{1}{12}$ від річного обсягу фінансування. Тобто щомісяця вони отримували від Національної служби здоров'я України фіксовану суму. З 1 липня 2022 р. система фінансування змінилася. Медичні заклади отримують кошти за фактично надані послуги та звітують про них в електронному вигляді. Разом з тим фінансування закладів охорони здоров'я, які знаходяться на тимчасово окупованих територіях, здійснюється за старою схемою. Слід зазначити, що станом на 17 серпня 2022 р. медичні заклади отримали від НСЗУ близько 74 млрд грн [8];
- допомога внутрішньо переміщеним особам. Окремим наказом МОЗ врегульовано питання доступу внутрішньо переміщених осіб (ВПО) до безоплатної первинної медичної допомоги [9]. Даним документом встановлено право кожного громадянина України, в тому числі ВПО, незалежно від отримання ними такого статусу, на отримання медичної допомоги. Однак без довідки ВПО медичну до-

помогу можна отримати у випадку планової вакцинації або невідкладному стані. У всіх інших випадках особа, яка раніше проживала на невідконтрольній території, повинна зареєструватися як ВПО. Слід зазначити, що переселенці можуть обрати будь-який багатопрофільний заклад охорони здоров'я. При цьому їм не потрібно переукладати декларацію з іншим сімейним лікарем;

- відновлення інфраструктури за рахунок небюджетного фінансування. Знищення медичної інфраструктури та проблеми з логістикою стали причиною нестачі обладнання та медичних препаратів у багатьох багатопрофільних та інших закладах охорони здоров'я. Завдяки допомозі міжнародних благодійників, волонтерів та українських бізнесменів вони продовжують отримувати лікарські засоби, медичні вироби, медичне обладнання, транспортні засоби тощо. Зі свого боку, Міністерство охорони здоров'я створило інформаційно-аналітичну систему MedData. Ця система використовується лікарями для подання запитів на отримання необхідної гуманітарної допомоги;
- гарантії заробітної плати. Для вирішення проблеми з виплатою заробітної плати медиків під час війни в Програмі медичних гарантій НСЗУ передбачила пакет дофінансування для законтракованих комунальних закладів охорони здоров'я, неспроможних виплатити заробітну плату своїм працівникам. Слід зазначити, що пакет дофінансування розрахований на термін до кінця 2022 р. Завдяки такій підтримці з боку держави заробітну плату отримують навіть ті медики, які знаходяться на тимчасово окупованих територіях [8];
- кластеризація інфраструктури. Попри війну, триває інфраструктурний етап медичної реформи, яка розпочалася у 2017 р. Він передбачений Законом України № 2347-ІХ, що набув чинності 19 липня 2022 р. Відповідно до нього в кожній області заклади охорони здоров'я об'єднуються в госпітальні округи. У свою чергу, госпітальні округи будуть розділені на окремі кластери [10]. Замість міських, районних та обласних лікарень з'являться загальні, кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я. Дане рішення спрямоване на більш ефективне використання ресурсів та забезпечення медичних установ необхідним обладнанням;
- реформування багатопрофільних закладів охорони здоров'я. Щоб зменшити витрати на утримання лікарень, планується їх реформування, яке включає екологічний підхід до проєктування будівель та підвищення їх енергоефективності [11].

Таким чином, завдяки ряду управлінських рішень держави в особі її уповноважених органів (суб'єктів державного управління) навіть в умовах воєнного стану можна підтримувати роботу багатопрофільних медичних закладів, виплачувати заробітну плату медичним працівникам та забезпечувати всіх громадян України (в тому числі ВПО) медичною допомогою. Враховуючи це, можна зробити висновок, що в умовах війни державне управління чинить значний вплив на діяльність багатопрофільних закладів охорони здоров'я та на медичну сферу в цілому.

Під час війни виявлені слабкі сторони державного управління діяльністю багатопрофільних закладів охорони здоров'я: руйнування інфраструктури, відтік та втрата

кадрів, несвоєчасна оплата праці, відсутність бомбосховищ, значні витрати на утримання багатопрофільних закладів охорони здоров'я.

Для їх усунення пропонується посилення команд хірургів у багатопрофільних лікарнях, спрямування ліжкового фонду на обслуговування постраждалих від війни, забезпечення фінансування закладів охорони здоров'я, допомога ВПО, відновлення інфраструктури за рахунок небюджетного фінансування, надання гарантій виплати заробітної плати, кластеризація інфраструктури, реформування багатопрофільних лікарень.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів органами державної влади для підвищення ефективності державного управління багатопрофільними закладами охорони здоров'я.

Список використаної літератури

1. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. ips.ligazakon.net/document/Z960254K?an=1.
2. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою (асистентів фармацевтів), посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немединою освітою у закладах охорони здоров'я: Наказ від 28.10.2022 р. № 385. zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text.
3. Горбатова Д.І. (2019) *Форми державного управління в сфері охорони здоров'я*. Право і суспільство, № 4: 168.
4. Коваль Л.В. (1998) *Адміністративне право: курс лекцій для студентів юрид. вузів і факультетів*. 208 с.
5. Від початку війни 123 лікарень зруйновано, 18 медиків загинули — дані МОЗ. 0532.ua, 2022. www.0532.ua/news/3445790/vid-pocatku-vijni-123-likaren-zrujnovano-18-medikiv-zagynuli-dani-moz.
6. В Україні зросла середня зарплата медиків. [tsn.ua, 2022. tsn.ua/zdorovya/v-ukrayini-zrosla-serednya-zarplata-medikiv-2130439.html](https://tsn.ua/zdorovya/v-ukrayini-zrosla-serednya-zarplata-medikiv-2130439.html).
7. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: наказ від 24.02.2022 р. № 374. zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text.
8. Хуторна К. (2022) *Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я*. [mind.ua. mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya](https://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya).
9. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: Наказ від 17.03.2022 р. № 496. zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text.
10. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 р. № 2347-ІХ. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text.
11. Свеженцева І. (2022) *Медицина для людей: як ВООЗ рекомендує відновлювати українську систему охорони здоров'я*. suspilne.media/244774-medicina-dla-ludej-ak-vooz-rekomendue-vidnovluvati-ukrainsku-sistemu-ohoroni-zdorova/.



Степан Михайлович Голубка

Доктор економічних наук, професор, радник, Рахункова палата України



Михайло Михайлович Голубка

Кандидат економічних наук, доцент, Львівський кооперативний фаховий коледж економіки і права, голова циклової комісії обліку та фінансово-економічної діяльності

Парадигма охорони здоров'я в умовах війни та соціально-економічних викликів

Трансформаційні процеси національної економіки, децентралізація, структурна реорганізація медичної галузі зумовили змінити парадигму охорони здоров'я

в Україні на протипагу моделі Семашка, що «формувалася в інших суспільно-політичних і фахових реаліях» та «не відповідає сучасним умовам суспільного розвитку в Україні та потребує модернізації з огляду на загальносвітові тенденції» [1].

Особливі корективи внесла війна, яка суттєво змінила векторність у збереженні здоров'я цивільного населення України, надання медичної допомоги військовослужбовцям, а також природного довкілля, яке опинилося у кризовій ситуації під час війни.

Таким чином, розвиток охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів вимагає врахування принаймні трьох обставин:

- по-перше, питання охорони здоров'я в Україні перебуває не в площині прийняття функціональних реорганізацій системи охорони здоров'я, надання медичних послуг чи здорового способу життя, а в необхідності обслуговування переселенців та поранених, допомоги в підтриманні психічного здоров'я в умовах постійного стресу й емоційної напруги, спричинених війною, належним рівнем медичного обслуговування громадян, які покинули місця постійного проживання і тимчасово змушені мешкати в інших регіонах країни;
- по-друге, лікування поранених, протезування, реабілітація збереження та відновлення фізичного, психічного здоров'я військовослужбовців;
- по-третє, військове вторгнення росії впливає на довкілля України: руйнування екосистем, природно-заповідного фонду, лісів, водойм, флори та фауни, пошкоджує ґрунтовий покрив, спричиняє забруднення ґрунтів тощо, що безпосередньо завдає шкоди здоров'ю людини та має негативні наслідки для національної економіки, зокрема, збитки від руйнування чи пошкодження об'єктів охорони здоров'я становлять близько 6 млрд дол., а загальні непрямі втрати галузі — 2,7 млрд дол. [2]. До того ж, окрім матеріальних збитків, результатом війни стали суттєві втрати людського капіталу.

Саме триада — цивільне населення, військовослужбовці, довкілля — є ядром парадигми охорони здоров'я та має бути стратегічною метою під час війни та повоєнного періоду, в напрямі її досягнення повинні здійснюватися наукові дослідження і державна політика, ефективність якої великою мірою залежить від врахування людських, природних, економічних, соціальних цінностей. Окрім матеріальних збитків, результатом війни стануть суттєві втрати людського капіталу, що є одним з ключових факторів економічного зростання.

Реалізація такої парадигми забезпечить цілісність і гомогенність українського простору, зміцнить основи розвитку та відбудови національної економіки не тільки в умовах війни, але і в поствоєнний період в Україні.

Список використаної літератури

1. Семігіна Т.В. Нова парадигма охорони здоров'я — виклик для України чи можливість для політичної модернізації? www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Semigina_2014_4.pdf.
2. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya

Секція 2.

ОБГОВОРЕННЯ: ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ

О.О. Акімов

Доктор наук з державного управління, доцент кафедри управління охороною здоров'я та адміністрування Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика

Суб'єкти державного управління вирішенням колективних трудових спорів, Національна служба посередництва та примирення

Особливості державного управління вирішенням колективних трудових спорів зумовлюють важливість і продуманість державних органів, які від імені держави здійснюють державне управління в зазначеній сфері.

Орган державного управління — це відносно самостійна частина державного апарату, яка створена відповідно до Конституції та законів України, має власну структуру, штат службовців і здійснює функції державного управління в економічній, адміністративно-політичній, соціальній та культурній сферах у межах своїх повноважень, визначених законодавством України.

Органу державного управління притаманні такі ознаки:

- утворюється в порядку, встановленому Конституцією України, законами України або Указом Президента України;
- виступає носієм відповідних юридично-владних повноважень від імені і за дорученням держави;
- має статус юридичної особи публічного права, офіційне найменування, атрибути з державною символікою;
- має внутрішню будову, структурні підрозділи, штат службовців, який формується шляхом виборів, призначення, конкурсного відбору для виконання конкретних завдань і функцій держави.

Особлива роль у системі державного управління, у тому числі у сфері вирішення колективних трудових спорів, належить Верховній Раді України як єдиному органу, що відповідно до ст. 75 Конституції України забезпечує реалізацію такої функції держави, як законотворення. Через законотворчу діяльність Верховна Рада здійснює управління та регулювання різними сферами життєдіяльності людини, суспільства та держави. Єдиним джерелом повноважень Верховної Ради України є Конституція України.

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

Відповідно до ст. 85 Конституції України до повноважень Верховної Ради України, які стосуються сфери вирішення колективних трудових спорів чи можуть бути дотичними до неї, належать, зокрема:

- прийняття законів;
- затвердження Державного бюджету України та внесення змін до нього, контролю за його виконанням, прийняття рішення щодо звіту про його виконання;
- затвердження загальнодержавних програм економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку;
- надання законом згоди на обов'язковість міжнародних договорів України та їх денонсація;
- здійснення парламентського контролю в межах, визначених Конституцією та законом.

В Україні створено правову базу для регулювання відносин щодо розв'язання колективних трудових спорів. Відповідно до ст. 15 Закону України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» з метою сприяння поліпшенню трудових відносин та запобігання виникненню колективних трудових спорів (конфліктів), їх прогнозування та сприяння своєчасному їх вирішенню, здійснення посередництва для вирішення таких спорів (конфліктів) Президентом України утворюється Національна служба посередництва і примирення, яка складається з висококваліфікованих фахівців та експертів з питань вирішення колективних трудових спорів (конфліктів) і має свої відділення в Автономній Республіці Крим та областях.

Указом Президента України «Про утворення Національної служби посередництва і примирення» від 17 листопада 1998 р. № 1258/98 утворено Національну службу посередництва і примирення у складі центрального апарату та регіональних відділень та затверджено Положення про Національну службу посередництва і примирення.

Національна служба посередництва і примирення (далі — НСПП) є постійно діючим державним органом, створеним Президентом України для сприяння врегулюванню колективних трудових спорів (конфліктів). НСПП та її відділення є юридичними особами, має самостійний баланс, печатку із зображенням Державного Герба України і своїм найменуванням.

Рішення НСПП мають рекомендаційний характер і повинні розглядатися сторонами колективного трудового спору (конфлікту) та відповідними центральними або місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування [1].

Основними завданнями НСПП є [2]:

- сприяння взаємодії сторін соціально-трудова відносин у процесі врегулювання колективних трудових спорів (конфліктів), що виникли між ними;
- прогнозування виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) та сприяння своєчасному їх вирішенню;
- здійснення посередництва і примирення під час вирішення колективних трудових спорів (конфліктів);

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

- забезпечення здійснення соціального діалогу, вироблення узгоджених пропозицій щодо розвитку соціально-економічних та трудових відносин в Україні;
- здійснення заходів із запобігання виникненню колективних трудових спорів (конфліктів);
- підвищення рівня правової культури учасників соціально-трудова відносин.

НСПП як суб'єкт державного управління відповідно до покладених на неї завдань вивчає та узагальнює причини виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) і можливі їх наслідки на національному, територіальному і галузевому рівнях, виробляє пропозиції щодо запобігання виникненню колективних трудових спорів, аналізує висунуті працівниками вимоги і здійснює оцінку їх обґрунтування.

Правові та організаційні засади здійснення НСПП комплексного аналізу висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, виявлення та узагальнення причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) визначаються Інструкцією про порядок здійснення аналізу висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, виявлення та узагальнення причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів), затвердженою наказом НСПП від 09.06.2009 р. № 33 «Про затвердження Інструкції про порядок здійснення аналізу висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, виявлення та узагальнення причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів)» (далі — Інструкція № 33).

Інструкцією № 33 визначено, що причини виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) поділяються на об'єктивні та суб'єктивні.

До об'єктивних причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) належать [3]:

- невиконання зобов'язань щодо соціальних гарантій, компенсацій, пільг внаслідок незадовільного фінансового стану підприємств, установ, організацій, яке спричинено відсутністю бюджетних призначень для фінансування відповідних витрат бюджетних установ та організацій; недостатнім фінансуванням відповідних витрат бюджетних установ і організацій через фактичне невиконання доходної частини бюджетів різних рівнів; заборгованістю із оплати продукції, робіт, послуг, що здійснюється за рахунок бюджетних коштів; значними обсягами кредиторської та дебіторської заборгованості (зокрема простроченої); окремими прорахунками при запровадженні державного регулювання цін, тарифів або особливих умов порядку надання послуг та виконання робіт; недоліками здійснення податкової політики, невідповідністю податкового законодавства сучасним потребам вітчизняної економіки; низьким рівнем технології та організації виробництва і праці; несприятливою кон'юнктурою зовнішнього ринку; іншими причинами;
- відсутність законодавчого врегулювання предмета колективного трудового спору або наявність протиріч у законодавстві та нормативно-правових актах щодо врегулювання цих питань;
- зупинення дії економічно і соціально важливих статей положень чинного законодавства;

- інші причини.

До суб'єктивних причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) належать [3]:

- нереагування або несвоєчасне реагування роботодавця на вимоги найманих працівників;
- ненадання соціально-економічного обґрунтування в разі відмови задовольнити вимоги найманих працівників;
- небажання роботодавця під різними приводами укладати колективний договір або вносити зміни до нього;
- порушення роботодавцем законодавства про працю, колективних договорів з питань вирішення колективних трудових спорів (конфліктів);
- прагнення сторін колективного трудового спору (конфлікту) використати спір як засіб привернення уваги органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування до ситуації, що склалася на підприємстві, в організації, установі;
- інші суб'єктивні причини.

НСПП здійснює реєстрацію висунутих працівниками вимог та колективних трудових спорів (конфліктів). Так, відповідно до частини другої ст. 6 Закону України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» про виникнення колективного трудового спору (конфлікту) орган, який представляє інтереси найманих працівників або профспілки, зобов'язаний у 3-денний строк письмово поінформувати роботодавця, місцевий орган виконавчої влади, орган місцевого самоврядування за місцезнаходженням підприємства та НСПП.

Правові й організаційні засади здійснення НСПП системи заходів щодо реєстрації висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог та колективних трудових спорів (конфліктів) визначає Положення про порядок реєстрації НСПП висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог та колективних трудових спорів (конфліктів), затверджене наказом НСПП від 25.03.2014 р. № 21.

Реєстрація висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог та колективного трудового спору (конфлікту) здійснюється шляхом внесення НСПП у Книгу реєстрації висунутих найманими працівниками вимог та колективних трудових спорів (конфліктів) відомостей про сторони колективного трудового спору (конфлікту) із зазначенням їх повного найменування і місцезнаходження (поштової адреси) та висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, присвоєння колективному трудовому спору (конфлікту) реєстраційного номера та видання про це відповідного розпорядження НСПП.

Упродовж 2020 р. НСПП зареєстровано 200 спорів (2 — на територіальному та 198 — на виробничому рівнях), з яких майже 45% — з причин наявності заборгованості із виплати заробітної плати та порушення термінів виплати поточної заробітної плати, що у 2 рази більше, ніж у 2019 р. У зареєстрованих 200 колективних трудових спорах (конфліктах) найманими працівниками висунуто 351 вимогу, що на 14% більше, ніж у 2019 р., з яких 238 (68%) — щодо невиконання

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

нання вимог законодавства про працю; 71 (20%) — щодо встановлення нових або зміни існуючих соціально-економічних умов праці та виробничого побуту; 37 (11%) — щодо виконання колективного договору, угоди або окремих її положень; 5 (1%) — щодо укладення або зміни колективного договору, угоди [3].

Також НСПП сприяє встановленню контактів між сторонами колективного трудового спору (конфлікту), перевіряє в разі необхідності повноваження представників сторін колективного трудового спору (конфлікту) та консультує їх з питань, зокрема, компетенції органів стосовно задоволення вимог, які є предметом колективного трудового спору (конфлікту) чи виконання яких сприятиме його вирішенню; застосування нормативно-правових актів для вирішення колективного трудового спору (конфлікту).

Список використаної літератури

1. Кодекс законів про працю України від 10 грудня 1971 р. (2004) Бюлетень законодавства і юридичної практики України, № 1. zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text.
2. Ротань В.Г., Зуб І.В., Стичинский Б.С.; відп. ред. В.Г. Ротань (2008) Науково-практичний коментар до законодавства України про працю.
3. Закон України «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 р. Вісник Верховної Ради України, № 49. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text.

Ж.М. Базалицька

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Поняття та суб'єкти державної кадрової політики

Державна кадрова політика полягає у визначенні стратегії роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, метою якої є формування, розвиток і раціональне використання трудових ресурсів країни, забезпечення всіх сфер життєдіяльності держави кваліфікованими кадрами, необхідними для реалізації національних інтересів у контексті розвитку України як демократичної, соціальної держави з розвинутою ринковою економікою.

Правовою основою для формування й реалізації державної кадрової політики в нашій державі є Конституція України, Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної асамблеї ООН 10 грудня 1948 р., Цивільний кодекс України, Кодекс законів про працю України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, закони, укази та розпорядження Президента України, постанови та розпорядження КМУ, інші нормативно-правові акти, відповідно до яких держава створює умови для здійснення громадянами

прав на працю та на охорону праці, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізовує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб.

Суб'єктами формування державної кадрової політики є народ України, Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Національне агентство України з питань державної служби, керівники апаратів центральних і місцевих органів державної влади, підрозділи з питань управління персоналом державних органів, міністерств, інших центральних органів виконавчої влади; керівники та підрозділи з питань управління персоналом місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, які перебувають у державній власності; заклади освіти різного спрямування; суб'єкти соціального партнерства приватного й громадського секторів.

Конституцією України визначено, що народне волевиявлення здійснюється через вибори, референдум та інші форми безпосередньої демократії. Отже, народ України впливає на формування кадрової політики шляхом референдуму або виборів, зокрема, Президента України, народних депутатів України тощо.

Відповідно до ст. 106 Конституції України Президент України здійснює кадрові призначення на окремі ключові посади в державі у сфері виконавчої та судової влади; на основі та на виконання Конституції і законів України видає укази і розпорядження, які є обов'язковими до виконання на території України.

За Конституцією України Верховна Рада України є єдиним органом законодавчої влади в Україні. До повноважень Верховної Ради України щодо здійснення державної кадрової політики можна в першу чергу віднести повноваження щодо прийняття законів. Варто зазначити, що лише законами визначаються права і свободи людини і громадянина, у тому числі й право на державну службу, гарантії цих прав і свобод; основні обов'язки громадянина; організація і діяльність органів виконавчої влади, основи державної служби, організації державної статистики та інформації і діяльність прокуратури, нотаріату, органів досудового розслідування, органів і установ виконання покарань; порядок виконання судових рішень; засади організації та діяльності адвокатури тощо. Отже, Верховна Рада України держави визначає основоположні засади державної кадрової політики, формує систему законодавства в зазначеній сфері та відповідно до своїх конституційних повноважень бере участь у формуванні кадрового складу органів державної влади.

За Законом України «Про Кабінет Міністрів України» КМУ (Уряд) є вищим органом у системі органів виконавчої влади, до основних завдань якого належать, зокрема, такі:

- забезпечення проведення політики у сферах праці та зайнятості населення, соціального захисту;
- розроблення і виконання загальнодержавних програм економічного, науково-технічного, соціального, культурного розвитку, а також розроблення, затвердження і виконання інших державних цільових програм;

- спрямування та координація роботи міністерств, інших органів виконавчої влади, здійснення контролю за їх діяльністю. Ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» визначено основні повноваження КМУ.

Отже, як суб'єкт державної кадрової політики КМУ бере участь у формуванні кадрового складу органів державної влади.

На підрозділі з питань управління персоналом центральних та місцевих органів виконавчої влади покладено виконання функцій щодо відбору, організаційно-методичного супроводу просування по службі осіб відповідно до виявлених професійних компетенцій тощо.

У контексті соціального партнерства у сфері державної кадрової політики виділяються такі суб'єкти, як органи державної влади, органи місцевого самоврядування, професійні спілки, роботодавці та громадські організації [11]. Розглядаючи суб'єктів державної кадрової політики, варто згадати норму ст. 19 Конституції України, відповідно до якої правовий порядок в Україні ґрунтується на засадах, згідно з якими ніхто не може бути примушений робити те, що не передбачено законодавством. Органи державної влади та місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України.

Отже, суб'єкти державної кадрової політики можуть втручатися в кадрові процеси лише в межах та у спосіб, визначені Конституцією України та законами України.

Об'єктами державної кадрової політики є людські ресурси, а також персонал органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій як державного, так і недержавного секторів. Особливим об'єктом державної кадрової політики є персонал державної служби, кадри апаратів органів влади, кадри державних і значною мірою змішаних підприємств.

Науковці виділяють такі основні принципи державної кадрової політики у сфері державної служби:

- законності. Цей принцип передбачає, що всі ланки управління персоналом ґрунтуються виключно на вимогах нормативно-правових актів;
- рівності та політичної неупередженості під час здійснення процедур при прийомі на державну службу, просуванні за посадами та звільненні з державної служби. Цей принцип передбачає, що прийняття на службу, її проходження залежать виключно від кваліфікації та морально-вольових якостей державного службовця;
- стандартизації. Цей принцип передбачає запровадження єдиного алгоритму прийняття управлінських рішень про прийом, просування та звільнення з державної служби;
- прогнозованості як спрямування управління персоналом на короткострокову і довгострокову перспективу;
- справедливості та рівного доступу до державної служби.

Розглядаючи питання кадрової політики в державній службі, доцільно висвітлити такі питання, як напрями реалізації державної кадрової політики.

Напрями реалізації державної кадрової політики — це основні шляхи здійснення державного управління з метою досягнення найвищого рівня формування і використання трудових ресурсів країни для забезпечення інтересів держави та потреб у сферах економіки, соціальної, гуманітарній, регіонального розвитку [11].

Організаційний механізм реалізації державної кадрової політики покладається на суб'єктів кадрової політики, які формують, координують і контролюють кадрову діяльність на центральному, регіональному і місцевому рівнях.

Механізм формування і реалізації кадрової політики на державній службі — це система адміністративно-організаційних, соціально-економічних, правових, професійних, культурно-виховних заходів, які приводять у дію кадрову політику.

Отже, формування та реалізація державної кадрової політики на державній службі є складним процесом, який може бути ефективним при послідовному виконанні ряду законодавчих, управлінських та організаційних заходів.

Список використаної літератури

1. Ковбасюк Ю.В. (голова), Ващенко К.О., Сурмін Ю.П. та ін. (2012) Державне управління. Підручник у 2 т. ред. кол.: Т. 1. academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Pidruchniky.
2. Оболенський О.Ю. (укл.) (2005) Державне управління та державна служба: словник-довідник.
3. Дубенко С.Д. (1999) Державна служба і державні службовці в Україні.
4. Желюк Т.Л. (2005) Державна служба: навч. посіб.
5. Закон України «Про державну службу» від 10 грудня 2015 р. Вісник Верховної Ради України, 2016, № 4. zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-19#Text.
6. Сороко В.М. (укл.) (2009) Кадрова політика і державна служба: конспект лекцій.
7. Сєрьогін С.М., Гончарук Н.Т., Липовська Н.А. та ін. За заг. ред. проф. С.М. Сєрьогіна (2011) Кадрова політика і державна служба: навч. посіб.

К.С. Білоус

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Державний нагляд та контроль за додержанням законодавства про охорону праці

Контроль є важливою ознакою змісту державного управління. Природа контролю виявляється в його основних аспектах як функції різних інститутів системи управління суспільними процесами. Головною метою функції контролю є блокування відхилень діяльності суб'єкта управління від заданої управлінської програ-

ми, а при виявленні аномалій — приведення управлінської системи в стійкий стан за допомогою наявних регуляторів [1]. Соціальне призначення функції контролю полягає в тому, що він покликаний служити джерелом інформації про процеси, що відбуваються, умовою підтримки законності, порядку й організованості, охорони свободи і дотримання прав громадян. Враховуючи, що право громадян на належні, безпечні і здорові умови праці закріплене Конституцією України, державний нагляд і контроль у сфері охорони праці є вкрай важливим.

У загальному вигляді контрольна функція полягає в тому, щоб встановити, чи відповідає діяльність органів влади, підприємств, установ, організацій тим завданням, що стоять перед ними; чи виконуються і як саме виконуються покладені на них обов'язки; яким є результат проведеної роботи; чи є відхилення від поставлених цілей і якщо так, то які причини і хто в цьому винен тощо. Отже, контроль — це процес забезпечення досягнення організацією своєї мети, що складається зі встановлених критеріїв, визначення фактично досягнутих результатів і запровадження корективів у тому випадку, якщо досягнуті результати суттєво відрізняються від встановлених критеріїв [1].

Державний контроль (нагляд) — це одна із форм здійснення державної влади, забезпечення додержання законів та інших нормативно-правових актів, що видаються органами держави, система державних органів перевірки [1].

До контрольної діяльності висувається цілий ряд вимог, вона має бути [2], зокрема, підзаконною, тобто контроль має здійснюватися тільки в рамках конкретних нормативних приписів; всебічною, тобто охоплювати найбільш важливі питання, поширюватися на всі служби і структурні підрозділи органів; глибокою, тобто перевірки повинні підлягати не тільки ті підрозділи, результати діяльності яких є недостатніми, а й ті, що мають хороші результати; об'єктивною, тобто виключати упередженість; гласною, тобто її результати мають бути відомими підконтрольному об'єкту; результативною, тобто така діяльність не може обмежуватися виявленням фактичного стану справ. Вона повинна супроводжуватися конкретними заходами з усунення недоліків.

Правові та організаційні засади, основні принципи і порядок здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності, повноваження органів державного нагляду (контролю), їх посадових осіб і права, обов'язки та відповідальність суб'єктів господарювання під час здійснення державного нагляду (контролю) визначаються Законом України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності». Дія вказаного закону поширюється на відносини, пов'язані зі здійсненням державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності.

Державний нагляд (контроль) — це діяльність уповноважених законом центральних органів виконавчої влади, їх територіальних органів, державних колегіальних органів, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування (далі — органи державного нагляду (контролю)) в межах повноважень, передбачених законом, щодо виявлення та запобігання порушенням вимог законодавства суб'єктами господарювання та забезпечення інтересів суспільства, зо-

крема належної якості продукції, робіт та послуг, допустимого рівня небезпеки для населення, навколишнього природного середовища. Заходи державного нагляду (контролю) — це планові та позапланові заходи, які здійснюються у формі перевірок, ревізій, оглядів, обстежень та в інших формах, визначених законом.

Основні принципи державного нагляду (контролю), у тому числі і у сфері охорони праці, викладені у ст. 3 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності». Отже, державний нагляд (контроль) здійснюється за такими принципами [3]:

- пріоритетності безпеки в питаннях життя і здоров'я людини, функціонування та розвитку суспільства, середовища проживання і життєдіяльності перед будь-якими іншими інтересами та цілями у сфері господарської діяльності;
- підконтрольності і підзвітності органу державного нагляду (контролю) відповідним органам державної влади;
- рівності прав і законних інтересів усіх суб'єктів господарювання;
- гарантування прав та законних інтересів кожного суб'єкта господарювання;
- об'єктивності та неупередженості здійснення державного нагляду (контролю), неприпустимості проведення перевірок суб'єктів господарювання за анонімними та іншими безпідставними заявами, а також невідворотності відповідальності осіб за подання таких заяв;
- здійснення державного нагляду (контролю) лише за наявності підстав та в порядку, визначених законом;
- відкритості, прозорості, плановості й системності державного нагляду (контролю);
- неприпустимості дублювання повноважень органів державного нагляду (контролю) та здійснення заходів державного нагляду (контролю) різними органами державного нагляду (контролю) з одного й того самого питання;
- невтручання органу державного нагляду (контролю) у діяльність суб'єкта господарювання, якщо вона здійснюється в межах закону;
- відповідальності органу державного нагляду (контролю) та його посадових осіб за шкоду, заподіяну суб'єкту господарювання внаслідок порушення вимог законодавства, порушення прав та законних інтересів суб'єкта господарювання;
- дотримання умов міжнародних договорів України;
- незалежності органів державного нагляду (контролю) від політичних партій та будь-яких інших об'єднань громадян;
- наявності одного органу державного нагляду (контролю) у складі центрального органу виконавчої влади;
- презумпції правомірності діяльності суб'єкта господарювання у разі, якщо норма закону чи іншого нормативно-правового акта, виданого на підставі закону, або якщо норми різних законів чи різних нормативно-правових актів допускають неоднозначне (множинне) трактування прав та обов'язків суб'єкта господарювання та/або повноважень органу державного нагляду (контролю);

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

- орієнтованості державного нагляду (контролю) на запобігання правопорушенням у сфері господарської діяльності;
- недопущення встановлення планових показників чи будь-якого іншого планування щодо притягнення суб'єктів господарювання до відповідальності та застосування до них санкцій;
- здійснення державного нагляду (контролю) на основі принципу оцінки ризиків та доцільності.

Здійснення заходів державного нагляду (контролю) різними органами державного нагляду (контролю) з одного й того самого питання заборонено. Планові та позапланові заходи здійснюються в робочий час суб'єкта господарювання, встановлений правилами його внутрішнього трудового розпорядку.

Орган державного нагляду (контролю) не може здійснювати державний нагляд (контроль) у сфері господарської діяльності, якщо закон прямо не уповноважує такий орган на здійснення державного нагляду (контролю) у певній сфері господарської діяльності та не визначає повноваження такого органу під час здійснення державного нагляду (контролю). А посадовій особі органу державного нагляду (контролю) забороняється здійснювати державний нагляд (контроль) щодо суб'єктів господарювання, з якими (або із службовими особами яких) посадова особа перебуває в родинних стосунках, або в разі виникнення у неї конфлікту інтересів згідно із законодавством у сфері запобігання і протидії корупції.

Невиконання приписів, розпоряджень та інших розпорядчих документів органу державного нагляду (контролю) тягне за собою застосування штрафних санкцій до суб'єкта господарювання згідно із законом. За ст. 38 Закону України «Про охорону праці» державний нагляд за додержанням законів та інших нормативно-правових актів про охорону праці здійснюють центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони праці; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері ядерної та радіаційної безпеки; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику з питань нагляду та контролю за додержанням законодавства у сферах пожежної і техногенної безпеки; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 р. Вісник Верховної Ради України, 1992, № 49. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text.
2. Конституція України від 28 червня 1996 р. Вісник Верховної Ради України, 1996, № 30.
3. Концепція реформування системи управління охороною праці в Україні, схвалена розпорядженням КМУ від 12 грудня 2018 р. № 989-р. zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2018-%D1%80#Text.
4. Положення про Державну службу України з питань праці, затверджене постановою КМУ від 11.02.2015 р. № 96. zakon.rada.gov.ua/laws/show/96-2015-%D0%BF#Text.

Г. Вовченко

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України

Постійне зростання витрат на охорону здоров'я, зумовлене появою нових медичних технологій та ліків, змінами у структурі захворюваності, а також демографічними проблемами, є загальною тенденцією для розвинених країн світу. Сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує витратити на охорону здоров'я населення не менше 6–6,5% валового внутрішнього продукту (ВВП). Україна справді багато витрачає на охорону здоров'я у відсотках від ВВП — 7,7%. Наша медицина поглинає більшу частку нашого національного прибутку, ніж польська, угорська чи російська. На українську армію йде 3% ВВП, на освіту — 7,4%. З іншого боку, Україна насправді мало витрачає на охорону здоров'я в реальних грошах. На медичне обслуговування одного українця припадає всього 211 дол. США на рік. Поляки отримують в 4 рази більше, росіяни — у 2 рази, а словенці — у 10 разів, американці — у 40 разів [1].

Проте жодна з країн світу не може нескінченно збільшувати свої витрати на охорону здоров'я для забезпечення будь-яких можливих варіантів надання медичної допомоги. Для усунення диспропорції між наявними варіантами лікування й обмеженими економічними можливостями системи охорони здоров'я все більшу увагу приділяють ефективності медичної допомоги та витратам на неї. При цьому найважливішою тенденцією розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн є зміщення пріоритету з максимальної економії витрат при наданні медичної допомоги на максимальну ефективність використання задіяних ресурсів.

Зазвичай під поняттям «ефективність» розуміють ступінь досягнення конкретних результатів [2]. При цьому поняття ефективності в охороні здоров'я не може бути ототожене із загальноекономічною категорією ефективності. В охороні здоров'я навіть при застосуванні кваліфікованої праці та використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий», навіть «негативний» результат.

Ефективність системи охорони здоров'я та її окремих заходів вимірюється сукупністю показників, кожен з яких характеризує будь-який бік процесу медичної діяльності. Ефективність системи охорони здоров'я не може бути визначена однозначно. Стосовно охорони здоров'я виділяють три типи ефективності: соціальну, медичну, економічну. Під медичною ефективністю розуміють ступінь досягнення клінічного ефекту. На рівні закладів охорони здоров'я та галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення [3].

Особливість охорони здоров'я полягає в тому, що нерідко медичні заходи лікувального та профілактичного характеру можуть бути економічно не вигідні, проте медичний і соціальний ефект потребують їх проведення. Так, наприклад, при організації медичного обслуговування осіб похилого віку з хроніч-

ними захворюваннями, хворих з розумовою відсталістю при явній медичній та соціальній ефективності економічний ефект буде негативним. При використанні сучасних медичних препаратів, інтенсивній терапії та реанімації досягається медичний і соціальний ефект — зберігається життя людини, проте вона може стати інвалідом і втратити можливість займатися суспільно-корисною працею.

Особливістю охорони здоров'я є й те, що витрати на надання медичної допомоги можуть перевищувати очікуваний економічний результат. Наприклад, одужання працездатного працівника, яке буде означати зменшення втрат національного доходу від недовиробленої продукції, принесе значний економічний ефект. У той же час одужання непрацездатного пенсіонера або інваліда не принесе економічного ефекту, більше того, буде означати додаткові витрати у зв'язку з необхідністю виплати пенсії за старістю або допомоги з інвалідності.

Під економічним ефектом зазвичай розуміють відвернений економічний збиток, тобто той збиток, якому вдалося запобігти в результаті застосування комплексу медичних заходів. Економічний ефект визначається як різниця між економічними збитками внаслідок захворювання або смертності до і після застосування лікувально-профілактичних заходів. Показники ефективності повинні відповідати наступним вимогам: мати кількісне вираження, бути простими в розрахунку, мати доступну і надійну інформаційну базу [1].

Щодо соціальної ефективності, то основними критеріями її оцінки на рівні держави повинні бути не проміжні результати, такі як збільшення ВВП або зниження інфляції, а кінцеві — у вигляді зростання добробуту громадян, збільшення тривалості здорового життя, підвищення рівня безпеки як індивідуальної, так і національної.

Оцінка ефективності державних програм соціального розвитку можлива із застосуванням наступних показників: рівень задоволення потреб і запитів населення в певних послугах, що фіксується, зокрема, опитуваннями населення й аналізом скарг і пропозицій громадян; динаміка зростання бюджетних асигнувань тощо.

Одним із важливих заходів підвищення соціальної ефективності функціонування системи охорони здоров'я є проведення моніторингу та рейтингової оцінки стану здоров'я і діяльності закладів охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я постійно здійснює моніторинг стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я з визначенням рейтингових місць окремих адміністративних територій країни [3].

Крім того, елементами оцінки соціального ефекту можуть використовуватися показники наявності «гарячих» телефонних ліній для зв'язку з громадськістю стосовно проблем охорони здоров'я і медичної допомоги населенню регіону (кількість відповідних ліній — у місті, районі або наявність у конкретному закладі — територіальному медичному комплексі або центральній районній лікарні); показник наявності інтернет-порталу; показник частоти проведення різноманітних опитувань населення та пацієнтів закладів охорони здоров'я тощо. Ці дані свідчать про ефективність діяльності органів управління охорони здоров'я, а також про підвищення або відсутність соціальної ефективності охорони здоров'я в конкретно взятому регіоні та в країні в цілому, тому що дозволяють здійснювати зворотний зв'язок із громадськістю щодо питань охорони здоров'я та медичного забезпечення населення.

Проте ряд показників ефективності медичних послуг не представлений у рамках системи державної статистики. Такі показники належать перш за все до медико-соціальної ефективності послуг охорони здоров'я, а також відображають якість медичної допомоги. Для цього необхідно розробити систему індикаторів ефективності, які характеризують ступінь досягнення поставлених цілей. При розробці методів моніторингу та оцінки в першу чергу повинні бути визначені індикатори, що використовуються для оцінки досягнення результатів. Дані показники мають відображати діяльність та вимірювати результат роботи з надання послуги, бути вимірюваними з точки зору проведення оцінки та досяжними протягом звітного тимчасового періоду. Використання інтегральних індексів ефективності дозволяє враховувати безліч факторів, що впливають на кінцевий результат.

У даний час нормативно-правові документи не містять точних вказівок, на підставі яких обираються індикатори ефективності. Проте незважаючи на труднощі в розробці єдиної системи індикаторів ефективності, комплексне використання інформації в системі охорони здоров'я в контексті підвищення економічної та соціальної ефективності медичної допомоги є дуже важливим. Для цього необхідно розробити методику оцінки ефективності розвитку охорони здоров'я, що базується на медико-економічних стандартах медичної допомоги із застосуванням автоматизованих інформаційних систем для аналізу цієї ефективності.

Порівняльна оцінка індикаторів соціальної, медичної та економічної ефективності з використанням автоматизованої інформаційної системи — основа для прийняття ефективних управлінських рішень тактичного і стратегічного характеру: щодо ефективності використання трудових та матеріальних ресурсів, витрачання бюджетних коштів, ділової активності на ринку медичних послуг тощо.

Список використаної літератури

1. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. dspace.kntu.kr.ua/jspui/bitstream/123456789/4327/1/3_19_2016-24-30.pdf.
2. Федоренко В.Г. (2015) Менеджмент: підручник. 3-тє вид., переробл. і доповн. 492 с.
3. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. (2020) Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України, № 2: 31–34.

О.І. Глушко

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

КМУ і Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України — суб'єкти державного управління в екологічній сфері

Серед законів, що регулюють екологічні стосунки, особливе місце належить Конституції України, прийнятій 28 червня 1996 р. Як Основний закон країни вона є нормативно-правовим актом, що має вищу юридичну силу і, відповідно, є осно-

вним джерелом усіх галузей права України, у тому числі й екологічного. У Конституції врегульовані найважливіші громадські екологічні відносини.

Зокрема, в ст. 13 визначено, що земля, її надра, атмосферне повітря, водні й інші природні ресурси, що знаходяться в межах території України, природні ресурси її континентального шельфу, виняткової (морський) економічної зони є об'єктами права власності українського народу. Забезпечення екологічної безпеки і підтримка екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи — катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду українського народу є згідно із ст. 16 Конституції обов'язком держави. Окрім цього, в Основному законі держави визначені принципові основи взаємовідносин «громадянин — природа».

У ст. 50 вказано: «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди». Нарешті, ст. 92 Конституції містить основи використання природних ресурсів, виняткової (морський) економічної зони, континентального шельфу, освоєння космічного простору, організації й експлуатації енергосистем, транспорту і зв'язку. Ряд норм Конституції визначає основи діяльності і компетенцію різних державних органів і посадових осіб у сфері організації раціонального використання, відтворення природних ресурсів і охорони довкілля. У той же час природоохоронне законодавство не забезпечує повною мірою потреб суспільства, а механізми його реалізації не розвинені.

Вжиті заходи з вдосконалення природоохоронного законодавства, забезпечення державного контролю за його дотриманням не достатні. Екологічна ситуація залишається у край складною, навантаження на довкілля зростає. Забруднення і виснаження природних ресурсів продовжують загрожувати здоров'ю населення, екологічній безпеці й економічній стабільності держави. Одночасно має місце тенденція до збільшення порушень вимог природоохоронного законодавства як підприємствами, установами і організаціями, так і органами виконавчої влади і місцевого самоврядування, а також громадянами.

Фундаментом екологічного законодавства є закони. Вони виступають основним джерелом екологічного права. Аналіз правового регулювання екологічних відносин в Україні свідчить, що законам і кодексам належить провідне місце. При цьому йдеться не лише про закони спеціального екологічного призначення («Про охорону природного довкілля», «Про екологічну експертизу», «Про зону надзвичайної екологічної ситуації», «Про екологічний аудит» та ін.), але й про закони загального характеру, які також належать до джерел екологічного права. До числа нормативно-правових актів, що регулюють громадські екологічні відносини, інтегрованим об'єктом яких є природа, належить Закон України «Про охорону природного довкілля». Як один з найважливіших джерел екологічного права України цей закон визначає правові, економічні і соціальні основи організації охорони природного довкілля як єдиного інтегрованого об'єкта. Реалізація законів та інших нормативно-правових актів здійснюється КМУ через Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України (далі — Міністерство).

Зокрема, положенням про Міністерство визначено, що воно є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який забезпечує:

- формування та реалізацію державної політики у сфері охорони навколишнього природного середовища, екологічної та в межах повноважень, передбачених законом, біологічної і генетичної безпеки;
- формування та реалізує в межах повноважень, передбачених законом, державну політику у сфері рибного господарства та рибної промисловості, охорони, використання та відтворення водних біоресурсів, регулювання рибальства та безпеки мореплавства суден флоту рибного господарства, лісового та мисливського господарства;
- формування державної політики:
 - у сфері розвитку водного господарства та гідротехнічної меліорації земель, управління, використання та відтворення поверхневих водних ресурсів;
 - у сфері геологічного вивчення та раціонального використання надр;
 - у сфері управління зоною відчуження і зоною безумовного (обов'язкового) відселення, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи, зняття з експлуатації Чорнобильської АЕС та перетворення об'єкта «Укриття» на екологічно безпечну систему, а також здійснення державного управління у сфері поводження з радіоактивними відходами на стадії їх довгострокового зберігання і захоронення (далі — поводження з радіоактивними відходами);
 - щодо здійснення державного нагляду (контролю) у сфері охорони навколишнього природного середовища, раціонального використання, відтворення й охорони природних ресурсів.

Міністерство у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України актами Кабінету Міністрів України, іншими актами законодавства. Основні завдання, визначені положенням, налічують більше 100 пунктів. Сам процес вдосконалення державного управління, зокрема в екологічній сфері, має відповідати низці принципів: відбуватися безперервно, систематично, комплексно та згідно зі встановленим планом (дотримуючись визначеної мети).

Варто підкреслити, що на даний момент для ефективної організації та здійснення природоохоронної діяльності вітчизняного екологічного законодавства не достатньо, існує потреба у вивченні міжнародних правових норм, принципів і стандартів. Також не менш важливим є використання позитивного зарубіжного досвіду з цього питання.

Державне управління у сфері охорони навколишнього середовища — це нормативно визначена діяльність державних органів у правовстановлювальній, правозастосовній, регулятивній та правоохоронній формах з метою забезпечення прав кожного на сприятливе навколишнє середовище, охорону, відтворення та раціональне використання природних ресурсів. Державне управління являє собою комплексний міжгалузевий інститут. При цьому нормами адміністративного права розвиваються конституційні положення даної сфери, визначається правовий статус державних органів, у тому числі функції та повноваження в даній галузі, правові норми та методи управлінської діяльності. Державне управління у вітчизняній сфері екології забезпечується комплексною нормативно-правовою системою, що зумовлює певні неузгодженості та суперечності в механізмах державного управління.

Правовий аспект державного управління сферою екології здійснюється відповідно до Конституції України, законів України, вітчизняних стратегій і програм розвитку, а також концепцій. Вітчизняна система захисту навколишнього середовища являє собою заходи регіонального та державного рівнів, які спрямовуються на балансування між екологічними системами та навантаженням на них з боку населення. Державне управління у сфері довкілля забезпечується нормативами, передбаченими в Законі України «Про охорону навколишнього природного середовища», що встановлює допустимі рівні й грані негативного впливу на навколишнє середовище. Це дає підстави констатувати той факт, що в даний час екологічна безпека є провідним напрямом державної політики.

До головних інструментів забезпечення відповідної політики в державі належать пільги, податки, нормативно-правові акти центральних органів державної влади, засоби масової інформації. Зазначені інструменти екологічної політики в Україні можна віднести до адміністративних, правових, інформаційно-освітніх груп. Окремо визначаються основні засоби державного управління в екологічній сфері, а саме — заходи охоронного характеру, економічна регуляція та мотивування діяльності у сфері збереження довкілля, заходи примусового та спонукального характеру. Загалом екологічна політика є окремим вектором управління державою [3].

Станом на сьогодні регіони країни є повноцінним суб'єктом у системі екологічної політики держави. Подібний стан речей зумовлений одним із пунктів Основного закону України, згідно з яким устрій держави включає соборність українських земель, цілісність централізації та децентралізації в реалізації державного управління, гармонічність економічного та суспільного поступу різних частин країни з оглядом на регіональну специфіку, народні традиції. Звертаючи увагу на сучасний стан довкілля, вагомий роль соціальних взаємин у сфері екології та місце управління екологічною політикою відводяться органам державної влади. Саме держава формує вектори політики щодо збереження та захисту навколишнього середовища як держави загалом, так і її окремих регіонів [8].

Держава надає органам місцевої влади дієві важелі задля реалізації екологічної політики. Ст. 13 Конституції України затверджує тезу про перебування повітря, ресурсів, землі, природних надр, водоймищ Української держави у власності народу. Саме за його делегуванням функції власника виконуються місцевою владою [10]. Місцеві ради мають найбільше повноважень у сфері регіональної політики охорони довкілля. Це забезпечує нормативно-правова база. Так, Закон України «Про місцеве самоврядування» надає зазначеним органам місцевого самоврядування можливості створювати цільові програми розвитку регіону з різних питань, у тому числі й тих, що стосуються навколишнього середовища, розв'язувати проблеми, що стосуються видачі дозволів на користування надрами регіону, організувати захист природних об'єктів місцевого значення, якщо вони потребують такої охорони, визначати об'єкти екології, що мають особливу цінність [7].

Список використаної літератури

1. Гетьман А.П. (ред.), Анісімова Г.В., Соколова А.К. та ін. (2019) Екологічне право, підручник. pravo-izdat.com.ua/image/ik_vnutri.pdf.
2. Закон України «Про екологічну мережу України» від 24 червня 2004 р. Вісник Верховної Ради України, 2004, № 45. zakon.rada.gov.ua/laws/show/1864-15#Text.

3. Коротич О.Б. (2006) Державне управління регіональним розвитком України.
4. Ковбасюк Ю.В. (голова), Ващенко К.О., Сурмін Ю.П. та ін. (2012) Державне управління підручник у 2 т. Т. 1. academy.gov.ua/ffc9.pdf.
5. Указ Президента України «Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні» від 22 липня 1998 р. № 810/98. zakon.rada.gov.ua/laws/show/810/98#Text.
6. Офіційний сайт Державної служби статистики України. www.ukrstat.gov.ua/.
7. Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища» від 25 червня 1991 р. Вісник Верховної Ради України, 1991, № 41. zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12#Text.
8. Закон України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року» від 28 лютого 2019 р. Вісник Верховної Ради України, 2019, № 16. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2697-19#Text.

І.Л. Гузар

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Реформування та організація державного управління та державної служби

Питання реформування та модернізації державного управління звучать як ніколи актуально, оскільки проведення ефективної політики та прогресивний розвиток держави багато в чому визначаються якістю організації та роботи системи виконавчих органів влади, а також рівнем професійної підготовки державних службовців, які формують їх кадровий склад. При цьому ефективність державного управління полягає не в тому, щоб будь-який владний наказ було реалізовано або шляхом безпосереднього виконання, або через примус при виявленні уповноваженими органами та посадовими особами відхилень від заданої владою моделі поведінки. Ефективність управління визначається здатністю створювати належні умови для вільного та цілеспрямованого розвитку кожного окремого індивіда та суспільства в цілому. Фундаментальною передумовою для створення саме такої моделі управління виступає правовий тип владарювання, що полягає у правовій організації, правовому функціонуванні та правовому цілепокладанні влади.

У зв'язку з цим існуючі соціально-економічні, політико-правові проблеми (зокрема економічна криза, зростання злочинності, системна корупція, бюрократизація держави тощо) у країні — це багато в чому наслідок серйозних недоліків функціонування системи державного управління та інституту державної служби. Державна служба виникла й існує там, де є держава. Це основа державної влади та правовий механізм управління суспільством. У багатьох розвинених країнах світу державна служба є одним із ключових елементів системи державного

управління, ефективне функціонування якої забезпечує дотримання конституційних прав і свобод громадян, послідовний і сталий розвиток країни.

Вона є джерелом регулювання більшості соціальних проблем і змінюється залежно від соціального та економічного рівня кожної країни, її режиму та форм правління. Без державної служби неможливо реалізувати різноманітні завдання та функції, які покладаються на державу, розвинені країни просто втратять правові механізми управління нею і не зможуть стабільно існувати [1].

Основним питанням, яке потребувало концептуального вирішення, була вимога суспільства переорієнтації державного апарату. Таким чином, державна служба має стати не лише структурним механізмом, що реалізує державну волю, а й перетворитися на ефективний механізм управління суспільством, який піклується про своїх громадян, захист їх конституційних прав та створення належних соціально-економічних умов для їх комфортного функціонування. Життя в їхній країні буде мати першорядне значення [2]. Державна служба повинна відповідати загально визнаній системі цінностей і бути орієнтована на соціальну фіксацію на становленні громадянського суспільства.

Тому вже розпочаті структурні зміни потребують перегляду суспільно-політичних пріоритетів, що, у свою чергу, призводить до нових форм взаємодії правового простору, державної влади та інститутів громадянського суспільства та потребує вдосконалення механізмів система реалізації суспільних потреб та інтересів [3].

Державна служба є однією з багатьох професій, які потребують професійних навичок і знань, переконань і обов'язкової спеціальної освіти для працівників. Виконання державними службовцями завдань і функцій держави на професійній основі має супроводжуватися стабільністю державних службових відносин, бездоганністю та ефективністю управлінської діяльності, її незалежністю від можливих політичних змін [4].

У науковій літературі відмічають три підходи до визначення місця та ролі державної служби в системі державного управління:

- 1) як механізм державного управління [5];
- 2) як інститут управління [6];
- 3) як забезпечення та виконання управлінських повноважень державних органів та посадових осіб [7].

На жаль, комплексно аспекти державної служби як основи державного управління ще не отримали в науці предметного розкриття.

Державне управління у спеціальному (вузькому) розумінні означає організуючий і регулятивний вплив, що здійснюється в загальнодержавному масштабі спеціальними суб'єктами. У цьому аспекті державне управління сприймається як самостійний вид державно-владної діяльності, що має організуючий, виконавчо-розпорядчий і підзаконний характер, який здійснюється спеціальними суб'єктами — органами виконавчої влади, у процесі їх безпосереднього керівництва економічним, соціально-культурним та адміністративно-політичним розвитком країни.

Особливо важливим структурно-функціональним елементом у системі державного управління виступає інститут державної служби, що забезпечує практичне виконання, реалізацію, втілення в життя управлінських рішень. З організацією державної служби державний механізм управління переходить від статичного стану до динамічного.

Переходячи до аналізу взаємозв'язку державного управління та інституту державної служби, слід пам'ятати, що спочатку система управління виконує два види функцій: внутрішні та зовнішні. У даному випадку система державного управління певною мірою самовдосконалюється, при цьому такий вплив здійснюється з метою подальшого більш ефективного виконання іншого виду функцій — зовнішніх. Реалізація зовнішніх функцій — це управління у звичному значенні, тобто діяльність суб'єктів державного управління щодо прийняття рішень в окремих сферах суспільно-політичного життя: охорони здоров'я, підприємництва, містобудування тощо.

Згідно із запропонованою класифікацією управління державну службу слід віднести до однієї з основних внутрішніх функцій державного управління.

Державна служба є особливим державно-правовим інститутом з надзвичайно складним управлінським механізмом, що вимагає створення окремої системи управління на чолі з єдиним керуючим органом, який би здійснював функції державного управління у сфері державної служби на всіх рівнях відносин. У цілому державній службі як адміністративно-управлінській частині єдиної та повновладної держави має бути притаманний принцип системності, за яким усі структури служби, процес її проходження, організації професійної діяльності розглядаються як підсистеми певної цілісності та складності.

Державна служба виконує місію сучасної держави — створює основу функціонування суспільства. Політика, законотворчість, охорона прав людини та інші головні компоненти держави — це інструменти служби держави суспільству, а державна служба об'єднує їх, утворюючи систему [7].

Сутність державного управління полягає також у виконанні законів та інших правових актів органів державної влади. З цієї точки зору, виконання є основною ознакою державного управління, здійснення якого покладено на органи виконавчої влади (у широкому розумінні — на органи державного управління). Враховуючи вищевикладене, можна сказати, що державна служба є багатаспектним явищем. До усвідомлення цього складного явища є кілька підходів: за процесуальним, структурним, організаційним, інституційним та соціальним [7].

Державне управління наразі в усьому світі спрямоване на повернення до концепції сильної держави, яка може координувати та реалізовувати дії, спрямовані на подолання епідемії, викликані коронавірусом, відомою як SARS-CoV-2 (COVID-19). Державне управління, а особливо державна служба як представник центральної/державної адміністрації, стикнулося з новим викликом, яким є боротьба з епідемією коронавірусу. Державна служба є правовим та соціальним інститутом, який у межах своєї компетенції забезпечує виконання функцій та повноважень органів влади та державного управління шляхом професійного виконання

службовцями своїх посадових обов'язків, забезпечуючи взаємодію держави та громадян з метою реалізації їх інтересів, прав та обов'язків. Отже, під час кризи ми повинні зробити вибір: діяти відповідно до рекомендацій Global Ethics і працювати разом, щоб перемогти її, чи шукати провини, скорочувати витрати і дати багатьом людям вірити, що транзакція між державою як роботодавцем і працівником — це взаємна довіра і відчуття реалізації місії державної служби.

Список використаної літератури

1. Beryslavska O.M., Minaieva V.V. (2014) European experience in civil service etiquette and its relevance for Ukraine. *Legal Novels*, 2: 104–108.
2. Harust Yu., Melnyk V., Kiiashko Yu. et al. (2019) Economic crime, innovative mechanisms of counteraction by law enforcement agencies. *Asia Life Sciences*, 2: 145–162.
3. Hraier Y.V. (2015) Formation of Ukrainian model of civil service taking into account the experience of foreign countries. *Collection of scientific works of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine*, 1: 104–115.
4. Ковбасюк Ю.В. (голова), Оболенський О.Ю., Серьогін С.М. та ін. (2013) *Державна служба: підручник у 2 т. Т. 2: 348.*
5. Гончарук О.Б., Савичук Н.О. (2021) Поняття механізмів державного управління та їх практичне значення Інвестиції: практика та досвід, № 7. doi.org/10.32702/2306_6814.2021.7.77.
6. Карпунець А.С. (2016) Інститут державної служби в системі державного управління Науковий вісник Академії муніципального управління: зб. наук. пр. Серія: Управління. kpi.ua/wp-content/uplopravlinnya.pdf.
7. Письменний І., Липовська Н. (2015) Види державної служби: теоретична полеміка Державне управління та місцеве самоврядування, № 4: 200–210. nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_4_24.

О.О. Гузієнко

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Органи місцевого самоврядування та їх посадові особи

У ст. 140 Конституції України Україна задекларувала право територіальної громади — жителів села чи добровільного об'єднання в сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста — самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України. Така діяльність здійснюється територіальною громадою в порядку, встановленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи.

Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» відповідно до Конституції визначає систему та гарантії місцевого самоврядування, засади організації та діяльності, правового статусу і відповідальності органів та посадових осіб місцевого самоврядування.

Місцеве самоврядування в Україні — це гарантоване державою право та реальна здатність територіальної громади — жителів села чи добровільного об'єднання в сільську громаду жителів кількох сіл, селища, міста — самостійно або під відповідальність органів та посадових осіб місцевого самоврядування вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України. Місцеве самоврядування здійснюється територіальними громадами сіл, селищ, міст як безпосередньо, так і через сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також через районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст.

Система місцевого самоврядування включає територіальну громаду; сільську, селищну, міську раду; сільського, селищного, міського голову; виконавчі органи сільської, селищної, міської ради; старосту; районні та обласні ради, що представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст; органи самоорганізації населення [5].

Органами місцевого самоврядування, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ та міст, є районні та обласні ради, порядок формування та організація діяльності яких визначаються Конституцією України, законами України, а також статутами територіальних громад. Виконавчими органами сільських, селищних, міських, районних у містах (у разі їх створення) рад є їх виконавчі комітети, відділи, управління та інші створювані радами виконавчі органи, які є підконтрольними і підзвітними відповідним радам, а з питань здійснення делегованих їм повноважень органів виконавчої влади — також підконтрольними відповідним органам виконавчої влади. Головною посадовою особою територіальної громади відповідно села (добровільного об'єднання в одну територіальну громаду жителів кількох сіл), селища, міста є сільський, селищний, міський голова, який очолює виконавчий комітет відповідної сільської, селищної, міської ради, головує на її засіданнях [1].

Органи місцевого самоврядування є юридичними особами і наділяються Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» та іншими законами власними повноваженнями, в межах яких діють самостійно і несуть відповідальність за свою діяльність відповідно до закону. Також органам місцевого самоврядування законом можуть надаватися окремі повноваження органів виконавчої влади, у здійсненні яких вони є підконтрольними відповідним органам виконавчої влади. Державний контроль за діяльністю органів і посадових осіб місцевого самоврядування може здійснюватися лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України, і не повинен призводити до втручання органів державної влади чи їх посадових осіб у здійснення органами місцевого самоврядування наданих їм власних повноважень [1].

Правовий статус місцевого самоврядування в Україні визначається Конституцією України, Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» та іншими законами, які не повинні суперечити положенням названого закону. Територіальні громади, органи та посадові особи місцевого самоврядування самостійно реалізують надані їм повноваження.

Органи виконавчої влади, їх посадові особи не мають права втручатися в законну діяльність органів та посадових осіб місцевого самоврядування, а також вирішувати питання, віднесені Конституцією України, цим та іншими законами до повноважень органів та посадових осіб місцевого самоврядування, крім випадків виконання делегованих їм радами повноважень, та в інших випадках, передбачених законом [1]. Органи та посадові особи місцевого самоврядування мають право звертатися до суду щодо визнання незаконними актів місцевих органів виконавчої влади, інших органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, які обмежують права територіальних громад, повноваження органів та посадових осіб місцевого самоврядування.

Місцеві органи виконавчої влади, підприємства, установи та організації, а також громадяни несуть встановлену законом відповідальність перед органами місцевого самоврядування за заподіяну місцевому самоврядуванню шкоду їх діями або бездіяльністю, а також у результаті невиконання рішень органів та посадових осіб місцевого самоврядування, прийнятих у межах наданих їм повноважень [1]. Слід зазначити, що відповідно до ст. 143 Конституції України органам місцевого самоврядування можуть надаватися законом окремі повноваження органів виконавчої влади. Держава фінансує здійснення цих повноважень у повному обсязі за рахунок коштів Державного бюджету України або шляхом віднесення до місцевого бюджету у встановленому законом порядку окремих загальнодержавних податків, передає органам місцевого самоврядування відповідні об'єкти державної власності.

Органи місцевого самоврядування з питань здійснення ними повноважень органів виконавчої влади підконтрольні відповідним органам виконавчої влади. Ст. 44 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» районним та обласним радам надано право делегувати повноваження відповідним місцевим державним адміністраціям, зокрема щодо підготовки і внесення на розгляд ради проектів програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідно районів і областей, цільових програм з інших питань, а в місцях компактного проживання національних меншин — також програм їх національно-культурного розвитку, проектів рішень, інших матеріалів з питань, передбачених цією статтею; підготовка пропозицій до програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідних областей та загальнодержавних програм економічного, науково-технічного, соціального та культурного розвитку України; забезпечення збалансованого економічного і соціального розвитку відповідної території, ефективного використання природних, трудових і фінансових ресурсів; підготовка і подання до відповідних органів виконавчої влади фінансових показників і пропозицій до проекту Державного бюджету України; сприяння інвестиційній діяльності на території району, області; забезпечення відповідно до законодавства розвитку науки, усіх видів освіти, охорони здоров'я, культури, фізичної культури і спорту, туризму; сприяння відродженню осередків традиційної народної творчості, національно-культурних традицій населення, художніх промислів і ремесел, роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій,

інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері освіти, охорони здоров'я, культури, фізичної культури і спорту, сім'ї та молоді тощо.

Питання організації управління районами в містах належать до компетенції міських рад. Районні в містах ради (у разі їх створення) та їх виконавчі органи відповідно до Конституції та законів України здійснюють управління рухомим і нерухомим майном та іншими об'єктами, що належать до комунальної власності територіальних громад районів у містах, формують, затверджують, виконують відповідні бюджети та контролюють їх виконання, а також здійснюють інші повноваження, передбачені цим законом, в обсягах і межах, що визначаються міськими радами.

Обсяг і межі повноважень районних у містах рад та їх виконавчих органів визначаються відповідними міськими радами за узгодженням з районними в містах радами з урахуванням загальноміських інтересів та колективних потреб територіальних громад районів у містах.

Отже, повноваження органів місцевого самоврядування — це визначені і закріплені в Конституції України, законах України та інших нормативно-правових актах права та обов'язки суб'єктів системи місцевого самоврядування, необхідні для реалізації завдань і функцій місцевого самоврядування у відповідній адміністративно-територіальній одиниці.

Органи місцевого самоврядування та їх посадові особи діють лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, передбачені Конституцією і законами України, та керуються у своїй діяльності Конституцією і законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України [1].

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про службу в органах місцевого самоврядування» служба в органах місцевого самоврядування — це професійна, на постійній основі діяльність громадян України, які займають посади в органах місцевого самоврядування, що спрямована на реалізацію територіальною громадою свого права на місцеве самоврядування та окремих повноважень органів виконавчої влади, наданих законом.

Право на службу в органах місцевого самоврядування мають громадяни України незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, терміну проживання на відповідній території. На посаду можуть бути призначені особи, які мають відповідну освіту і професійну підготовку, володіють державною мовою та регіональними мовами в обсягах, достатніх для виконання службових обов'язків відповідно до вимог ст. 11 Закону України «Про засади державної мовної політики» [2]. Правовий статус посадових осіб місцевого самоврядування визначається Конституцією України, законами України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про статус депутатів місцевих рад», «Про вибори депутатів місцевих рад та сільських, селищних, міських голів», «Про службу в органах місцевого самоврядування» та іншими законами України.

Основні обов'язки посадових осіб місцевого самоврядування визначені у ст. 8 Закону України «Про службу в органах місцевого самоврядування» [2].

Відповідно до ст. 23 Закону України «Про службу в органах місцевого самоврядування» особи, винні в порушенні законодавства про службу в органах місцевого самоврядування, притягуються до цивільної, адміністративної або кримінальної відповідальності згідно із законом.

Отже, правовий статус посадової особи місцевого самоврядування — це комплекс її прав, обов'язків, та міра відповідальності, установлених законодавством, нормативно-правовими актами органів місцевого самоврядування, які визначають становище посадової особи місцевого самоврядування в системі місцевого самоврядування та характер правовідносин цих посадових осіб з органом місцевого самоврядування, у зв'язку з виконанням спеціальних функцій за посадою, передбаченою у штатному розписі органу місцевого самоврядування.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про центральні органи виконавчої влади» від 17 березня 2011 р. Вісник Верховної Ради України, 2011, № 38. zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17#Text.
2. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» від 9 квітня 1999 р. Вісник Верховної Ради України, 1999, № 20–21. zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text.
3. Закон України «Про безоплатну правову допомогу» від 2 червня 2011 р. Вісник Верховної Ради України, 2011, № 51. zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-17#Text.

Н.Г. Діденко

Доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Організація надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах війни

Повномасштабна війна в Україні супроводжується новою хвилею внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та гуманітарними кризами, що потребує посилення комплексу інструментів допомоги таким громадянам, захисту їх прав. Результати опитування населення, проведеного Міжнародною організацією з міграції (МОМ), показали, що станом на 23 серпня 2022 р. 16% населення країни (понад 6,97 млн осіб) були ВПО в межах України [1].

Основні проблеми, які виникають щодо життєдіяльності та захисту прав ВПО, — це розміщення та проживання людей; працевлаштування; питання медичного обслуговування, психологічної реабілітації, доступу до освіти, культурної та соціальної реінтеграції. Ці проблеми потребують вирішення на різних рівнях влади — державному, місцевому, локальному, що має складатися в певний комплексний підхід, який відповідає міжнародним стандартам (Керівні принципи ООН з питань внутрішнього переміщення, Європейська конвенція з прав людини, Рекомендація Комітету міністрів Ради Європи (2006) 6 державам-членам щодо внутріш-

ньо переміщених осіб від 5 квітня 2006 р., Рекомендація Парламентської асамблеї Ради Європи 1877 (2009) «Забуті люди Європи: захист прав людини осіб, переміщених на тривалий час», 24 червня 2009 р. та ін.)

Одна з найбільш важливих проблем — це надання медичних послуг, адже число осіб ВПО, яким необхідна медична допомога через стреси, незадовільні побутові умови, загострення наявних хронічних хвороб, суттєво зростає. Значну кількість ВПО становлять особи похилого віку, які мають проблеми зі здоров'ям, особи з інвалідністю, вагітні, яким треба перебувати на медичному обліку, діти, які часто хворіють на сезонні захворювання, пацієнти з рідкісними хворобами, які потребують постійного прийому лікарських препаратів, тощо.

Це актуалізує такі питання, як вчасне звернення до лікарів за медичною допомогою й отримання медичних послуг належного рівня; проведення вакцинації (особливо рекомендованих — COVID-19, грип; обов'язкових — правець, дифтерія та ін.); доступність необхідних ліків. Для вирішення цих питань та надання необхідної медичної допомоги ВПО потрібні своєчасні та ефективні рішення. Але в умовах війни слід врахувати, що частина лікарень є пошкодженими або взагалі зруйнованими, у деяких лікарнях не вистачає медичного персоналу та часто немає належних умов і необхідного обладнання для лікування пацієнтів. Додатковий попит на лікарські засоби призводить до їх дефіциту.

У таких складних умовах організація надання медичної допомоги ВПО вирішується шляхом запровадження як загальних заходів для всього населення, так і прийняття окремих рішень на національному, галузевому та місцевому рівнях. Як зазначалося вище, орієнтиром служать Керівні принципи ООН з питань внутрішнього переміщення, зокрема, Принципом 18 визначається право кожної особи, в тому числі ВПО, на належний рівень життя, і зазначається, що незалежно від обставин і без будь-якої дискримінації уповноважені органи повинні принаймні надати і забезпечити ВПО безпечний доступ до необхідних для людини основних медичних послуг [2].

Згідно із Законом України «Про забезпечення прав і свобод ВПО», прийнятим у 2014 р., МОЗ забезпечує організацію надання медичної допомоги та медичного обслуговування, здійснення комплексних заходів щодо санітарно-епідеміологічної безпеки населення та карантинних заходів за місцем фактичного перебування ВПО. Місцеві адміністрації мають забезпечувати надання у разі необхідності ВПО медико-психологічної допомоги, організацію роботи медичних закладів з урахуванням тимчасового проживання/перебування на відповідній території ВПО [4].

З початком повномасштабної війни Міністерство охорони здоров'я України *врегулювало питання надання первинної медичної допомоги внутрішнім переселенцям під час воєнного стану*, зокрема, наприклад, що особа зі статусом ВПО може бути прийнята в будь-якій лікарні, яка може забезпечити відповідне лікування. У лікарнях необхідно *забезпечити*: ведення обліку переміщених осіб, які звертаються за отриманням первинної медичної допомоги; надання первинної медичної допомоги та медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані з числа переміщених осіб; проведення вакцинації відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень.

Відповідно до наказу МОЗ України від 27.02.2022 р. № 385 на період запровадження воєнного стану в Україні з метою забезпечення медичними послугами осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій в Україні, до надання медичної допомоги та виконання інших заходів, які є необхідними для цього, залучаються лікарі-інтерни, молодші спеціалісти з медичною освітою, а також лікарі-спеціалісти без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії [6].

Хоча у вересні 2022 р. дію наказу МОЗ від 17 березня 2022 р. № 496 «Про деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» [5], яким регулювалися питання надання медичних послуг ВПО, було припинено, основні рішення з надання медичних послуг ВПО залишаються в силі. Зокрема, це стосується ситуації, коли при невідкладному стані або плановій вакцинації надавачі медичних послуг, до яких звернулися переміщені особи, **не мають права наполягати на необхідності подання їм декларації про вибір лікаря.**

Медичні заклади, які працюють за Програмою медичних гарантій (ПМГ), повинні надавати необхідну медичну допомогу безоплатно, в тому числі в ПМГ-2022 продовжує діяти 38 пакетів ПМГ, серед яких — лікування інсульту та інфаркту, дослідження для раннього виявлення онкопатології, медична допомога породіллям, медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках та ін. [3].

Для ВПО в аптеках продовжує працювати програма «Доступні ліки», що дозволяє отримати всі препарати за рецептом особам, які потребують постійного лікування, в будь-якій аптеці безкоштовно, а якщо вартість ліків перевищує визначену державою ціну, то за невелику доплату. Їх перерозподіл у регіонах регулює Міністерство охорони здоров'я.

Разом з тим здійснені заходи на даний час не забезпечують повною мірою медичні потреби ВПО. За даними опитування МОМ, проведеного в серпні 2022 р., 30% переміщених осіб, які проживають у селах, не мають доступу до медичних закладів, які зараз працюють і в яких вони могли би отримати необхідні медичні послуги/ліки. Значна частка ВПО (32%) повідомили, що вони особисто або члени їхньої сім'ї перестали приймати ліки через війну (основні причини — не можуть отримати ліки через їх недоступність або не можуть собі дозволити їх придбати через брак коштів) [1].

Отже, надання медичних послуг ВПО має здійснюватися більш ефективно, в тому числі для своєчасного реагування на медичні потреби даної категорії необхідні наступні заходи: моніторинг стану лікарень і швидке відновлення їх роботи на звільнених територіях; вирішення кадрового забезпечення лікарень шляхом забезпечення робочим місцем медпрацівників, які через війну втратили можливість працювати за основним місцем роботи і наразі працюють у медичних закладах інших регіонів України. За даними МОЗ, можливість працевлаштуватися в іншому медичному закладі вже скористалися 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників [3]; оцінювання серед ВПО ризиків поширення неінфекційних хвороб, грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) (включно з COVID-19), інших інфекційних захворювань; проведення медичними працівниками у пацієнтів з числа ВПО скри-

нінгу на хвороби, початок яких можна вчасно виявити або запобігти їм (цукровий діабет, депресія, артеріальна гіпертензія, рак тощо); надання лікарями рекомендацій щодо здорового способу життя, загальних засад самодопомоги та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних факторів, які можуть зумовити, зокрема, розвиток депресії, яка є однією з проблем цієї категорії громадян.

Загалом можемо зробити висновки, що організація надання медичної допомоги ВПО є важливим напрямом діяльності органів публічної влади різного рівня, яка має враховувати особливості статусу ВПО, їх територіальний розподіл та проблеми, які виникають у різних ситуаціях. На даний час для вирішення цих проблем слід застосовувати комплексний підхід, який передбачає об'єднання зусиль на національному, галузевому, місцевому і локальному рівнях, системний моніторинг потреб ВПО та орієнтацію на впровадження відповідних міжнародних, європейських і національних стандартів.

Список використаної літератури

1. Звіт про внутрішнє переміщення в Україні. Опитування загального населення, раунд 8, 23 серпня 2022 р. dtm.iom.int/reports.
2. Керівні принципи з внутрішнього переміщення. www.ohchr.org.
3. Офіційний сайт МОЗ України. moz.gov.ua.
4. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщеним особам. Закон України від 20.10.2014 р. № 1706-VII. zakon.rada.gov.ua.
5. Про деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану. Наказ МОЗ від 17 березня 2022 р. № 496. zakon.rada.gov.ua.
6. Про залучення лікарів-інтернів та деяких інших осіб до виконання заходів, пов'язаних із наданням медичної допомоги особам, які постраждали під час надзвичайної ситуації, яка виникла в період воєнного стану в Україні. Наказ МОЗ України від 27.02.2022 р. № 385. zakon.rada.gov.ua.

І.Г. Деревинський

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Повноваження органів виконавчої влади в умовах воєнного стану

24 лютого 2022 р. у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України Указом Президента України від 24 лютого 2022 р. № 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні» в Україні введено воєнний стан із 05:30 24 лютого 2022 р. строком на 30 діб. Указами Президента України від 14 березня 2022 р. № 133/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні», від 18 квітня 2022 р. № 259/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні» та від 17 травня

2022 р. № 341/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні» продовжено строк дії воєнного стану в Україні з 05:30 25 травня 2022 р. строком на 90 діб.

За визначенням, наведеним у ст. 1 Закону України «Про правовий режим воєнного стану», воєнний стан — це особливий правовий режим, що вводитьсь в Україні або в окремих її місцевостях у разі збройної агресії чи загрози нападу, небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності та передбачає надання відповідним органам державної влади, військовому командуванню, військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування повноважень, необхідних для відвернення загрози, відсічі збройній агресії та забезпечення національної безпеки, усунення загрози небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності, а також тимчасове, зумовлене загрозою, обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина та прав і законних інтересів юридичних осіб із зазначенням строку дії цих обмежень.

За ст. 9 Закону України «Про правовий режим воєнного стану» Кабінет Міністрів України, інші органи державної влади, військове командування, військові адміністрації, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, органи місцевого самоврядування здійснюють повноваження, надані їм Конституцією України, цим та іншими законами України. В умовах воєнного стану особа, уповноважена на виконання функцій держави, не несе відповідальності, у тому числі кримінальної, за рішення, дії чи бездіяльність, негативні наслідки яких неможливо було передбачити або які охоплюються виправданим ризиком, за умови, що такі дії (бездіяльність) були необхідні для відсічі збройній агресії проти України або ліквідації (нейтралізації) збройного конфлікту.

Також вищевказаним законом встановлено, що в період дії воєнного стану не можуть бути припинені повноваження Кабінету Міністрів України. За ст. 12¹ Закону України «Про правовий режим воєнного стану» Кабінет Міністрів України в разі введення воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях працює відповідно до Регламенту Кабінету Міністрів України в умовах воєнного стану; розробляє та вводить у дію План запровадження та забезпечення заходів правового режиму воєнного стану в окремих місцевостях України з урахуванням загроз та особливостей конкретної ситуації, яка склалася; організовує та здійснює керівництво центральними та іншими органами виконавчої влади в умовах воєнного стану.

Отже, повноваження Кабінету Міністрів України та центральних органів виконавчої влади під час запровадження правового режиму воєнного стану не припиняються. Разом з цим нормами Закону України «Про правовий режим воєнного стану» передбачено можливість доповнення системи органів публічного управління тимчасовими суб'єктами владних повноважень.

Положеннями Закону України «Про правовий режим воєнного стану» визначено, що на територіях, на яких введено воєнний стан, для забезпечення дії Конституції та законів України, забезпечення разом із військовим командуванням запровадження та здійснення заходів правового режиму воєнного стану, оборони, цивільного захисту, громадської безпеки і порядку, охорони прав, свобод і за-

конних інтересів громадян можуть утворюватися тимчасові державні органи — військові адміністрації.

Рішення про утворення військових адміністрацій приймається Президентом України за поданням обласних державних адміністрацій або військового командування.

Указом Президента України «Про утворення військових адміністрацій» від 24 лютого 2022 р. № 68/2022 утворено обласні військові адміністрації на місцях. Цим Указом Президента визначено, що у зв'язку з утворенням військових адміністрацій обласні, Київська міська державні адміністрації та голови цих адміністрацій набувають статусу відповідних військових адміністрацій та начальників цих військових адміністрацій. Цим самим Указом Президента на базі існуючих районних державних адміністрацій утворено відповідні районні військові адміністрації. У зв'язку з утворенням районних військових адміністрацій відповідні районні державні адміністрації та голови таких адміністрацій набувають статусу відповідних районних військових адміністрацій та начальників таких військових адміністрацій.

Також варто зазначити, що для виконання повноважень місцевих органів виконавчої влади у випадках, встановлених Законом України «Про військово-цивільні адміністрації», в районі відсічі збройній агресії Російської Федерації, зокрема в районі проведення антитерористичної операції, можуть утворюватися військово-цивільні адміністрації. Військово-цивільні адміністрації — це тимчасові державні органи в селах, селищах, містах, районах та областях, що діють у складі Антитерористичного центру при Службі безпеки України (у разі їх утворення для виконання повноважень відповідних органів у районі проведення антитерористичної операції) або у складі Об'єднаного оперативного штабу Збройних сил України (у разі їх утворення для виконання повноважень відповідних органів у районі здійснення заходів із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях) і призначені для забезпечення дії Конституції та законів України, забезпечення безпеки та нормалізації життєдіяльності населення, правопорядку, участі у протидії актам збройної агресії, диверсійним проявам і терористичним актам, недопущення гуманітарної катастрофи в районі відсічі збройної агресії Російської Федерації, зокрема проведення антитерористичної операції.

Повноваження військово-цивільних адміністрацій визначені у ст. 4 Закону України «Про військово-цивільні адміністрації». Спрямування, координацію та контроль за діяльністю обласних військових адміністрацій з питань забезпечення оборони, громадської безпеки і порядку, здійснення заходів правового режиму воєнного стану здійснює Генеральний штаб Збройних сил України, а з інших питань — Кабінет Міністрів України в межах своїх повноважень. Військові адміністрації населених пунктів, районні, обласні військові адміністрації здійснюють свої повноваження протягом дії воєнного стану та 30 днів після його припинення чи скасування.

Отже, з питань забезпечення оборони, громадської безпеки і порядку, здійснення заходів правового режиму воєнного стану діяльність обласних військових адміністрацій спрямовується, координується та контролюється Генеральним

штабом Збройних сил України, а районних військових адміністрацій — Генеральним штабом Збройних сил України і обласними військовими адміністраціями (у разі їх утворення).

З інших питань (включаючи відповідні повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування) діяльність обласних та районних військових адміністрацій спрямовується, координується та контролюється Кабінетом Міністрів України в межах своїх повноважень.

Військові адміністрації наділені повноваженнями щодо запровадження і здійснення заходів правового режиму воєнного стану. Також військові адміністрації здійснюють на відповідних територіях повноваження місцевих державних адміністрацій. Отже, за своїм правовим статусом ці тимчасові органи є органами розпорядницько-виконавчими. До них повною мірою можна застосувати загальну характеристику органів державного управління як розпорядницьких та виконавчих органів державної влади, але з використанням методів, властивих військовому управлінню [41].

Відповідно до ст. 27 Закону України «Про правовий режим воєнного стану» контроль за діяльністю військового командування, органів виконавчої влади в умовах воєнного стану здійснює Рада національної безпеки і оборони України. Відповідно до статті 4 Закону України «Про правовий режим воєнного стану» у разі набуття районною, обласною державною адміністрацією статусу відповідно районної, обласної військової адміністрації посади державних службовців у таких адміністраціях можуть заміщуватися військовослужбовцями військових формувань, утворених відповідно до законів України, особами рядового і начальницького складу правоохоронних органів, служби цивільного захисту, які відряджаються до них у встановленому законодавством порядку для виконання завдань в інтересах оборони держави та її безпеки із залишенням на військовій службі, службі в правоохоронних органах, органах та підрозділах цивільного захисту без виключення зі списків особового складу.

Також відповідно до частини п'ятої ст. 3 Закону України «Про військово-цивільні адміністрації» у разі набуття районною, обласною державною адміністрацією статусу відповідно районної, обласної військово-цивільної адміністрації посади державних службовців у таких адміністраціях можуть заміщуватися військовослужбовцями військових формувань, утворених відповідно до законів України, особами рядового і начальницького складу правоохоронних органів, які відряджаються до них у встановленому законодавством порядку для виконання завдань в інтересах оборони держави та забезпечення її безпеки із залишенням на військовій службі, службі у правоохоронних органах без виключення із списків особового складу, а також за рішенням керівника районної, обласної військово-цивільної адміністрації на посади державних службовців у такій адміністрації можуть призначатися інші особи, які мають спеціальні знання та досвід, без конкурсного відбору.

Отже, на законодавчому рівні визначена можливість заміщення посад державних службовців у військових та військово-цивільних адміністраціях військовослужбовцями військових формувань. При цьому місцеві органи виконавчої

влади не припиняють своїх повноважень та не позбавляються своїх функцій щодо виконання норм Законів та інших нормативно-правових актів та, зокрема, забезпечення прав і свобод людини і громадянина.

Враховуючи, що вищезазначеними законами не визначено випадків, у яких відбувається заміщення посад державних службовців у військових та військово-цивільних адміністраціях військовослужбовцями військових формувань, вважаємо за доцільне на рівні закону визначити перелік посад, що підлягають такому заміщенню.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про військово-цивільні адміністрації» від 3 лютого 2015 р. Вісник Верховної Ради України, 2015, № 13. zakon.rada.gov.ua/laws/show/141-19#Text.
2. Дулгер В.В. (2022) Військові адміністрації як тимчасові державні органи з елементами військової організації управління у складі сектору безпеки і оборони України. www.sulj.oduvs.od.ua/archive/2018/4/part_2/10.pdf.
3. Закон України «Про Раду національної безпеки і оборони України» від 5 березня 1998 р. Вісник Верховної Ради України, 1998, № 35. zakon.rada.gov.ua/laws/show/183/98-%D0%B2%D1%80#Text.
4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 червня 2016 р. № 474-р «Деякі питання реформування державного управління України». zakon.rada.gov.ua/laws/show/474-2016-%D1%80#n9.

С.В. Довгалюк

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Проблеми державного управління сферою освіти під час воєнного вторгнення РФ в Україну

На сьогодні сфера освіти в Україні переживає не найкращі часи. Більше 2 років триває пандемія COVID-19, через яку система освіти зазнала значних втрат. Однак теперішня ситуація у сфері освіти ще більш не проста. Її неможливо порівняти з тим, що відбувалося навіть під час пандемії.

В Україні вже не перший рік триває реформа сфери освіти. Прийнято нові закони «Про освіту», «Про повну загальну середню освіту», «Про фахову передвищу освіту», «Про вищу освіту», започаткована програма «Нова українська школа», вжито інших як системних, так і адміністративно-технічних заходів. Успіх реформи залежить у першу чергу не тільки від якісного законодавства та оновлення інституцій, а в першу чергу від людей — працівників системи освіти. На сьогодні українські викладачі переживають найбільшу кризу. Підґрунтям тому постають наступні причини: понаднормове навантаження (незважаючи на правила внутрішнього трудового розпорядку, що регулюють питання робочого часу, офіційний графік робочого дня, на практиці педагогічний працівник витрачає час відпочинку для перевірки домашніх завдань, тестувань

та результатів екзаменів учнів, написання лекцій тощо. За таких обставин понаднормова праця не оплачується державою); низький рівень оплати праці.

Як зазначено в пояснювальній записці до проєкту Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо забезпечення гідних умов оплати праці педагогічних працівників», який на сьогодні знаходиться на ознайомленні в Комітеті Верховної Ради України з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів, рівень заробітної плати педагогічного працівника в Україні, незважаючи на оновлення системи освіти, був і залишається низьким. Так, середня зарплата молодого вчителя в Україні (9768 грн) є навіть нижчою, ніж середня зарплата в Україні (14 282 грн).

Відповідно до ст. 61 Закону України «Про освіту» оплата праці педагогічних і науково-педагогічних працівників здійснюється за рахунок коштів державного та/або місцевого бюджетів, коштів засновників, власних надходжень закладів освіти, грантів, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Частина друга цієї норми передбачає, що посадовий оклад педагогічного працівника найнижчої кваліфікаційної категорії встановлюється в розмірі трьох мінімальних заробітних плат. Отже, станом на сьогодні найнижчий посадовий оклад вчителя мав би становити 19 500 грн (мінімальна зарплата з 1 січня 2022 р. — 6500 грн), а з 1 жовтня — 20 100 грн (мінімальна зарплата з 1 жовтня 2022 р. — 6700 грн). При цьому на кожній наступній кваліфікаційній категорії оклад має зростати щонайменше на 10%. Однак у перехідних положеннях Закону України «Про освіту» визначено, що відповідна гарантія мінімального розміру окладу реалізується поетапно до 2023 р., натомість кожного року мінімальний оклад повинен становити не менше 4 прожиткових мінімумів для працездатних осіб.

Такий повільний графік реалізації вищенаведеного положення закону фактично звів нанівець встановлену гарантію щодо мінімального розміру посадового окладу, а Уряд навіть не наблизився до реалізації відповідного положення. З метою забезпечення гідних умов оплати праці педагогічних працівників та залучення до сфери освіти кваліфікованого персоналу, забезпечення високої мотивації до роботи та належної підготовки учнів в Україні групою народних депутатів України було розроблено проєкт закону про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо забезпечення гідних умов оплати праці педагогічних працівників, який 12.01.2022 р. зареєстровано у Верховній Раді України за № 6512.

У цьому проєкті, на відміну від діючої норми ст. 61 Закону України «Про освіту», пропонується встановити, що посадовий оклад педагогічного працівника найнижчої кваліфікаційної категорії встановлюється в розмірі не менше трьох мінімальних заробітних плат. На думку авторів цієї законодавчої ініціативи, і ми з нею цілком погоджуємося, закон має встановлювати мінімальну гарантію, а не точний розмір окладу. Таким чином, якщо дозволитимуть економічні умови, Уряд зможе встановити оклад у розмірі більше 3 мінімальних зарплат, при цьому не буде необхідності вносити зміни в закон.

Автори законопроєкту ставили за мету, що їх законодавчі ініціативи повністю реалізуються з 1 квітня 2022 р. Вважаємо, що прийняття законопроєкту як закону та його реалізація створять належні передумови для реалізації реформи сфери освіти та високої якості надання освітніх послуг. Однак 24 лютого 2022 р.

у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України Указом Президента України від 24 лютого 2022 р. № 4/2022 «Про введення воєнного стану в Україні» введено воєнний стан із 05:30 24 лютого 2022 р. строком на 30 діб. Указами Президента України від 14 березня 2022 р. № 133/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні», від 18 квітня 2022 р. № 259/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні» та від 17 травня 2022 р. № 341/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні» продовжено строк дії воєнного стану в Україні з 05:30 25 травня 2022 р. строком на 90 діб.

Тому на сьогодні питання належної оплати праці працівників освіти залишається невирішеним.

У зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України в системі освіти відмічаються, зокрема, відставання в навчальному процесі, погане засвоєння знань через стрес та технічну незабезпеченість або взагалі пропуск навчальної програми на тих територіях, де досі тривають активні бойові дії.

З 24 лютого 2022 р. в Україні постраждало 5,7 млн дітей шкільного віку (віком 3–18 років). За даними Міністерства освіти і науки України (МОН), станом на 24 червня 2022 р. унаслідок бойових дій пошкоджено 1849 закладів освіти, 212 — повністю зруйновано. Згідно з останніми даними Управління Верховного комісара ООН з прав людини (УВКПЛ), 277 дітей загинули, ще 456 дітей отримали поранення, переважно через використання вибухових речовин у населених пунктах і міських районах. За оцінками Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), 3,3 млн дітей потребують освітньої підтримки, 2,2 млн — послуг захисту, 2,8 млн дітей вважаються внутрішньо переміщеними особами [68].

Намагаючись допомогти здобувачам освіти та працівникам закладів освіти, Закон України «Про освіту» було доповнено ст. 571, у якій визначено державні гарантії в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану. Ця норма передбачає, що здобувачам освіти, працівникам закладів освіти, установ освіти, наукових установ, у тому числі тим, які в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану в Україні чи окремих її місцевостях, оголошених у встановленому порядку (особливий період), були вимушені змінити місце проживання (перебування), залишити робоче місце, місце навчання, незалежно від місця їх проживання (перебування), на час особливого періоду гарантуються: організація освітнього процесу в дистанційній формі або в будь-якій іншій формі, що є найбільш безпечною для його учасників; збереження місця роботи, середнього заробітку, здійснення виплати стипендії та інших виплат, передбачених законом; місце проживання (пансіон, гуртожиток тощо) та забезпечення харчуванням (у разі потреби).

Також цією нормою визначено, що забезпечення вищеперелічених державних гарантій, створення безпечного освітнього середовища, організацію здобуття освіти, освітнього процесу в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду) у межах своєї компетенції здійснюють:

- органи виконавчої влади, органи військового командування, військові, військово-цивільні адміністрації та органи місцевого самоврядування, їх пред-

ставники, посадові особи (керівники, голови, начальники), органи управління (структурні підрозділи) у сфері освіти;

- заклади освіти, установи освіти, наукові установи, їх засновники;
- громадські об'єднання, благодійні організації та фізичні особи, які здійснюють благодійну (волонтерську) діяльність.

Ці органи приймають у межах своєї компетенції рішення, обов'язкові до виконання на відповідній території, для реалізації державних гарантій Законом України «Про освіту», в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду). Центральний орган виконавчої влади у сфері освіти і науки здійснює нормативно-правове забезпечення функціонування системи освіти і науки та видає накази з питань створення безпечного освітнього середовища, організації здобуття освіти, освітнього процесу та з інших питань у сфері освіти і науки, не врегульованих законом в умовах воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду). Строк дії таких наказів не може перевищувати строк особливого періоду. Такі накази не є регуляторними актами та підлягають державній реєстрації лише у разі, якщо стосуються прав, свобод, законних інтересів та обов'язків громадян і юридичних осіб.

Однак незважаючи на встановлені державні гарантії, значна кількість педагогічних працівників перебуває за межами нашої держави. Зокрема, міністр освіти і науки Сергій Шкарлет у ефірі телемарафону «Єдині новини» повідомив, що наразі за кордоном залишається 22 тис. українських вчителів, 4 міс тому кількість сягала 30 тис. [6]. Сьогодні українська освітня система ставить велику кількість вчителів перед вибором — повернутися до школи та вчити дітей очно або ж звільнитися. На жаль, у зв'язку з відсутністю гарантій безпеки значна кількість талановитих та професійних людей обере, на нашу думку, другий варіант. І сама влада має зробити все можливе, аби надати педагогічним працівникам та здобувачам освіти гарантії безпеки. В ідеалі в закладах освіти мають бути збудовані бомбосховища, всі без винятку населені пункти, а не лише великі міста, повинні мати протиповітряну оборону, педагогічним працівникам мають бути створені належні умови праці та виплачуватися заробітна плата тощо.

Враховуючи важливість освіти не тільки для кожної окремої людини, а й для держави в цілому, держава має розглядати питання освіти як стратегічне завдання з метою гарантування здобувачам освіти їх права на якісну освіту. Адже освічені люди є запорукою процвітання самої держави.

Список використаної літератури

1. Опорний конспект лекцій з дисципліни «Державне та регіональне управління». Тернопіль. 2015. dspace.wupn.edu.ua/retrieve/14BFA3.pdf.
2. Конституція України від 28 червня 1996 р. Вісник Верховної Ради України, 1996, № 30. zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/80#Text.
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 2014 р. № 630 «Про затвердження Положення про Міністерство освіти і науки України». zakon.rada.gov.ua/laws/show/630-2014-%D0%BF#Text.

4. Наказ Міністерства освіти і науки України від 8 вересня 2020 р. № 1115 «Деякі питання організації дистанційного навчання». zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0941-20#Text.
5. Освіта в умовах пандемії у 2020/2021 році: аналіз проблем і наслідків. cedos.org.ua/researches/osvita-v-umovah-pandemiyi-analiz-problem.
6. Указ Президента України від 24 лютого 2022 р. № 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні». www.president.gov.ua/documents/6.
7. Указ Президента України від 14 березня 2022 р. № 133/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні». www.president.gov.ua/document.
8. Указ Президента України від 18 квітня 2022 р. № 259/2022 «Про продовження строку дії воєнного стану в Україні». zakon.rada.gov.ua/law.
9. В Україну повертаються вчителі, які виїхали за межі країни після вторгнення рф. Сергій Шкарлет. Офіційний вебсайт МОН. Опубліковано 12 липня 2022 р. mon.gov.ua/ua/news/vchiteli-yaki.
10. Стратегія реформування державного управління України на 2022–2025 роки, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 р. № 831-р. zakon.rada.gov.ua/laws/show/83#Text.

К.В. Данилюк

Доцент кафедри освітнього менеджменту та соціальної роботи Рівненського державного гуманітарного університету, кандидат наук з державного управління

Соціальна політика щодо забезпечення реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії

Сучасний стан соціального захисту населення України через забезпечення реабілітаційними послугами знаходиться в площині соціальної політики, яка реагує на суттєві проблеми суспільства і розробляє механізми та інструменти на їх усунення. Саме соціальна політика розробляє комплекси заходів, спрямованих на захист вразливих верств населення від деструктивних процесів війни, соціально-економічного розвитку, задля підвищення якості і рівня життя громадян України. Соціальна політика держави щодо забезпечення реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії, реалізується у форматі соціального захисту населення через комплекс організаційно-правових, економічних, соціальних, медичних, технічних та інших заходів, здійснюваних державою, які спрямовані на відновлення соціально-економічного забезпечення, втрачених функцій організму людини, соціалізації та інтеграції в суспільство.

Агресивна війна, яку веде з Україною Російська Федерація, принесла в наше суспільство багато страждань та руйнувань. Використання у воєнних діях агресором забороненого Женевською конвенцією озброєння наносить тяжкі поранення та каліцтва. Саме на підставі цього фактора відповідні органи публічної влади вже повинні розробляти соціальну політику, розраховану на максимальне охоплення реабілітаційними послугами тих, хто їх потребує та потребуватиме

після закінчення війни, а це воїни-захисники, громадяни, які проживали на окупованих територіях, потрапили під обстріли, перебувають у постійному стресі від агресії окупантів.

Основним напрямом соціальної політики щодо забезпечення реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії, є соціально-медичне обслуговування, яке розглядають як різновид діяльності, здійснюваної в основному через систему соціально-медичного обслуговування населення, утворену соціальними та медичними закладами (установами, службами, центрами, організаціями тощо), які взаємодіють між собою з метою надання постраждалим громадянам України реабілітаційних послуг.

Система реабілітаційних послуг складається з таких секторів:

- *державного*, до якого входять суб'єкти, що надають реабілітаційні послуги, які знаходяться в державній власності і підпорядковані центральним органам виконавчої влади;
- *комунального*, який включає установи і заклади комунальної власності, які надають реабілітаційні послуги та знаходяться в підпорядкуванні відповідних органів місцевого самоврядування, наділені повноваженнями створювати такі установи, заклади та управляти ними;
- *недержавного*, до якого належать громадські, благодійні, релігійні організації та фізичні особи, діяльність яких пов'язана з наданням реабілітаційних послуг.

Слід зауважити, що потреба в реабілітаційних послугах після перемоги над агресором буде великою, адже зважаючи на героїчний спротив та наступ наших Збройних сил ми маємо не тільки загинувших, а й тяжкопоранених, які потребують і потребуватимуть реабілітаційних послуг. Зважаючи на призовний вік наших воїнів, такі поранення отримують в основному чоловіки віком 20–45 років, в яких попереду все життя, і від якості реабілітаційних послуг залежатиме, як швидко вони зможуть реабілітуватися та відновити свій стан. Соціальна політика розглядає в майбутньому цю категорію нашого суспільства, а саме воїнів-захисників, як потенціал нашої держави, і саме через призму якості й ефективності реабілітації залежатиме інтеграція їх у суспільство та сектори економіки України.

Важливо усвідомити, що забезпечення реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії, — це тривалий і послідовний процес, а не тимчасова кампанія. Соціальна політика в цьому процесі має проводитися системно, відкрито, з широким залученням у процес прийняття важливих рішень громадськості, представників бізнесу, органів місцевого самоврядування, різних релігійних конфесій та інших зацікавлених сторін. Результатом ефективної соціальної політики в забезпеченні реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії, має стати масштабне впровадження в цій сфері інновацій, які зумовлять підвищення рівня якості реабілітації, наближення гарантованих державою соціальних стандартів до європейського рівня, що закладе підвалини для динамічного відновлення трудового та соціально-економічного потенціалу України.

Формування та реалізація соціальної політики України в даний час і в після-воєнний період повинні бути максимально спрямовані на якість і ефективність забезпечення реабілітаційними послугами населення, постраждалого від військової агресії, і задіяння всіх державних та суспільних ресурсів для досягнення такої мети.

Список використаної літератури

1. Дубич К.В. (2021) Сучасні проблеми формування ринку соціальних послуг в Україні з обслуговування населення об'єднаних територіальних громад. *Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції Актуальні проблеми соціальної роботи та соціального забезпечення: європейський та національний вимір (27–29 травня 2021 р.)*. С. 25–32.
2. Федоренко С.Н., Лазарева О.Б., Вітомський В.В. та ін. (2019) Аналіз міжнародного досвіду організації систем реабілітаційної допомоги та фізичної терапії. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури*: 36. наук. праць., 9(117): 99–107.
3. Dubych K.V., Danylyuk K.V. (2022) The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges: *Scientific monograph*. P. 29–31.

О.М. Даніленко

Аспірант кафедри публічного управління і проєктного менеджменту ДЗВО «Університет менеджменту освіти» Національної академії педагогічних наук України, державний службовець

Актуальні проблеми державного управління системою цивільного захисту в умовах війни

У зв'язку з широкомасштабним вторгненням в Україну збройних сил російської федерації 24 лютого 2022 р., приведена у готовність та активно діє державна система цивільного захисту. Згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.02.2022 р. № 179 план цивільного захисту України на особливий період передбачає повний ступінь готовності всіх підрозділів [3].

Але в процесі протистояння російській агресії виявлено, що заходи, передбачені планами цивільного захисту на особливий період, не повною мірою відповідають вимогам часу, що призводить до втрат серед цивільного населення.

Так, за даними Моніторингової місії ООН з прав людини, в Україні з 24 лютого до 2 жовтня 2022 р. зафіксовано 15 246 випадків загибелі або поранення цивільних осіб, більшість з яких було спричинено застосуванням вибухової зброї з великою зоною ураження, включаючи обстріли з важкої артилерії та реактивних систем залпового вогню, а також ракетні та авіаудари.

З метою посилення захисту цивільного населення під час війни Верховна Рада України прийняла закон, який імплементує в законодавство України положення Женевської конвенції про захист цивільного населення під час війни. Але російський агресор не дотримується норм міжнародного права, що ускладнює

захист цивільного населення в Україні. Це зумовлює необхідність органам державної влади, фахівцям цивільного захисту детально проаналізувати ефективність і рівень надійності єдиної державної системи цивільного захисту (далі — ЄДСЦЗ) під час війни та дати оцінку діяльності всім суб'єктам сфери цивільного захисту щодо забезпечення безпеки населення, а також об'єктів економіки України в умовах правового режиму воєнного стану.

Особливої уваги потребують наразі питання достатнього фінансування заходів цивільного захисту, чітких і зрозумілих механізмів їх реалізації, адже широке застосування ворогом високоточної зброї, спрямованої на ураження особливо важливих об'єктів економіки, інфраструктури і життєзабезпечення, психологічний вплив на населення потребують своєчасного оповіщення населення, швидкого відновлення систем життєзабезпечення людей, надання допомоги біженцям.

Важливим доповненням до діючих заходів цивільного захисту стало прийняття у травні 2022 р. постанови Кабміну № 545 про зміни до Положення про єдину державну систему цивільного захисту (ЄДСЦЗ), згідно з якою до додаткових завдань цієї системи у відбудовний період віднесено проведення цільової мобілізації для ліквідації наслідків ведення воєнних дій та надзвичайних ситуацій; ліквідацію наслідків воєнних дій у населених пунктах та на територіях, що зазнали впливу засобів ураження; вжиття заходів для відновлення об'єктів критичної інфраструктури сфери життєзабезпечення населення; визначення населених пунктів та районів, що потребують проведення гуманітарного розмінування, маркування небезпечних ділянок, проведення очищення (розмінування) території; залучення до ліквідації наслідків ведення воєнних дій та надзвичайних ситуацій міжнародної допомоги [1].

Отже, щоб система цивільного захисту мала високий рівень готовності до захисту населення і території України від надзвичайних ситуацій техногенного та природного, а також соціально-політичного та воєнного характеру, пріоритетними напрямками державної політики у сфері цивільного захисту слід вважати наступні:

- удосконалення технічних систем управління цивільним захистом, у тому числі для забезпечення функціонування їх в особливий період, шляхом створення автоматизованої інформаційно-управляючої системи ЄДСЦЗ, на державному, регіональному та місцевому рівнях інтегрованої з функціональними й територіальними підсистемами ЄДСЦЗ;
- проведення модернізації існуючих стаціонарних пунктів управління через оснащення їх сучасними засобами зв'язку та оповіщення, обробки інформації та передачі даних;
- створення рухомих пунктів управління в усіх регіонах України;
- проведення інтеграції системи зв'язку цивільного захисту з мережами зв'язку Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, інших центральних органів виконавчої влади;

- завершення створення з використанням ресурсів Державного центру управління в надзвичайних ситуаціях системи антикризового управління на мирний і воєнний час, забезпечивши інтеграцію даної системи керування із системою управління заходами цивільного захисту;
- розробка нових та удосконалення на основі зарубіжного досвіду інноваційних підходів, відомих методів і способів захисту населення, матеріальних і культурних цінностей, об'єктів економіки від небезпек, що виникають при веденні воєнних дій або внаслідок цих дій, а також при виникненні надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру;
- підвищення готовності сил і засобів цивільного захисту до ліквідації наслідків застосування сучасних засобів ураження, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру та терористичних проявів.

Список використаної літератури

1. Про внесення зміни до Положення про єдину державну систему цивільного захисту: постанова Кабінету Міністрів України від 7 травня 2022 р. № 545. zakon.rada.gov.ua.
2. Про затвердження плану основних заходів цивільного захисту на 2022 рік: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2021 р. № 1742-р. zakon.rada.gov.ua.
3. Про організацію функціонування єдиної державної системи цивільного захисту в умовах воєнного стану: розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 лютого 2022 р. № 179-р. zakon.rada.gov.ua.

О.В. Долгополова

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Нормативно-правові та медичні аспекти реалізації державної політики в галузі дитячого спорту

Державні програми розвитку фізичної культури і спорту в Україні спрямовані на практичну реалізацію Закону України «Про фізичну культуру і спорт». Вони розкривають основні напрямки державної політики в галузі фізичної культури і спорту, визначають їх роль у житті суспільства, показують тенденції розвитку фізкультурно-спортивного руху та накреслюють практичні заходи щодо впровадження фізичної культури в побут громадян, а також основні засади організаційного, матеріально-технічного, кадрового, інформаційного та інших видів її забезпечення на певні етапи суспільного розвитку.

На рівні національного законодавства термін «спорт» визначено в Законі України від 24 грудня 1993 р. «Про фізичну культуру і спорт» [1]. Відповідно до ст. 1 вказаного закону спорт є «органічною частиною фізичної культури, осо-

бливою сферою виявлення та уніфікованого порівняння досягнень людей у певних видах фізичних вправ, технічної, інтелектуальної та іншої підготовки шляхом змагальної діяльності». Завданням спорту відповідно до закону є постійне підвищення рівня здоров'я, фізичного та духовного розвитку населення, сприяння економічному і соціальному прогресу суспільства, а також утвердження міжнародного авторитету України у світовому співтоваристві.

Виключно висока напруженість боротьби у спорті, особливо під час змагань, гранічні обсяги тренувальних навантажень свідчать про зростання складності в забезпеченні рухової діяльності спортсменів. Ці положення висувають підвищені вимоги до організації заходів щодо забезпечення комплексного контролю й управління тренувальним процесом, визначають необхідність розробки нових засобів, методів і технологій, що дають змогу тренеру-викладачу отримати й обробити великий обсяг різноманітної інформації та оперативно ухвалити управлінські рішення.

Регулярні інтенсивні фізичні навантаження, яких спортсмени зазнають згідно з Навчальною програмою для дитячо-юнацьких спортивних шкіл, спеціалізованих дитячо-юнацьких шкіл олімпійського резерву, шкіл вищої спортивної майстерності, затвердженою в редакції 1999 р. наказом Міністерства молоді та спорту України від 17.01.2015 р. № 67 [3], а саме Норми тижневого режиму навчально-тренувальної роботи груп відділень з олімпійських видів спорту комплексних дитячо-юнацьких спортивних шкіл, дитячо-юнацьких спортивних шкіл з видів спорту, спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл олімпійського резерву потребують потужного медичного супроводу та контролю за станом здоров'я дітей-спортсменів та ґрунтовних підходів для організації навчально-тренувального процесу тренерами-викладачами до режиму навантажень у межах виконання обсягу матеріалу навчальної програми у спортсменів.

Метою є виявити проблеми на шляху до реалізації державної спортивної політики у сфері дитячої спортивної медицини шляхом аналізу законодавчих нормативних документів та даних опитування безпосередньо залучених у навчально-тренувальний процес осіб.

Згідно з Концепцією державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2024 р. (далі — Програма), яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 1 березня 2017 р. № 115 [2], метою Програми є визначення провідної ролі фізичної культури і спорту як важливого фактора здорового способу життя, профілактики захворювань, формування гуманістичних цінностей, створення умов для всебічного гармонійного розвитку людини, сприяння досягненню фізичної та духовної досконалості людини, виявлення резервних можливостей організму, формування патріотичних почуттів у громадян та позитивного іміджу держави у світовому співтоваристві.

Серед завдань та заходів з виконання Програми на період 2022–2024 рр. не виявлено інноваційних підходів до реалізації збереження здоров'я дітей-спортсменів, що унеможливило створення умов для розвитку резервного спорту та ефективного поповнення складу національних збірних команд, хоча одним

з очікуваних результатів впровадження Програми передбачається забезпечення контролю за станом здоров'я, профілактикою травматизму, захворювань та якістю наданих медичних послуг.

Розглядаючи форми медичного контролю, передбачені п. 26 постанови КМУ від 5.11.2008 р. № 993 «Про затвердження Положення про дитячо-юнацьку спортивну школу» [4], до обов'язків медичного персоналу (лікаря або медичної сестри) всередині закладу спортивної освіти входять контроль за проходженням вихованцями диспансерного обстеження (не менше 2 разів на рік), додатковий медичний огляд перед участю у змаганнях, після захворювання або травми, контроль за використанням вихованцями медико-відновлювальних та заборонених до вживання засобів, відсторонення вихованців від занять за станом здоров'я, контроль за додержанням строків поновлення занять після захворювання або травми, контроль за додержанням санітарно-гігієнічних норм у місцях проведення навчально-тренувальних занять та змагань, а також під час їх проведення, облік та аналіз нещасних випадків і травм учнів під час занять.

У той же час спортсмени не менше 2 разів на рік мають проходити диспансерне обстеження у спеціалізованих центрах спортивної медицини, де передбачено комплексне обстеження та надання висновку про придатність до подальших навчально-тренувального та змагального процесів. Методика комплексного лікарського обстеження ґрунтується на загальних принципах фізіології й клінічної медицини. Вона має особливості, зумовлені необхідністю досліджувати організм людини з точки зору рухової діяльності, встановлення функціональних резервів, та найважливіше — виявлення ранніх ознак порушень, викликаних як типовими захворюваннями, так і нераціональним режимом фізичних навантажень. На підставі комплексного обстеження складається висновок про стан здоров'я спортсмена із необхідними рекомендаціями для тренера, власне спортсмена та його батьків. Оцінка стану здоров'я — основна частина висновку. Висновок «здоровий» може бути зроблено лише за відсутності будь-яких (навіть незначних) відхилень і скарг.

Серед інших підсистем комплексного контролю особливе місце займає психологічний контроль, який складається із сукупності методів та заходів з оцінки індивідуальних та типологічних особливостей особистості спортсмена, його спеціальних та загальних психомоторних здібностей, психічного стану в екстремальних умовах змагань. Метою психологічного контролю є перевірка відповідності або ступеня розбіжності психологічних властивостей особистості спортсмена, рівня розвитку психічних процесів і стану діяльності психічних процесів, які від нього вимагаються для виконання завдань його спортивної діяльності. Для підвищення надійності та стабільності виступів на змаганнях та сприяння в підведенні спортсмену до старту в стані нервово-психічної стійкості необхідно вивчити індивідуальні психофізіологічні особливості спортсмена, розвиток його психічних якостей, здійснити індивідуальний підбір методів регулювання психічного стану в навчально-тренувальному процесі та в умовах змагань, а також для більш точного коригу-

вання обсягів та характеру підготовки спортсмена здійснювати контроль за раціональним розподілом фізичних навантажень.

Під час контролю за станом здоров'я та підготовленістю атлетів необхідно враховувати рівень кваліфікації спортсмена, специфіку та типи фізичної активності в обраному виді спорту, оскільки дані фактори чинять вплив на показники під час функціонально-діагностичного обстеження. Із врахуванням минулих досягнень та нагальних амбіцій спортсмена необхідно також брати до уваги рівень фізіологічних вимог до його організму.

Проведено анкетування батьків 79 учнів груп базової підготовки 1–3-го років навчання та груп спеціалізованої підготовки 1–2-го років навчання віком 8–15 років дитячо-юнацької спортивної школи з фігурного катання на ковзанах «Лідер» у Києві. Опитування проводилося з метою визначення рівня задоволеності батьків формами медичного контролю, передбаченими законодавством, під час навчально-тренувального процесу.

З усіх опитаних лише 15,2% (12 осіб) задоволені обсягом медичного контролю за станом здоров'я дітей на внутрішньошкільному рівні (лікарем дитячо-юнацької спортивної школи) та позашкільному (диспансерне обстеження на базі Київського центру спортивної медицини). 84,8% опитаних (67 осіб) вказали на незадоволеність організацією процесу диспансерних оглядів, а саме на недостатній обсяг медичного обстеження під час комплексного диспансерного огляду, використання ймовірно застарілих методів обстеження, замалий час консультації вузькими спеціалістами, складність організації додаткових консультацій у разі потреби, необхідність проходити обстеження в обмежені часові рамки, що створює стресові умови для власне спортсменів, і, як наслідок, недостовірні результати функціональних обстежень.

72,1% (57 осіб) опитаних батьків вважають нераціональним проходження комплексного обстеження в медичній установі, неспеціалізованій до обраного виду спорту (фігурне катання на ковзанах). У той же час 92,4% респондентів (73 особи) вважають ускладненим продовження навчання в ДЮСШ у разі необхідності самофінансування процесу медичного супроводу. 60,8% опитаних (48 осіб) вважають за доцільне створення спеціалізованого відділення на базі льодової арени для обстеження спортсменів-фігуристів з урахуванням специфіки навантаження в даному виді спорту та можливості поєднання навчально-тренувального процесу та різних форм медичного контролю з використанням спортивними лікарями сучасних методик та обладнання.

Аналіз основних нормативних документів щодо державної спортивної політики та регламентований нормативними документами обсяг медичного супроводу дітей-спортсменів не відповідає завданням створення умов для розвитку резервного спорту та ефективного поповнення складу національних збірних команд.

За результатами анкетування батьків спортсменів — учнів груп базової підготовки 1–3-го років навчання та груп спеціалізованої підготовки 1–2-го років навчання віком 8–15 років дитячо-юнацької спортивної школи з фігурного катання

на ковзанах «Лідер» у Києві щодо задоволеності формами медичного контролю, передбаченими законодавством, під час навчально-тренувального процесу, виявлено, що лише 15,2% осіб задоволені обсягом медичного контролю за станом здоров'я дітей на внутрішньошкільному та позашкільному рівнях. 72,1% опитаних вважають нераціональним проходження комплексного обстеження в медичній установі, неспеціалізованій до обраного виду спорту (фігурне катання на ковзанах). Такі результати вказують на необхідність реформування напряму державної спортивної політики, а саме дитячої спортивної медицини.

Список використаної літератури

1. Закон України від 24 грудня 1993 р. «Про фізичну культуру і спорт» від 24 грудня 1993 р. zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text.
2. Концепція Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2024 року. Постанова КМУ від 1 березня 2017 р. № 115. zakon.rada.gov.ua/laws/show/115-2017-%D0%BF.
3. Навчальна програма для дитячо-юнацьких спортивних шкіл, спеціалізованих дитячо-юнацьких шкіл олімпійського резерву, шкіл вищої спортивної майстерності», наказ Міністерства молоді та спорту України від 17.01.2015 р. № 67. zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0099-18#Text.
4. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про дитячо-юнацьку спортивну школу» від 5.11.2008 р. № 993. zakon.rada.gov.ua/laws/show/993-2008-%D0%BF#Text.

Д.В. Жмурик

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Державне управління у сфері вирішення колективних трудових спорів

Особливості державного управління вирішення колективних трудових спорів зумовлюють важливість і продуманість державних органів, які від імені держави здійснюють державне управління в зазначеній сфері.

Орган державного управління — це відносно самостійна частина державного апарату, яка створена відповідно до Конституції та законів України, має власну структуру, штат службовців і здійснює функції державного управління в економічній, адміністративно-політичній, соціальній та культурній сферах у межах своїх повноважень, визначених законодавством України.

Органу державного управління притаманні такі ознаки: утворюється в порядку, встановленому Конституцією України, законами України або Указом Президента України; виступає носієм відповідних юридично-владних повноважень від імені і за дорученням держави; має статус юридичної особи публічного пра-

ва, офіційне найменування, атрибути з державною символікою; має внутрішню будову, структурні підрозділи, штат службовців, який формується шляхом виборів, призначення, конкурсного відбору для виконання конкретних завдань і функцій держави. Особлива роль у системі державного управління, у тому числі у сфері вирішення колективних трудових спорів, належить Верховній Раді України як єдиному органу, що відповідно до ст. 75 Конституції України забезпечує реалізацію такої функції держави, як законотворення. Через законотворчу діяльність Верховна Рада здійснює управління та регулювання різних сфер життєдіяльності людини, суспільства та держави. Єдиним джерелом повноважень Верховної Ради України є Конституція України.

В Україні створено правову базу для регулювання відносин щодо розв'язання колективних трудових спорів. Відповідно до ст. 15 прийнятого Верховною Радою України Закону України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)», з метою сприяння поліпшенню трудових відносин та запобігання виникненню колективних трудових спорів (конфліктів), їх прогнозування та сприяння своєчасному їх вирішенню, здійснення посередництва для вирішення таких спорів (конфліктів) Президентом України утворюється Національна служба посередництва і примирення (НСПП), яка складається з висококваліфікованих фахівців та експертів з питань вирішення колективних трудових спорів (конфліктів) і має свої відділення в Автономній Республіці Крим та областях.

Указом Президента України «Про утворення Національної служби посередництва і примирення» від 17 листопада 1998 р. № 1258/98 утворено Національну службу посередництва і примирення у складі центрального апарату та регіональних відділень та затверджено Положення про Національну службу посередництва і примирення. НСПП є постійно діючим державним органом, створеним Президентом України для сприяння врегулюванню колективних трудових спорів (конфліктів). НСПП та її відділення є юридичними особами, мають самостійний баланс, печатку із зображенням Державного Герба України і свої найменування.

Рішення НСПП мають рекомендаційний характер і повинні розглядатися сторонами колективного трудового спору (конфлікту) та відповідними центральними або місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування [22].

НСПП як суб'єкт державного управління відповідно до покладених на неї завдань вивчає та узагальнює причини виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) і можливі їх наслідки на національному, територіальному і галузевому рівнях, виробляє пропозиції щодо запобігання виникненню колективних трудових спорів та аналізує висунуті працівниками вимоги і здійснює оцінку їх обґрунтування.

Правові та організаційні засади здійснення НСПП комплексного аналізу висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, виявлення та узагальнення причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) визначаються Інструкцією про порядок здійснення аналізу висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, виявлення та узагальнення причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів), затвердженою наказом НСПП від 09.06.2009 р.

№ 33 «Про затвердження Інструкції про порядок здійснення аналізу висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог, виявлення та узагальнення причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів)» (далі — Інструкція № 33). Інструкцією № 33 визначено, що причини виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) поділяються на об'єктивні та суб'єктивні. До об'єктивних причин виникнення колективних трудових спорів (конфліктів) належать [32]:

- невиконання зобов'язань щодо соціальних гарантій, компенсацій, пільг внаслідок незадовільного фінансового стану підприємств, установ, організацій, яке спричинено відсутністю бюджетних призначень для фінансування відповідних витрат бюджетних установ та організацій, недостатнім фінансуванням відповідних витрат бюджетних установ і організацій через фактичне невиконання доходної частини бюджетів різних рівнів; заборгованістю із оплати продукції, робіт, послуг, що здійснюється за рахунок бюджетних коштів; значними обсягами кредиторської та дебіторської заборгованості (в тому числі простроченої); окремими прорахунками при запровадженні державного регулювання цін, тарифів або особливих умов порядку надання послуг та виконання робіт; недоліками здійснення податкової політики, невідповідністю податкового законодавства сучасним потребам вітчизняної економіки; низьким рівнем технології та організації виробництва і праці; несприятливою кон'юнктурою зовнішнього ринку; іншими причинами;
- відсутність законодавчого врегулювання предмета колективного трудового спору або наявність протиріч у законодавстві та нормативно-правових актах щодо врегулювання цих питань;
- зупинення дії економічно і соціально важливих статей положень чинного законодавства;
- інші причини.

НСПП здійснює реєстрацію висунутих працівниками вимог та колективних трудових спорів (конфліктів). Так, відповідно до частини другої ст. 6 Закону України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» про виникнення колективного трудового спору (конфлікту) орган, який представляє інтереси найманих працівників або профспілки, зобов'язаний у 3-денний строк письмово поінформувати роботодавця, місцевий орган виконавчої влади, орган місцевого самоврядування за місцезнаходженням підприємства та НСПП.

Правові і організаційні засади здійснення НСПП системи заходів щодо реєстрації висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог та колективних трудових спорів (конфліктів) визначає Положення про порядок реєстрації НСПП висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог та колективних трудових спорів (конфліктів), затверджене наказом НСПП від 25.03.2014 р. № 21.

Реєстрація висунутих найманими працівниками, профспілкою вимог та колективного трудового спору (конфлікту) здійснюється шляхом внесення НСПП у Книгу реєстрації висунутих найманими працівниками вимог та колективних трудових спорів (конфліктів) відомостей про сторони колективного трудового

спору (конфлікту) із зазначенням їх повного найменування і місцезнаходження (поштової адреси) та висунуті найманими працівниками, профспілкою вимоги, присвоєння колективному трудовому спору (конфлікту) реєстраційного номера та видання про це відповідного розпорядження НСПП.

Упродовж 2020 р. НСПП зареєстровано 200 спорів (2 — на територіальному та 198 — на виробничому рівнях), з яких майже 45% — з причин наявності заборгованості із виплати заробітної плати та порушення термінів виплати поточної заробітної плати, що у 2 рази більше, ніж у 2019 р. У зареєстрованих 200 колективних трудових спорах (конфліктах) найманими працівниками висунуто 351 вимогу, що на 14% більше, ніж у 2019 р., з яких 238 (68%) — щодо невиконання вимог законодавства про працю; 71 (20%) — щодо встановлення нових або зміни існуючих соціально-економічних умов праці та виробничого побуту; 37 (11%) — щодо виконання колективного договору, угоди або окремих їх положень; 5 (1%) — щодо укладення або зміни колективного договору, угоди [31].

Слід зазначити, що ст. 24 Закону України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» перелічено випадки, за яких забороняється проведення страйку. До таких випадків належать заборона проведення страйку за умов, якщо припинення працівниками роботи створює загрозу для життя і здоров'я людей, довілля або перешкоджає запобіганню стихійному лиху, аваріям, катастрофам, епідеміям та епізоотіям чи ліквідації їх наслідків, та заборона проведення страйку працівників (крім технічного та обслуговуючого персоналу) органів прокуратури, суду, Збройних сил України, органів державної влади, безпеки та правопорядку.

НСПП та її відділення проводять оцінку відповідності критеріям репрезентативності, підтвердження репрезентативності профспілок, їх організацій та об'єднань, організацій роботодавців та їх об'єднань для участі в колективних переговорах з укладення генеральної, галузевих (міжгалузевих), територіальних угод, обрання (делегування) представників до тристоронніх або двосторонніх органів соціального діалогу, участі в міжнародних заходах.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» від 3 березня 1998 р. Вісник Верховної Ради України, 1998, № 34. zakon.rada.gov.ua/laws/show/137/98-%D0%B2%D1%80#Text.
2. Закон України «Про колективні договори і угоди» від 1 липня 1993 р. Вісник Верховної Ради України, 1993, № 36. zakon.rada.gov.ua/laws/show/3356-12#Text.
3. Генеральна Угода про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні на 2019–2021 роки від 14 травня 2019 р. zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0001120-19#Text.
4. Наказ Служби посередництва і примирення «Про затвердження Концепції підвищення правової культури учасників вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» від 22.02.2000 р. № 18. zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0018299-00#Text.

В.С. Коваленко

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Поняття, види та характеристика функцій місцевих рад та їх виконавчих органів

Місцеві ради та їх виконавчі органи — одні з найважливіших елементів структури місцевого самоврядування в Україні. Частина 3 ст. 140 Конституції України визначає, що місцеве самоврядування здійснюється територіальною громадою в порядку, встановленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи [1]. Так, якщо форми здійснення місцевого самоврядування безпосередньо територіальною громадою наразі не знайшли широкої регламентації в законодавстві України, то діяльність рад та їх виконавчих органів детально регламентована та на практиці саме вони і є носієм більшості функцій та повноважень місцевого самоврядування. Однак аналіз функцій місцевих рад та їх виконавчих органів не можливий без звернення до загальнонаукових підходів до визначення поняття функцій, їх характеристики, системи та ознак.

Слово «функція» походить від латинського *function* та перекладається як виконання, здійснення та має такі тлумачення: обов'язок; роль, що виконує відповідний інститут, або частина відносно цілого; коло діяльності або призначення; залежна змінна величина, тобто така величина, що змінюється в міру зміни іншої величини і називається аргументом; специфічна діяльність будь-якого організму і органів, що його становлять; значення будь-якої форми, її ролі в конкретній системі, що визначаються співвідношенням з іншими формами; характеристика напряму чи сторони діяльності [2].

При цьому кожна наука по-різному дає визначення цього поняття. Так, якщо філософія розуміє функції як зовнішній прояв властивостей об'єкта, спосіб його поведінки у визначеній системі відносин [3], а соціологічна наука як роль, яку виконує певний соціальний інститут чи процес відносно цілого [4], то адміністративно-правова наука — як прояв діяльності, обов'язок виконання певної роботи, призначення тощо [5]. Наука теорії держави та права визначає функції держави як основні напрями її діяльності з управління суспільством, включаючи механізм державного впливу на розвиток суспільних процесів, в яких знаходять свій прояв її сутність і соціальне призначення [6].

Таким чином, у загальному вигляді, з точки зору науки теорії держави, функції таких органів місцевого самоврядування, як місцеві ради та їх виконавчі органи, можна визначити як основні напрями їх діяльності з управління територіальною громадою (визначення питань місцевого значення), а також механізм впливу на розвиток процесів всередині територіальної громади, в яких знаходять свій прояв їх сутність і соціальне призначення.

Щодо класифікації функцій органів публічної влади, то наукою державного будівництва вироблено цілий ряд критеріїв, однак позиції вчених з цього питання й досі розходяться. Так, виділяють наступні види:

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

- за суб'єктами здійснення влади розрізняють функції держави, функції органів публічної влади, їх структурних підрозділів і посадових осіб, окремих службовців;
- за об'єктами здійснення влади (сферами життєдіяльності) можна виокремити політичні, економічні, соціальні, культурні, оборонні, зовнішньоекономічні, екологічні функції;
- за видами державної влади розрізняють законодавчу, виконавчу, судову, контрольню-наглядову, представницьку функції;
- за правовими формами здійснення влади функції можна класифікувати на нормотворчу, установчу, правозастосовну, інтерпретаційну, контрольну, правоохоронну;
- за соціальним значенням функції зазвичай поділяються на основні і неосновні (додаткові);
- фактор часу дозволяє виокремити постійні і тимчасові функції [8].

Щодо характеристики функцій місцевих рад та їх виконавчих органів, то вважаємо за доцільне звернення в першу чергу до Конституції України. Так, ч. 1 ст. 140 Основного закону визначено, що місцеве самоврядування є правом територіальної громади — жителів села чи добровільного об'єднання в сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста — самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України [1].

Тобто Конституцією України визначено два ключових аспекти організації діяльності органів місцевого самоврядування: до їх компетенції належать виключно питання місцевого значення та вони можуть діяти в суворій відповідності з Основним законом та законами України. А відповідно до ч. 3 тієї ж статті місцевого самоврядування здійснюється територіальною громадою в порядку, встановленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи [1].

Таким чином, місцеві ради та їх виконавчі органи є похідними від правосуб'єктності відповідної територіальної громади, що свідчить про їх підпорядкованість та підзвітність. І хоча жодних прямих законодавчих механізмів для цього не передбачено, члени територіальної громади прямо впливають на органи місцевого самоврядування шляхом виборів до ради, виборів міського голови, інституту звернення громадян, а також з допомогою судової гілки влади. Отже, функціональне спрямування місцевих рад та їх виконавчих органів, з одного боку, прямо впливає на суспільні відносини в межах певної територіальної громади, а з іншого — походить від неї, що зумовлює призначення органів місцевого самоврядування — служіння інтересам територіальної громади в межах повноважень, передбачених Конституцією та законами України.

Основний закон нашої держави, крім іншого, визначає межі повноважень органів місцевого самоврядування. Так, відповідно до ч. 1 ст. 143 Конституції України територіальні громади села, селища, міста безпосередньо або через утворені ними органи місцевого самоврядування управляють майном, що є в комунальній власності; затверджують програми соціально-економічного та культурного розвитку і контролюють їх

виконання; затверджують бюджети відповідних адміністративно-територіальних одиниць і контролюють їх виконання; встановлюють місцеві податки і збори відповідно до закону; забезпечують проведення місцевих референдумів та реалізацію їх результатів; утворюють, реорганізують та ліквідовують комунальні підприємства, організації й установи, а також здійснюють контроль за їх діяльністю; вирішують інші питання місцевого значення, віднесені законом до їхньої компетенції [1].

З огляду на таке конституційне регулювання, можна зробити висновок, що законодавцем по суті надано місцевому самоврядуванню право здійснювати управління в усіх сферах суспільного життя, які так чи інакше врегульовані на рівні держави, за винятком судової, правоохоронної та законодавчої діяльності. Такий підхід, на нашу думку, зумовлений унітарним характером української держави, цілісністю та неподільністю державної влади на всій території України. Функції місцевих рад та їх виконавчих органів на рівні закону врегульовано Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» (далі — Закон). Так, згідно зі ст.ст. 25, 26 Закону, компетенцію місцевих рад поділено на загальну та виключну, де до загальної включено всі питання, віднесені Конституцією України, цим та іншими законами до їх відання. Виключна ж компетенція викладена у ч. 1 ст. 26 Закону [10] у формі закритого переліку.

Усього ч. 1 ст. 26 Закону містить більше 60 повноважень, які періодично розширюються та уточнюються шляхом внесення змін до Закону. Слід також звернути увагу на ч. 2 ст. 26 Закону, де передбачено особливі повноваження для місцевих рад міст з районним поділом, та ч. 3 ст. 26, де передбачено додаткові повноваження для міських рад об'єднаних територіальних громад, утворених відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад». Таке виокремлення зумовлено особливостями функціонування цих органів місцевого самоврядування.

Питанню регулювання функцій виконавчих органів місцевих рад присвячено главу 2 Закону за принципом спеціалізації та розподілом на власні та делеговані. Однак характеристика повноважень місцевих рад та їх виконавчих органів була б неповною без врахування ряду інших нормативно-правових актів, які містять окремі спеціальні повноваження та/або визначають порядок та особливості їх здійснення. Зокрема, Податковий кодекс України містить окремі положення щодо справляння місцевих податків та зборів, Кодекс України про адміністративні правопорушення визначає процедуру притягнення до адміністративної відповідальності адміністративними комісіями при органах місцевого самоврядування. Окремі повноваження містяться також у Законі України «Про благоустрій населених пунктів», Законі України «Про передачу об'єктів права державної та комунальної власності», Земельному кодексі України та інших нормативно-правових актах.

Таким чином, функції місцевих рад та їх виконавчих органів являють собою широкий комплекс повноважень у найрізноманітніших сферах життєдіяльності територіальних громад та регламентовані численними актами законодавства України. При цьому важливим досягненням є те, що спостерігається чітка ієрархічність їх регламентації: від загального окреслення меж у Конституції України, закритого переліку в Законі України «Про місцеве самоврядування в Україні» до окремих аспектів та деталізації в інших різноманітних актах законодавства України.

Список використаної літератури

1. Європейська хартія місцевого самоврядування : Хартія; Рада Європи від 15.10.1985. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. zakon.rada.gov.ua/go/994_036.
2. Журавський В.С., Серьогін В.О., Ярмиш О.Н. (2004) Державне будівництво та місцеве самоврядування в Україні: Підруч. для студ. вищ. навч. закл. 467 с.
3. Зозуля І.В. (2013) Особливості принципів розмежування компетенції органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Право і суспільство, № 2: 55–63.

А.І. Кривошеєва

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Державна політика у сфері надання безоплатної правової допомоги

Однією з найважливіших основ правової держави є вихованство права, закріплене у ст. 8 Конституції України, відповідно до якої Конституція України має найвищу юридичну силу. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй. Норми Конституції України є нормами прямої дії. Звернення до суду для захисту конституційних прав і свобод людини і громадянина безпосередньо на підставі Конституції України гарантується.

Відповідно до положень частини другої ст. 3 Конституції України права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави. Конституція України гарантує права і свободи людини і громадянина, які, відповідно до частини другої ст. 24 Конституції України не можуть бути обмежені за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними та іншими ознаками. Права і свободи є основним елементом правового статусу людини і громадянина. Закріплені в Конституції України права і свободи визначають міру можливої поведінки людини і громадянина, відображають певні межі цих прав і свобод, можливість користуватися благами для задоволення своїх інтересів.

Ст. 55 Конституції України визначено, що кожному гарантується право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Кожному гарантується право звернутися із конституційною скаргою до Конституційного суду України з підстав, установлених цією Конституцією, та в порядку, визначеному законом. Згідно з Конституцією України кожен має право після використання всіх національних засобів юридичного захисту звертатися за захистом своїх прав і свобод до відповідних міжнародних судових установ чи органів міжнародних організацій, членом або учасником яких є Україна.

Крім того, Конституцією України кожному гарантується право будь-якими не забороненими законом засобами захищати свої права і свободи від порушень і протиправних посягань. З метою забезпечення реалізації закріплених прав і свобод людини і громадянина Конституція України встановлює відповідні правові гарантії. Однією з таких гарантій є право на правову допомогу. За ст. 59 Конституції України кожен має право на професійну правничу допомогу. У випадках, передбачених законом, ця допомога надається безоплатно. Кожен є вільним у виборі захисника своїх прав.

У Рішенні Конституційного суду України у справі за конституційним зверненням громадянина Солдатова Геннадія Івановича щодо офіційного тлумачення положень ст. 59 Конституції України, ст. 44 Кримінально-процесуального кодексу України, ст.ст. 268, 271 Кодексу України про адміністративні правопорушення (справа про право вільного вибору захисника) 16 листопада 2000 р. № 13-рп у справі № 1-17/2000 зазначено, що закріпивши право будь-якої фізичної особи на правову допомогу, конституційний припис «кожен є вільним у виборі захисника своїх прав», відповідно до частини першої ст. 59 Конституції України, за своїм змістом є загальним і стосується не лише підозрюваного, обвинуваченого чи підсудного, а й інших фізичних осіб, яким гарантується право вільного вибору захисника з метою захисту своїх прав та законних інтересів, що виникають з цивільних, трудових, сімейних, адміністративних та інших правовідносин, а не тільки з кримінальних. Право на захист, зокрема, може бути реалізоване фізичною особою в цивільному, арбітражному, адміністративному і кримінальному судочинстві.

Рішенням Конституційного суду України у справі за конституційним зверненням громадянина Солдатова Геннадія Івановича щодо офіційного тлумачення положень ст. 59 Конституції України, ст. 44 Кримінально-процесуального кодексу України, ст.ст. 268, 271 Кодексу України про адміністративні правопорушення (справа про право вільного вибору захисника) 16 листопада 2000 р. № 13-рп у справі № 1-17/2000 визначено, що держава в особі відповідних органів визначає певне коло суб'єктів надання правової допомоги та їх повноваження.

Аналіз чинного законодавства України з цього питання дає підстави виділити, зокрема, такі види суб'єктів надання правової допомоги [2]: державні органи України, до компетенції яких входить надання правової допомоги (Міністерство юстиції України, Міністерство праці та соціальної політики України, нотаріат тощо); адвокатура України як спеціально уповноважений недержавний професійний правозахисний інститут, однією з функцій якого є захист особи від обвинувачення та надання правової допомоги при вирішенні справ у судах та інших державних органах (частина друга ст. 59 Конституції України); суб'єкти підприємницької діяльності, які надають правову допомогу клієнтам у порядку, визначеному законодавством України; об'єднання громадян для здійснення і захисту своїх прав і свобод (частина перша ст. 36 Конституції України).

Зміст права на безоплатну правову допомогу, порядок реалізації цього права, підстави та порядок надання безоплатної правової допомоги, державні гарантії щодо надання безоплатної правової допомоги визначаються Конституцією України, Законом

України «Про безоплатну правову допомогу», іншими законами України, міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Варто зазначити, що державна політика є важливою сферою діяльності суспільства та держави. Від ефективності державної політики залежать успішність держави, благополуччя суспільства та гідне життя кожної людини.

У ст. 5 Закону України «Про безоплатну правову допомогу» визначено принципи державної політики у сфері надання безоплатної правової допомоги. За цією нормою державна політика у сфері надання безоплатної правової допомоги ґрунтується на таких принципах: верховенство права; законність; доступність безоплатної правової допомоги; забезпечення якості безоплатної правової допомоги; гарантоване державне фінансування.

Першочерговим принципом надання безоплатної правової допомоги визначено верховенство права. Визначення поняття «верховенства права» надано в Рішенні Конституційного суду України у справі за конституційним поданням Верховного суду України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положенням ст. 69 Кримінального кодексу України (справа про призначення судом більш м'якого покарання, м. Київ) у справі № 1-33/2004 від 2 листопада 2004 р. За цим рішенням верховенство права — це панування права в суспільстві. Верховенство права вимагає від держави його втілення у правотворчу та правозастосовну діяльність, зокрема у закони, які за своїм змістом мають бути проникнуті передусім ідеями соціальної справедливості, свободи, рівності тощо.

Одним із проявів верховенства права є те, що право не обмежується лише законодавством як однією з його форм, а включає й інші соціальні регулятори, зокрема норми моралі, традиції, звичаї тощо, які легітимовані суспільством і зумовлені історично досягнутим культурним рівнем суспільства. Усі ці елементи права об'єднуються якістю, що відповідає ідеології справедливості, ідеї права, яка значною мірою відображена в Конституції України. Таке розуміння права не дає підстав для його ототожнення із законом, який іноді може бути й несправедливим, у тому числі обмежувати свободу та рівність особи.

Отже, принцип верховенства права при наданні правової допомоги можна охарактеризувати як діяльність держави, спрямовану на забезпечення прав і свобод людини і громадянина.

Принцип законності відображається в ст. 8 Конституції України, відповідно до якої закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй. Отже, всі нормативно-правові акти, які регулюють питання надання безоплатної правової допомоги, мають прийматися відповідно до Конституції України та відповідати їй. А сама правова допомога має надаватися виключно в законний спосіб та на підставі закону.

Принцип доступності правової допомоги полягає в тому, що вона повинна гарантувати реально діюче право на рівний доступ до правосуддя. Право на правову допомогу — один із аспектів доступу до правосуддя та права на справедливий судовий

розгляд. Значущість такого підходу полягає в тому, що складність юридичних процедур і самої судової системи вимагає, щоб судовий розгляд був справедливим [7].

Принцип доступності передбачає наявність системи органів, які забезпечують реалізацію вільного доступу громадян, їх юридичну захищеність. У цьому аспекті важливе також територіальне наближення інституційних органів із надання безоплатної правової допомоги. Населення має бути поінформоване про наявність послуг правової допомоги і, що важливо, довіряти їх надавачу [7]. Принцип забезпечення якості безоплатної правової допомоги передбачає закріплення певних стандартів надання безоплатної правової допомоги. Принцип гарантованого державного фінансування означає, що фінансова винагорода суб'єкту надання безоплатної правової допомоги буде відповідати кількості і якості витраченої ним праці і сплачуватися у спосіб, який не принижує його гідність, із коштів державного бюджету [6].

Принципи безоплатної правової допомоги спрямовані на ефективну реалізацію права громадян на безоплатну правову допомогу та забезпечення належної кваліфікованої роботи системи органів надання безоплатної правової допомоги. Принципи надання безоплатної правової допомоги є основоположними ідеями та повинні бути враховані у стратегічному плануванні напрямів розвитку та державної політики у сфері правової допомоги.

Варто зазначити, що Указом Президента України «Про Національну стратегію у сфері прав людини» від 24 березня 2021 р. № 119/2021 затверджена Національна стратегія у сфері прав людини (далі — Стратегія), метою якої є забезпечення пріоритетності прав і свобод людини як визначального чинника у процесі формування та реалізації державної політики, здійснення повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування, ведення господарської діяльності.

Одним із стратегічних напрямів є забезпечення права громадян на справедливий суд, стратегічною ціллю якого є забезпечення права кожного в Україні на доступ до справедливого й ефективного судового розгляду незалежним і безстороннім судом, та запровадження ефективних механізмів виконання судових рішень. Одними із завдань, спрямованих на досягнення цілі, є підвищення доступності безоплатної правової допомоги й запровадження доступної та ефективної системи позасудових засобів захисту прав людини, альтернативних способів вирішення спорів, зокрема медіації.

Оскільки Стратегія зосереджена на розв'язанні основних системних проблем у сфері забезпечення, реалізації та захисту прав і свобод людини в умовах нових викликів, що постали перед суспільством, можна зробити висновок, що реалізація права на безоплатну правову допомогу є на сьогодні одним із проблемних питань.

Результатом реалізації Стратегії має стати запровадження системного підходу до забезпечення прав і свобод людини, узгодженості дій органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства, суб'єктів господарювання, створення в Україні ефективного механізму реалізації та захисту прав і свобод людини, усунення недоліків системного характеру, які лежать в основі порушень, виявлених Європейським судом.

Список використаної літератури

1. Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Стандартів якості надання безоплатної вторинної правової допомоги у цивільному, адміністративному процесі та представництві у кримінальному процесі» від 21.12.2017 р. № 4125/5. zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1554-17#Text.
2. Національна стратегія у сфері прав людини, затверджена Указом Президента України «Про Національну стратегію у сфері прав людини» від 24 березня 2021 р. № 119/2021. zakon.rada.gov.ua/laws/show/119/2021#Text.
3. Наказ Координаційного центру з надання правової допомоги 28.01.2019 р. № 2 «Про затвердження Порядку надання безоплатної правової допомоги працівниками місцевих центрів з надання безоплатної вторинної правової допомоги». zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002419-19#Text.

О.О. Кравченко

Кандидат юридичних наук, доцент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

Питання щодо кола правоохоронних органів

Питання щодо кола правоохоронних органів неодноразово ставало предметом дослідження вчених. Серед них А. Білас, Р. Бараннік, П. Біленчук, І. Бондаренко, Ю. Битяк, В. Дубінчак, А. Куліш, А. Кучук, К. Мельник, О. Музичук, Ю. Назар, П. Онопенко, В. Ортинський, О. Остапенко, М. Погорецький, О. Сушинський, В. Тацій, П. Хаμουла та ін. Чи не найбільше дискусій викликають питання про віднесення до правоохоронних судових органів, співвідношення правоохоронних і правозахисних органів, роль і місце прокуратури в системі державних органів та ряд інших [2].

Незважаючи на значну кількість наукових праць та досліджень із названої тематики, усталений доктринальний підхід до розуміння сутності й поняття правоохоронних органів, який дозволив би визначити систему правоохоронних органів і встановити їх місце в системі органів держави, в юридичній літературі відсутній. Немає єдності у використанні цього поняття і в нормативних актах [1].

У Конституції України поняття «правоохоронні органи» зазначається у ст. 17 Конституції України, відповідно до якої забезпечення державної безпеки і захист державного кордону України покладаються на відповідні військові формування та правоохоронні органи держави, організація і порядок діяльності яких визначаються законом.

Разом з цим на законодавчому рівні перелік правоохоронних органів зазначений у Законі України «Про державний захист працівників суду і правоохоронних органів», у ст. 1 якого вказано, що правоохоронні органи — це органи прокуратури, Національної поліції, Служби безпеки, Військової служби правопорядку у Збройних силах України, Національне антикорупційне бюро України, органи охорони державного кордону, органи доходів і зборів, органи й установи виконання покарань, слідчі ізолятори, органи державного фінансового контролю, рибоохорони, державної лісової охорони, інші органи, які здійснюють правозастосовні або правоохоронні

функції. При цьому, враховуючи формулювання «інші органи, які здійснюють правозастосовні або правоохоронні функції», цей перелік також не є вичерпним.

У Концепції реформування кримінальної юстиції України, затвердженій Указом Президента України від 8 квітня 2008 р. № 311/2008, до правоохоронних органів віднесено органи внутрішніх справ, Службу безпеки України, Державну прикордонну службу України, податкову міліцію та інші органи, що мають повноваження провадити дізнання, слідство, застосовувати адміністративні санкції.

У Порядку проведення інспектування Державною аудиторською службою, її міжрегіональними територіальними органами, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 20 квітня 2006 р. № 550, до правоохоронних органів віднесено органи прокуратури, Служби безпеки, Національної поліції, підрозділи податкової міліції Державної фіскальної служби, Національне антикорупційне бюро, інші утворені відповідно до законодавства органи, які здійснюють правоохоронні функції. Як вбачається, і в цьому нормативно-правовому акті вичерпно переліку правоохоронних органів не наведено.

Варто зазначити, що на захист людини і громадянина — їх життя і гідності, конституційних прав і свобод, безпечних умов життєдіяльності; суспільства — його демократичних цінностей, добробуту та умов для сталого розвитку; держави — її конституційного ладу, суверенітету, територіальної цілісності та недоторканності; території, навколишнього природного середовища — від надзвичайних ситуацій спрямована державна політика у сферах національної безпеки й оборони.

Відповідно до Закону України «Про національну безпеку України» державна безпека — це захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності і демократичного конституційного ладу та інших життєво важливих національних інтересів від реальних і потенційних загроз невоєнного характеру. Громадська безпека і порядок — це захищеність життєво важливих для суспільства та особи інтересів, прав і свобод людини і громадянина, забезпечення яких є пріоритетним завданням діяльності сил безпеки, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб та громадськості, які здійснюють узгоджені заходи щодо реалізації і захисту національних інтересів від впливу загроз.

За Законом України «Про національну безпеку України» сили безпеки — це правоохоронні та розвідувальні органи, державні органи спеціального призначення з правоохоронними функціями, сили цивільного захисту та інші органи, на які Конституцією та законами України покладено функції із забезпечення національної безпеки України.

Сили безпеки відповідно до ст. 12 Закону України «Про національну безпеку України» є складовою сектору безпеки і оборони, до складу якого входять Міністерство оборони України, Збройні сили України, Державна спеціальна служба транспорту, Міністерство внутрішніх справ України, Національна гвардія України, Національна поліція України, Державна прикордонна служба України, Державна міграційна служба України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Служба безпеки України, Антитерористичний центр при Службі безпеки України,

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

Служба судової охорони, Управління державної охорони України, Державна служба спеціального зв'язку та захисту інформації України, Апарат Ради національної безпеки і оборони України, розвідувальні органи України, центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну військово-промислову політику.

Слід зазначити, що Законом України «Про національну безпеку України», яким визначаються та розмежовуються повноваження державних органів у сферах національної безпеки і оборони, не встановлено чіткого переліку державних органів, які віднесено саме до правоохоронних органів.

Разом з цим у Законі України «Про національну безпеку України», поряд з повноваженнями військових формувань, визначено повноваження Міністерства внутрішніх справ України.

Так, відповідно до ст. 18 названого закону Міністерство внутрішніх справ України є центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах:

- забезпечення охорони прав і свобод людини, інтересів суспільства і держави, протидії злочинності, підтримання громадської безпеки і правопорядку, а також надання поліцейських послуг;
- захисту державного кордону України та охорони суверенних прав України в її виключній (морській) економічній зоні;
- цивільного захисту, захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій та запобігання їх виникненню, ліквідації надзвичайних ситуацій, рятувальної справи, гасіння пожеж, пожежної та техногенної безпеки, діяльності аварійно-рятувальних служб, а також гідрометеорологічної діяльності;
- міграції (імміграції та еміграції), зокрема протидії нелегальній (незаконній) міграції, громадянства, реєстрації фізичних осіб, зокрема біженців та інших визначених законодавством категорій мігрантів.

За формування державної політики у сферах, що належать до компетенції Міністерства внутрішніх справ України, відповідає міністр внутрішніх справ України та здійснює повноваження, визначені законодавством України.

Кабінетом Міністрів України через міністра внутрішніх справ України спрямовується і координується діяльність Національної поліції України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій та Державної міграційної служби України.

Національна поліція України є центральним органом виконавчої влади, що забезпечує громадську безпеку і порядок, охорону прав і свобод людини, інтересів суспільства і держави, протидію злочинності, а також надає визначені законом послуги з допомоги особам, які з особистих, економічних, соціальних причин або внаслідок надзвичайних ситуацій потребують такої допомоги.

Національна гвардія України є військовим формуванням з правоохоронними функціями, призначеним для виконання завдань із захисту та охорони життя,

прав, свобод і законних інтересів громадян, суспільства і держави від злочинних та інших протиправних посягань, охорони громадського порядку та забезпечення громадської безпеки, а також у взаємодії з іншими органами — із забезпечення державної безпеки і захисту державного кордону України, припинення терористичної діяльності, діяльності незаконних воєнізованих або збройних формувань, організованих злочинних груп та організацій.

У мирний час Національна гвардія України входить до складу сил безпеки і виконує правоохоронні функції, а також розвиває спроможності, необхідні для виконання завдань у складі сил оборони. Із введенням воєнного стану Національна гвардія України приводиться в готовність до виконання завдань за призначенням в умовах дії правового режиму воєнного стану, входить до сил оборони, виконує завдання та підпорядковується відповідно до положень Закону України «Про правовий режим воєнного стану» та Закону України «Про Національну гвардію України».

Державна прикордонна служба України є правоохоронним органом спеціального призначення, що реалізує державну політику у сфері безпеки державного кордону України та охорони суверенних прав України в її виключній (морській) економічній зоні.

Державна служба України з надзвичайних ситуацій є центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сферах цивільного захисту, захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій, запобігання їх виникненню, ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, проведення аварійно-рятувальних робіт, пожежогасіння, пожежної та техногенної безпеки, роботи рятувальних служб під час аварій, а також гідрометеорологічної діяльності.

Державна міграційна служба України є центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сферах міграції (імміграції та еміграції), зокрема протидії нелегальній (незаконній) міграції, громадянства, реєстрації фізичних осіб, зокрема біженців та інших визначених законодавством категорій мігрантів.

Повноваження Міністерства внутрішніх справ України, Національної поліції України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій та Державної міграційної служби України визначаються законодавством України.

Отже, в окремих законодавчих актах надається визначення терміну «правоохоронні органи». Однак воно є досить широким, і конкретний перелік правоохоронних органів цими актами законодавства не визначений. Таким чином, до правоохоронних органів можуть включатися майже всі органи виконавчої влади, які тією чи іншою мірою займаються виконанням правоохоронних функцій, тобто опосередковано й правоохоронною діяльністю.

Список використаної літератури

1. Ковалів М.В., Єсімов С.С., Лозинський Ю.Р. (2018) Правове регулювання правоохоронної діяльності: навчальний посібник. dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/73/1/kovaliv.%20esimov.pdf.

С.П. Кошова

Кандидат наук з державного управління, доцент, доцент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Економіко-математичні моделі прогнозування розвитку космічної галузі

Головним джерелом інновацій та економічного зростання в сучасному світі є наука та технології. Протягом останніх десятиліть космічна галузь є двигуном для наукових досліджень та передових технологій, що широко використовуються і в інших сферах діяльності людини. На сьогодні такі звичні речі, як прогноз погоди, глобальне телемовлення та комунікація, були б неможливими без індустрії створення супутників. У сучасних умовах людство є свідком зрушень технологічної парадигми як безпосередньо в самій космічній галузі, так і в суміжних сферах. Прикладами цієї еволюції є такі нові явища, як космічний туризм, ширококосмугове покриття мережею, приватні космічні компанії.

Космічна галузь займає особливе місце серед вітчизняних стратегічних наукоємних напрямків діяльності. Вона формує імідж держави як технологічно розвинутої країни та свідчить про те, що вона має в космічному секторі розвинутий інтелектуальний та науково-технічний потенціал, який може ефективно використовуватися для зростання економіки та підвищення національної безпеки.

Інтерес до розвитку космічної галузі в сучасних умовах пов'язаний насамперед з тим, що вона є частиною оборонно-промислового комплексу країни, що впливає на забезпечення оборони держави та її безпеки. На нинішньому етапі розвиток космічної галузі здебільшого визначається ефективністю ресурсного забезпечення діяльності підприємств цієї сфери.

Вітчизняні підприємства космічної галузі організовують свою науково-виробничу діяльність в умовах ринку, який динамічно розвивається, посилення конкурентної боротьби за доступ до ресурсів, що потребує концептуальних науково-практичних рішень в управлінні сферою та її структурами. Реалізація державної політики щодо питань розвитку космічної галузі є можливою за умови стійкого розвитку науково-виробничої діяльності, що, у свою чергу, визначається її ресурсним забезпеченням [3].

Основними специфічними особливостями діяльності підприємств космічної галузі є наступні:

- комплексний характер діяльності, що зумовлює необхідність вирішення безлічі проблем: від проведення досліджень та розробок до створення техніки й наступної її експлуатації;
- спрямованість перспективних досліджень та розробок фундаментального призначення на кінцевий результат у вигляді наукоємного продукту;
- регулярне оновлення основних виробничих фондів, розвиток експериментальної бази у зв'язку з необхідністю зміни технологій та підтримки високого науково-технічного рівня продукції;

- значна тривалість життєвого циклу продукції космічної галузі, що ускладнює процес управління та підвищує відповідальність за вибір і реалізацію стратегії розвитку;
- інтенсивний інноваційно-інвестиційний процес як важливий чинник досягнення цілей дослідження та розробок, що супроводжує реалізацію проектів;
- високий ступінь невизначеності та використання прогнозних оцінок технологій майбутнього;
- ключова роль держави в підтримці та розвитку космічної галузі [3].

Функція прогнозування є дуже важливою для розвитку космічних засобів та систем як елементів глобальної системи життєзабезпечення суспільства. Так, саме планування та прогнозування дозволяють передбачити можливість та наслідки всіх змін. Прогнозування та планування поряд з координацією та контролем є важливими елементами формування цілісної системи управління космічним комплексом. Реальне економічне регулювання розвитку космічних засобів у загальних рисах виражається у визначенні ступеня та методів впливу на всі суб'єкти економічних відносин. Особливо важливо мати можливість знизити (або ліквідувати) вплив негативних чинників на економічні процеси та стимулювати вплив позитивних чинників. Саме прогнозування може забезпечити виявлення таких взаємозв'язків.

Прогнозування є однією з форм непрямого впливу держави на створення інфраструктури космічної галузі. Прогнозування — це процес розробки прогнозу, сутність якого полягає в тому, щоб певними методами опрацювати наявну інформацію про об'єкт прогнозування та сформувати уявлення про його еволюційні тренди на основі аналізу тенденцій його розвитку [1].

Серед принципів, на яких ґрунтується процес прогнозування, можна виділити наступні:

- наукова обґрунтованість прогнозу (розробка за допомогою наукових методів, з урахуванням закономірностей розвитку матеріального світу, суспільства та мислення);
- безперервність прогнозування (прогноз має постійно коригуватися з урахуванням зміни ситуації в країні, світовому господарстві);
- поєднання перспективного та поточного прогнозування (ці види прогнозування здійснюються у взаємозв'язку, але пріоритет залишається за перспективним прогнозуванням);
- узгодженість прогнозів (розроблений прогноз має корелювати із суміжними прогнозами);
- багатоваріантність, альтернативність прогнозу (варто скласти декілька варіантів прогнозу) [1].

Метою та головним завданням аналізу об'єктів прогнозування є формування прогнозної моделі. Аналіз об'єкта прогнозування розпочинається з його опису. Опис має містити відомості про ключові показники, характеристики об'єкта, про структуру об'єкта та взаємозв'язок між елементами цієї структури.

Сучасний економіко-математичний аналіз національної космічної галузі представляє собою пов'язану єдиним комплексом вихідних даних та єдиним результатом сукупність методів дослідження закономірностей та тенденцій цього виду діяльності, перспектив розвитку космічних засобів та моделей дослідження ефективності вирішення цільових завдань.

У свою чергу, методи аналізу безпосередньо космічної діяльності включають сучасний інструментарій науково-технічного прогнозування, у тому числі розробку концепції такої діяльності, методи визначення потреб у космічних засобах та послугах, а також методи дослідження перспектив розвитку космічної галузі [5].

Дослідження перспектив розвитку вітчизняної космічної галузі ґрунтується на використанні моделі космічного потенціалу, із системних позицій, що поєднує процеси функціонування всієї сукупності об'єктів та космічних засобів. Розвиток методів науково-технічного прогнозування, довгострокового та програмного макропроекування, а також дослідження процесів реалізації програм дозволяє з єдиних позицій розглядати всі етапи розвитку галузі.

Характеризуючи прогнозування розвитку космічної галузі, необхідно відзначити низку особливостей:

- виробничий потенціал космічної галузі представляє собою складну ієрархічну систему, якій притаманні в силу розвинутої кооперації як горизонтальні зв'язки між ними, так і вертикальні — з використання наявних потужностей, загальних зовнішніх та внутрішніх ресурсів;
- розвиток підприємств космічної галузі наділений альтернативністю, однією з цілей їх розвитку є нарощування виробничих потужностей підприємств за рахунок організаційно-технічних заходів щодо технічного переоснащення виробництва різної інтенсивності [2].

Під час розробки прогнозів розвитку космічної галузі можуть використовуватися різні види моделей: оптимізаційні, статичні (з використанням чинника часу) та динамічні, факторні, структурні, комбіновані та ін. Найбільш розповсюдженими методами математичного моделювання прогнозів розвитку космічної галузі є кореляційно-регресійний метод, модель міжгалузевого балансу, оптимізаційні моделі.

Моделі прогнозування розвитку космічної галузі мають забезпечувати розрахунок траєкторій цього розвитку на весь прогнозний період. Стан космічної галузі в кожному році повинен характеризуватися системою техніко-економічних показників, а траєкторія його розвитку — розрахунковими значеннями цих показників у базовому році та за роками прогнозного періоду. На основі цих показників проводиться аналіз варіанта розвитку галузі, що задається його траєкторією, та порівняння різних траєкторій між собою [6]. Кожна траєкторія розвитку відображає альтернативний варіант прогнозу розвитку галузі, у якому визначається послідовність його стану з певним періодом квантування.

З метою розробки моделей оцінки потенціалу космічної галузі слід визначити основні чинники, що визначають її науково-виробничі можливості та техніко-економічні показники, достатньо повно характеризуючи їх стан та динаміку розвитку.

Одним з головних таких чинників є синхронізація інтенсивності та досягнення збалансованості виробничого та відтворювального процесів. Відтворювальна структура капітальних вкладень має включати технічне переоснащення, реконструкцію або розширення підприємств галузі, будівництво на наявних підприємствах нових об'єктів, що є невід'ємною складовою частиною технологічного забезпечення виробництва нових видів продукції в прогнозованому періоді.

Система техніко-економічних показників, що характеризує прогнозування розвитку підприємств космічної галузі, має включати:

- вихідні дані про їх науково-технічний стан;
- економічні нормативи, що забезпечують вимоги інтенсивного та ефективного розвитку підприємств галузі — завдання щодо зниження виробничих витрат;
- показники, що відображають цілі розвитку підприємств галузі, насамперед замовлення на випуск продукції, її собівартість, ціну, прогнозовані обсяги продажу, прибуток;
- дані про заплановані проєкти розвитку виробництва, введення нової техніки або технологій, а також інформація про можливі засоби розвитку виробництва відповідно до передбачуваних науково-технічних досягнень;
- дані про обсяг та джерела фінансування процесу розвитку підприємств космічної галузі [6].

Враховуючи особливості дослідження процесів стійкого функціонування та проресивного розвитку вітчизняної космічної галузі, прогнозування доцільно проводити на основі когнітивних моделей [5]. Відповідно до загальної теорії, когнітивний аналіз та моделювання розвитку космічної галузі складається з наступних елементів:

1. Когнітивна структуризація — на цьому етапі здійснюється когнітивна структуризація відомостей про функціонування космічної галузі та тенденції процесів її розвитку (зовнішньо- та внутрішньополітичних, соціально-економічних та ін.), що впливають на ефективність наукової та виробничої діяльності космічної галузі. Цей етап складається зі збору, аналізу й синтезу інформації та розробки когнітивної карти, що концептуально розкриває умови та механізми функціонування космічної галузі.

Структуризація інформації виконується з метою створення множини базових чинників: $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n\}$ та виявлення причинно-наслідкових зв'язків між ними. Для кожного базового чинника знаходиться та розраховується його тенденція — швидкість зміни показника, що характеризує об'єкт, який асоціюється з конкретним чинником. Для виявлених причинно-наслідкових взаємозв'язків між базисними чинниками визначається характер (негативний чи позитивний) та потужність цих зв'язків. Значення змінних вимірюють у лінгвістичній шкалі та визначають числом з інтервалу $[-1, +1]$.

Розробка когнітивної карти формально полягає в побудові орієнтованого графа: $G(X, A)$, де X — безліч вершин, що відповідають множині базових чинників; A — безліч дуг, що показують взаємовплив чинників [5].

На цьому етапі із сукупності базових чинників виокремлюються підмножини керуючих та цільових чинників, а також вектор вихідних тенденцій базових чин-

ників. Керуючі обираються з числа чинників, що належать до зовнішнього середовища або до об'єкта управління, на які керуючий об'єкт може впливати. Цільові обираються з чинників, що характеризують стан та цілі об'єкта управління.

2. Структурний аналіз когнітивної карти. Ефективне управління проблемною ситуацією потребує дослідження її структурних особливостей, тобто детальних характеристик причинно-наслідкових зв'язків між базовими чинниками. Комплексний аналіз карти, що призначений для вивчення таких властивостей, полягає в оцінці цілей управління на узгодженість і несуперечність, ефективності сумарного впливу керуючих чинників на цільові.
3. Сценарне моделювання розвитку ситуації може здійснюватися в режимах керуючого розвитку та саморозвитку.
4. Оцінка результатів моделювання. Для визначення ступеня ефективності прийнятих управлінських рішень запропоновано систему показників, за допомогою яких оцінюють ступінь досягнення поставленої мети — коефіцієнт досягнення цілі.
5. Когнітивний моніторинг ситуації, що дозволяє у разі зміни ситуації виконувати модифікацію когнітивної карти та проводити додатковий аналіз і моделювання ситуації [5].

Методологія прогнозування та аналізу космічної галузі в цілому дозволяє враховувати вимоги нових умов. Однак для проведення більш повних та детальних досліджень необхідним є вдосконалення методології в напрямку розширення кількості чинників, оцінки кінцевих результатів від надання послуг, побудови системи показників для вимірювання ступеня реалізації програм, формування стратегічних цілей, тактичних завдань та кількісної оцінки результативності бюджетних витрат.

Космічна галузь надає державі можливість забезпечувати якісно новий рівень вирішення оборонних та стратегічних завдань міжнародного співробітництва, стабілізації вітчизняної економіки, укріплення своїх позицій на світовій арені. Перспективи розвитку космічної галузі пов'язані з:

- задоволенням потреб державних структур, регіонів та населення країни в космічних засобах та послугах;
- забезпеченням відповідності світовому рівню космічних засобів;
- розвитком міжнародної інтеграції у вирішенні життєво важливих проблем людства, розширенням міжнародної співпраці;
- розширенням та підвищенням ефективності використання космічного простору в різних секторах діяльності для вирішення завдань, що стоять перед державою [4].

Космічна індустрія розглядається як важлива складова стійкого соціально-економічного розвитку та гарантія національної безпеки. Наявність власних ракетно-космічних засобів суттєво сприяє проведенню зваженої державної політики відповідно до прийнятих стратегій, концепцій та програм у політичній, економічній, соціальній, військовій, науково-технологічній, інформаційній та інших сферах.

Відповідний інструментарій економіко-математичного моделювання прогнозних техніко-економічних показників розвитку космічної галузі дозволяє

сформувати альтернативні варіанти розвитку галузі та обрати з них оптимальні. Створення гнучких індивідуально адаптованих моделей на базі спеціального економіко-математичного апарату сприяє зниженню похибки під час прогнозування. Це суттєво підвищує ефективність систем прогнозування та аналізу, що використовуються підприємствами космічної галузі.

Список використаної літератури

1. Бендиков М.А., Хрусталеv О.Е. (2007) Некоторые финансовые аспекты реализации научно-промышленной политики. Финансы и кредит, № 15: 2–8.
2. Бухун Ю.В. (2015) Шляхи формування механізму інвестиційного забезпечення відтворювальних процесів в космічній галузі. Економічний вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут», № 12: 121–128.
3. Дегтярев О.В. (2002) Финансові джерела розвитку зовнішньоекономічної діяльності РК галузі України. Проблемы развития внутриэкономических связей и привлечения иностранных инвестиций: региональный аспект. Часть 1. Сборник научных трудов. Донецк: ДонНУ. 678 с.
4. Макарова Д.Ю., Хрусталеv Е.Ю., Хрусталеv О.Е. (2015) Семантическая методология анализа и прогнозирования развития ракетно-космической промышленности. Аудит и финансовый анализ. № 5: 88–93.
5. Максимов В.И. (2005) Структурно-целевой анализ развития социально-экономических ситуаций. Проблемы управления, № 3: 30–38.
6. Фомина А.В., Авдонин Б.Н., Батьковский А.М., Батьковский М.А. (2014) Управление развитием высокотехнологических предприятий наукоемких отраслей промышленности. М.: Креативная экономика. 400 с.

О.С. Клименко

Аспірант кафедри державознавства, права та європейської інтеграції Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка»

Організаційно-правові засади діяльності бюро судової медичної експертизи під час воєнного стану

Повномасштабна війна в країні стала викликом для всіх галузей діяльності. Не винятком є і сфера судово-медичної експертизи.

Судова експертиза займає важливе місце у сфері захисту прав людини. Вона є одним з ключових питань доказової бази судочинства. Відповідно до законодавства України судова експертиза — це дослідження на основі спеціальних знань у галузі науки, техніки, мистецтва, ремесла тощо об'єктів, явищ і процесів з метою надання висновку з питань, що є або будуть предметом судового розгляду. До видів судової експертизи належить і судово-медична експертиза, перше і основне завдання якої полягає в допомозі правоохоронним органам у справах (кримінальних і цивільних), пов'язаних зі злочинами проти життя, здоров'я, гідності особи та здоров'я населення в цілому.

Водночас у правовому регулюванні судово-медичної діяльності та організації судово-медичної служби України існують певні неузгодженості, які стримують розвиток судово-медичної експертизи, зокрема це спостерігається і в умовах воєнного стану. У Наказі МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6 «Про розвиток і вдосконалення судово-медичної служби України», а також у Законі України «Про судову експертизу» не висвітлені питання щодо організації та забезпечення діяльності судово-медичних установ у момент настання особливого періоду, у тому числі в умовах воєнного стану.

Саме тому виникла необхідність у врегулюванні діяльності працівників бюро судово-медичної експертизи. Нормативно-правовим документом, який скоординував роботу суб'єктів взаємодії у разі встановлення факту смерті людини під час воєнного стану на території України, став спільний наказ МВС України, МОЗ України та Офісу Генерального прокурора від 09.03.2022 р. № 177/450/46 «Про затвердження Порядку взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції України, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини під час воєнного стану на території України».

У Розділі III вищезазначеного наказу встановлено Порядок дій працівників бюро судово-медичної експертизи, а саме: огляд трупа на місці його виявлення проводиться слідчим із залученням судово-медичного експерта або лікаря. У разі неможливості огляду трупа на місці його виявлення (обстріли, проведення бойових дій тощо) ця процедура здійснюється слідчим у бюро судово-медичної експертизи або іншому спеціально визначеному та облаштованому безпечному місці із залученням судово-медичного експерта або лікаря з можливим подальшим направленням трупа для проведення судово-медичної експертизи (розтину) [1].

Працівники бюро судово-медичної експертизи:

- 1) на підставі постанови, направлення, відношення або іншого документа, складеного уповноваженою особою військової адміністрації, Національної поліції України, Служби безпеки України, прокуратури або інших уповноважених органів, проводиться судово-медичне дослідження (зовнішній огляд) або судово-медична експертиза (розтин) трупа;
- 2) до проведення судово-медичного дослідження або експертизи (далі — судово-медична експертиза) особисто судово-медичним експертом, який проводить експертизу, дублюється інформаційне сповіщення щодо наявності трупа за телефонним номером, визначеним територіальним органом поліції. Відсутність у поліції попередньої інформації щодо наявності трупа в судово-медичній установі не є підставою для припинення судово-медичної експертизи й видачі лікарського свідоцтва про смерть;
- 3) за умов явних ознак вогнепальної, вибухової, опікової, хімічної, радіаційної або іншої травми як результату бойових дій незалежно від того, чи є постраждальний військовим або цивільним, лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем — судово-медичним експертом на підставі зовнішнього огляду. Умовою для використання подібного алгоритму є обов'язкове фотографування трупа із достатнім цифровим документуванням, обов'язковий відбір матеріа-

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

лу для судово-імунологічного та можливого молекулярно-генетичного дослідження (за необхідності), а також за можливості збереження елементів, що стали причиною травмування;

- 4) під час проведення експертизи неідентифікованих трупів осіб, що загинули внаслідок бойових дій (цивільних та військових, підхід має бути таким самим — зовнішній огляд. Додатково в обов'язковому порядку експертом мають бути здійснені заходи для подальшої ідентифікації (фіксація та обов'язкове фотографування особливих прикмет, зубної формули тощо, вилучення та зберігання об'єктів для молекулярно-генетичної експертизи). Впізнання трупа зі складанням відповідного протоколу може бути проведено не з дотриманням вимог Кримінального процесуального кодексу України;
- 5) за результатами зовнішнього огляду складають дослідну частину висновків експерта;
- 6) проводять судово-медичну експертизу (розтин трупа з усіма необхідними лабораторними дослідженнями у виняткових випадках) та складають висновок експерта;
- 7) надають протягом трьох діб після початку проведення експертизи особі, яка винесла постанову для проведення експертизи, інформацію про причину смерті;
- 8) надають висновок експерта особі, яка направила труп для проведення експертизи, протягом трьох діб після його складання;
- 9) видають лікарські свідоцтва про смерть близьким родичам або уповноваженій особі за наявності документальних підтверджень відповідних повноважень;
- 10) видають лікарське свідоцтво про смерть безпосередньо перед видачею трупа для запобігання перевищенню термінів знаходження трупа в морзі;
- 11) здійснюють видачу трупа особі, що має лікарське свідоцтво про смерть без будь-яких додаткових дозволів [1].

Таким чином, цей нормативно-правовий документ знижує навантаження на працівників бюро судово-медичної експертизи під час встановлення обставин (бойових дій) та за наявності очевидної причини смерті. Також акцентовано увагу на здійсненні огляду трупа в облаштованому безпечному місці (залежно від обставин). Отже, новоприйняті нормативно-правові акти сприяють позитивному урегулюванню організаційно-правових засад діяльності бюро-судово-медичної експертизи під час воєнного стану, зокрема в частині оптимізації процесу видачі померлих осіб (відсутність обов'язкових дозволів органів досудового слідства) з метою запобігання перевищенню термінів перебування їх у бюро судово-медичної експертизи.

Список використаної літератури

1. Наказ МВС України, МОЗ України, Офісу Генерального прокурора «Про затвердження Порядку взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції України, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини під час воєнного стану на території України» від 09.03.2022 р. № 177/450/46. zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0317-22#n36.

А.С. Клименко

Доктор філософії з публічного управління та адміністрування, доцент кафедри місцевого самоврядування та розвитку територій Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка»

Публічне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в післявоєнний період

У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначено, що реабілітація осіб з інвалідністю передбачає систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення таких осіб технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [1]. При цьому до реабілітаційних послуг належать послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство, а реабілітаційні заходи включають комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація осіб з інвалідністю.

Таким чином, реабілітація осіб з інвалідністю спрямовується на: відновлення порушених (втрачених) функцій організму; належну адаптацію (соціалізацію) осіб з інвалідністю в суспільстві та державі; забезпечення повноцінної інтеграції в суспільство.

Державна політика України у сфері реабілітації осіб з інвалідністю: забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю; регламентує правові, економічні, соціальні умови надання особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у виробі медичного призначення, технічних та інших засобах реабілітації; гарантує матеріально-технічне, фінансове, кадрове і наукове забезпечення системи реабілітації; визначає умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки і працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю тощо [2].

Метою державної політики в післявоєнний період має стати закріплення вимог до об'єктів соціальної інфраструктури щодо створення безперешкодного доступу до них осіб з інвалідністю шляхом усунення природних, комунікаційних і архітектурних перешкод з належним моніторингом та оцінкою забезпечення цих вимог. Допомогою у вирішенні цього питання може стати громадський нагляд за здійсненням контролю за реалізацією закріплених вимог щодо безбар'єрного доступу до об'єктів соціальної інфраструктури.

Також важливим напрямком системи реабілітації осіб з інвалідністю в післявоєнний період має стати удосконалення індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю, визначення інноваційних методів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, кошторису витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також залучення грошової допомоги від міжнародних організацій.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що до основних завдань державної політики системи реабілітації осіб з інвалідністю в післявоєнний період є: створення умов для функціонування системи реабілітації осіб з тимчасовими обмеженнями життєдіяльності, зокрема безперешкодного доступу до соціальної інфраструктури; сприяння залученню громадських об'єднань до моніторингу реалізації плану заходів державної політики щодо реабілітації та безбар'єрного простору, залученню коштів від міжнародних організацій з метою реалізації інноваційних методів реабілітації осіб з інвалідністю за індивідуальними програмами.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text.
2. Реабілітація осіб з інвалідністю. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. www.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html.

В.В. Крохмаль

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Проблеми державного регулювання оплати праці працівників бюджетної сфери

Окремої уваги потребують проблеми державного регулювання питання оплати праці працівників бюджетної сфери.

Указом Президента України від 24 березня 2021 р. № 119/2021 «Про Національну стратегію у сфері прав людини» затверджено відповідну стратегію [2]. Її метою є забезпечення пріоритетності прав і свобод людини, а отже, і права на справедливу і своєчасну оплату праці як визначального чинника у процесі формування та реалізації державної політики, здійснення повноважень органів державної влади та органів місцевого самоврядування, ведення господарської діяльності. Результатом реалізації стратегії має стати запровадження системного підходу до забезпечення прав і свобод людини, узгодженості дій органів державної влади, орга-

нів місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства, суб'єктів господарювання, створення в Україні ефективного механізму реалізації та захисту прав і свобод людини, усунення недоліків системного характеру, які лежать в основі порушень, виявлених Європейським судом.

Передбачено, що реалізація стратегії здійснюється, зокрема, за таким напрямком, як забезпечення права на працю та соціальний захист, ціль якого — функціонування ефективних механізмів для реалізації та захисту права кожного в Україні на працю, достатній життєвий рівень та належний соціальний захист. Однією з проблем, що потребує розв'язання, є те, що держава не в повному обсязі забезпечує реалізацію прав громадян на працю.

Одними із завдань, що спрямовані на досягнення вказаної мети, є удосконалення гарантії права на оплату праці; забезпечення справедливої оплати праці залежно від її якості, складності, обсягів та рівнів кваліфікації працівників; забезпечення конституційних гарантій для працівників щодо достатнього життєвого рівня для себе та членів своєї сім'ї.

Однак на сьогодні проблемою залишається матеріальна мотивація та організація заробітної плати в установах, закладах і організаціях бюджетної сфери. Особливо гостро стоїть питання низького рівня її основної частини.

Відповідно до ст. 13 Закону України «Про оплату праці» оплата праці працівників установ і організацій, що фінансуються з бюджету, здійснюється на підставі актів Кабінету Міністрів України в межах бюджетних асигнувань.

За ст. 98 Кодексу законів про працю України оплата праці працівників установ і організацій, що фінансуються з бюджету, здійснюється на підставі законів та інших нормативно-правових актів України, генеральної, галузевих, регіональних угод, колективних договорів, у межах бюджетних асигнувань та позабюджетних доходів.

Однією з основних проблем державного регулювання оплати праці в бюджетній сфері залишається низький рівень заробітної плати.

На сьогодні питання оплати праці працівників бюджетної сфери регулюються Постановою Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2002 р. № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» (далі — Постанова № 1298) [1].

Постановою № 1298 затверджено: Єдину тарифну сітку розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери (далі — Єдина тарифна сітка); схему тарифних розрядів посад керівних, наукових, науково-педагогічних, педагогічних працівників, професіоналів, фахівців та інших працівників бюджетних установ, закладів та організацій; схему тарифних розрядів посад (професій) професіоналів, фахівців, керівників інших структурних підрозділів і технічних службовців, загальних для всіх бюджетних установ, закладів та організацій; схему тарифних розрядів посад (професій) робітників, загальних для всіх бюджетних установ, закладів та організацій [1].

Також Постановою № 1298 визначено підстави та умови виплати працівників бюджетної сфери надбавок, доплат та здійснення преміювання. Умови оплати праці, посадові оклади (ставки заробітної плати) та ставки погодинної оплати праці, визначені цією постановою, поширюються на відповідні категорії працівників (невійськовослужбовців і тих, хто не має звань рядового і начальницького складу) всіх бюджетних установ, закладів та організацій незалежно від відомчого підпорядкування.

Зокрема, нормами Постанови № 1298 передбачено встановлення працівникам надбавки [1]:

- у розмірі до 50% посадового окладу (ставки заробітної плати, тарифної ставки): за високі досягнення у праці; за виконання особливо важливої роботи (на строк її виконання); за складність, напруженість у роботі. При цьому граничний розмір зазначених надбавок для одного працівника не має перевищувати 50% посадового окладу. Таке обмеження не поширюється на працівників національних закладів (установ). Законодавець визначив, що у разі несвоєчасного виконання завдань, погіршення якості роботи і порушення трудової дисципліни зазначені надбавки скасовуються або знижуються;
- за почесні звання України, СРСР, союзних республік СРСР «народний» — у розмірі 40%, «заслужений» — 20% посадового окладу (ставки заробітної плати);
- за спортивні звання «заслужений тренер», «заслужений майстер спорту» — у розмірі 20%, «майстер спорту міжнародного класу» — 15%, «майстер спорту» — 10% посадового окладу (ставки заробітної плати). Такі надбавки за почесні та спортивні звання встановлюються працівникам, якщо їх діяльність за профілем збігається з наявним почесним або спортивним званням. За наявності двох або більше звань надбавки встановлюються за одним (вищим) званням. Відповідність почесного або спортивного звання профілю діяльності працівника на займаній посаді визначається керівником установи, закладу або організації;
- за знання та використання в роботі іноземної мови: однієї європейської — 10%, однієї східної, угро-фінської або африканської — 15%, двох і більше мов — 25% посадового окладу (ставки заробітної плати). При цьому надбавка не встановлюється працівникам, для яких вимогами для зайняття посади передбачено знання іноземної мови, що підтверджено відповідним документом.

Постановою № 1298 передбачено встановлення працівникам наступних доплат:

- у розмірі до 50% посадового окладу (тарифної ставки): за виконання обов'язків тимчасово відсутніх працівників; за суміщення професій (посад); за розширення зони обслуговування або збільшення обсягу виконуваних робіт. Зазначені види доплат не встановлюються керівникам бюджетних установ, закладів та організацій, їх заступникам, керівникам структурних підрозділів цих установ, закладів та організацій, їх заступникам;
- у розмірі до 40% годинної тарифної ставки (посадового окладу) за роботу в нічний час, якщо вищий розмір не визначено законодавством, за кожен годину роботи з 10-ї години вечора до 6-ї години ранку;

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

- за вчене звання: професора — у граничному розмірі 33% посадового окладу (ставки заробітної плати); доцента, старшого наукового співробітника, старшого дослідника — у граничному розмірі 25% посадового окладу (ставки заробітної плати). При цьому зазначена доплата встановлюється працівникам, якщо їх діяльність за профілем збігається з наявним вченим званням. За наявності у зазначених працівників двох або більше вчених звань доплата встановлюється за одним (вищим) званням;
 - за науковий ступінь: доктора наук — у граничному розмірі 25% посадового окладу (ставки заробітної плати); кандидата наук, доктора філософії — у граничному розмірі 15% посадового окладу (ставки заробітної плати). При цьому зазначені доплати встановлюються працівникам, якщо їх діяльність за профілем збігається з наявним науковим ступенем. За наявності у працівників двох наукових ступенів доплата встановлюється за одним (вищим) науковим ступенем. Відповідність вченого звання та наукового ступеня профілю діяльності працівника на займаній посаді визначається керівником установи, закладу або організації. Документи, що засвідчують наявність наукового ступеня та вченого звання, мають відповідати нормам та вимогам, передбаченим законодавством;
 - за використання в роботі дезінфікувальних засобів, а також працівникам, які зайняті прибиранням туалетів, — у розмірі 10% посадового (місячного) окладу.
- Окремим пунктом Постанови № 1298 передбачено встановлення надбавок і доплат водіям автотранспортних засобів, а саме [1]:
- надбавки водіям II класу — 10%, водіям I класу — 25% установленої тарифної ставки за відпрацьований час;
 - доплати за ненормований робочий день — у розмірі 25% тарифної ставки за відпрацьований час.

За нормами Постанови № 1298 працівникам може надаватися матеріальна допомога, у тому числі на оздоровлення, у сумі не більше ніж один посадовий оклад на рік, крім матеріальної допомоги на поховання; премія [1].

При цьому зазначені виплати здійснюються в межах фонду заробітної плати, затвердженого в кошторисах доходів і видатків окремої бюджетної установи, закладу, організації. Преміювання керівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери, встановлення їм надбавок та доплат до посадових окладів, надання матеріальної допомоги здійснюється за рішенням органу вищого рівня в межах наявних коштів на оплату праці.

Як вбачається з вищевикладеного, конкретний розмір доплат та надбавок встановлюється працівникам роботодавцем у відсотках до посадового (місячного) окладу чи тарифної ставки. Посадові оклади (тарифні ставки) працівників бюджетної сфери визначаються відповідно до Єдиної тарифної сітки, яка містить 25 розрядів з діапазоном тарифних коефіцієнтів від 1 до 4,51. Варто зазначити, що після запровадження єдиної тарифної сітки Кабінет Міністрів України неодноразово приймав рішення про внесення змін до порядку оплати праці працівників окремих галузей

бюджетної сфери, а саме: діапазонів тарифних розрядів і підвищення посадових окладів працівників організацій і закладів окремих галузей.

Варто взяти до уваги негативні тенденції щодо оплати праці в бюджетній сфері, що призвели до так званої зрівнялівки в оплаті праці працівників різних категорій і професійних груп, що стало наслідком реформування інституту мінімальної заробітної плати. Так, згідно зі ст. 96 Кодексу законів про працю України мінімальний посадовий оклад (тарифна ставка) встановлюється в розмірі, не меншому за прожитковий мінімум, передбачений для працездатних осіб станом на 1 січня календарного року.

Отже, з 01.01.2017 р. посадові оклади (тарифні ставки) в бюджетній сфері розраховуються, виходячи з розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівника 1-го тарифного розряду, встановленого в розмірі прожиткового мінімуму для працездатних осіб на 01.01 календарного року.

З 01.01.2017 р. запроваджено доплату до рівня мінімальної заробітної плати. У зв'язку із цим, зокрема, станом на 01.12.2021 р. заробітна плата, що становить посадовий оклад (тарифна ставка, оклад) разом з доплатою до мінімального рівня, працівників бюджетної сфери з 1-го до 15-го тарифного розряду дорівнює 6500 грн.

Для прикладу, посади завідувача: відділу, лабораторії, кабінету позашкільного навчального закладу віднесено до 11–13-го тарифних розрядів; лікаря-хірурга і лікаря-ендоскопіста, який здійснює оперативне втручання, лікаря-анестезіолога, лікаря загальної практики — сімейного лікаря — до 10–14-го тарифних розрядів; робітників, які виконують прості некваліфіковані або допоміжні роботи (гардеробник, кастелянка, кур'єр, опалювач, підсобний робітник, вантажник, настирач підлоги, робітник з благоустрою, сторож та ін.) — до 1–2-го тарифних розрядів. Однак теоретично їх заробітна плата становить з 01.12.2021 р. 6500 грн.

Таким чином, зміни, що відбулися в законодавстві, фактично призвели до так званої зрівнялівки в оплаті праці працівників різних категорій і професійних груп та нехтування основними, базовими чинниками диференціації заробітної плати, такими як складність праці, відповідальність та рівень кваліфікації працівника. На сьогодні підвищення рівня оплати праці працівників бюджетної сфери потребує пошуку джерел покриття додаткових видатків державного та місцевих бюджетів. Так, за умови підвищення розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівника 1-го тарифного розряду до рівня мінімальної заробітної плати це потребуватиме збільшення більше ніж у два рази фонду оплати праці зазначених працівників і забезпечення його відповідними фінансовими ресурсами, що є малоімовірним.

Разом із цим низький рівень оплати праці в установах, закладах і організаціях бюджетної сфери негативно впливає на мотивацію працівників, спричиняє втрату інтересу до праці як способу матеріального забезпечення, спонукає до пошуку інших джерел зайнятості, у тому числі й так званої незадекларованої праці. Таким чином, на нашу думку, доцільно переглянути умови оплати праці працівників бюджетної сфери з метою досягнення їх справедливості, відповідності оплати праці складності виконуваної роботи, обґрунтуванню міжкваліфікаційних співвідношень тощо.

Враховуючи сучасний стан законодавчої бази, що регулює питання оплати праці, для відновлення міжкваліфікаційних і міжпосадових співвідношень в оплаті праці різних категорій і професійних груп, на нашу думку, важливим є скорочення розриву між прожитковим мінімумом, який на сьогодні є визначальним для встановлення мінімального посадового окладу (тарифної ставки), та мінімальною заробітною платою.

Список використаної літератури

1. Постанова Кабінету Міністрів «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 30 серпня 2002 р. № 1298. zakon.rada.gov.ua/laws/show/100-95-%D0%BF#Text.
2. Указ Президента України «Про Національну стратегію у сфері прав людини» від 24 березня 2021 р. № 119/2021. zakon.rada.gov.ua/laws/show/1045-14#Text.

І.О. Кулик

Аспірант кафедри публічного управління та проектного менеджменту Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти»

Дипломатичні аспекти зовнішньої політики України

Російська агресія проти України зумовлює необхідність перебудови не тільки військової стратегії та посилення обороноздатності держави, але й потребу в посиленні дипломатичної складової національної безпеки. Війна продемонструвала такі недоліки та слабкі місця зовнішньої політики України, як: відсутність надійних союзників напередодні війни; слабкість інформаційного нарративу України; слабкість позицій України як повноправного суб'єкта міжнародної політики. Значною мірою така ситуація є наслідком неналежної організації роботи Міністерства закордонних справ (МЗС) та дипломатичних структур, недостатнього залучення МЗС до ухвалення важливих зовнішньополітичних рішень.

В умовах війни і в поствоєнний період стоїть завдання радикального переосмислення зовнішньої політики та дипломатії. Уже з 24 лютого 2022 р. українська дипломатія перейшла в екстрений режим роботи і активно допомагає фронту в забезпеченні Збройних сил необхідною зброєю від країн-партнерів, працює на ослаблення агресора через санкції, домовляється про фінансову допомогу для підтримки нормального життя країни.

Наразі українські дипломатичні представництва об'єднано у 12 інформаційних хабів на базі «найсильнішого» посольства в регіоні, яке координує діяльність інших, що дає можливість посилити дипломатичний вплив на інші країни для підтримки України у війні.

Післявоєнні завдання України в зовнішній політиці та дипломатії варто розділити на два блоки — першочергові короткотермінові завдання, які необхідно буде вирішу-

вати одразу, та довгострокові завдання, пов'язані з переосмисленням основ зовнішньополітичної діяльності та ухваленням нової концепції зовнішньої політики [1].

Значною мірою прикладом для перебудови може бути досвід ЄС, який володіє багатьма інструментами для провадження спільної дипломатичної діяльності.

Крім того, воєнно-політичне співробітництво в Європі відбувається в межах НАТО, до якої входять майже всі європейські країни. Отже, останні ініціативи — прийняття рішення щодо надання Україні статусу кандидата в члени ЄС, подання заявки на вступ до НАТО — відповідають євроінтеграційним та євроатлантичним перспективам.

Отже, серед завдань дипломатії, які постануть після війни, необхідно виділити першочерговими наступні: домовленості щодо гарантій безпеки; судове переслідування росії і притягнення до відповідальності винних у цій війні, пошук і залучення ресурсів для післявоєнної відбудови, налаштування зв'язку із закордонними діаспорами та повернення біженців [1].

Україні слід буде одразу створити спеціальну робочу групу, яка займатиметься цими питаннями на постійній основі в наступні декілька років і до якої увійдуть дипломати та юристи, запрошені експерти та консультанти.

Значною мірою подальшому удосконаленню дипломатичної роботи та розвитку зовнішньополітичних зв'язків може сприяти активізація міжнародної діяльності Верховної Ради України, міжпарламентської взаємодії, що зумовлює ґрунтовне вивчення парламентської дипломатії, її форм та ефективності діяльності. Беручи участь у формальному і неформальному спілкуванні на міжнародному рівні, парламентарі виходять за межі «національної орієнтації» і трансформуються в «наднаціональних», «європейських парламентарів»; з'являються додаткові площини і виміри їх діяльності, взаємодії, контролю урядів тощо [2].

Список використаної літератури

1. Бінько І. (2020) Публічне управління і публічне адміністрування: співвідношення понять. Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму, № 3–4: 41–47.
2. Камінська Н.В. (2022) Парламентська дипломатія як феномен сучасної політико-правової дійсності: проблеми концептуалізації та розвитку. Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України, № 3: 40–51.

І.Б. Левчук

Доцент кафедри освітнього менеджменту та соціальної роботи Рівненського державного гуманітарного університету, кандидат педагогічних наук, доцент

Особливості соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій

Війна проти суверенної України, розв'язана російською федерацією, принесла не тільки великі руйнування матеріальної інфраструктури та знищення половини економіки держави, а й велике горе і страждання населенню та воїнам, які стали на захист своєї Батьківщини.

Пережиті страхіння війни, втрата близьких та рідних, окупація та полон — усі ці чинники вплинули на психоемоційний стан людей як цивільних, так і військових. Люди, які пережили такі психотравматичні ситуації, потребують соціально-психологічної реабілітації та адаптації до воєнних умов та життя поза війною. Аналіз катастроф, стихійних лих, міжнаціональних та міжрегіональних конфліктів за останнє п'ятдесятиріччя свідчить про те, наскільки необхідною та важливою є соціально-психологічна реабілітація для людей — жертв катастроф, війн та учасників бойових дій [5].

Наслідки перерахованих чинників є жахливими не тільки для держави, але й для окремо взятої людини, тим більше безпосереднього учасника бойових дій. Як правило, наслідками для них може стати інвалідність (різні нозологічні форми), яка може призвести до депресії, втрати соціально-економічного благополуччя, мотивації, а також до безробіття, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тощо. Як показує статистика щодо обстежених воїнів Антитерористичної операції (АТО), кожен четвертий з них звертався або потребував соціально-психологічної реабілітації. А оскільки на сьогодні військовослужбовці уже більш ніж пів року знаходяться в умовах повномасштабних воєнних дій, з використанням озброєння, забороненого Женевською конвенцією, шкода, яка наноситься психіці, є непомірно більшою за своїми руйнівними масштабами. Коли людина перебуває щодня в умовах бойових дій, психіка пристосовується до життя за таких обставин, а, повернувшись з війни, ветеран потрапляє у зовсім інший світ, де немає вибухів, стрілянини, передчасної смерті. Це також потребує певної психоемоційної адаптації, і те, що було нормою на полі бою, є неприпустимим для мирного життя. На цьому фоні відбувається певне протистояння учасника воєнних дій та суспільства, яке він захищав ціною свого здоров'я та життя. Дуже важливо, щоб таке протистояння було вчасно врегульовано методами та технологіями соціально-психологічної реабілітації. Адже в період АТО (2014–2022 рр.) відсоток учасників бойових дій по відношенню до цивільного населення України був невеликим, а після нашої перемоги воїнів з набутими військовими компетентностями повернеться в тисячі разів більше, і завдання держави, відповідних соціальних та медичних закладів, що будуть забезпечувати соціально-психологічну реабілітацію, — вибудувати механізми публічного управління системою реабілітації, забезпечивши її відповідними фахівцями та матеріально-технічними ресурсами [4].

Слід зазначити, що ключовим фактором серед усіх психотравмувальних впливів обставин війни визначено досить тривале перебування воїнів та цивільного населення в умовах специфічного бойового стресу, який негативно позначається на психіці. У період бойових дій перебування в стані стресу може виконувати і позитивну функцію для учасника таких дій, але цей стан після закінчення війни стає для нього руйнівним через постстресові реакції. Учасники бойових дій, у яких чітко простежуються реакції дезадаптації, потребують соціально-психологічної реабілітації [3].

Психологічна реабілітація — це система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та військового статусу військовослужбовця, що отримав психічну травму [1].

Соціальна реабілітація учасників бойових дій визначається характером взаємовідносин військовослужбовця в колективі, наявністю передумов для продовження служби або суспільно корисної праці, індивідуальними особливостями поведінки в процесі служби, чіткістю виконання доручень, адаптації до навколишнього середовища та оточуючих людей тощо. Соціальний фактор спрямований на коригування в учасників бойових дій ціннісного світогляду, визначення соціальних ідеалів та ставлення до власного життя і життя інших. Психосоціальний вплив здійснюється за допомогою різних технологій та методів з виявленням найефективніших з них щодо кожного учасника реабілітації [2].

Аналізуючи міжнародний досвід соціально-психологічної реабілітації, слід звернути увагу на досвід США: після закінчення війни у В'єтнамі було зафіксовано таку кількість самогубств серед військовослужбовців, що перевищила втрати на самій війні, і це змусило всіх — представників органів публічної влади, науковців та суспільства в цілому — змінити своє ставлення до учасників бойових дій і забезпечити їх ефективною та якісною соціально-психологічною реабілітацією [4].

На цей час в Україні питання соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій має розглядатися за формулою: вони захищали і захистили нас на полі бою, а держава і суспільство повинні зробити все для їх адаптації до мирного життя і забезпечення якісною та ефективною соціально-психологічною реабілітацією.

Список використаної літератури

1. Єпіфанов В. (2020) Основи реабілітації. Підручник. СПО–Геотар-Медіа. 124 с.
2. Самойленко В., Яковенко Н., Петрашев І. та ін. (2018) Медична і соціальна реабілітація (підручник). Київ, Медицина. С. 72–74.
3. Сапункова С., Піц Л., Гутницька А. та ін. (2018) Медична та соціальна реабілітація. Київ, Медицина. 79 с.
4. Федоренко С.Н., Лазарева О.Б., Вітомський В.В. та ін. (2019) Аналіз міжнародного досвіду організації систем реабілітаційної допомоги та фізичної терапії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури: 36. наук. праць, 9(117): 99–107.
5. Dubych K.V., Danylyuk K.V. (2022) The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges: Scientific monograph. Riga, Latvia: «Baltija Publishing», P. 29–31.

І.В. Максимюк

Аспірантка за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Вплив державного управління на рівень захворюваності населення України на злоякісні новоутворення

Україна протягом тридцяти років незалежності реалізувала 3 державні цільові програми, спрямовані на боротьбу з онкологічними захворюваннями у дітей та дорослих: Державна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр., затвер-

джена постановою КМУ від 29 березня 2002 р. № 392; Державна програма «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр., затверджена постановою КМУ від 19 липня 2006 р. № 983; «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», затверджена Законом України від 23 грудня 2009 р. № 1794-VI. Це створило цільове фінансове забезпечення та покращило стан надання онкологічної допомоги населенню, зокрема в організації профілактики, діагностики та лікування пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями, зокрема запроваджено виявлення хворих з передраковою патологією, принцип диспансеризації та оздоровлення осіб з груп підвищеного ризику розвитку онкологічних захворювань. Проте й надалі смертність від злоякісних новоутворень входить до п'ятірки основних причин смерті в Україні й у 2021 р. займає четверте місце (а у попередні роки — друге) серед причин смертності, що пов'язано з більшою поширеністю захворювань системи кровообігу, зокрема, ішемічної хвороби серця, а також COVID-19.

За даними Національного канцер-реєстру, кількість виявлених в Україні нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення збільшувалася, однак у 2020 р. істотно зменшилася, що пов'язано з початком епідемії COVID-19, яка негативно вплинула на кількість звернень до закладів охорони здоров'я пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Поряд із цим кількість померлих від онкологічних захворювань залишається протягом досліджуваного періоду майже незмінною. Причина такої статистики полягає в пізньому виявленні хвороби на останніх її стадіях. Отже, пандемія призводить не лише до зниження рівня звернень та надання онкологічної допомоги населенню, а й до погіршення стану поінформованості про виявлені та/або проліковані випадки онкологічних захворювань, що підвищить як захворюваність, так і рівень занедбаності, а також смертності від онкопатології. Брак інформації про реальний стан онкоепідеміологічних процесів в Україні призводить до неефективної реалізації Програми медичних гарантій та втрати контролю державним управлінням у цій сфері. Також відзначимо, що за останні 7 років вдалося знизити смертність від онкологічних захворювань на 7,3%, проте цього явно недостатньо.

Отже, державі необхідно зосередитися на збільшенні тривалості життя людей з онкопатологією, покращенні якості життя хворих, які мають такий діагноз, та збільшенні відсотка пацієнтів, які доживають до 80 років.

Фактори ризику розвитку онкологічних захворювань мають стати об'єктом державного управління у сфері онкологічної допомоги, адже, окрім забезпечення високого рівня медико-соціальних послуг, є низка причин, на які держава може вплинути опосередковано:

- пропаганда здорового способу життя (вживання тютюну; хронічні інфекції; аборти та народження першої дитини після 35 років; відсутність фізичного навантаження; низька кількість овочів та фруктів у раціоні);
- екологічне середовище;
- психологічна допомога.

Наразі обсяг просвітницької роботи та рівень протиракової пропаганди є незначними. Онкопrevenція в нашій країні фактично відсутня. Держава не завжди може вплинути через медичну допомогу на онкозахворюваність у деяких випадках. Проте існують хвороби, за яких лікарі справді можуть вплинути на ситуацію, зокрема це онкопрофілактика та рання діагностика, коли можливо виявити захворювання без складних методів досліджень та швидше його вилікувати. Однак і це не панацея:

- 1) в Україні у 2020 р. кожен п'ятий випадок онкозахворювання виявлено в за-недбаній (IV) стадії, а у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Полтавській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях захворювання на рак виявляли в 4-й стадії у кожного четвертого хворого. Це й зумовлює високу летальність [1];
- 2) низький рівень онкологічної настороженості та грамотності лікарів первинної ланки медичної допомоги, до яких у першу чергу звертаються хворі, — сімейних лікарів, а також профільних медичних працівників, який, у свою чергу, призводить до високих показників занедбаності злоякісних новоутворень. Досвід економічно розвинених країн показує, що за ефективною організації лікувально-діагностичного процесу можна досягти неабияких успіхів у наданні онкологічної допомоги населенню;
- 3) у закладах охорони здоров'я України не виконується вимога щодо профілактичного огляду з метою виявлення злоякісних новоутворень кожного хворого, який звернувся за медичною допомогою до будь-якого лікаря в поліклініці чи стаціонарі, що призвело до зниження рівня виявлення онкохворих на профоглядах (у 2020 р. — 20,2%, у межах від 2,4% у Чернігівській обл. до 51,7% у м. Київ).

Охарактеризуємо організацію надання онкологічної допомоги населенню за допомогою такого критерію, як співвідношення показників смертності та захворюваності, оскільки воно безпосередньо залежить як від стану діагностики та своєчасності виявлення хвороби, так і від організації лікувального процесу. За нашими розрахунками на основі даних Національного канцер-реєстру, в Україні на кожні 100 нових випадків раку зареєстровано наступну кількість смерті від злоякісних новоутворень:

- у 2019 р. — 44 випадки;
- у 2020 р. — 55 випадків;
- у 2021 р. — 66 випадків, що засвідчує незадовільний стан надання медичної допомоги онкохворим і потребує подальшого розвитку державного управління надання онкологічної допомоги населенню [2].

Зниження смертності від раку пов'язують з надіями на ранню діагностику та своєчасне лікування, проте ефективність скринінгу при профілактичних оглядах залишається повсюдно низькою.

За даними Національного канцер-реєстру, щорічно відзначають відносно стабільні показники виявлення злоякісних новоутворень, зокрема у 2020 р.

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

на I та II стадіях — 22,8 та 24,6% відповідно, на III і IV стадіях — 18,2% та 20,5%. Із цього можна зробити висновок про те, що якість та ефективність діагностики залежать не так від інструментального оснащення закладів охорони здоров'я, як від кваліфікації, клінічного мислення та онкологічної настороженості сімейних лікарів (терапевтів). Адже кількість лікарів-онкологів в Україні є незмінною, проте незначно знижується рівень їх атестації (таблиця).

Таблиця Атестація лікарів-онкологів у закладах системи охорони здоров'я МОЗ

Роки	Кількість лікарів-онкологів	З них мають кваліфікаційну категорію	У тому числі			Відсоток атестованих до загальної кількості числа лікарів
			Вищу	I	II	
2015	1682,0	1235,0	718,0	308,0	209,0	73,4
2016	1666,0	1244,0	755,0	298,0	191,0	74,7
2017	1657,0	1244,0	772,0	273,0	199,0	75,1
2018	1673,0	1264,0	802,0	257,0	205,0	75,6
2019	1679,0	1229,0	807,0	246,0	176,0	73,2
2020	1669,0	1187,0	794,0	232,0	161,0	71,1
2021	1709,0	1208,0	836,0	223,0	149,0	70,7

Джерело: узагальнено автором за даними Центру медичної статистики МОЗ.

Ефективності профілактичної та діагностичної роботи не сприяють: фінансова залежність лікувально-діагностичних центрів від діагностичних підрозділів лікарень та онкодиспансеру, нестача штатних лікарів-онкологів та гінекологів в оглядових кабінетах у лікувально-діагностичних центрах, відсутність фінансування на формування медико-санітарної культури населення за допомогою засобів масової інформації, надмірне завантаження на сімейних терапевтів, зокрема складання звітів, відсутність участі страхових компаній-посередників та затверджені Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 р.

При онкологічних захворюваннях показник смертності прямо залежить від року виявлення. Проведено аналіз впливу витрат державного сектору охорони здоров'я на рівень захворюваності, що показав недостатній позитивний ефект щодо зниження рівня захворюваності. Так, смертність від раку та виявлення його нових випадків залишаються протягом останніх років на занадто високому рівні. Разом із цим спостерігається тенденція до збільшення обсягів витрат держави на медичне обслуговування та закупівлю медичних препаратів, що підтверджує націленість на суттєве скорочення кількості хворих онкологічного профілю, що закладено в медичній реформі. Це є позитивним, проте за умови суттєвого погіршення ситуації з рівнем захворюваності, яке очікується внаслідок зменшення кількості звернень під час пандемії та воєнних дій, на тлі проблем державного бюджету та руїнації медичних закладів, необхідними будуть зміни у фінансовому забезпеченні онкологічної допомоги населенню.

Результати кореляційного аналізу свідчать про середній рівень функціональних зв'язків між показниками захворюваності та видатками на охорону здоров'я в Україні, визначають певну логіку формування державних витрат на розвиток онкологічної допомоги населенню та вказують на необхідність посилення впливу держави на свідомість громадян у контексті профілактики та раннього виявлення онкологічних захворювань.

Список використаної літератури

1. Онкоепідеміологічна ситуація та стан організації онкологічної допомоги в Україні, 2019–2020 рр. www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/03-08-vstup.pdf.
2. Характеристики онкоепідеміологічного процесу; стан онкологічної допомоги Бюлетень Національного канцер-реєстру 2021 № 22 «Рак в Україні, 2019–2020» www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/03-08-vstup.pdf.

О.Я. Музиченко

Здобувачка магістратури кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Аспекти професійного і особистісного розвитку державних службовців

Уже в XXI ст. в Україні було докладено чимало зусиль для підвищення якості державного управління, у тому числі в ході проведення адміністративної та бюджетної реформ, реформування державної служби, місцевого самоврядування, а також у рамках розробки та реалізації заходів з боротьби з корупцією. У результаті було розроблено та прийнято цілий ряд законодавчих актів, які формують нові інструменти, механізми, процедури і технології державного управління або встановлюють завдання з їх розробки, прийняття і впровадження, визначають вимоги до них. Це, зокрема, Закони України «Про державну службу» від 17.11.2011 р. № 4050 та чинний станом на сьогодні — від 06.03.2021 р. № 889-VIII (Верховна Рада України, 2021а); Закони України «Про службу в органах місцевого самоврядування» від 07.06.2001 р. № 2493 (Верховна Рада України, 2021с) та чинний станом на сьогодні — від 15.01.2021 р. № 2493-III; Закони України «Про засади запобігання і протидії корупції» від 07.04.2011 р. № 3206 та чинний станом на сьогодні «Про запобігання корупції» від 23.04.2021 р. № 1700-VII (Верховна Рада України, 2021b). Протягом цього періоду прийнято ще десятки підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють питання оплати праці державних службовців, призначення їм певного рангу, проведення конкурсу на зайняття вакантних посад державних служб, проведення оцінювання результатів їхньої роботи, професійного розвитку та підвищення кваліфікації тощо.

Проте підвищення якості державного управління залишається одним із головних завдань, що стоять перед українським суспільством і державою. В Основних напрямках діяльності Уряду України на період до 2020 р. підвищення якості держав-

ного управління розглядається і як один з напрямів діяльності Уряду в цілому, і як одна з двох умов ефективного запуску нової моделі економічного зростання. Зокрема, Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24 червня 2016 р. № 474 було схвалено Стратегію реформування державного управління України на період до 2021 р., розроблену в тісній співпраці з експертами Програми підтримки вдосконалення врядування та менеджменту (Support for Improvement in Governance and Management — SIGMA), Європейської Комісії та громадянського суспільства. З урахуванням європейського рейтингу та європейської перспективи України цю Стратегію розроблено згідно з європейськими стандартами належного адміністрування з питань трансформації системи органів державного управління. Відповідно до Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (далі — Угода про асоціацію), ця Стратегія ґрунтується на спільних цінностях, а саме: дотриманні демократичних принципів, верховенстві права, належному врядуванні. У ст. 3 Угоди про асоціацію належне врядування визначається як один з основних принципів для посилення відносин між сторонами. Україна продовжуватиме політичні, соціально-економічні, законодавчі та інституційні реформи, необхідні для ефективної реалізації Угоди про асоціацію. З огляду на важливість реформи державного управління для держави до розроблення цієї Стратегії залучено заінтересовані сторони. Основна мета Стратегії — удосконалення системи державного управління і, відповідно, підвищення рівня конкурентоспроможності країни. Результатом реалізації цієї Стратегії повинна стати більш ефективна та підзвітна громадянам система державного управління, яка працює в інтересах суспільства, забезпечує сталий розвиток країни та надає якісні послуги, побудова професійної, добросовісної, політично нейтральної і орієнтованої на громадян державної служби [1].

У липні 2021 р. КМУ ухвалив Стратегію реформування державного управління України на 2022–2025 рр. та визначив план заходів з її здійснення. Основна мета Стратегії полягає в побудові в Україні спроможної сервісної та цифрової держави, яка забезпечує захист інтересів громадян на основі європейських стандартів та досвіду [2].

Основним об'єктом у системі публічного управління є державний службовець, оскільки саме він наділений правом реалізовувати державну політику як на центральному, так і на місцевому рівні та виступає своєрідним посередником між державою та суспільством і є гарантом надання якісних адміністративних послуг.

У працях вітчизняних та зарубіжних науковців визначення поняття «державний службовець» подано в різних дефініціях. Так, А. Таргоній визначає державного службовця як особу, яка займає положення в державних органах на законних підставах.

О. Скакун дає ширше визначення державного службовця, опираючись на законодавчі функції. На його думку, державний службовець — особа, котра обіймає посаду в державному органі та організації, здійснює в установленому законом порядку трудові функції на професійних засадах на основі трудового договору (контракту), одержує заробітну плату за рахунок коштів з державного бюджету відповідно до займаної посади і підпорядковується службовій дисципліні [3].

Подібне визначення дає О. Андрійко: «Державний службовець — це громадянин України, який займає посаду державної служби в органі державної влади, іншому державному органі, його апараті (секретаріаті), одержує заробітну плату за рахунок коштів державного бюджету та здійснює встановлені для цієї посади повноваження, безпосередньо пов'язані з виконанням завдань і функцій такого державного органу, а також дотримується принципів державної служби» [4].

Функції державних службовців окреслені в дефініціях М. Багмета: «Державного службовця можна визначити як особу, яка, по-перше, здійснює професійну діяльність на посаді, визначеній структурою і штатним розкладом як первинна структурна одиниця державного органу та його апарату, на яку покладено встановлене нормативними актами коло службових повноважень щодо практичного виконання завдань і функцій держави; по-друге, виконує організаційно-розпорядчі та консультативно-дорадчі функції; по-третє, отримує заробітну плату за рахунок державних коштів» [5] та С. Дубенко «Державні службовці — це різновид службовців, які складають чисельну групу, їх основним завданням є служіння державі» [6].

Ю. Битяк вважає, що важливим аспектом для набуття статусу державного службовця є професійні та особистісні якості особи: «Державні службовці — це люди, які вирізняються своєю професійною підготовкою, складом характеру, комунікабельністю, політичними, моральними, психологічними установками» [7].

У зарубіжній літературі найчастіше подано лише загальні визначення поняття «державний службовець». До прикладу, у Кембриджському словнику «державний службовець — це особа, яка працює на місцевий, штатний чи федеральний уряд» [8].

Закон України «Про державну службу» визначає, що державний службовець — це громадянин України, який займає посаду державної служби в органі державної влади, іншому державному органі, його апараті (секретаріаті), одержує заробітну плату за кошти державного бюджету та здійснює встановлені для цієї посади повноваження, безпосередньо пов'язані з виконанням завдань і функцій такого державного органу, а також дотримується принципів державної служби. Державним службовцем може стати повнолітній громадянин України, який вільно володіє державною мовою та якою присвоєно відповідний ступінь вищої освіти (Верховна Рада України, 2021а).

Список використаної літератури

1. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 червня 2016 р. № 474 «Деякі питання реформування державного управління України». dtkt.ua.
2. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 р. № 831-р «Деякі питання реформування державного управління України». kmu.gov.ua.
3. Скаун О.Ф. (2010) Теорія права і держави. Державна служба. Державний службовець і посадова особа. Київ: Алерта.
4. Андрійко О.Ф. (2017) Загальні положення. В кн.: Науково-практичний коментар до Закону України «Про державну службу» / Ващенко К.О., Коліушко І.Б., Тимошук В.П. та Дерещ В.А. (ред.). Київ: ФОП Москаленко О.М., 27.
5. Багмет М.О., Іванов М.С., Фуртатов В.С. (ред.) (2007) Організація державної служби в Україні: теорія та практика. Миколаїв: Видавництво МДГУ ім. Петра Могили.

6. Дубенко С. (1998) Державна служба в Україні. Навчальний посібник для студентів, слухачів із спеціальності «Державне управління». Київ: Видавництво УДАУ.
7. Битяк Ю.П. (2005) Державна служба в Україні: організаційно-правові засади. Харків: Право, 304.
8. Civil servant. Cambridge dictionary (2021) dictionary.cambridge.org/ru/%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%80%D1%8C/%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9/civil-servant.

М.М. Михайленко

Аспірантка кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Громадське здоров'я як складова сталого розвитку у сфері охорони здоров'я

Конституцією України (ст. 49) визначено право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а також забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [1].

Ці конституційні положення залишаються актуальними як у мирний час, так і під час війни, адже все, що стосується життя і здоров'я громадян, є пріоритетами державної політики. Отже, розвиток громадського здоров'я як складової сталого розвитку є актуальною проблемою публічного управління.

Як справедливо зазначає А. Неугодніков, публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я не може розвиватися та функціонувати ізольовано від проблем сьогодення та наслідків суспільного розвитку. Необхідним є вироблення довгострокової концепції сталого розвитку системи охорони здоров'я та постійний моніторинг проблем у цій сфері як наявних, так і тих, що виникають ситуативно [3].

Це означає, що покращення здоров'я населення України, збільшення тривалості активного життя та очікуваної тривалості життя при народженні є надзвичайно важливими проблемами, що вимагають удосконалення управління охороною здоров'я та формування і функціонування дієвої системи громадського здоров'я.

Питання створення сталої системи громадського здоров'я ще до війни розглядалися в Україні із залученням міжнародних експертів. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підтримала Міністерство охорони здоров'я України в розробці Національного плану заходів у сфері санітарного та епідемічного благополуччя як наступного кроку після проведеного у грудні 2021 р. Спільного зовнішнього оцінювання, яке забезпечило базову оцінку 19 основних технічних

сфер згідно з Міжнародними медико-санітарними правилами та допомогло визначити сильніші сфери і такі, що потребують покращення.

Створення Національного плану заходів стало державним процесом планування, який може пришвидшити реалізацію основних можливостей Міжнародних медико-санітарних правил і ґрунтується на принципі «Єдине здоров'я» та Міжгалузовому підході до всіх видів небезпек, які можуть становити загрозу громадському здоров'ю [2].

ВООЗ визначає основні функції програм громадського здоров'я наступним чином:

- забезпечення лідерства з питань, важливих для здоров'я, і участь у партнерствах, коли необхідні спільні дії;
- формування порядку денного наукових досліджень і стимулювання збору, освоєння і поширення цінних знань;
- формування етичних і заснованих на доказах варіантів політики;
- моніторинг ситуації та оцінка тенденцій у галузі охорони здоров'я [5].

Це передбачає, що застосування програм громадського здоров'я виявляє та оцінює потреби населення в медичному забезпеченні, включаючи оцінку поточних медичних послуг та визначення, чи відповідають вони цілям системи охорони здоров'я; визначає потреби в ресурсах для запропонованих втручань та оцінку їх економічної ефективності; забезпечує прийняття рішень в охороні здоров'я та плануванні медичних послуг, включаючи будь-які необхідні зміни.

На виконання Концепції розвитку громадського здоров'я, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р, Міністерство охорони здоров'я України створило Центр громадського здоров'я, який відповідає за соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд, групову й популяційну профілактику захворювань та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я [4].

Крім того, для регулювання системи громадського здоров'я було розроблено стратегічний комплексний законопроект «Про систему громадського здоров'я», який об'єднує наявні закони України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та «Про захист населення від інфекційних хвороб», а також вводить нові положення щодо регулювання системи громадського здоров'я.

У вересні 2022 р. Верховна Рада України прийняла Закон України «Про систему громадського здоров'я», який вперше вводить в обіг принцип «єдиного здоров'я», є системним, дерегуляторним та євроінтеграційним. Основна мета його — визначити, як держава має протидіяти біологічним загрозам: функції державних структур та місцевої влади, обов'язки підприємств та громадян. Передбачається створення сучасної епідеміологічної служби на основі Центру громадського здоров'я. Це лише перший крок, за яким потрібні інші підзаконні акти, інструкції, алгоритми та практичне впровадження. Проте без його прийняття як базового закону, що визначає основні засади для розбудови системи громадського здоров'я в Україні, важко створювати умови для сталого розвитку в системі охорони здоров'я.

Загалом перспективи розвитку системи громадського здоров'я полягають у вирішенні основних питань, які на законодавчому рівні врегульовані наразі в новому Законі України «Про систему громадського здоров'я», зокрема щодо розподілу відповідних функцій між різними центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями та громадянами, що з позиції публічного управління слугуватиме ранньому попередженню можливих надзвичайних ситуацій, проведенню діагностики, дослідження і моніторингу небезпек для здоров'я спільноти, дозволить визначати пріоритети, а також розробляти політики і стратегії в галузі охорони здоров'я.

Список використаної літератури

1. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 р. (1996) Відомості Верховної Ради України, № 30.
2. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. www.moz.gov.ua.
3. Неугодініков А. (2019) Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. Юридичний вісник. Реформи України, 63–69.
4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Офіційний сайт. www.phc.org.ua.
5. World Health Organization / Europe. Офіційний сайт. www.who.int/europe.

О. Мельник

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Охорона здоров'я та права людини у конституціях країн Європи

Питання громадського здоров'я, функціонування національної системи охорони здоров'я стоять на порядку денному кожної європейської держави. Зміни в організації надання медичної допомоги, фінансуванні потреб охорони здоров'я, оптимізація управління тощо проводяться у країнах Європи постійно. Уряди європейських держав переглядають свої системи охорони здоров'я, шукаючи альтернативні стратегії більш ефективного і справедливого фінансування галузі і надання більш якісних послуг населенню.

Основою законодавства будь-якої країни є норми конституції. Виходячи із цього, видається актуальним дослідити закріплення питань охорони здоров'я та прав людини у конституціях країн Європи.

Права людини є однією з найбільш системних складових міжнародного права. Сфера охорони здоров'я належить до соціальних прав. Соціальні права виділяються як окрема група прав людини, під якими розуміються вимоги до держави щодо соціального захисту,...., охорони здоров'я [1].

Зобов'язання держав щодо побудови національної системи охорони здоров'я виходять з похідних міжнародно-правових джерел. Так, надаючи тлумачення ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права,

Комітет з економічних, соціальних та культурних прав ООН відзначив, що до подібного права [права на здоров'я — *прим. авт.*] належить право на систему охорони здоров'я, що забезпечує людям рівні можливості у прагненні до найвищого досяжного рівня здоров'я [2, п. 8].

Враховуючи, що Україна належить до європейських держав, пропонуємо зосередити увагу на положеннях конституцій країн Європи з урахуванням ключових моментів Конституції України (ст. 49). До таких ми віднесемо: 1) кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; 2) держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування; 3) у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [3].

1. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування — акцент на правах людини. Майже аналогічні положення (право на охорону здоров'я та на медичну допомогу) містяться в конституціях: ст. 20 Конституції Андорри; ч. 1 ст. 41 Конституції Азербайджану; ч. 1 ст. 41 Конституції РФ. Лише право на охорону здоров'я закріплено у: ч. 1 ст. 45 Республіки Білорусь; ч. 1 ст. 43 Конституції Іспанії, ч. 1 ст. 29 Конституції Республіки Казахстан; ст. 39 Конституції Македонії (при цьому громадяни мають не лише право, а й обов'язок захищати та піклуватися про своє власне здоров'я та здоров'я інших); ч. 1 ст. 36 Конституції Молдови; ч. 1 ст. 68 Конституції Польщі; ст. 64 Конституції Португалії (та обов'язок); ст. 59 Конституції Хорватії; ст. 31 Хартії основних прав у Чехії; ст. 28 Конституції Естонії.

Для деяких конституцій характерні доволі специфічні конструкції, зокрема: здоров'я — як фундаментальне право особи, що має колективний інтерес, — ст. 32 Конституції Італії; право на збереження фізичного та психічного здоров'я — ч. 1 ст. 19 Конституції Угорщини; окрім права на охорону здоров'я — право на здорове життя — ст. 70 Конституції Хорватії. Відзначимо, що в Албанії, Республіці Білорусь, Республіці Казахстан, Македонії це право закріплено для громадян, а не для кожної особи.

2. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, іншими словами, акцент зроблено на зобов'язаннях держави. Закріплюється право громадян на користування в рівній мірі правом на охорону здоров'я з боку держави ст. 55 Конституції Албанії. Положення про те, що держава має піклуватися про здоров'я громадян, закріплено у ч. 3 ст. 21 Конституції Греції. Норму стосовно того, що держава проявляє турботу про здоров'я людей та гарантує медичну допомогу і послуги у разі хвороби, закріплено ч. 1 ст. 53 Конституції Литви. Відповідно до ст. 111 Конституції Латвії держава захищає здоров'я людини та гарантує кожному мінімум медичної допомоги. Згідно зі ст. 18 Конституції Ліхтенштейну держава відповідає за систему охорони здоров'я. Ст. 19 Конституції Фінляндії містить положення про те, що органи публічної влади зобов'язані відповідно до закону гарантувати кожному достатнє соціальне та медичне забезпечення, а також сприяти зміцненню здоров'я населення.

3. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Фактично ми зробимо акцент на конституційному закріпленні положень щодо безкоштовності медичної допомоги. Положення про безкоштовність містяться у ч. 1 ст. 41 Конституції Російської Федерації, що фактично є ідентичним нормі Конституції України, а саме: медична допомога в державних та муніципальних (фактично комунальних — *прим. авт.*) закладах охорони здоров'я надається громадянам безоплатно. Безкоштовне лікування в державних закладах охорони здоров'я гарантується відповідно до Конституції Республіки Білорусь (ст. 45). Відповідно до ч. 2 ст. 29 громадяни Республіки Казахстан мають право отримувати безкоштовно гарантований обсяг медичної допомоги, що встановлений законом. Згідно з ч. 1 ст. 53 Конституції Литви передбачено порядок надання громадянам безкоштовної медичної допомоги в державних лікувальних закладах. Мінімальний рівень державного медичного забезпечення є безкоштовним відповідно до ст. 36 Конституції Молдови. Безкоштовна медична допомога лише для нужденних передбачена ст. 32 Конституції Італії. Безкоштовне медичне обслуговування для громадян на основі суспільного страхування закріплено у ст. 31 Хартії основних прав у Чехії.

Акцентуємо увагу на тому, що чи не найбільш детально права людини та сфера охорони здоров'я регламентовані у ст. 64 Конституції Португалії, відповідно до якої право на охорону здоров'я має бути забезпечено: а) за допомогою універсальної і загальної національної служби охорони здоров'я, яка, зокрема, щодо економічних і соціальних умов громадян, які використовують її, повинна, як правило, бути безкоштовною; б) створення економічних, соціальних, культурних та екологічних умов, зокрема, з метою гарантування захисту дитинства, юності та старості шляхом систематичного поліпшення умов життя і праці, а також сприяння розвитку фізичної культури та спорту в школі і серед людей; а також за рахунок розвитку громадського здоров'я, санітарної освіти і здорового способу життя.

Також у Конституції Швейцарії на конституційно-правовий рівень винесено питання генної інженерії, трансплантаційної та репродуктивної медицини.

Окремо відмітимо, що конституції Албанії (ст. 59), Швейцарії (ст. 41) містять розділи/статті, що мають назву «Соціальні цілі». Зокрема, згідно зі ст. 59 Конституції Албанії держава в межах конституційних повноважень та засобів, що перебувають у її розпорядженні, спрямована на найвищий можливий рівень охорони здоров'я, фізичного та розумового розвитку. Відповідно до ст. 41 Конституції Швейцарії держава виступає за те, щоб кожна особа отримувала необхідну турботу про її здоров'я.

У ряді конституцій відсутні положення щодо власне прав людини та стосовно охорони здоров'я, акцент на зобов'язаннях держави у сфері охорони здоров'я. При цьому можуть бути окремі положення щодо соціального захисту. Зокрема, до таких віднесемо конституції Австрії 1920 р., ФРГ (Основний закон ФРГ), Ісландії (однак ст. 77 передбачає, що «закон має гарантувати необхідну допомогу у разі хвороби...»), фактично — соціальний захист), Норвегії, Франції, Швеції, Королівства Данія тощо.

Проведений порівняльний аналіз дозволяє нам дійти висновків, що, незважаючи на те що на конституційно-правову практику країн Європи впливають спільні європейські регіональні міжнародно-правові документи щодо прав людини та охорони здоров'я, закріплення прав людини на охорону здоров'я, обсяги цього права є досить різними.

Список використаної літератури

1. Антонович М. (2017) Україна у міжнародній системі захисту прав людини: теорія і практика. Київ, Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 384 с.
2. Замечание общего порядка № 14 (Двадцать вторая сессия 2000): Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12). <http://library.umn.edu/russian/gencomm/Rescgencom14.html>.
3. Тацій В.Я., Петришин О.В., Барабаш Ю.Г. та ін. (Eds.) (2012) Конституція України: Науково-практичний коментар. Харків: Право, 1128 с.

Я.С. Начеса

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Роль засобів масової інформації в публічному управлінні

Засоби масової інформації (ЗМІ) в контексті глобалізації та інтернет-епохи за своїм впливом на суспільство не поступаються офіційним органам влади, а в деяких ситуаціях навіть є більш впливовими. Тому варто допустити, що авторитетні видання або окремі журналісти опосередковано можуть бути суб'єктами влади.

Варто зазначити, що ЗМІ можуть мати декілька пов'язаних з публічним управлінням ролей та функцій. Перш за все це участь у передвиборчих програмах. Публікація рекламних матеріалів, замовні статті, що в позитивному ключі представляють того чи іншого кандидата або партію, думки «експертів» можуть мати різний рівень успіху залежно від серйозності видання та довіри до нього з боку громадянського суспільства. Не всі видання, а особливо ті, які цінують свій авторитет, можуть погодитися на публікацію відвертої пропаганди, але є й ті, що намагаються робити на цьому рекламу не лише політикам, а й собі. Однак існує й темний бік політичної пропаганди: це використання завідомо неправдивої інформації та поширення її в ЗМІ з метою дискредитації політичних опонентів. Враховуючи те, що всі негативні інфоприводи поширюються як снігова лавина, навіть наклепи з дуже сумнівною основою можуть зіпсувати репутацію та знищити політичну кар'єру. Але жоден політик, який себе поважає, не має використовувати такі методи. Інша справа — чесні розслідування журналістів, які спрямовані на виявлення «таємної біографії» людей, які планують займати владні посади. Так чи інакше будь-яка політична пропаганда в ЗМІ буде мати свої плоди [1].

Іншою роллю ЗМІ є формування громадської думки з того чи іншого політичного рішення. Якщо це важливий проєкт, який матиме вплив на все суспільство, необхідно «підготувати» громадян до його прийняття. Використовуються ресурси провладних ЗМІ та тих, які є лояльними до неї. Також їх використовують у разі, коли необхідно оцінити думку та настрої громадян з приводу прийняття неоднозначних рішень. Та найважливішим є те, що засудження певних кроків ЗМІ може призвести до їх відміни. Враховуючи те, що вони можуть маніпулювати громадською думкою, однозначна негативна оцінка з боку журналістів та експертів, наведення аргументів і прикладів впливу та обвинувачення в некомпетентності тих, хто приймав рішення, призводить до різко негативного ставлення громадськості до певних нововведень. Тоді у владних органів залишається декілька варіантів: піти на поводи у ЗМІ та відмінити це рішення або нормативно-правовий акт, чи, ризикуючи своєю кар'єрою та репутацією, продовжити його виконання. Тут важливо пам'ятати, що всі люди, а особливо публічні особи, є інтернет-суб'єктами. Тобто у всесвітній мережі тією чи іншою мірою існує наше альтер еґо, яке може бути «видалено» через дії, які не відповідають загальним настроям. Більшість політиків дуже цінують свою роль у соціальних мережах та не готові ризикувати, аби її не втратити, тому у разі громадського засудження зазвичай здають назад та відмінюють свої рішення [2, 3].

ЗМІ відіграють важливу роль у державному управлінні, проте вони можуть як допомагати суб'єктам влади, створюючи позитивний імідж та формуючи позитивну громадську думку про них, так і повністю знищити політичний суб'єкт за неправильно прийняте рішення.

Список використаної літератури

1. Панченко О.А. (2020) Роль засобів масової інформації в системі державного управління інформаційною безпекою.
2. Головка А.А., Токарський О.О. (2016) Роль ЗМІ в сучасній інформаційній війні. Молодий вчений, 6: 309–311.
3. Дахова І.І., Ритова В.О., Хоменко А.В. (2019) Роль ЗМІ в передвиборній агітації. Молодий вчений, 4 (1): 122–125.

П.В. Науменко

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Управління компетентнісним розвитком керівника в системі державної служби

Розвиток кожної людини, у тому числі професійний, — один із головних напрямів досліджень протягом усієї історії людства. Розвиток — це закономірна зміна свідомості, життєвих устроїв, цінностей і буття. У рамках сучасної концепції суспільного розвитку саме професійному розвитку приділяється значна увага.

Функцією системи державної служби є державне управління як процес керівництва розвитком економічної, соціальної, культурної та інших сфер суспільного життя, їх державного регулювання та контролю за ними. Проблема розвитку державних службовців — одна з центральних у структурі кадрової політики, яка реалізується в органах державної влади. Важливий шлях у вирішенні цієї проблеми — підвищення якості професійного формування та організації держслужбовців усіх груп та категорій посад. Завданням кадрової роботи стає мотивація службовця до постійної модернізації ключових компетенцій, необхідних для подальшого професійного зростання та самовдосконалення. При цьому необхідно створити таку систему управління професійним розвитком, яка б відображала реальні потреби самих службовців та органів державної служби в цілому [6].

Базою для організації та функціонування державної служби є принцип професіоналізму та компетентності державних службовців. Він є однією з вимог, яка забезпечує формування та фактичну діяльність персоналу, а також вважається правовою умовою, від виконання якої залежить отримання права на здійснення посадових повноважень.

У будь-якому виді діяльності важливу роль відіграє виявлення сутності поняття «компетентність». Поняття «компетентність» включає складний зміст, що інтегрує професійні, соціально-психологічні, правові та інші характеристики. Загалом компетентність спеціаліста представляє собою сукупність здібностей, якостей та властивостей особистості, що забезпечує успішну професійну діяльність у тій чи іншій сфері.

Професійна компетентність розглядається як сукупність знань та вмінь, що визначають результативність праці; обсяг навичок у виконанні завдань; комбінацію особистісних якостей та властивостей; комплекс знань та професійно значущих особистісних якостей; вектор професіоналізації. Під компетентністю також розуміють показники, що характеризують професійні знання та здібності державного службовця до його ефективної реалізації у своїй службовій діяльності.

До складових елементів компетентності можна віднести:

- особистісні риси — індивідуальні характеристики, що визначають схильність до тієї чи іншої діяльності;
- знання — набір фактів, що потрібні для виконання роботи;
- вміння та навички (досвід) — володіння засобами та методами виконання певного завдання;
- цінності — глибокі переконання, що визначають дії в різних ситуаціях;
- зусилля — свідоме додавання ментальних та фізичних ресурсів у певному напрямку;
- поведінкові моделі — форми дій, що використовуються для виконання завдання [4].

Важливим показником, який визначає імідж держслужбовця є його компетенція — здатність застосовувати знання, вміння, навички та особистісні якості для успішної діяльності в різних проблемних професійних ситуаціях. Інакше кажучи, компетенції —

це певні внутрішні, потенційні, психологічні знання, програми, дії, системи цінностей та відносин, які виявляються в компетентностях людини як актуальних, діяльнических проявах. До професійних компетентностей можуть бути віднесені ті знання, вміння, навички та ціннісні орієнтації, що необхідні для здійснення професійної діяльності в конкретній галузі. Професійний розвиток фахівців державної служби є процесом складним та довготривалим, включає як саму професійну підготовку держслужбовців, так і їх безпосередню діяльність у сфері державної служби (рисунок).

Рисунок Основні чинники професійної компетентності державного службовця [3]

Сфера професійної компетентності державного службовця		
↓	↓	↓
Професійна діяльність	Професійне становлення особистості державного службовця	Професійне спілкування

Професійна діяльність — спеціальна компетентність — володіння власне професійною діяльністю на достатньому рівні, здатність проектувати свій подальший професійний розвиток.

Професійне становлення особистості державного службовця включає:

- особистісно-професійну компетентність — володіння прийомами особистісного самовираження та саморозвитку, засобами протистояння деформаціям особистості, розвитку індивідуальності в рамках професії; готовність до професійного зростання;
- індивідуальну компетентність — володіння навичками та вміннями організувати раціонально свою працю без перевантаження за часом та силами.

Професійне спілкування полягає в:

- соціальній компетентності — володіння груповою професійною діяльністю, співробітництвом;
- комунікативній компетентності — володіння прийнятими в певній професії прийомами професійного спілкування; соціальна відповідальність за результати своєї професійної праці.

Отже, під професійною компетентністю керівника розуміють сукупність професійно важливих знань, умінь та навичок, рівень управлінської, правової та професійної культури, від якого залежить ефективність його управління в системі державної служби.

У діяльності державних службовців актуалізуються також ті складові особистісно-професійного потенціалу, які забезпечують професійну реалізацію саме у сфері державного управління, оскільки вона висуває до суб'єкта діяльності свої специфічні вимоги. На вищому рівні державного управління значний вплив на ефективність діяльності керівника має наявність лідерського потенціалу, що включає наступні чинники:

- стратегічне лідерство — здатність формувати стратегічні цілі організації, бачити стратегічні перспективи діяльності та розвитку організаційно-управлінських структур, розвивати та підтримувати енергетичний та психологічний потенціал співробітників;
- управлінська компетентність як здатність до планування, організації, контролю, координації діяльності великих організаційних структур; готовність до прийняття самостійних управлінських рішень, реалізації менеджерських та адміністративних функцій;
- наполегливість та цілеспрямованість як здатність до подолання опору зовнішнього середовища під час виконання професійної та управлінської діяльності; вміння досягати поставленої мети [8].

Під управлінням компетентністю розуміють процес визначення, розвитку та модифікації компетенцій персоналу, які необхідні для виконання професійних завдань у поточних організаційних умовах. Структура будь-якої компетенції представляє собою комплекс особистісних рис, цінностей, знань, навичок та зусиль.

Процес управління розвитком компетентності керівника в системі державної служби включає наступні дії:

- формування низки актуальних управлінських компетенцій;
- розробку профілю компетенцій, тобто встановлення цільового рівня розвитку управлінських компетенцій;
- оцінка компетенцій або наявного рівня розвитку управлінських компетенцій;
- розробка програми розвитку компетентностей;
- реалізація програми та контроль результатів.

У сфері дослідження управлінського потенціалу керівника державної служби існує тенденція до впровадження компетентнісного підходу. Важливим є детальне опрацювання сутності професіоналізму керівників та їх компетенцій саме в галузі державного управління. Саме професіоналізм насамперед є найбільш важливою та необхідною умовою ефективності управління. У теорії державного управління професіоналізація включає наступні чинники:

- засвоєння керівником глибоких знань у сфері державної служби;
- володіння практичними навичками управління;
- готовність займатися управлінською діяльністю, що принесе результати;
- оперативну та грамотну адаптацію до конкретних обставин;
- прогнозування можливих подій та планування діяльності [3].

Це, у свою чергу, стосується соціально-психологічних та інтелектуальних якостей керівника, які стали потрібними в сучасному світі. Таким чином, найбільш важливою якістю сучасного управління стає саме компетентність як невід’ємний критерій професіоналізму.

Компетенція вважається конкретною професійною вимогою, що стосується підготовки керівника до якісного виконання всіх поставлених цілей. Саме високий рівень професійної компетентності керівника підвищує його конкурентоспроможність. Професійна компетентність є результатом професійної освіти і розглядається як:

- результативність праці, яку визначають сукупність знань та умінь;
- обсяг навичок для виконання завдань;
- поєднання особистісних якостей та властивостей;
- комплекс знань та професійно значущих особистісних якостей;
- напрямок професіоналізації — єдність теоретичної та практичної готовності до праці [1].

Управлінська компетенція — це сукупність знань, вмінь та навичок, наявність яких допомагає керівнику результативно та ефективно виконувати покладені на нього функції. Управлінська компетентність для керівника держслужби означає володіння знаннями, вміннями та навичками в галузі стратегічного управління, адаптованими до специфіки державної служби.

Відсутність у більшості керівників державної служби необхідного рівня управлінської компетентності ускладнює їх адаптацію до умов діяльності. Для розвитку управлінської компетентності керівників необхідно виявити основні вимоги до них та визначити зміст управлінської компетентності керівників нового типу. Такий керівник повинен володіти високим рівнем управлінської компетентності, що забезпечує виконання поруч з традиційними низки нових функцій, серед яких прогнозування розвитку та управління якістю і змінами. Він повинен володіти навичками стратегічного проектування, моніторингу та системного моделювання процесів, які відбуваються в установі, організації ефективних міжособистісних та професійних комунікацій у колективі, отримання та ефективного застосування інформації й знань.

На сучасному етапі в управлінні компетентнісним розвитком керівників у системі державної служби, їх професійному розвитку можна виокремити низку проблем та недоліків, до яких належать:

- відсутність стратегії, єдиного підходу до тісної координації дій у галузі професійного розвитку кадрів на рівні окремого державного органу;
- слабка розробленість нормативних, правових та організаційних основ професійного розвитку державних службовців;
- слабка мотивація керівників державних органів до перепідготовки, підвищення кваліфікації та стажувань;
- недостатня регламентація та невисока ефективність діяльності кадрових служб державних органів, їх низька відповідальність за організацію компетентнісного розвитку персоналу державного органу;
- слабкий зв'язок додаткової професійної освіти з практичними потребами керівників у системі державної служби в цілому;
- повільне засвоєння сучасних технологій управління професійним розвитком кадрів, що сприяють найбільш ефективному виконанню функцій та завдань державного органу;
- недостатнє використання зарубіжного досвіду розвитку та професіоналізації державної служби.

Перед органами державної влади поставлено завдання забезпечення професійного розвитку державних службовців, що має безперервний характер, та освіти, під якою розуміють процес зростання освітнього потенціалу особистості протягом життя, організаційно забезпеченої системою державних та суспільних інститутів та такої, що відповідає потребам суспільства; використання сукупності інформаційних джерел для задоволення індивідуальних освітніх потреб у саморозвитку в усіх сферах професійної та суспільної діяльності. Реалізація поставлених завдань потребує від суб'єкта управління прийняття рішень, спрямованих на формування потреби державних службовців у постійному професійному розвитку та оновленні знань [5].

Поняття професійного розвитку керівників державної служби багатогранне, у ньому виокремлюють:

- професійно-кваліфікаційний розвиток, пов'язаний найчастіше з навчанням та самоосвітою керівників, набуттям ними нових знань та професійного досвіду;
- професійно-посадовий розвиток, пов'язаний зі службово-посадовим просуванням, можливістю використання потенціалу службовця в рамках конкретного державного органу, в інтересах усієї системи державного управління;
- особистісно-професійний розвиток, що розуміють як динамічний інтерактивний процес, пов'язаний зі зміною особистісних та професійних характеристик, що забезпечують новий рівень потреб, готовність та можливість саморозвитку та самореалізації керівника в процесі службової діяльності [2].

Для того, щоб бути конкурентоспроможним, відповідати на виклики не тільки поточного часу, але й вміти прогнозувати події, що відбуваються в державі та суспільстві, керівнику державної служби необхідно постійно працювати над підвищенням свого професійного рівня, оволодівати новими знаннями та компетенціями, розвивати особистісні якості.

У таких умовах виникає питання про систему мотивації, яка буде спонукати керівника державної служби постійно вдосконалюватися та працювати над підвищенням свого професійного рівня. Замість обов'язкового, незалежно від бажання, підвищення кваліфікації відповідно до графіка, введено норму, відповідно до якої керівник у системі державної служби повинен отримувати нові знання постійно, системно, усвідомлено та самостійно.

Системи управління державною службою, управління компетентнісним розвитком керівника в системі державної служби повинні передбачати залежність між рівнем його освіти, постійним безперервним професійним розвитком та посадовим зростанням [7].

Модель навчання керівників державної служби прямо залежить від моделі соціально-економічного розвитку держави. Сучасні підходи до додаткової професійної освіти керівників державної служби передбачають професійний саморозвиток.

Список використаної літератури

1. Зелінський С.Е. (2016) Теоретико-методологічні засади комплексного оцінювання державних службовців: монографія. Київ: НАДУ, 296 с.
2. Канавець М., Кукуля А. (2013) Впровадження компетентнісного підходу до управління людськими ресурсами на державній службі. Вісник державної служби України, № 2: 24–26.
3. Макарова Г.В. (2008) Управление профессиональной мобильностью государственных служащих. Государственная служба, № 2: 33–36.
4. Малиновський В.Я. (2003) Державна служба: теорія і практика: навчальний посібник. Київ: Атіка, 160 с.
5. Несин Н.Г. (2010) Професійна компетентність керівника навчального закладу. Відкритий урок, № 11: 12–13.
6. Новаченко Т. (2015) Компетентність і функції як архетипи державного управління і фактор суспільної інтеграції. Публічне управління: теорія та практика, Вип. 1: 47–54.
7. Оболенський О.Ю. (2006) Державна служба: підручник. Київ: КНЕУ, 472 с.
8. Слюсаренко О. (2006) Структура та компонентний склад, показники і критерії оцінювання професійної компетентності державного службовця як основа його кар'єрного розвитку. Вісник НАДУ, № 2: 123–132.

А.С. Опанасюк

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Верховний Суд: повноваження, склад та структура

Найвищим судом у системі судоустрою України, який забезпечує сталість та єдність судової практики в порядку та спосіб, визначені процесуальним законом, є Верховний Суд [1].

Верховний Суд [1]:

- здійснює правосуддя як суд касаційної інстанції, а у випадках, визначених процесуальним законом, — як суд першої або апеляційної інстанції в порядку, встановленому процесуальним законом;
- здійснює аналіз судової статистики, узагальнення судової практики;
- надає висновки щодо проектів законодавчих актів, які стосуються судоустрою, судочинства, статусу суддів, виконання судових рішень та інших питань, пов'язаних із функціонуванням системи судоустрою;
- надає висновок про наявність чи відсутність у діяннях, у яких звинувачується Президент України, ознак державної зради або іншого злочину; вносить за зверненням Верховної Ради України письмове подання про неспроможність виконання Президентом України своїх повноважень за станом здоров'я;
- звертається до Конституційного Суду України щодо конституційності законів, інших правових актів, а також щодо офіційного тлумачення Конституції України;

- забезпечує однакове застосування норм права судами різних спеціалізацій у порядку та спосіб, визначені процесуальним законом;
- забезпечує апеляційні та місцеві суди методичною інформацією з питань правозастосування;
- здійснює інші повноваження, визначені законом.

Склад та структура Верховного Суду визначаються ст. 37 Закону України «Про судоустрій і статус суддів». За цією нормою у складі Верховного Суду діють: Велика Палата Верховного Суду; Касаційний адміністративний суд; Касаційний господарський суд; Касаційний кримінальний суд; Касаційний цивільний суд. До складу кожного касаційного суду входять судді відповідної спеціалізації, а в кожному касаційному суді утворюються судові палати з розгляду окремих категорій справ з урахуванням спеціалізації суддів [3].

У Касаційному адміністративному суді обов'язково створюються окремі палати для розгляду справ щодо: податків, зборів та інших обов'язкових платежів; захисту соціальних прав; виборчого процесу та референдуму, а також захисту політичних прав громадян. У Касаційному господарському суді обов'язково створюються окремі палати для розгляду справ щодо: банкрутства; захисту прав інтелектуальної власності, а також пов'язаних з антимонопольним та конкурентним законодавством; корпоративних спорів, корпоративних прав та цінних паперів.

Інші палати в касаційних судах створюються за рішенням зборів суддів касаційного суду.

Для вирішення питань, визначених Конституцією України та Законом України «Про судоустрій і статус суддів» у Верховному Суді, діє Пленум Верховного Суду.

Суддею Верховного Суду може бути особа, яка відповідає вимогам до кандидатів на посаду судді, за результатами кваліфікаційного оцінювання підтвердила здатність здійснювати правосуддя у Верховному Суді, а також відповідає одній з вимог, визначених у ст. 38 Закону України «Про судоустрій і статус суддів». Суддя Верховного Суду:

- здійснює правосуддя в порядку, встановленому процесуальним законом;
- бере участь у розгляді питань, що виносяться на засідання Пленуму Верховного Суду;
- аналізує судову практику, бере участь у її узагальненні;
- бере участь у розгляді питань, що виносяться на збори суддів відповідного касаційного суду, та здійснює інші повноваження, визначені законом.

Верховний Суд очолює Голова Верховного Суду, якого обирає на посаду та звільняє з посади шляхом таємного голосування Пленум Верховного Суду з числа суддів Верховного Суду. Порядок обрання Голови Верховного Суду визначає Закон України «Про судоустрій і статус суддів» [2].

Голова Верховного Суду представляє Верховний Суд як найвищий суд у системі судоустрою України у відносинах з органами державної влади, органами місцевого самоврядування, фізичними та юридичними особами, а також із судовими органами інших держав та міжнародними організаціями; визначає адміністративні повноваження заступника Голови Верховного Суду; скликає Пленум Верховного Суду; вносить на розгляд Пленуму подання щодо обрання на посаду секретаря Пленуму; вносить на розгляд Пленуму питання та головує на його засіданнях; контролює ефективність діяльності апарату Верховного Суду тощо [3].

Касаційний суд очолює його голова, якого обирають шляхом таємного голосування збори суддів відповідного касаційного суду з числа суддів цього суду. Голова касаційного суду обирається строком на чотири роки з правом обіймати посаду голови такого касаційного суду не більше двох строків поспіль. Голова касаційного суду:

- представляє касаційний суд перед органами державної влади, органами місцевого самоврядування, фізичними та юридичними особами з питань діяльності цього суду;
- визначає адміністративні повноваження заступників голови касаційного суду;
- контролює ефективність діяльності структурного підрозділу апарату Верховного Суду, який здійснює організаційне забезпечення діяльності відповідного касаційного суду, погоджує призначення на посаду та звільнення керівника цього підрозділу — заступника керівника апарату Верховного Суду, вносить подання про заохочення або накладення на нього дисциплінарного стягнення відповідно до законодавства;
- повідомляє Вищу кваліфікаційну комісію суддів України та Державну судову адміністрацію України, а також через вебпортал судової влади про вакантні посади суддів у касаційному суді у триденний строк з дня їх утворення;
- скликає збори суддів касаційного суду; вносить на розгляд зборів питання та головує на їх засіданнях;
- інформує збори суддів касаційного суду про стан правосуддя у відповідній судовій спеціалізації та практику вирішення окремих категорій справ;
- забезпечує виконання рішень зборів суддів касаційного суду;
- організовує ведення та аналіз судової статистики в касаційному суді, вивчення судової практики, інформаційно-аналітичне забезпечення суддів з метою підвищення якості судочинства;
- сприяє виконанню вимог щодо підтримання кваліфікації суддів касаційного суду, підвищення їхнього професійного рівня;
- здійснює інші повноваження, визначені законом.

У складі касаційного суду утворюються судові палати з розгляду окремих категорій справ з урахуванням спеціалізації суддів. Персональний склад судових

палат та кількість суддів у судових палатах визначаються зборами суддів відповідного касаційного суду. Судові палати касаційного суду:

- здійснюють правосуддя в порядку, встановленому процесуальним законом;
- аналізують судову статистику та вивчають судову практику;
- здійснюють інші повноваження, визначені законом.

Судову палату очолює секретар судової палати, який: організовує роботу відповідної судової палати та головує на її засіданнях; організовує аналіз судової статистики, вивчення судової практики; інформує збори суддів касаційного суду про діяльність судової палати; здійснює інші повноваження, визначені законом. У разі відсутності секретаря судової палати його обов'язки виконує суддя палати, який має найбільший стаж роботи на посаді судді відповідного касаційного суду [2].

Постійно діючим колегіальним органом Верховного Суду є Велика Палата Верховного Суду. До складу Великої Палати Верховного Суду входить двадцять один суддя Верховного Суду.

Повноваження Великої Палати Верховного Суду визначені у ст. 45 Закону України «Про судоустрій і статус суддів». Ця норма передбачає, що Велика Палата Верховного Суду:

- у визначених законом випадках здійснює перегляд судових рішень у касаційному порядку з метою забезпечення однакового застосування судами норм права;
- діє як суд апеляційної інстанції у справах, розглянутих Верховним Судом як судом першої інстанції;
- аналізує судову статистику та вивчає судову практику, здійснює узагальнення судової практики;
- здійснює інші повноваження, визначені законом.

Судді Верховного Суду обираються до Великої Палати зборами суддів відповідних касаційних судів з числа суддів таких касаційних судів. Кожен касаційний суд у складі Верховного Суду обирає по п'ять суддів до Великої Палати Верховного Суду. До складу Великої Палати Верховного Суду також входить Голова Верховного Суду за посадою. Обраний до Великої Палати суддя Верховного Суду здійснює повноваження судді Великої Палати Верховного Суду протягом трьох років (крім Голови Верховного Суду), але не більше двох строків поспіль. При цьому суддя Верховного Суду, обраний до Великої Палати, а також Голова Верховного Суду не здійснюють правосуддя у відповідному касаційному суді. Також суддя Верховного Суду, обраний до Великої Палати, не може бути обраний на будь-які адміністративні посади, окрім посади Секретаря Великої Палати Верховного Суду [2].

Колегіальним органом, до складу якого входять усі судді Верховного Суду, є Пленум Верховного Суду. Правові засади, організація і порядок діяльності Пленуму Верховного Суду визначаються Конституцією України, Законом України «Про судоустрій і статус суддів» та Регламентом Пленуму Верховного Суду України, затвердженим Постановою Пленуму Верховного Суду України від 24.04.2015 р. № 5.

Засідання Пленуму Верховного Суду є повноважним за умови присутності на ньому не менше двох третин від складу Пленуму. На засідання Пленуму можуть бути запрошені представники органів державної влади, наукових установ, громадських організацій, засобів масової інформації та інші особи [3].

Пленум Верховного Суду скликає Голова Верховного Суду, а у разі його відсутності — заступник Голови Верховного Суду у разі потреби або на вимогу не менш як четвертої частини від складу суддів Верховного Суду, але не рідше одного разу на три місяці. Порядок роботи Пленуму Верховного Суду встановлюється Законом України «Про судоустрій і статус суддів» та прийнятим відповідно до нього Регламентом Пленуму Верховного Суду [3].

Пленум Верховного Суду приймає з розглянутих питань постанови. Постанови Пленуму Верховного Суду підписує головуючий на засіданні Пленуму та секретар Пленуму, вони публікуються в офіційному друкованому органі та розміщуються на вебсайті Верховного Суду [3].

Організацію роботи секретаріату Пленуму, підготовку засідань Пленуму, забезпечення ведення протоколу та контроль за виконанням постанов, прийнятих Пленумом Верховного Суду, здійснює секретар Пленуму Верховного Суду.

Особливості проведення Пленуму Верховного Суду з розгляду окремих питань, у тому числі щодо процедури скликання, повноважності засідання, порядку роботи, процедури голосування, порядку прийняття рішень та підписання постанов, прийнятих Пленумом Верховного Суду, встановлюються законом. Для підготовки наукових висновків з питань діяльності Верховного Суду, що потребують наукового забезпечення при Верховному Суді, з числа висококваліфікованих фахівців у сфері права утворюється Науково-консультативна рада. Порядок організації та діяльності Науково-консультативної ради визначається положенням, що затверджується Пленумом Верховного Суду.

Також Верховний Суд має офіційний друкований орган, у якому публікуються матеріали судової практики Верховного Суду та інші матеріали. Офіційний друкований орган може видаватися в електронному вигляді.

Враховуючи зазначене, до повноважень ВСУ належить перегляд у касаційному порядку рішень загальних судів, що набрали законної сили в цивільних, кримінальних, господарських та адміністративних справах, на підставах і в порядку, встановлених кримінально-процесуальним, адміністративним або цивільним процесуальним законодавством.

Список використаної літератури

1. Гуменний О. (2018) Правосуддя як основна функція судової влади. science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2019/sep/18361/7.pdf.
2. Рішення Вищої Ради правосуддя від 17.01.2019 р. № 141/0/15-19 «Про затвердження Положення про Державну судову адміністрацію України». zakon.rada.gov.ua/rada/show/vr141910-19#Text.
3. Регламент Вищої кваліфікаційної комісії суддів України, затверджений Рішенням Вищої кваліфікаційної комісії суддів України від 13.10.2016 р. № 81/зп-16. zakon.rada.gov.ua/rada/show/vr81-695-16#n17.

А.О. Половіна

Асистент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Загальні проблеми реалізації юридичної відповідальності працівників закладу охорони здоров'я

У ході дослідження проблеми притягнення працівників закладів охорони здоров'я до кримінальної відповідальності за вчинені ними правопорушення було з'ясовано, що працівники мають досить низький рівень знань щодо своїх прав та обов'язків, що свідчить про низьку правову культуру та в деяких випадках навіть про правову безграмотність, у тому числі і у питаннях застосування юридичної відповідальності.

Значна кількість працівників і навіть керівників закладів охорони здоров'я мають лише поверхове уявлення про юридичну і тим більше про кримінальну відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я. При цьому знання про підстави, види і наслідки юридичної відповідальності, з одного боку, дисциплінує медичних працівників, а з іншого — знижує ймовірність безпідставного притягнення їх до відповідальності.

В Україні впродовж останніх років прийнято значну кількість нормативно-правових актів, що регулюють трудові відносини між працівником і роботодавцем, внесено зміни до Кодексу України про адміністративні правопорушення щодо нових видів правопорушень, за вчинення яких особу може бути притягнуто до адміністративної відповідальності, до Закону України «Про запобігання корупції» щодо підстав, зокрема, кримінальної відповідальності за вчинення корупційних правопорушень тощо.

Водночас, на нашу думку, таке явище, як корупція, спричиняє не тільки низький рівень правової обізнаності, а й рівень оплати праці та соціально-побутового забезпечення медичних працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я. За інформацією Державної служби статистики, середня заробітна плата в галузі охорони здоров'я в січні 2020 р. становила 7374 грн (за середньої по Україні 10 727 грн), у жовтні 2020 р. — 11 102 грн (за середньої по Україні 12 174 грн) а у листопаді 2020 р. — 10 747 грн (за середньої по Україні 11 987 грн). Тобто середня заробітна плата у сфері охорони здоров'я є нижчою, ніж середня загалом. Враховуючи, що охорона здоров'я є не тільки одним із ключових факторів забезпечення національної безпеки, а й належить до пріоритетних напрямів діяльності держави, така ситуація з питанням оплати праці є недопустимою.

Саме тому в першу чергу потребує реформування система оплати праці фахівців сфери охорони здоров'я задля того, щоб забезпечити конкурентоспроможність державних та комунальних закладів цієї галузі на ринку праці. Адже встановлення конкурентоспроможного рівня заробітної плати сприятиме залученню кращих працівників, що є важливою складовою сфери охорони здоров'я в Україні,

а також допоможе вирішити таке питання, як запобігання корупції, що, у свою чергу, сприятиме додержанню норм кримінального права з питань корупції.

Керівникам закладів охорони здоров'я та безпосередньо працівникам необхідно надати можливість знати про те, за які дії чи бездіяльність передбачено дисциплінарну, адміністративну чи кримінальну відповідальність, та завдяки таким знанням на належному рівні виконувати професійні обов'язки, уникати випадків, які б могли завдати шкоди охоронюваним державою відносинам.

Тому саме роз'яснювальна робота органів виконавчої влади, зокрема через засоби масової інформації, дозволить роботодавцям уникнути вчинення неумисних порушень законодавства при притягненні працівників, зокрема, до дисциплінарної відповідальності, що може статися внаслідок недостатнього знання законодавства з питань праці. А працівникам, у свою чергу, дозволить уникнути вчинення дисциплінарного проступку та й правопорушень у цілому.

Таким чином, доречно запровадити певну державну програму, яка б забезпечувала проведення роз'яснювальної роботи серед населення країни з елементарних питань законодавства і в першу чергу саме норм законодавства про застосування юридичної відповідальності.

В.П. Писаренко

Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, доктор наук з державного управління, професор, президент ГО «Академія публічного управління»

Удосконалення порядку організації надання медичних послуг у комунальних закладах охорони здоров'я України

Протягом останнього століття люди в багатьох частинах світу, у тому числі й в Україні, бачать послідовні хвилі розвитку інформаційно-комунікаційних технологій, що змінюють їхнє життя. З кожною хвилею перехід від радіо до телевізійного мовлення, від кабельного телебачення до мережевого, до хмарних обчислень і поширення пристроїв мобільного зв'язку створює певне хвилювання про майбутнє. Інформаційно-комунікативні технології, що розвиваються, змінюють спосіб життя людей і трансформують цілі суспільства.

Технології, які зараз розвиваються в лабораторіях і на наших очах, мають значний потенціал щодо надання нових ефективних способів вирішення проблем. Сучасний розвиток технологій сприяє швидшому доступу до все більш комплексних баз знань, послуг, і вони забезпечують населенню дедалі динамічніші механізми координації очікування та діяльності. Ці технології мають потенціал ще більше допомогти різноманітним групам суспільства ефективно справлятися з поточними та майбутніми викликами [1].

Однак нові комунікаційні технології не є панацеєю. Хоча у них є потенціал до покращення багатьох аспектів нашого життя, немає гарантії, що він буде ефективно реалізований. Розглянемо сферу охорони здоров'я, зокрема отримання медичних послуг. Прогрес у спробах використання розвитку комунікативних технологій для підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я обмежений людським виміром. Успіх чи невдача їх зусиль залежать від атрибутів обробки інформації, інструкцій міністерств і відомств, які впливають на якість надання медичних послуг населенню.

Сучасні медичні заклади є сукупністю підрозділів, філій, відділів та офісів, що обмінюються між собою інформацією та виконують окремі частини спільної роботи. Основними фазами життя неструктурованої інформації в офісі є:

- введення інформації в систему,
- зберігання, навігація, пошук та фільтрація документів,
- колективна робота з документами,
- виведення інформації з системи [2].

На сучасному етапі фактично в усі галузі охорони здоров'я впроваджено інформаційні технології (ІТ). Завдяки цьому медицина набуває сьогодні абсолютно нових рис. Цей процес супроводжується суттєвими змінами в медичній теорії та практиці, пов'язаними з внесенням коректив до підготовки медичних працівників. ІТ допомагають лікарю проводити об'єктивну діагностику захворювань, накопичувати й ефективно використовувати отриману інформацію на всіх стадіях лікувального процесу і, що найважливіше для медичної науки, є неоціненними в науковому пізнанні.

Основним напрямком застосування сучасних інформаційних технологій є **медична інформаційна система**. Це цілий програмно-технічний комплекс, що готує і забезпечує процеси збирання, зберігання і обробки інформації в медицині й галузі охорони здоров'я. Це інформаційно-довідкові системи, електронні медичні картки, консультативно-діагностичні, апаратно-комп'ютерні системи, автоматизовані робочі місця фахівців, призначені для автоматизації всього лікувально-діагностичного процесу та забезпечення інформаційної підтримки прийняття лікарем діагностичних і тактичних, лікувальних, організаційних та інших рішень.

Але багато спеціалістів, які знайомі з механізмами розвитку інформаційно-комунікаційних технологій на практиці, неправильно розуміють можливості їх використання. Загальним наслідком є те, що населення не може отримати медичні послуги з мінімальними витратами часу тільки на період очікування цих послуг. Ці факти викликають справедливе обурення населення та створюють проблеми лікарям, а саме: черги «непотрібних пацієнтів» біля кабінету, велика кількість людей у приміщеннях комунальних закладів охорони здоров'я, особливо в період епідемій, коли кожний відвідувач комунального закладу охорони здоров'я може принести вірус того ж COVID-19 або там ним заразитися.

Наприклад, отримання інсуліну хворими на цукровий діабет перетворюється на 4-разове відвідування комунального закладу охорони здоров'я:

- перший — записатися до сімейного лікаря в реєстратурі;
- другий — прийти в указаний день і час до кабінету сімейного лікаря;
- третій — прийти за рекомендацією сімейного лікаря, після запису в реєстратурі, до ендокринолога, який випише електронний рецепт на отримання інсуліну. Електронний рецепт хворий отримує тільки на наступний день, не дивлячись на те, що електронні документи приходять практично миттєво після відправлення;
- четвертий — для отримання інсуліну в аптеці цього ж комунального закладу охорони здоров'я.

Чи доцільно хворому на цукровий діабет 4 рази ходити до поліклініки? Безумовно, ні. За поясненням керівника комунального закладу охорони здоров'я, змінити процедуру не можливо, бо вона визначена Інструкцією Міністерства охорони здоров'я України.

Ще цинічнішою виглядає вимога щодо обов'язкового проходження Медико-соціальної експертної комісії людьми з відсутніми кінцівками через кожні 5 років для підтвердження факту інвалідності. Усі ці вимоги також передбачені інструкціями Міністерства охорони здоров'я України та ін.

Довгий час автоматизація закладів охорони здоров'я в Україні ґрунтувалася на різноманітних підсистемах автоматизованої системи управління на базі даних (кадри, канцелярія, бухгалтерія, зарплата, контроль виконання та ін.) Не зменшуючи значущості цих підсистем, зауважимо, що вони охоплювали лише 15–20% загального обсягу інформації, що циркулювала в установі.

Необхідність в електронній обробці документів задовольнялася застосуванням функціональних пакетів (редакторів тексту й електронних таблиць) та інтегрованих пакетів програм Microsoft Office, Perfect Office, Lotus Smart Suite. Ці системи не справлялися з управлінням величезними потоками паперових та електронних документів, що циркулюють як усередині одного закладу, так і між ними [2].

Розвиток інформаційних технологій призвів до появи методів та засобів, що забезпечують інтегровані рішення щодо оснащення офісу, які дозволяють автоматизувати ручні операції, пошук, передачу документів та контроль виконання.

Наприклад, в Естонії хворий не ходить до закладів охорони здоров'я, не звертається безпосередньо до реєстратури. Для того, щоб записатися до лікаря, йому достатньо повідомити про це заклад охорони здоров'я будь-яким зручним для нього способом. На свою електронну адресу він отримує повідомлення про день, час, номер кабінету, прізвище лікаря, до якого він хотів записатися.

Щодо цифрової інформаційної системи охорони здоров'я Естонії варто сказати, що з початку 2011 р. всі лікарі повинні надсилати медичні дані про пацієнта до цієї системи, інформація з якої доступна для пацієнтів або інших медичних спеціалістів за особистим ідентифікаційним номером. Усі рецепти та документи про їх реалізацію є цифровими. Проте й паперові форми можуть бути доступні в тому разі, якщо цифрова інформаційна система охорони здоров'я має будь-які технічні проблеми [3].

Тож, доцільно:

- запровадити в роботу закладів охорони здоров'я України кращі практики зарубіжного досвіду з організації надання медичних послуг;
- створити комісію з представників Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, соціальних, правових та інших зацікавлених органів для виявлення, перегляду та внесення пропозицій щодо ліквідації або удосконалення інструкцій, що вимагають додаткових, не потрібних дій для хворих;
- розробити та впровадити в роботу закладів охорони здоров'я інформаційно-комунікативні технології, які спрощують для хворих процедури отримання медичних послуг, не знижуючи при цьому якість наданих послуг.

Список використаної літератури

1. Швачич Г.Г., Толстой В.В., Петречук Л.М. та ін. (2017) Сучасні інформаційно-комунікаційні технології: Навчальний посібник. Дніпро: НМетАУ, 230 с.
2. Артем'єв В. Методи та засоби автоматизації установчої діяльності. Системи безпеки зв'язку та телекомунікацій», ЦБ, № 6/96.
3. Бабінець Л. (2017) Сімейна медицина в Естонії: досягнення, особливості, погляд у майбутнє. Медична академія, 11.08.2017.

В.М. Приходько

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Зміни антикорупційного законодавства за період незалежності України

Подолання проблеми корупції є одним із провідних напрямків діяльності урядів багатьох демократичних країн. Винятком не стала і Україна, оскільки визначений у 2014 р. шлях євроінтеграції, який успішно продовжується наданням Україні статусу кандидата на членство в Європейському Союзі вимагає не лише теоретичних засад, а й абсолютно практичних кроків для подолання корупції як загальнодержавного соціально-політичного явища.

Упродовж періоду незалежності України антикорупційне законодавство зазнало чималих змін. У спадок від радянщини ми отримали низку нормативно-правових актів, які мали б регулювати процес запобігання корупції, проте вони існували як суто теоретична складова і практичне значення мали невелике. Навіть з ухваленням Закону України «Про запобігання корупції» в редакції 1995 р. ситуація значно не покращилася. Оскільки конкретної системи визначеного покарання за визначені злочини сформовано не було [1].

Важливим кроком до реорганізації антикорупційного законодавства стало прийняття Україною значущих Конвенції Організації Об'єднаних націй проти корупції та Кримінальної конвенції про боротьбу з корупцією у 2010 р. Такий крок засвідчив приєднання України до світової демократичної спільноти для спільної боротьби з корупцією і став відправною точкою реального реформування української системи. Також важливим фактором стало те, що в редакції Закону України «Про запобігання корупції» 2011 р. було визначено засади не лише покарання, а й превентивних заходів, спрямованих на попередження корупційних злочинів, тобто системи, яка успішно імплементована в демократичних країнах.

Дійсно інноваційним етапом реформування антикорупційного законодавства стало прийняття Закону України «Про запобігання корупції» в редакції 2014 р. Цим нормативно-правовим актом було запроваджено новий орган, аналогів якого в Україні до того моменту не існувало — Національне агентство з питань запобігання корупції. На цей специфічний антикорупційний орган покладено її завдання з розробки Антикорупційної стратегії, контроль за дотриманням її положень, перевірка декларацій публічних службовців, виявлення корупційних норм у законодавчих актах, він адмініструє Єдиний державний реєстр декларацій осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, Єдиний державний реєстр осіб, які вчинили корупційні або пов'язані з корупцією правопорушення, Єдиний державний реєстр фінансових звітів політичних партій [2, 3].

Наразі векторним документом, що визначає подальші кроки нашої країни в боротьбі з корупцією, є Антикорупційна стратегія на 2021–2025 рр., спрямована на урегулювання проблемних питань у найголовніших сферах громадського суспільства — митна справа та оподаткування, суди та органи правопорядку, державне регулювання економіки, будівництво й земельні відносини, сектор оборони, сфера охорони здоров'я та соціального захисту. Основними принципами антикорупційної політики на ці роки є такі: оптимізація функцій держави та місцевого самоврядування, зокрема усунення дублювання повноважень різними органами, цифрова трансформація реалізації повноважень органами державної влади та органами місцевого самоврядування, прозорість діяльності та відкритість даних, створення на противагу наявним корупційним практикам більш зручних та законних способів задоволення потреб фізичних і юридичних осіб, забезпечення невідворотності юридичної відповідальності за корупційні та пов'язані з корупцією правопорушення, формування суспільної нетерпимості до корупції, утвердження культури доброчесності та поваги до верховенства права [3, 4].

Антикорупційна політика України пройшла багато болісних етапів трансформації за період незалежності нашої країни. На сьогодні, незважаючи на війну та кризу, викликану нею, процес трансформації системи подолання та протидії корупції продовжується, що наближає нас до вступу до Європейського Союзу.

Список використаної літератури

1. Ярошенко М.О., Шевчук З.Ю. (2016) Еволюція антикорупційного законодавства в Україні в період незалежності.
2. Закон України від 14.10.2014 р. № 1700-VII «Про запобігання корупції». zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text.
3. nazk.gov.ua.
4. Закон України від 20.06.2022 р. № 2322-IX «Про засади державної антикорупційної політики на 2021–2025 роки». zakon.rada.gov.ua/laws/show/2322-20#Text.

К.К. Сухова

Аспірантка кафедри публічного управління та адміністрування
Донецького державного університету управління, Маріуполь

Організаційно-правовий механізм державного управління наданням соціальних послуг у територіальних громадах

Система надання соціальних послуг в Україні стає одним із важливих напрямів соціальної політики. Соціальне обслуговування пов'язане насамперед з діяльністю органів управління та відповідних соціальних служб, спрямованих на надання соціальних послуг, здійснення соціальної підтримки та адаптації громадян, що знаходяться у складних життєвих обставинах [2].

Доступність та якість надання соціальних послуг відображають моральну зрілість суспільства. Соціалізація окремих осіб, особливо похилого віку, необхідність їх адаптації до сучасних технологій забезпечує результативність бюджетних витрат, пов'язаних з використанням цих технологій в об'єднаних територіальних громадах (запис до лікаря, подання заяв та ін.).

В Україні складна демографічна ситуація зумовлює необхідність впровадження на державному рівні комплексу заходів щодо створення системи надання соціальних послуг у територіальних громадах, що забезпечуватиме збереження здоров'я населення та рівні можливості осіб у всіх сферах суспільного життя. З огляду на це особливої актуальності набуває проблема формування організаційного механізму державного управління наданням соціальних послуг у територіальних громадах в умовах розбудови України як соціальної, демократичної та правової держави.

В Україні об'єднані територіальні громади виникли в процесі впровадження реформи децентралізації та розвитку місцевого самоврядування. Одним із головних напрямків роботи в громадах є надання соціальних послуг. Це важлива сфера, що стосується осіб, які з різних причин опинилися у складних життєвих обставинах та потребують допомоги, тому місцева влада в рамках національного законодавства повинна докладати зусиль для забезпечення їм достатніх умов життя [5].

У сучасних умовах роль та значущість сфери соціальних послуг з кожним роком зростає. Формуючись не тільки в умовах ризиків для національної безпеки та загроз, але й стабільності суспільного розвитку, реформи держави набули соціального харак-

теру, що робить першочерговим покращення системи надання соціальних послуг населенню та досягнення високих соціальних результатів [6].

Соціальні послуги — це певна діяльність, яка спрямована на соціальну допомогу та підтримку, соціальне обслуговування, соціальний захист та соціальне забезпечення осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах.

Отже, під механізмом державного управління потрібно розуміти цілеспрямовану просторово-часову структурно впорядковану та послідовну діяльність органів державного управління щодо впливу на об'єкт управління та надання йому заданого стану. Організаційний механізм державного управління — це особливе державно-правове явище, яке обумовлено суспільно-політичною природою, соціально-функціональною роллю, цілями та змістом державного управління в суспільстві. Цей механізм включає певний склад, організаційно стійкий взаємозв'язок людських ресурсів та інших засобів, що виокремлюються суспільством на формування та реалізацію державно-управлінських впливів та підтримку життєздатності самого суб'єкта управління. У ньому концентрується значна кількість соціальних та організаційних якостей держави.

Під організаційним механізмом державного управління наданням соціальних послуг необхідно розуміти управлінську систему, у якій державні та недержавні інститути взаємодіють між собою та з метою досягнення визначеної мети впливають на соціальні послуги.

Цей організаційний механізм включає:

- об'єкти та суб'єкти державного управління;
- цілі, завдання, функції, методи управління;
- організаційні структури та результати функціонування.

На державному рівні управління визначаються мета та стратегії розвитку сфери соціальних послуг, коло споживачів соціальних послуг, вид необхідних соціальних послуг, їх кількісні та якісні характеристики, розробляються цільові програми та нормативно-правове забезпечення, визначаються джерела та обсяг фінансування.

Управління наданням соціальних послуг включає в першу чергу визначення обсягу соціальних зобов'язань держави, які можуть бути профінансовані в сучасних умовах, а також створення умов для приведення у відповідність соціальних зобов'язань держави та обсягу реально наданих безоплатних послуг. З позицій системного підходу основою ефективного управління є чітке визначення об'єктів та суб'єктів управління [4].

Держава бере на себе зобов'язання з надання суспільно важливих соціальних послуг відповідно до прийнятих конституційних гарантій шляхом створення та фінансування діяльності бюджетних установ. Територіальні громади в міру своїх можливостей вирішують завдання забезпечення доступності для населення соціальних послуг на достатньому рівні [3].

Ефективне управління сферою соціальних послуг можливе за умови обміну інформацією, чіткого розподілу відповідальності у вирішенні завдань надання

соціально значущих послуг між отримувачами послуг та державною й місцевою владою [1]. Саме остання може взяти на себе роль координувального та управлінського центру, який здійснює аналіз соціальних потреб, дослідження споживачів соціальних послуг, стан попиту, тенденцій його зміни та різних стратегічних чинників. Метою створення такого центру є задоволення потреб населення в соціальних послугах певної територіальної громади.

Сучасну економіку з урахуванням пріоритетів державного управління розглядають як соціальну ринкову економіку. Із соціальною державою пов'язують реалізацію принципів соціальної справедливості та соціальної захищеності. У процесі розвитку суспільства вирішується завдання збереження соціальної рівноваги, яка визначає забезпечення рівних соціальних прав, компенсацію втрат від ринкової недосконалості, зростання загального добробуту населення. Варто відзначити, що як соціальна держава Україна, орієнтуючись на пріоритет соціальних чинників в економічному розвитку, повинна забезпечувати високий рівень життя, надавати законодавчо оформлені соціальні гарантії доступу громадян до соціальних прав.

Метою державного управління сферою надання соціальних послуг є досягнення максимальної в нинішніх умовах ефективності використання обмежених ресурсів суспільства для задоволення потреб населення в соціальних галузях.

Організаційний механізм державного управління наданням соціальних послуг на регіональному рівні вирішує наступні завдання щодо:

- встановлення переліку та рівня державних мінімальних соціальних стандартів відповідно до гарантій держави щодо надання соціальних послуг, які забезпечують необхідний рівень споживання соціально значущих благ;
- розробки соціальних та фінансових нормативів для територіальних громад;
- формування бюджетної політики;
- створення через місцеві органи управління умов для розвитку територіального ринку соціальних послуг;
- моніторингу соціальних послуг;
- контролю надання державних та територіальних послуг.

Забезпечення розвитку сфери соціальних послуг у територіальних громадах передбачає використання єдиних підходів щодо кожної з галузей цієї сфери. У механізмі державного управління повинні бути розроблені загальні підходи, принципи та методи управління наданням соціальних послуг. У рамках сервісної економіки необхідно розробити дієві механізми державного регулювання та управління сферою соціальних послуг, які забезпечують відтворення та розвиток людського капіталу.

На сьогодні в процесі реформування вітчизняної економіки здійснюється раціоналізація соціальних функцій держави та органів місцевого самоврядування, удосконалення управління соціальною сферою. Такий напрям обумовлений зростанням ролі соціальної сфери в розвитку національної економіки. Адже підґрунтям стабільного розвитку є рівновага між економічною та соціальною сферами.

Список використаної літератури

6. Ганцюк Т. (2014) До проблеми визначення елементів комплексного механізму державного управління. Державне управління та місцеве самоврядування, Вип. 3: 17–26.
7. Дубич К.В. (2015) Механізми державного управління системою надання соціальних послуг: дис. ... докт. наук з держ. упр.: спец. 25.00.02. Київ. 451 с.
8. Куспляк Г. (2018) Класифікаційний склад та структура механізмів державного управління. Теоретичні та прикладні питання державотворення, Вип. 23: 61–75.
9. Панченко М.М. (2009) Удосконалення механізмів державного управління соціальною сферою на регіональному рівні: організаційний аспект: автореф. дис. ... канд з держ. упр.: спец. 25.00.02. Одеса. 24 с.
10. Сташків Б.І. (2005) Теорія права соціального забезпечення: навч. посіб. К.: Знання. 405 с.
11. Тофтисова-Матерон Р. (2006) Соціальні послуги: як побудувати українську модель на європейських підходах. К.: Проєкт ТАСІС «Посилення регіональних соціальних служб в Україні». 225 с.

О.О. Самборська

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Виконавче провадження як механізм виконання рішень суду

Виконання судового рішення є невід'ємною складовою права кожного на судовий захист і охоплює, зокрема, визначений у законі комплекс дій, спрямованих на захист і поновлення порушених прав, свобод, законних інтересів фізичних та юридичних осіб, суспільства, держави. Невиконання судового рішення загрожує сутності права на справедливий розгляд судом. Отже, завершальною стадією судового провадження є примусове виконання судових рішень. Нормативно-правовою базою для виконання судових рішень є Конституція України, Закон України «Про виконавче провадження»,

У ст. 1 Закону України «Про виконавче провадження» визначено, що виконавче провадження як завершальна стадія судового провадження і примусове виконання судових рішень та рішень інших органів (посадових осіб) (далі — рішення) — сукупність дій, визначених у цьому Законі органів і осіб, що спрямовані на примусове виконання рішень і проводяться на підставах, у межах повноважень та у спосіб, що визначені Конституцією України, цим Законом, іншими законами та нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до цього Закону, а також рішеннями, які відповідно до цього Закону підлягають примусовому виконанню.

Учасниками виконавчого провадження є виконавець, сторони, представники сторін, прокурор, експерт, спеціаліст, перекладач, суб'єкт оціночної діяльності — суб'єкт господарювання та інші особи, визначені законами. Сторонами виконавчого провадження є стягувач і боржник. Стягувачем є фізична або юридична особа чи

держава, на користь чи в інтересах яких видано виконавчий документ. Боржником є визначена виконавчим документом фізична або юридична особа, держава, на яких покладається обов'язок щодо виконання рішення. При цьому сторони можуть реалізувати свої права і обов'язки у виконавчому провадженні самостійно або через представників. Особиста участь фізичної особи у виконавчому провадженні не позбавляє її права мати представника, крім випадку, коли боржник згідно з рішенням зобов'язаний вчинити певні дії особисто. За Законом України «Про виконавче провадження» діти та особи, визнані судом недієздатними, реалізують свої права та виконують обов'язки, пов'язані з виконавчим провадженням, відповідно до вимог закону через своїх законних представників. Представництво юридичних осіб у виконавчому провадженні здійснюється їх керівниками чи органами, посадовими особами, які діють у межах повноважень, наданих їм законом чи установчими документами юридичної особи, або через представників юридичної особи.

У рамках виконавчого провадження здійснюється виконання не лише рішень суду, а й інших суб'єктів, які мають право видавати такі рішення. Однак у нашій роботі ми будемо досліджувати саме питання виконання судових рішень.

Законом встановлено певні вимоги до виконавчого документа. Так, у виконавчому документі зазначаються: назва і дата видачі документа, найменування органу, прізвище, ім'я, по батькові та посада посадової особи, яка його видала; дата прийняття і номер рішення, згідно з яким видано документ; повне найменування (для юридичних осіб) або прізвище, ім'я та, за наявності, по батькові (для фізичних осіб) стягувача та боржника, їх місцезнаходження (для юридичних осіб) або адреса місця проживання чи перебування (для фізичних осіб), дата народження боржника — фізичної особи; ідентифікаційний код юридичної особи в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань стягувача та боржника (для юридичних осіб — за наявності); реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання в установленому порядку відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті) боржника (для фізичних осіб — платників податків); резолютивна частина рішення, що передбачає заходи примусового виконання рішень; дата набуття рішенням законної сили (крім рішень, що підлягають негайному виконанню); строк пред'явлення рішення до виконання.

Законодавством передбачено, що у виконавчому документі можуть зазначатися інші дані (якщо вони відомі суду, що видав такий документ), які ідентифікують стягувача та боржника чи можуть сприяти примусовому виконанню рішення, зокрема місце роботи боржника — фізичної особи, місцезнаходження майна боржника, реквізити рахунків стягувача і боржника, номери їх засобів зв'язку та адреси електронної пошти.

У разі якщо виконавчий документ не відповідає встановленим вимогам, стягувач має право звернутися до суду, що видав виконавчий документ, щодо припинення його у відповідність з вимогами законодавства.

Ст. 4 Закону України «Про виконавче провадження» визначено випадки, коли виконавчий документ повертається стягувачу без прийняття до виконання. Так, виконавчий документ повертається стягувачу органом державної виконавчої служби, приватним виконавцем без прийняття до виконання протягом трьох робочих днів з дня його пред'явлення за певних умов. Варто зазначити, що законодавством передбачено можливість виконання судових рішень як у добровільному, так і у примусовому порядку.

Добровільне виконання рішень суду дозволяє боржникам уникнути додаткових фінансових витрат у зв'язку з примусовим виконанням та не хвилюватися про обмеження власних прав, які можуть накласти державні виконавці. Виконання судового рішення в добровільному порядку передбачає, що виконавчий документ про стягнення періодичних платежів може бути самостійно надісланий стягувачем безпосередньо підприємству, установі, організації, фізичній особі — підприємцю, фізичній особі, які виплачують боржнику заробітну плату, пенсію, стипендію та ін.

У разі наявності заборгованості за виконавчими документами про стягнення періодичних платежів або заперечення її розміру боржником стягувач має право пред'явити виконавчий документ для примусового виконання.

Якщо боржник відмовляється виконувати рішення суду добровільно, таке рішення виконується у примусовому порядку. Для цього необхідно пред'явити до виконання виконавчі документи. Виконавчі документи можуть бути пред'явлені до примусового виконання протягом трьох років, крім посвідчень комісій з трудових спорів та виконавчих документів, за якими стягувачем є держава або державний орган, які можуть бути надані до примусового виконання протягом трьох місяців. Підстави для закінчення виконавчого провадження визначаються у ст. 39 Закону України «Про виконавче провадження».

Варто зазначити, що у разі якщо постанову виконавця про закінчення виконавчого провадження або повернення виконавчого документа стягувачу визнано судом незаконною чи скасовано в установленому законом порядку, виконавче провадження підлягає відновленню за постановою виконавця не пізніше наступного робочого дня з дня одержання виконавцем відповідного рішення.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про судоустрій і статус суддів» від 2 червня 2016 р. (2016) Відомості Верховної Ради України, № 31. zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-19#Text.
2. Закон України «Про виконавче провадження» від 2 червня 2016 р. (2016) Відомості Верховної Ради України, № 30. zakon.rada.gov.ua/laws/show/1404-19#top.
3. Закон України «Про гарантії держави щодо виконання судових рішень» від 5 червня 2012 р. (2013) Відомості Верховної Ради України, № 17. zakon.rada.gov.ua/laws/show/4901-17#Text.
4. Закон України «Про Конституційний Суд України» від 13 липня 2017 р. (2017) Відомості Верховної Ради України, № 35. zakon.rada.gov.ua/laws/show/2136-19#Text.

О.О. Садовський

Аспірант кафедри охорони здоров'я та публічного адміністрування
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Публічне управління системою надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги

Сучасний стан публічного управління системою надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги проходить реформування, як і вся галузь охорони здоров'я України. Ця система має свої досягнення і проблеми, до яких належать неефективність реформування та приведення медичного обслуговування у відповідність з європейськими стандартами, які Україна впевнено імплементує.

Аналізуючи державну політику щодо реформування нейрохірургічної служби України, слід відзначити, що під час організації госпітальних округів для ефективної роботи потрібно було 570 нейрохірургів, при створенні Excellent Centre — центрів з надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги (7–9 центрів у різних регіонах України) — 150 нейрохірургів, які повинні пройти підготовку високого рівня і не тільки в Україні, а й в державах, де показники ефективності надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги є найвищими [3].

Міністерству охорони здоров'я України як центральному органу публічного управління необхідно розробити стратегію такого навчання та її фінансування. У цьому процесі набуває важливого значення післядипломна підготовка кадрів та введення резидентури з нейрохірургії за Програмою підготовки у країнах Європейського Союзу. У зв'язку із цим не менш важливою є уніфікація процесів підготовки нейрохірургів за європейськими стандартами, підвищення її якості згідно з Хартією післядипломного навчання медичних спеціалістів за спеціальністю «Нейрохірургія», прийнятою європейською спільнотою медичних фахівців [2].

Для удосконалення медичного обслуговування пацієнтів у системі надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги необхідне подальше впровадження протоколів, настанов і стандартів, системи контролю за їх дотриманням. Працюючи в ринкових умовах соціально-економічного розвитку, важливими питаннями є обчислення вартості медичної послуги в нейрохірургії та оплати праці медичного персоналу. Реалізація державної програми, за якої «гроші йдуть за пацієнтом», безпосередньо сприятиме припиненню дискусії з відомчою медициною, безболісному впровадженню єдиного медичного простору [2].

На сьогодні гостро стоїть питання забезпечення висококваліфікованими нейрохірургами дитячих центрів. Слід зазначити, що протягом існування дитячої нейрохірургічної служби України в ній зберігаються такі основні тенденції, як збільшення кількості дітей, яким необхідно надавати нейрохірургічну допомогу, зростання кількості хворих із травматичними ураженнями, перинатальною та онкологічною патологією.

Особливого значення набуває спеціалізована нейрохірургічна допомога в період війни в Україні, особливо у зв'язку із застосуванням агресором зброї, забороненої Женевською конвенцією. Військовослужбовці та мирне населення, що потрапили під

бомбардування і отримали тяжкі поранення, потребують спеціалізованої нейрохірургічної допомоги, а її вчасне надання зберігає їм життя та відновлює травмовані чи відірані органи.

Зважаючи на зазначене вище, можна зробити висновок, що ефективно публічне управління системою надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги в Україні забезпечить її якість та доступність для всіх, хто її потребуватиме.

Список використаної літератури

1. Долгих М.В. (2019) Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. Аспекти публічного управління, Том 7, № 12: 16–27.
2. Клименко О.В. (2013) Державне регулювання медичної діяльності у сучасному суспільстві: монографія. К.: Видавництво «Логос». 368.
3. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л. (2020) (Eds.) Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я Тернопіль, Крок. 560 с.
4. Прокопів М.М. (2016) Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2015 р. Український неврологічний журнал, № 1: 98–101.

І.В. Скиба

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Загальне поняття цивільних правовідносин, правочину та договору

З народження кожній людині гарантовано певні права. За Конституцією України права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави.

В Україні визнається і діє принцип верховенства права. Конституція України має найвищу юридичну силу. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй.

Норми Конституції України є нормами прямої дії. Звернення до суду для захисту конституційних прав і свобод людини і громадянина безпосередньо на підставі Конституції України гарантується.

Також нормами Конституції України громадянам України гарантується право на приватну власність, яке набувається в порядку, визначеному законом; право на підприємницьку діяльність, яка не заборонена законом; свобода літературної, художньої, наукової і технічної творчості, захист інтелектуальної власності, їхніх авторських прав, моральних і матеріальних інтересів, що виникають у зв'язку з різними видами інтелектуальної діяльності; право будь-якими не за-

бороненими законом засобами захищати свої права і свободи від порушень і протиправних посягань.

При цьому порядок реалізації прав і свобод, визначених у Конституції України, передбачається законами, зокрема нормами цивільного права. Слід зазначити, що з моменту народження і до моменту смерті людина знаходиться під впливом регулюючих норм цивільного права. У ці правовідносини їх учасники вступають здебільшого самостійно задля задоволення своїх потреб та охоронюваних законом інтересів.

Нарешті слід ще раз зазначити, що саморегулювання в договірній сфері приватного права слід розглядати лише як право сторін у випадках, коли вони мають право відступити від положень імперативного цивільного законодавства. Після цього зауваження можна стверджувати, що існують дві основні моделі правового регулювання договірних відносин — внутрішнє регулювання (саморегулювання) та зовнішнє (імперативне, державне регулювання).

Суть першої моделі полягає в тому, що сторони можуть використовувати можливість регулювати себе та обмежувати сферу дії контракту лише умовами ініціативи. Це може бути реалізовано, якщо цивільно-правові акти, укладені сторонами щодо характеру (природи) договору, не передбачають набору обов'язкових умов і якщо ці умови, хоча й передбачені, не містять прямого застереження щодо неможливості відмови від цих вимог.

Суть другої моделі полягає в тому, що сторони можуть відмовитися від можливості саморегулювання та домовитися про регулювання договірних відносин на основі обов'язкових положень, що містяться в цивільно-правових актах, щодо виду (характеру) договору, який вони уклали. Ця модель охоплює ситуацію, коли цивільно-правові акти, що стосуються характеру чи виду договору, укладеного сторонами, не лише передбачають обов'язкові умови договору, але також містять застереження щодо неможливості відхилення від своїх вимог. Існують також певні комбінації моделей регулювання договірних відносин, але вони не вийдуть за межі цих, і тому їх називають фундаментальними.

Для задоволення своїх економічних та інших інтересів із цивільно-правових питань існує потреба у співпраці, тобто у спільній діяльності, змістом якої може бути об'єднання майна.

Правове регулювання спільної діяльності для досягнення певної мети учасників має давню історію.

Інститут спільних дій відомий цивільному праву з давніх часів. У римському праві було створено одну з форм спільної діяльності — так зване суспільство, яке набуло більшого поширення завдяки прийняттю римських положень в європейському праві. Це лягло в основу розвитку різних організаційно-правових форм спільної діяльності.

На запитання: «Чи можна договір назвати нормативним правовим актом?», З.В. Ромовська зазначає, що договір — це також мірило свободи, що, правда, лише для

двох. Ця остання обставина не може заперечити правотворчої суті договору, а отже, і його нормативного правового характеру, хоча і з обмеженою сферою дії [3]. С.М. Бервено констатує, що з прийняттям нового Цивільного кодексу України істотно змінилася роль договору у співвідношенні зовнішнього (державного) і внутрішнього регулювання (саморегулювання) шляхом посилення засобів договірної саморегулювання [4]. Тому можна стверджувати, що договір є ненормативним засобом індивідуального врегулювання відносин договірних сторін. Ознаки нормативного регулювання можна вбачати в типових договорах, умови яких є обов'язковими для сторін.

Однак, на думку С.М. Бервено, на відміну від радянського періоду, типові договори, що затверджуються уповноваженими органами, не набули значного поширення, а відтак концепція договору як нормативного акта не має великого практичного значення [4].

Забезпеченням регулятивної функції цивільно-правового договору є ряд принципових положень цивільного законодавства:

- свобода договору закріплена як одна з принципових засад цивільного законодавства, за такого підходу свобода договору є своєрідною межею законодавчого втручання в цивільні (приватні) відносини сторін;
- сторони мають право укласти договір, який не передбачений актами цивільного законодавства, але відповідає загальним його засадам;
- сторони мають право врегулювати в договорі, який передбачений актами цивільного законодавства, свої відносини, які не врегульовані цими актами;
- сторони в договорі можуть відступити від положень актів цивільного законодавства і врегулювати свої відносини на власний розсуд, крім випадків, коли такий відступ не можливий у силу прямої вказівки акта законодавства, а також якщо відносини сторін регулюються імперативними нормами [2].

Зазначені принципи новели Цивільного кодексу значно розширюють функціональні межі договору, закріплюючи і наповнюючи змістом саме його регулятивну функцію. Своє сутнісне наповнення регулятивна функція договору одержує і завдяки законодавчо проголошеному принципу свободи договору. Згідно з нормами ст. 3 Цивільного кодексу України свобода договору закріплюється як засада цивільного законодавства [1].

Однак договірне право є активним регулятором цивільних відносин, і тому принцип свободи договору характеризує методи регулювання цивільних відносин у цілому. Свободу договору, таким чином, слід розглядати ширше, ніж засаду цивільного законодавства. Принцип свободи договору був нормативно закріплений у першій половині ХХ ст. в праві багатьох країн.

Найбільш яскраве його вираження знаходимо в німецькому праві, у якому закріплено, що укладені на законних підставах договори визнаються як такі, що мають силу закону для осіб, які їх уклали. Такий підхід підтверджує правильність тези про нормативний характер договору, його роль та значення як індивідуального нормативно-правового акта.

Список використаної літератури:

1. Голубєва Н.Ю. (2013) Зобов'язання в цивільному праві України: методологічні засади правового регулювання: монографія. Одеса: «Фенікс», 642 с.
2. Договір у цивільному і трудовому праві. Довідник. Ч. 1. (2000) К.: Видавничий Дім «Юридична книга». 280 с.
3. Тимченко С.М., Бостан С.К., Легуша С.М. та ін. (2008) Актуальні проблеми теорії держави та права: навч. посіб. 2-е вид., стереот. Київ: КНТ. 285 с.
4. Боднар Т.В., Дзера О.В., Кузнєцова Н.С. (2008) Договірне право України. Загальна частина: навч. посіб. К.: Юрінком Інтер, 896 с.

О.І. Сирма

Кандидат медичних наук, здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Аналіз державного регулювання системи охорони здоров'я в країнах з моделлю Беверіджа

Проблема зростання витрат на систему охорони здоров'я є актуальною для багатьох країн. Упродовж останніх років вона посилилася в умовах пандемії, а тепер у зв'язку з економічною кризою, спричиненою війною в Україні. Залежно від наявної системи охорони здоров'я країни шукають підходи до вирішення цієї проблеми. Вивчення зарубіжного досвіду може допомогти визначити кращі практики регулювання медичного страхування в країнах світу.

Відповідно до моделі Беверіджа (державна система охорони здоров'я) фінансування здійснюється переважно за рахунок державного бюджету, тобто внески збираються через загальну податкову систему — на центральному, регіональному чи місцевому рівнях. Держава в такому разі виступає в ролі єдиного платника. Вона збирає податки, керує наданням медичної допомоги і безпосередньо її оплачує. Як правило, уряд розробляє загальний бюджет на потреби охорони здоров'я та формує ціни на медичні послуги. У рамках найжорсткішого варіанта системи єдиного платника приватне медичне страхування та інші способи добровільного виходу за рамки державної медицини заборонені. Ця модель характерна для систем охорони здоров'я Японії, Скандинавських країн, Ірландії та Великої Британії, країн Південної Європи — Греції, Португалії та Іспанії.

Швеція є однією з країн із найвищим соціальним захистом. Вона позиціонує себе як держава загального добробуту, що закріплено конституцією країни. Одним з основних компонентів такої держави є система охорони здоров'я та державного загальнообов'язкового медичного страхування, яка вважається однією з найкращих у світі. Державні видатки на охорону здоров'я і медичну допомогу є однією з найбільших статей витрат для уряду і становлять близько 11% валового

внутрішнього продукту. Фінансування охорони здоров'я здійснюється з наступних джерел: податки, державна система медичного страхування, приватні кошти. 97% витрат оплачуються за рахунок податків і внесків з боку уряду. Решта 3% покриваються пацієнтами, які вносять невелику доплату за відвідування лікаря.

Головним контролюючим урядовим органом у галузі охорони здоров'я є Національна рада з охорони здоров'я і соціального забезпечення, основним завданням якої є контроль за раціональним і доцільним використанням ресурсів і перевірка відповідності чинної системи суспільно-політичним цілям у сфері охорони здоров'я. Система медичного забезпечення у Швеції носить децентралізований характер і реалізується окружними радами, а також муніципалітетами. Центральний уряд диктує політику охорони здоров'я, контролює діяльність на регіональному та місцевому рівнях, надає гранти та оцінює послуги. Окружні ради та муніципальні органи влади лише надають послуги. Децентралізованість системи Швеції є її особливістю та відмінністю від систем інших країн з подібною моделлю охорони здоров'я (наприклад Великобританії).

Державне медичне страхування покриває витрати на препарати під час амбулаторного лікування, прийом лікаря загальної практики і спеціаліста, послуги стоматолога, стаціонарне лікування, транспортні витрати, пов'язані з отриманням медичної допомоги. Система не забезпечує безкоштовну охорону здоров'я для всіх, але більшу частину витрат на лікування держава бере на себе.

Незважаючи на очевидні переваги та переваги, система має низку проблем та складнощів. Так, за даними опитування 2021 р., 71% людей вказали, що брак персоналу та занадто довгий час очікування на прийом до лікаря є найбільшими проблемами шведської системи охорони здоров'я [1].

Японська система страхування, впроваджена в 1952 р., діє і сьогодні. Уряд Японії використав модель Великобританії, дещо адаптував її і назвав «Японський план Беверіджа». Національний закон про медичне страхування щоденної праці є основою державного регулювання медичного страхування країни. Згідно із чинною триступеневою моделлю держава повинна забезпечити основу соціального захисту всього населення, роботодавці мають брати участь у соціальному страхуванні працівників, а працівники — додатково мати особисте страхування за потреби. Крім того, є додаткова приватна страховка, що нечасто використовується в країні [2].

Державні медичні програми страхування визначаються професійним статусом, віком і місцем проживання: медичне страхування роботодавцями, державне медичне страхування за місцем проживання та медичне страхування для осіб віком від 75 років. Відповідно до японської системи охорони здоров'я пацієнт бере на себе 30% витрат на лікування, а держава оплачує решту. Медичне страхування людей віком від 75 років в основному забезпечується за рахунок державних коштів.

Державне управління системою страхування здійснюється в основному на чотирьох рівнях: урядовому, префектурному, на рівні місцевих громад міст і провінцій. Усі процеси координуються міністерством охорони здоров'я та соціального

забезпечення, яке контролює роботу департаментів місцевих органів виконавчої влади, відповідальних за охорону здоров'я, які здійснюють контроль за виконанням місцевих програм охорони здоров'я на локальному рівні. Фінансування забезпечується за рахунок місцевих та національного бюджетів.

Відомо, що в Японії відзначається максимальна тривалість життя. Це характеризує японську систему охорони здоров'я як найточнішу та найефективнішу. Уже є інформація про нестачу лікарів у багатьох закладах охорони здоров'я Японії та довгі черги очікування візиту до лікаря.

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер зі значною централізацією управління з 1912 р.

Організовує процес Національна служба охорони здоров'я Англії (National Health Service — NHS), яка фінансує багато видів послуг — від стоматологічних до профілактичних і реабілітаційних та оплачує закупівлю медикаментів. Фінансовою основою системи охорони здоров'я є надходження від податків, які становлять 90% бюджету, 7,5% бюджету формуються за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, служба охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я. Національна служба охорони здоров'я Британії є високоцентралізованою системою єдиного платника. Держава безпосередньо оплачує за надані медичні послуги та фінансує медичну допомогу за рахунок загальних доходів бюджету. Крім того, пацієнти платять 10% вартості лікування [3].

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Об'єктом страхування є тільки ті ризики, які не бере на себе ця служба. Сфера приватного медичного страхування регулюється державою досить м'яко. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено 10–13% населення.

Основною проблемою системи охорони здоров'я Великої Британії є висока централізація та бюрократизація, нестача кваліфікованих медичних працівників, що призводить до довгих черг та очікування на прийом. Якщо послуги первинної медичної допомоги є безкоштовними і доступними для всіх громадян, то і послуги вторинної ланки, які характеризуються високою собівартістю, потребують очікування та високих доплат. У такому разі наявність у людини поліса приватного медичного страхування прискорює очікування та покриває додаткові витрати.

На вищезазначених прикладах розвинених країн показано, що модель Беверіджа забезпечує високий рівень доступності медичних послуг та характеризується високою соціальною ефективністю. Водночас частка витрат на медицину у валовому внутрішньому продукті є відносно невеликою. Державне управління на рівні системи є високоцентралізованим, а управління медичними закладами та розподіл фінансування здійснюються переважно на регіональному рівні. Приватне медичне страхування відіграє допоміжну роль та забезпечує вищий рівень комфорту для заможних верств населення, у той час як обов'язкове медичне страхування охоплює всі прошарки населення та робить медичну допо-

могу доступною та ефективною. Значним недоліком такої системи є її зависока бюрократизація та відсутність гнучкості у разі виникнення викликів.

Країни із системою єдиного платника або сильним елементом державного контролю над охороною здоров'я, імовірно, стикаються з нормуванням медичних послуг, чергами очікування, обмеженням пацієнта у виборі лікаря та іншими перешкодами для доступу до медичної допомоги та медичного обслуговування.

В умовах воєнного стану система охорони здоров'я за принципом єдиного платника є більш соціально виваженою, адже таким чином вдається забезпечити доступом до медичної допомоги переважну більшість громадян. Водночас у рамках цієї системи охорони здоров'я не вдається вирішити універсальну проблему збільшення витрат та необхідності нормування або очікування медичних послуг.

Список використаної літератури

1. Healthcare in Sweden (2018). sweden.se/society/health-care-in-sweden/.
2. General insurance in Japan. Annual Report 2016. www.sonpo.or.jp/en/publication/pdf/fb2016e.
3. Система охорони здоров'я Великої Британії. Insurance Top. insurancetop.com/markets/39.

В.І. Ткаченко

Доктор медичних наук, професор, професор кафедри сімейної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Шляхи модернізації системи управління якістю медичних послуг у первинній медичній допомозі в Україні

Необхідною умовою ефективної системи управління якістю (СУЯ) є неодмінне застосування повного циклу Демінга — Plan-Do-Check-Act (PDCA) [1], що в перекладі означає сплануй, впроваджуй план у дію, перевіряй і внось корективи у подальші дії та плани. Завдяки постійному моніторингу, контролю і зворотному зв'язку він дозволяє підвищити якість процесів управління та медичної допомоги, забезпечуючи досягнення стабільних результатів та раціональне використання ресурсів. За умови постійного дотримання такого принципу організації роботи та СУЯ забезпечується зростання по спіралі до вершини досконалості. На сьогодні в Україні, як і в країнах Європи, запроваджено СУЯ в публічному управлінні та в галузі охорони здоров'я на всіх рівнях, яка базується на ISO-сертифікації, акредитації та ліцензуванні закладів охорони здоров'я. Розроблено певну нормативну базу із забезпечення контролю якості медичної допомоги, встановлено основні механізми управління якістю — акредитація, ліцензування, сертифікація системи управління якістю (ISO, JCI, ISQua та ін.), стандартизація медичних послуг, атестація кадрів. Визначено наступні інструменти їх забезпечення — клінічні настанови, уніфіковані та локальні протоколи, клінічний аудит, моніторинг оснащення індикаторів якості медичної допомоги, державний контроль, форму-

ляр лікарських засобів тощо [2]. Але, враховуючи ситуаційний аналіз розвитку СУЯ в галузі медичної допомоги в Україні у 1987–2021 рр. [2, 3], слід констатувати, що вона залишається недосконалою, PCDA-цикл не завершується у зв'язку з відсутністю моніторингу та відповідних корекцій за індикаторами якості структури, процесу і результату, відсутністю комплексного підходу до оцінки і моніторингу якості первинної медичної допомоги (ПМД).

Враховуючи Європейський досвід із забезпечення СУЯ ПМД [2, 4] та на підставі опублікованої ВООЗ Настанови з питань національної політики та стратегії в галузі якості: практичний підхід до розробки політики та стратегії з метою підвищення якості медичної допомоги (2018) [5] з метою забезпечення модернізації системи управління якістю медичних послуг ПМД в Україні необхідно розробити національну політику та стратегію у сфері якості, яка має містити наступні пункти: національні цілі та пріоритети охорони здоров'я, визначення якості на місцевому рівні, визначення та залучення зацікавлених сторін, ситуаційний аналіз стану якості, створення управлінської та організаційної структури забезпечення якості, визначення методів та заходів, спрямованих на впровадження покращень, створення системи управлінської інформації та даних у галузі охорони здоров'я, запровадження індикаторів якості та основних показників моніторингу.

Під час створення національної політики та стратегії у сфері якості медичної допомоги важливо враховувати значення формування культури якості та її впровадження в організаціях та в усій системі охорони здоров'я для досягнення стійких і значущих змін. Основні характеристики культури якості включають: керівництво забезпеченням якості на всіх рівнях; відкритість та прозорість; акцент на командну роботу; підзвітність на всіх рівнях; вбудований у систему процес навчання; дієві механізми зворотного зв'язку для покращення роботи; конструктивне залучення персоналу, користувачів послуг та представників місцевої спільноти; розширення прав та можливостей окремих осіб в умовах складних взаємопов'язаних систем; узгодження професійних та організаційних цінностей; формування професійної гордості у працівників системи охорони здоров'я; визнання цінності емпатії; узгодження зусиль щодо забезпечення якості з організацією та плануванням обслуговування [2, 5].

Розробляючи національні цілі та пріоритети охорони здоров'я, важливо приділити увагу численним проблемам, які мають значення для всієї системи охорони здоров'я, і забезпечити комплексний підхід до підвищення її якості. Наприклад, врахувати водопостачання, санітарно-гігієнічні вимоги в медичних закладах, що є однією з найважливіших характеристик сильних, стійких систем охорони здоров'я. Національна політика та стратегія у сфері якості медичної допомоги у своїх цілях, особливо у країнах з низьким та середнім рівнем доходів, має орієнтуватися на Цілі сталого розвитку, універсальне охоплення медичними послугами всього населення з метою досягнення здоров'я для всіх та фокусуватися на рекомендаціях і директивах основних міжнародних документів ВООЗ, Організації економічного співробітництва та розвитку (Organisation for Economic Co-operation and Development — ОЕСР) тощо із цього напрямку [2, 5].

Національні цілі та пріоритети охорони здоров'я для України можуть бути сформульовані наступним чином: створити рамкову основу для реалізації ініціатив у сфері управління якістю на всіх рівнях надання послуг охорони здоров'я та включити чотири стратегічні завдання: а) удосконалення систем управління якістю та підзвітності; б) підвищення орієнтованості медичної допомоги на пацієнта та залучення споживачів до процесів прийняття рішень; розширення доступності та підвищення справедливості/рівності в наданні допомоги для всіх верств населення; с) підвищення безпеки пацієнтів та медичних працівників; d) удосконалення клінічної практики, забезпечення та покращання на постійній основі результатів клінічної допомоги.

Нами зроблено перші кроки до створення національної політики та стратегії у сфері якості медичної допомоги, а саме — сформовано Національні цілі та пріоритети охорони здоров'я, надано визначення якості медичних послуг на національному рівні, зроблено ситуаційний аналіз стану якості медичної допомоги в історичному аспекті за 1987–2021 рр., визначено зацікавлені сторони для залучення до робочої групи, що може бути використано представниками органів влади та державного управління з метою модернізації системи управління якістю медичної допомоги [2].

Управлінська та організаційна структура забезпечення якості має складатися з декількох рівнів, на яких будуть монітувати та аналізувати індикатори якості медичних послуг з рекомендаціями щодо корекції. Найвищий рівень організаційної структури забезпечення якості медичних послуг в Україні може бути представлений спеціальним комітетом Кабінету Міністрів України, нижче — МОЗ України та Національної служби здоров'я України з їх представництвом на регіональному рівні, паралельно — організаціями із сертифікації СУЯ (як зовнішні аудитори), а на локальному рівні — додатковими відділами моніторингу і контролю якості послуг у закладах (внутрішній аудит) [2].

Методи та заходи, спрямовані на підвищення якості в ході стратегічного планування, які допоможуть реалізувати національні пріоритети та досягти цілей безпосередньо в галузі якості медичної допомоги, повинні включати вирішення всіх проблем та усунення недоліків. Вибір заходів щодо підвищення якості має супроводжуватися практичним, ефективним та стійким планом реалізації. ВООЗ пропонує три практичні підходи до розробки, організації та реалізації національних заходів у сфері якості — це трилогія Джурана: розробка концепції розуміння «загальної картини»; вибір заходів: визначення мети, типу та власне заходів; національний багаторівневий підхід: розробка дій на всіх рівнях системи охорони здоров'я. На наш погляд, враховуючи складність ситуації системи управління якістю в галузі охорони здоров'я, найбільш ефективним для розробки методів і заходів з підвищення якості медичних послуг є національний багаторівневий підхід: розробка дій на всіх рівнях системи охорони здоров'я [2, 5].

Національна політика та стратегія у сфері якості медичної допомоги повинна також визначити систему управлінської інформації та даних у галузі охорони здоров'я. Інформаційні системи охорони здоров'я — такі, наприклад, як e-Health та електронна система охорони здоров'я — це необхідна умова для аналізу процесів надання послуг охорони здоров'я, що є основною метою будь-якої національної стратегії у сфері якості. Відповідно для розробки стратегії потрібне чітке розуміння систем даних, формування уніфікованого підходу до фіксації медичних даних пацієнтів, забезпечення моніторингу стану їх здоров'я на держаному й локальному рівнях та аналізу інших показників, визначених державою [2].

Покращення якості завжди залежить від наявності чітких та точних даних про показники діяльності на рівні практикуючих фахівців та постачальників або на рівні населення загалом. Таким чином, у процесі розробки національної стратегії у сфері якості буде неминуче визначено системи, необхідні для збору даних, оцінки показників та формування звітності, а також механізми зворотного зв'язку для підвищення якості — індикатори якості.

Індикатори якості та основні показники оцінки ефективності ПМД повинні ґрунтуватися на міжнародних рамках з оцінки якості ПМД, розроблених ВООЗ та ОЕСР, а також слід розробити індикатори якості національного та локального рівнів відповідно до національних цілей та потреб розвитку ПМД. Для полегшення моніторингу і аналізу розроблених і затверджених індикаторів якості та оцінки якості медичної допомоги в цілому індикатори якості варто представити у вигляді національної рамки з оцінки якості ПМД, згрупувавши їх за визначеними принципами: за принципом структура/процес/результат — три головні аспекти забезпечення якості, виділені А. Донабедіаном; за організацією системи охорони здоров'я, включаючи рівень медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна), структуру управління (рівень установи — районний, національний рівень тощо) та безперервність надання допомоги (аж до паліативної); за групами захворювань та віковими групами населення: важливі причини тяжкості хвороб та основні групи населення, у яких виникають такі захворювання [2, 5].

Таким чином, шляхи модернізації СУЯ ПМД в Україні полягають у забезпеченні повноцінного завершення PCDA-циклу шляхом імплементації системи моніторингу якості медичних послуг ПМД за допомогою розробки і запровадження національних індикаторів якості та створення національної політики і стратегії управління якістю медичної допомоги в Україні за рекомендаціями ВООЗ. На підставі ситуаційного аналізу розвитку СУЯ у сфері медичної допомоги в Україні за 1987–2021 рр. та аналізу європейського досвіду з забезпечення СУЯ ПМД розроблено основні риси проекту національної політики та стратегії у сфері якості ПМД на майбутні роки, яка формується на основі міжнародної рамкової системи оцінки якості ПМД з її індикаторами та враховує проблеми, недоліки, національні цілі і пріоритети оптимізації розвитку системи управління якістю медичних послуг ПМД і може бути використана представниками органів влади та державного управління з метою модернізації системи управління якістю медичної допомоги.

Список використаної літератури

1. Ткаченко В.І. (2020) Система управління якістю: якість освіти, науки та клінічної практики в первинній медичній допомозі, законодавчо-нормативна база. Сімейна медицина, № 1–2 (87–88): 8–14.
2. Ткаченко В.І. (2022) Публічне управління якістю первинної медичної допомоги: кваліф. робота . . . здобувачки другого рівня вищої освіти (магістерський) 281 «Публічне управління та адміністрування». Київ. 140 с.
3. Ткаченко В.І. (2022) Оцінка сучасної системи управління якістю первинної медичної допомоги в умовах реорганізації системи охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток, № 9. www.nauka.com.ua/index.php/dy/article/view/511/518.
4. Ткаченко В.І. (2022) Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. Інвестиції: практика та досвід. № 2.
5. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care (2018) World Health Organization. Geneva. 86 p. ISBN 978-92-4-156556-1. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Д.С. Тесленко

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Зайнятість населення: аспект державного управління

Вивчення сутності державного управління зайнятістю населення дозволило встановити той факт, що регулювання ринку праці перебуває під впливом соціальної сфери, економіки та права.

Отже, термін «зайнятість» доцільно розглядати як соціальну, соціально-економічну та юридичну категорію. Наприклад, з погляду соціології, зайнятість постає як певний стан людини, включеної до суспільно-корисної діяльності, пов'язаний із задоволенням її особистих та громадських потреб, що не суперечать законодавству країни та передбачає отримання доходу [1].

Відповідно до Закону України «Про зайнятість» [2]: «зайнятість — це не заборонена законодавством діяльність осіб, пов'язана із задоволенням їх особистих та суспільних потреб з метою одержання доходу (заробітної плати) у грошовій або іншій формі, а також діяльність членів однієї сім'ї, які здійснюють господарську діяльність або працюють у суб'єктів господарювання, заснованих на їх власності, у тому числі безоплатно», при цьому «державне регулювання зайнятості — формування і реалізація державної політики у сфері зайнятості населення з метою створення умов для забезпечення повної та продуктивної вільно обраної зайнятості і соціального захисту в разі настання безробіття».

Зайнятість як економічна категорія характеризується тим, що вона досліджується у процесі її реалізації у праці, де здійснюється поєднання активної частини насе-

лення з коштами виробництва. Водночас зайнятість є характеристикою суспільного виробництва, під яким розуміється спільна діяльність працівників, які мають певний набір якостей з перетворення предметів праці.

Також зайнятість може виступати як загальна економічна категорія, яка існує в усіх формаціях суспільства. Це категорія суспільного відтворення, вона має ширше ототожнення, що пов'язане не лише з працею та використанням робочої сили, зайнятість може характеризувати економічно активне населення щодо факторів виробництва, а також формує відносини між людьми щодо їхньої участі в конкретній кооперації праці на певному місці.

Отже, найповніше сутність зайнятості населення характеризує її обґрунтування як соціально-економічної категорії. Зайнятість населення є не лише найважливішим макроекономічним показником, а й відображає розвиток соціальної політики держави.

На нашу думку, під державним управлінням сферою зайнятості населення слід розуміти вплив на життєдіяльність людей з боку органів державної влади, місцевого самоврядування та громадських організацій шляхом застосування системи законодавчих, організаційних, фінансових, адміністративних та інших заходів задля здійснення підтримувального, компенсаційного та регуляторного впливу на соціальні процеси зайнятості та безробіття, забезпечення добробуту населення, яке працює.

Враховуючи той факт, що зайнятість населення є складною соціально-економічною категорією, то й сутність державного управління цією сферою охарактеризуємо з погляду інституційного, системного та структурно-функціонального підходів.

По-перше, державне управління у сфері зайнятості населення можемо розглядати в межах інституційного підходу. В Україні сформувалася певна модель управління зайнятістю, до якої входить сукупність інститутів, які доповнюють один одного:

- 1) законодавство України про зайнятість населення — система нормативних правових актів, за допомогою яких регулюються соціально-трудові відносини;
- 2) мінімальний розмір оплати праці;
- 3) заходи пасивної політики підтримки зайнятості населення, що реалізуються Державною службою зайнятості.

Охарактеризуємо вказані інститути з метою формування розуміння того, як саме чинна конструкція впливає на державне управління зайнятістю населення.

Можливість швидкої або, навпаки, повільної адаптації зайнятості до структурних або кон'юнктурних флуктуацій попиту на працю визначається нормами законодавства про зайнятість населення та повнотою їх дотримання. З одного боку, ці норми визначають низку значних витрат для роботодавців під час звільнення співробітників, тим самим обмежується використання нестандартних трудових відносин, але підтримується стабільний рівень зайнятості.

З іншого боку, досить високі вимоги законодавства є фактором, що уповільнює швидкість підлаштування моделі державного управління сферою зайнятості під зовнішні умови. Отже, законодавство сприяє тому, щоб зміна чисельності зайнятих мала інерційний характер.

Розглядаючи інститут мінімальної заробітної плати, яка визначає нижній рівень оплати праці у разі зайнятості протягом повного робочого дня, відзначимо, що цей інструмент може впливати на рівень безробіття та зайнятості населення як негативно, так і позитивно. Ще одна особливість полягає в тому, що мінімальний розмір оплати праці не завжди враховує диференціацію регіональних ринків праці. Зокрема, в Україні мінімальна заробітна плата встановлюється на національному рівні, однакового розміру незалежно від регіону, галузі чи інших критеріїв Верховною Радою України за поданням Кабінету Міністрів України не рідше одного разу на рік законом про Державний бюджет України на відповідний рік. Зокрема, на 2022 р. визначено цей розмір в обсязі з 1 січня — 6500 грн, з 1 жовтня — 6700 грн.

Третій інститут — заходи пасивної політики, що реалізуються такими публічно-правовими утвореннями:

- 1) уповноваженим Урядом України органом виконавчої влади є не традиційно Міністерство праці та соціального захисту України, а Міністерство економіки (з 2020 р.). Це пов'язано з тим, що економічна, а не соціальна політика визначає вектор розвитку ринку праці в Україні [3, 4];
- 2) органи влади, які здійснюють повноваження у сфері сприяння зайнятості населення: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, центральні органи виконавчої влади, Верховна Рада Автономної Республіки Крим та Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування;
- 3) Державна служба зайнятості та її територіальні підрозділи (в областях, районах та містах).

Слід зазначити, що служба зайнятості має кілька напрямів діяльності. У першу чергу одним з основних напрямків є інформаційно-аналітична робота, а саме: оцінка стану та прогноз розвитку зайнятості населення. За допомогою цього аналізу Державна служба зайнятості може інформувати громадян про поточний стан ринку праці та безпосередньо сприяти працевлаштуванню громадян, які перебувають у пошуку роботи. Наступний блок роботи служби зайнятості полягає в розробці та реалізації програм із забезпечення зайнятості населення як у всій Україні, так і окремо в областях, районах та містах.

Ключовим напрямом діяльності Державної служби зайнятості населення є реалізація заходів пасивної політики, а саме: виплата допомоги з безробіття. Саме служба зайнятості здійснює функції контролю за використанням роботодавцями та безробітними коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття [5]. Ефект виплати допомоги з безробіття на зайнятість населення полягає у впливі на поведінку індивідів, визначаючи мотивації через альтернативний дохід у разі втрати робочого місця. У разі встановлення допомоги з безробіття на низькому рівні громадяни, які перебувають у пошуку роботи та не мають інших джерел доходу, змушені якнайшвидше повернутися до зайнятості, погоджуючись не на бажане місце, а на доступне.

У той же час низький рівень мінімальної заробітної плати дозволяє зберігати більшу кількість низькооплачуваних робочих місць, що сприяє стримуванню зростання рівня безробіття та підтримці стабільно високого рівня зайнятості населення ціною експансії низькооплачуваних робочих місць. Ризик цього явища полягає також у зростанні неформального сектора зайнятості населення.

Основною характеристикою системного підходу є наявність певних елементів. У системі управління зайнятістю населення також виділяють наступні елементи: суб'єкт управління, об'єкт керування. Зайнятість населення є складною соціальною і економічною категорією, і, відповідно, у її управлінні беруть участь різні органи державної влади в межах своєї компетенції чи інші публічно-правові інститути — суб'єкти керування. Державне управління сферою зайнятості населення здійснюється на національному, регіональному та місцевому рівнях влади.

Система державного управління сферою зайнятості включає також механізм управління зайнятістю населення, під яким розуміємо сукупність органів (суб'єктів) управління, засобів та методів, за допомогою яких вони впливають на об'єкти управління (конкретні групи населення та окремих індивідів) для підвищення ефективності їх зайнятості та досягнення цілей, стоять перед конкретною соціально-економічною системою (територіально-адміністративним утворенням).

Обов'язком держави є створення оптимальних умов для реалізації громадянами України конституційно закріпленого права на працю. Таким чином, державна політика управління зайнятістю населення необхідна для найбільш раціонального використання людського потенціалу та його розвитку в Україні.

Як і інші терміни, державну політику управління зайнятістю населення можна трактувати у вузькому та широкому значенні. У вузькому розумінні основним напрямом цієї політики виступає максимальне залучення економічно активного населення до трудової діяльності. За такого трактування поняття об'єктом державної політики управління зайнятістю населення виступають безробітні громадяни, а метою — підтримання низького рівня безробіття та нівелювання його наслідків.

Широке розуміння державної політики управління зайнятістю населення полягає в тому, що вона є однією з частин соціально-економічної політики України та спрямована на комплекс заходів: створення гідних робочих місць, забезпечення економіки кадрами, що характеризуються необхідною професійно-кваліфікаційною структурою, розподіл та ефективне використання пропозиції робочої сили.

У такому разі як об'єкт державної політики управління зайнятістю населення можемо виділити все працездатне населення України, а метою є реалізація законодавчо встановленого права на працю та максимально продуктивна зайнятість разом із заходами соціального захисту громадян.

Основні напрями державної політики зайнятості населення в Україні можна умовно поділити на два вектори: державне регулювання зайнятості населення та саморегулювання зайнятості населення. Заходи, що вживаються в рамках реалізації цих напрямків, бувають активними та пасивними.

Державна політика управління зайнятстю населення реалізується на національному, регіональному та місцевому рівнях влади. Основним фактором реалізації державної політики у сфері зайнятості населення є органи державної влади, уповноважені у сфері зайнятості населення на регіональному рівні.

У ході аналізу державного управління сферою зайнятості населення з точки зору різних наукових підходів встановлено, що сформувалася певна система, структура та сукупність інститутів, яка, з одного боку, дозволяє зберігати стабільні показники рівня безробіття, з іншого, повільно адаптується до зовнішніх умов.

У рамках наявного державного управління сферою зайнятості населення накопичуються певні деформаційні тенденції, що зумовлює необхідність реформування його окремих елементів з урахуванням сучасних викликів державного управління, особливо пандемії.

Сьогодні в Україні загострилися проблеми забезпечення ефективної зайнятості. Тому актуалізується роль державного управління у сфері зайнятості населення, яке знаходить вираження у вирішенні наступних завдань: скорочення обсягів безробіття; ліквідація наслідків безробіття; забезпечення ефективного працевлаштування населення; забезпечення мінімального рівня заробітної плати тощо.

Важливо підкреслити, що ринок праці є однією з найважливіших соціальних проблем, що вимагають державного управління. Проблеми ринку праці характеризуються багатоаспектністю, багатофункціональністю, вони тісно пов'язані з соціально-економічною та політичною ситуацією у світі та країні. Характеристика зайнятості населення і ринку праці в державі та окремих регіонах відображає економічний стан території й ефективність державного управління в цілому.

В Україні сформовано нормативне, інституційне та фінансове забезпечення реалізації механізму державного управління сферою зайнятості населення. Проте його дієвість можна оцінити лише на основі виявлення загальних тенденцій розвитку ринку праці в Україні, аналізу обсягів, форм та причин безробіття, дослідження тіньової зайнятості.

Особливого значення державне управління у сфері зайнятості населення набуває у кризових умовах, оскільки саме в ці періоди відбувається загострення проблем безробіття, скорочення розміру доходів населення та зниження якості його життя. Тому вважаємо це питаннями для подальшого наукового вивчення.

Іншим питанням, що потребує подальшого вирішення, є реалізація державного управління у сфері зайнятості населення в територіальних громадах органами місцевого самоврядування.

Список використаної літератури

1. Закон України від 05.07.2012 р. № 5067-VI «Про зайнятість». zakon.rada.gov.ua/laws/show/5067-17#Text.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 03 березня 2020 р. № 206 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо передачі окремих повноважень від Міністерства соціальної політики до Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства у сфері зайнятості населення». zakon.rada.gov.ua/laws/show/206-2020-%D0%BF#Text.

3. Закон України від 05 грудня 2019 р. № 341-ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо формування державної політики у сфері праці, трудових відносин, зайнятості населення та трудової міграції». zakon.rada.gov.ua/laws/show/341-20#Text.
4. Положення про Державну службу зайнятості, затверджене наказом Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України від 16 грудня 2020 р. № 2663. zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1305-20#Text.

В.В. Харенко

Здобувачка магістратури кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Трудові права як підґрунтя виникнення права на відпочинок

Процес праці існує майже стільки, скільки існує і саме людство. Навіть новонароджена дитина не може існувати без матеріальних благ, створених іншими людьми. Коли людина дорослішає і стає повноправним членом суспільства, за результатами її власної праці, як правило, визначається її соціальний статус у суспільстві.

Враховуючи важливість праці для розвитку як людини зокрема, так і всього суспільства в цілому, беручи до уваги те, що необхідно, щоб права людини охоронялися силою закону резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. було проголошено Загальну декларацію прав людини, у ст. 23 якої закріплено право кожної людини на працю, на вільний вибір роботи, на справедливі і сприятливі умови праці і на захист від безробіття, та право кожної людини без будь-якої дискримінації на рівну оплату за рівну працю. Ст. 24 Загальної декларації прав людини закріпила право кожної людини на відпочинок і дозвілля, включаючи право на розумне обмеження робочого дня та на оплачувану періодичну відпустку.

Зважаючи на те, що метою Ради Європи є досягнення більшого єднання між її членами для збереження та втілення в життя ідеалів і принципів, які є їх спільним надбанням, а також сприяння економічному та соціальному прогресу, зокрема, шляхом збереження та подальшого здійснення прав людини та основних свобод, урядами, членами Ради Європи, було укладено міжнародний договір, що захищає соціальні та економічні права громадян держав, що приєдналися до нього. Цим договором є Європейська соціальна хартія, прийнята у Страсбурзі 3 травня 1996 р. Європейська соціальна хартія (переглянута) встановлює механізм міжнародного захисту економічних та соціальних прав людини для держав — членів Ради Європи та доповнює в рамках Ради Європи Європейську конвенцію про захист прав і основоположних свобод людини 1950 р., яка передбачає захист громадянських та політичних прав.

Європейську соціальну хартію (переглянуту) було ратифіковано Верховною радою України Законом України «Про ратифікацію Європейської соціальної хартії

(переглянутої)» від 14 вересня 2006 р. Цим законом ратифіковано 27 статей (у тому числі 6 із 9 обов'язкових) та 74 пункти Європейської соціальної хартії (переглянутої). Зокрема, ст. 1 «Право на працю» визначається, що з метою забезпечення ефективного реалізації права на працю Сторони зобов'язуються:

- визнати однією зі своїх найголовніших цілей і одним зі своїх найголовніших обов'язків досягнення та підтримання якомога вищого і стабільнішого рівня зайнятості, маючи на меті досягнення повної зайнятості;
- ефективно захищати право працівника заробляти собі на життя професією, яку він вільно обирає;
- створювати безкоштовні служби працевлаштування для всіх працівників або забезпечувати їх функціонування;
- забезпечувати належну професійну орієнтацію, підготовку та перекваліфікацію або сприяти їм.

Не можна оминати увагою і ст. 2 Європейської соціальної хартії (переглянутої) «Право на справедливі умови праці». Так, згідно з цією нормою з метою забезпечення ефективного реалізації права на справедливі умови праці Сторони зобов'язуються:

- встановити розумну тривалість робочого дня та тижня і поступово скорочувати робочий тиждень настільки, наскільки це дозволяє підвищення продуктивності праці та інші відповідні фактори;
- встановити оплачувані державні святкові дні;
- встановити щорічну оплачувану відпустку тривалістю не менше чотирьох тижнів;
- усунути ризики, що властиві роботам з небезпечними або шкідливими для здоров'я умовами праці, а у разі, коли усунути або достатньою мірою знизити такі ризики ще неможливо, встановити для працівників, зайнятих на таких роботах, скорочену тривалість робочого часу або додаткові оплачувані відпустки;
- забезпечити щотижневий відпочинок, який за можливості має збігатися з днем, що за традиціями або звичаями відповідної країни чи регіону визнається днем відпочинку.

Отже, зі змісту наведених норм міжнародних нормативно-правових актів можна зробити висновок, що право на відпочинок виникає саме з права на працю.

Норми Загальної декларації прав людини та Європейської соціальної хартії (переглянутої) знайшли своє відображення і в Конституції України. Слід зазначити, що у вітчизняному правознавстві під Конституцією розуміють основний закон держави, який відображає волю народу і в його інтересах закріплює найбільш важливі засади суспільного ладу і державної організації країни [3]. Конституція України — це єдиний нормативно-правовий акт, який має особливий характер і за допомогою якого український народ виражає свою суверенну

волю, утверджує основні засади устрою суспільства і держави, визначає систему і структуру державної влади і місцевого самоврядування, основи правового статусу особи, територіального устрою держави [3]. Юридична функція Конституції України пов'язана з тим, що Конституція є Основним Законом держави, базою системи національного права. Вона встановлює основоположні правові приписи, які є визначальними для інших галузей права. Оскільки норми Конституції мають найвищу юридичну силу, то вона забезпечує впорядкованість і необхідне правове регулювання суспільних відносин за допомогою взаємопов'язаних і внутрішньо підпорядкованих нормативних актів держави [3].

Саме у Конституції України закріплюються найважливіші права, свободи та обов'язки громадян, зокрема, у ст. 43 зазначено, що кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується.

Конституція України визначає, що держава створює умови для повної реалізації громадянами права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб.

Використання примусової праці забороняється. Не вважається примусовою працею військова або альтернативна (невійськова) служба, а також робота чи служба, яка виконується особою за вироком чи іншим рішенням суду або відповідно до законів про воєнний і про надзвичайний стан. Кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці, на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом.

За Конституцією України використання праці жінок і неповнолітніх на небезпечних для їхнього здоров'я роботах забороняється. Саме нормами Конституції України громадянам гарантується захист від незаконного звільнення. Право на своєчасне одержання винагороди за працю захищається законом. Отже, за нормами міжнародних нормативно-правових актів та Конституції України кожній людині належить виключне право розпоряджатися своїми здібностями до праці. При цьому право на працю означає, що людина може не тільки вільно вибирати професію, рід занять, а й має право нехтувати будь-якою трудовою діяльністю.

Відносини у сфері праці найбільше пов'язані з поєднанням інтересів суспільства, особи і держави. Гарантованість державою права на працю не означає автоматичне виникнення трудових відносин.

Науковці визначають, що праця — це цілеспрямована діяльність людини для створення матеріальних та духовних благ. Основними ознаками праці є наступні: природна властивість людини; її здійснення пов'язане зі створенням матеріальних та духовних благ; виступає ключовим рушієм соціально-економічного розвитку суспільства і держави; виступає складною біологічною (фізіологічною, медичною тощо), соціально-економічною та правовою категорією; виступає

об'єктом правового впливу суспільства і держави; людина є вільною у виборі виду, умов та характеру праці, здійсненні професійної підготовки, перепідготовки, професійної орієнтації та переорієнтації; у правовому сенсі трансформується у право на працю або обов'язок працювати відповідно до закону чи рішення суду; розвивається переважно в межах трудового права на підставі трудового договору; її здійснення, як правило, супроводжується соціальними (соціально-трудовами гарантіями) з питань праці; впливає на виникнення, зміну та припинення трудових відносин [1].

Трудові відносини — це суспільні відносини, які виникають між особою, яка реалізує право на працю, та роботодавцем шляхом укладення трудового договору. У Кодексі законів про працю України (далі — КЗпП України) конкретизовано умови та порядок реалізації права на працю та пов'язаних з ним прав. Зокрема, у ст. 2 КЗпП України визначено, що право громадян України на працю, тобто на одержання роботи з оплатою праці не нижче встановленого державою мінімального розміру, включаючи право на вільний вибір професії, роду занять і роботи, забезпечується державою. Держава створює умови для ефективної зайнятості населення, сприяє працевлаштуванню, підготовці і підвищенню трудової кваліфікації, а за необхідності забезпечує перепідготовку осіб, вивільнюваних у результаті переходу на ринкову економіку.

Працівники реалізують право на працю шляхом укладення трудового договору про роботу на підприємстві, в установі, організації або з фізичною особою. Працівники мають право на відпочинок відповідно до законів про обмеження робочого дня та робочого тижня і про щорічні оплачувані відпустки, право на здорові і безпечні умови праці, на об'єднання в професійні спілки та на вирішення колективних трудових конфліктів (спорів) у встановленому законом порядку, на участь в управлінні підприємством, установою, організацією, на матеріальне забезпечення в порядку соціального страхування в старості, а також у разі хвороби або реабілітації, повної або часткової втрати працездатності, на матеріальну допомогу в разі безробіття, на право звернення до суду для вирішення трудових спорів незалежно від характеру виконуваної роботи або займаної посади, крім випадків, передбачених законодавством, та інші права, встановлені законодавством.

Слід зазначити, що держава гарантує забезпечення права на працю всім своїм громадянам незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками.

Держава взяла на себе обов'язок забезпечувати рівність прав жінки і чоловіка, зокрема у сфері праці, що забезпечується: наданням жінкам рівних з чоловіками можливостей у громадсько-політичній і культурній діяльності, у здобутті освіти і професійній підготовці, у праці та винагороді за неї; спеціальними заходами щодо охорони праці і здоров'я жінок, встановленням пенсійних пільг; створенням умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материн-

ством; правовим захистом, матеріальною і моральною підтримкою материнства і дитинства, включаючи надання оплачуваних відпусток та інших пільг вагітним і матерям.

Також, у КЗпП України визначено поняття трудового договору. Так, відповідно до ст. 21 КЗпП України трудовим договором є угода між працівником і власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом чи фізичною особою, за якою працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, а власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган чи фізична особа зобов'язуються виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін.

Працівник має право реалізувати свої здібності до продуктивної і творчої праці шляхом укладення трудового договору на одному або одночасно на декількох підприємствах, в установах, організаціях, якщо інше не передбачено законодавством, колективним договором або угодою сторін.

Особливою формою трудового договору є контракт, у якому строк його дії, права, обов'язки і відповідальність сторін (у тому числі матеріальна), умови матеріального забезпечення та організації праці працівника, умови розірвання договору, у тому числі дострокового, можуть встановлюватися угодою сторін. Сфера застосування контракту визначається законами України.

За законодавством про працю трудовий договір може бути: безстроковим, що укладається на невизначений строк; на визначений строк, встановлений за погодженням сторін; таким, що укладається на час виконання певної роботи. Строковий трудовий договір укладається у разі, коли трудові відносини не можуть бути встановлені на невизначений строк з урахуванням характеру наступної роботи або умов її виконання, або інтересів працівника та в інших випадках, передбачених законодавчими актами.

Нормами законодавства про працю забороняється необґрунтована відмова у прийнятті на роботу. Відповідно до Конституції України будь-яке пряме або непряме обмеження прав чи встановлення прямих або непрямих переваг під час укладення, зміни та припинення трудового договору залежно від походження, соціального і майнового стану, расової та національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, членства у професійній спілці чи іншому об'єднанні громадян, роду і характеру занять, місця проживання не допускається.

При цьому вимоги щодо віку, рівня освіти, стану здоров'я працівника можуть встановлюватися законодавством України.

Відповідно до ст. 24 КЗпП України під час укладання трудового договору громадянин зобов'язаний подати паспорт або інший документ, що посвідчує особу, трудову книжку (у разі наявності) або відомості про трудову діяльність з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування, а у випадках, передбачених законодавством, — також

документ про освіту (спеціальність, кваліфікацію), про стан здоров'я, відповідний військово-обліковий документ та інші документи.

З метою захисту як трудових прав, так і права на соціальний захист працівника нормами трудового законодавства встановлено вимогу, відповідно до якої працівник не може бути допущений до роботи без укладення трудового договору, оформленого наказом чи розпорядженням власника або уповноваженого ним органу, та повідомлення центрального органу виконавчої влади з питань забезпечення формування та реалізації державної політики з адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування про прийняття працівника на роботу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. З метою захисту життя та здоров'я працівника забороняється укладення трудового договору з громадянином, якому за медичним висновком запропонована робота протипоказана за станом здоров'я.

Працівник повинен виконувати доручену йому роботу особисто і не має права передоручати її виконання іншій особі, за винятком випадків, передбачених законодавством. У свою чергу, роботодавець не має права вимагати від працівника виконання роботи, не обумовленої трудовим договором.

За результатами аналізу норм трудового законодавства до основних ознак трудових відносин слід віднести такі [9]:

- впливають із суті та змісту права на працю;
- обумовлені здатністю людини до праці (найманої праці);
- мають індивідуально-правовий характер;
- формуються на підставі трудового договору (між працівником та роботодавцем);
- працівник у трудових відносинах здійснює трудову функцію та інші обов'язки за трудовим договором;
- мають оплатний характер;
- виникають незалежно від наявності між працівником та роботодавцем інших правових зв'язків (наприклад відносин власності, корпоративних відносин тощо);
- регулюються нормами актів трудового законодавства (законодавства про працю), актів соціального партнерства, локальних нормативних актів;
- виконуються в певному специфічному режимі (з дотриманням внутрішнього трудового розпорядку);
- передбачають оптимальне поєднання робочого часу, часу відпочинку, трудової дисципліни та охорони праці;
- працівники в межах таких відносин включаються до складу трудового колективу (колективу працівників);
- припиняються з припиненням трудового договору;
- виступають суспільно-правовою основою для виникнення інших відносин, які становлять предмет трудового права.

Специфічним видом трудових відносин є службово-трудова відносина, які пов'язані з реалізацією гарантованого ст. 38 Конституції України права на державну

службу, зайняттям особою так званих політичних посад, посад на державній службі або службі в органах місцевого самоврядування [1]. Державний службовець — це громадянин України, який займає посаду державної служби в органі державної влади, іншому державному органі, його апараті, одержує заробітну плату за рахунок коштів державного бюджету та здійснює встановлені для цієї посади повноваження, безпосередньо пов'язані з виконанням завдань і функцій такого державного органу, а також дотримується принципів державної служби.

Отже, вступивши у трудові чи службово-трудові відносини, працівник або державний службовець забезпечує собі доступ до трудових прав. Одним із трудових прав є право на відпочинок.

Список використаної літератури

1. Іншина М.І., Костюка В.Л., Мельника В.П. (ред.) (2016) Трудове право України: підручник. Київ: Центр учбової літератури. shron1.chtyvo.org.ua/Vyshnovetska_Svitlana/Trudove_pраво_Ukrainy.pdf?PHPSESSID=1072eg51m92627onphavjq69q3.

В.В. Цимбал

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Право на соціальне забезпечення

Наявність системи обов'язкового соціального страхування, адаптованої до сучасних соціально-економічних умов, на випадок тимчасової непрацездатності для зайнятого в економіці населення означатиме компенсацію втраченого заробітку (доходу) в межах, порівнянних з прожитковим мінімумом, у перспективі — гідний рівень життя, усвідомлення своєї відповідальності за стан власного здоров'я, появу відчуття впевненості, захищеності. Для роботодавця наявність інституту обов'язкового соціального страхування у разі тимчасової непрацездатності означатиме визначення мінімального стандарту захисту працівника у разі втрати ним працездатності, дотримання якого для роботодавця є обов'язковим. Тариф страхових внесків, розрахований залежно від рівня соціального ризику, сприятиме зацікавленості роботодавця у створенні умов праці, що знижують вірогідність втрати працездатності, а отже, і тариф страхових внесків. Для суспільства існування системи відновлення до прийнятних розмірів втраченого заробітку (доходу) через непрацездатність означатиме зменшення кількості людей, які мають незадоволені потреби, запобігання злидням. У межах обов'язкового соціального страхування у разі тимчасової непрацездатності збереження профілактичного санаторно-курортного лікування працівників сприятиме поліпшенню здоров'я

працездатного населення, нації загалом, що, у свою чергу, дозволить якнайповніше використувувати потенціал осіб, які працюють, підвищити ефективність виробництва. Крім того, створюватимуться умови для демократизації суспільства, оскільки здорова, впевнена в собі та у своєму майбутньому людина є активним громадянином, який реалізує свої права та виконує свої обов'язки.

Основою розробки сукупності принципів правового інституту допомоги з тимчасової непрацездатності можуть бути принципи права соціального забезпечення. У зв'язку з відсутністю загального кодифікованого акта, що регулює відносини соціального забезпечення, чітко виділити принципи права в цій сфері не можливо. У регулюванні суспільних відносин із соціального забезпечення знаходять прояв усі групи правових ознак: загальноправові, міжгалузеві, галузеві та внутрішньогалузеві. Загальноправові впливають із положень Конституції [1].

До міжгалузевих принципів належать ті, які найбільше характерні для галузей, близьких одна до одної за змістом правових норм, що регулюють суспільні відносини. Право соціального забезпечення найближче пов'язане з такими галузями права, як трудове, сімейне. Тому загальними для них є такі принципи: забезпечення гідного життя та розвитку людини, забезпечення державної підтримки сім'ї, материнства, батьківства та дитинства, інвалідів та громадян літнього віку, заборона примусової праці та ін.

Тимчасова непрацездатність підтверджується формуванням одного або сукупністю декількох медичних висновків, пов'язаних між собою через посилання на запис у Реєстрі про попередній медичний висновок у межах однієї категорії медичних висновків, та триває безперервно від початку визначеного захворювання, травми або інших причин з можливим продовженням в одного або послідовно в декількох суб'єктів господарювання до завершення дії останнього медичного висновку або до початку дії нового медичного висновку з відміткою про початок нового випадку тимчасової непрацездатності в межах такої ж категорії, що формується з приводу нового захворювання, травми або інших причин, які не пов'язані та не є наслідками попереднього. Тимчасова непрацездатність обраховується в календарних днях [2].

У багатьох випадках держава встановлює межі компенсації ризику. Так, у рамках обов'язкового соціального страхування на випадок тимчасової непрацездатності та у зв'язку з материнством цей механізм вибудовано так, щоб у разі якщо особа здійснює трудову діяльність упродовж меншого часу, ніж встановлена тимчасова тривалість, або заробіток перевищує певний рівень, або особа допускає порушення, то допомога не компенсує втрачений заробіток повністю.

На період, коли людина зі встановлених причин не може виконувати свої обов'язки на роботі, за нею не тільки зберігається її посада, а й призначається допомога.

Предмет права соціального забезпечення становлять відносини, створені для захисту від соціальних ризиків. Якщо, наприклад, громадянин втрачає працездатність у результаті професійного захворювання, попередити яке в системі управління професійними ризиками не вдалося (у працівника встановлено стійку втрату професійної працездатності), то саме через реалізацію права на соціальне забезпечення йому буде надано необхідну допомогу (допомога з тимчасової непрацездатності, страхові виплати, медична допомога тощо), що дозволить відновити втрачене здоров'я, а також задовольнити життєво важливі потреби.

Слід зазначити, що з основними нині посилюється значення інших функцій права, серед яких можна назвати пізнавальну і виховну. Для права соціального забезпечення пізнавальна функція є значущою у зв'язку з тим, що, освоюючи норми цієї галузі права, людина більше дізнається про свої права та обов'язки в цій сфері. Держава, гарантуючи соціальні виплати особам, щодо яких реалізувався соціальний ризик, далеко не завжди забезпечує інформацією про права та обов'язки громадян у цій сфері. Майже всі соціальні виплати зазвичай носять заявний характер, без волевиявлення фізичної особи суб'єктивне право не може бути реалізовано.

Відсутність необхідних знань стосується всіх етапів правового регулювання соціального забезпечення. По-перше, громадяни не завжди орієнтуються в тому, які обставини вважатимуться реалізацією соціального ризику, що дозволяє звертатися за соціальним забезпеченням. По-друге, вони слабо орієнтуються у способах захисту від соціальних ризиків: не знають, які подання можуть бути надані в тому чи іншому випадку, як можна реалізувати своє право в цій сфері.

Проявом виховної функції у праві соціального забезпечення вважатиметься закріплення в законодавстві певних правових наслідків, які відображатимуться у ступені захисту від соціального ризику, якщо громадянин не докладає необхідних зусиль для його недопущення чи своїми діями не сприяє його подоланню. З цих позицій логічним є закріплення правила про те, що підставою для зниження розміру допомоги з тимчасової непрацездатності є порушення громадянином без поважних причин у період тимчасової непрацездатності режиму, запропонованого лікарем. Відповідно до ст. 10 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадяни зобов'язані піклуватися про збереження свого здоров'я, а отже, й дотримуватися режиму лікування, у тому числі визначеного на період їх тимчасової непрацездатності.

Україна ще не модернізувала своє законодавство про працю та соціальне забезпечення, а працівники здійснюють свою трудову діяльність в умовах воєнного стану. Тому можна виокремити проблеми, пов'язані з роботою в довоєнний період у контексті тимчасової втрати працездатності, та ті, що зумовлені агресією росії проти України. Зокрема, йдеться про таке:

- 1) у сучасному світі люди не хочуть працювати, але хочуть отримувати заробітну плату або допомогу з тимчасової непрацездатності. Тому вони вчиняють

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

такі дії, як навмисне завдання шкоди своєму здоров'ю з метою ухилення від роботи або інших обов'язків або симулювання захворювання;

- 2) у деяких працівників непрацездатність виникає через вживання алкоголю, наркотиків або настає внаслідок дій, вчинених у такому стані;
- 3) непрацездатність працівника настає внаслідок вчинення ним кримінальних дій;
- 4) більшість працівників йде на лікарняний і при цьому порушує режим, запропонований лікарем, без поважних причин (не з'являється на прийом до лікаря в зазначений термін без поважної причини; не приходять на огляд медико-соціальної експертної комісії);
- 5) роботодавець має виплачувати працівникові допомогу з тимчасової непрацездатності у вигляді і на умовах, встановлених вітчизняним законодавством на національному рівні, навіть якщо працівник здійснив прогул перед настанням тимчасової непрацездатності;
- 6) на початку листопада 2021 р. для освітян і окремих держслужбовців, соціальних працівників і робітників стратегічних підприємств було встановлено обов'язковість вакцинації від COVID-19. Для тих, хто не вакцинувався, лист непрацездатності не передбачений. На нашу думку, це порушення конституційних прав людини й потребувало приведення у відповідність із чинним законодавством.

Вирішити вказані проблеми можна наступним чином:

- 1) у разі навмисних дій виплачена допомога з тимчасової непрацездатності працівнику стягується з нього в судовому порядку. Якщо працівник буде завдавати шкоди своєму здоров'ю з метою ухилення від роботи чи інших обов'язків або симулювати захворювання повторно, то з кожним наступним разом він позбавлятиметься певного відсотка від своєї допомоги з тимчасової непрацездатності, доки відсоток допомоги не наблизиться до мінімального (50%);
- 2) іноді стан алкогольного сп'яніння стає однією з причин нещасного випадку на виробництві, внаслідок якого працівник отримує каліцтво або інше ушкодження здоров'я під час виконання ним обов'язків за трудовим договором. Нормативні акти роз'яснюють, що пошкодження здоров'я, єдиною причиною якого за висновком закладу охорони здоров'я стало алкогольне або наркотичне сп'яніння (отруєння) працівника, не пов'язане з порушенням технологічного процесу, підлягає розслідуванню та кваліфікується як нещасний випадок, не пов'язаний з виробництвом, з оформленням про нещасний випадок на виробництві довільної форми. Виплата допомоги з тимчасової непрацездатності у такому разі не проводиться;
- 3) у разі кримінальних дій працівник зовсім позбавляється допомоги з тимчасової непрацездатності. Це не стосується осіб, засуджених до виправних робіт, яким допомога видається на загальних підставах. При цьому працівники, які відбувають покарання за місцем колишньої роботи, отримують допомогу з тимчасової непрацездатності в розмірах, що визначаються за стажем до по-

чатку відбування цього покарання і обчислюються із заробітку за вирахуванням утримань, призначених рішенням суду;

- 4) якщо працівник порушив запропонований режим лікування або не з'явився до лікаря на огляд, то може бути відзначено: «недотримання запропонованого режиму», «невчасна явка на прийом до лікаря», «вихід на роботу без виписки», «самовільне залишення стаціонару». За наявності такої позначки на лікарняному працівник має дати письмове пояснення про причину порушення режиму лікування. Допомогу в такому разі потрібно знижувати за повний календарний місяць з дня, коли було допущено порушення, та до закінчення хвороби. Тобто, допомога знижується не за весь термін непрацездатності;
- 5) дію наказу від 04.10.2021 р. № 2153 «Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням» [3] зупинено до завершення воєнного стану в Україні згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я від 25.02.2022 р. № 380.

Серед проблем, пов'язаних із запровадженням воєнного стану, можна виділити наступні:

- 1) не всі пацієнти уклали декларації з лікарями та не зареєстровані в Національній службі здоров'я України. Також вимушено евакуювалися за кордон багато медичних працівників. Тому виникла велика кількість питань під час створення лікарняних листків;
- 2) на початку війни не працювали необхідні для нарахування реєстри, зокрема Пенсійного фонду України, що унеможливило відповідні нарахування;
- 3) через бойові дії, проблеми з логістикою і технічні обмеження створення електронних лікарняних або видача паперових листків непрацездатності можуть бути ускладнені;
- 4) листи непрацездатності працівникам, з якими через війну призупинили трудовий договір, має профінансувати росія. Однак конкретного механізму досі не сформовано.

В умовах ринкової економіки великої значущості набуває захищеність громадян у галузі обов'язкового соціального страхування на випадок тимчасової непрацездатності. Має бути сформовано дієвий механізм захисту інтересів працівників у разі тимчасової непрацездатності. Основні елементи цього механізму мають допомогти законодавцю у вдосконаленні законодавства у сфері соціального забезпечення, створенні науково обґрунтованих норм про обов'язкове соціальне страхування на випадок тимчасової непрацездатності, які суттєво полегшать правозастосовну діяльність, сприятимуть стабільності та справедливості в регулюванні забезпечення у разі тимчасової непрацездатності, відповідатимуть потребам сучасного суспільства та створюватимуть необхідні умови для реалізації законних прав й інтересів зайнятого в економіці населення.

Список використаної літератури

1. Коментар до Конституції України (1996) Київ: Інститут законодавства Верховної Ради України.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.06.2021 р. № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки». zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0728-21#Text.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.10.2021 р. № 2153 «Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням». zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1306-21#Text.

С.В. Цісарж

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Аналіз проблем державного управління у сфері соціальних послуг

Протягом останніх років система державного управління у сфері соціальних послуг в Україні зазнає змін. Так, з 1 січня 2020 р. набув чинності новий Закон України «Про соціальні послуги». Він містить класифікації соціальних послуг за низкою ознак: за їх призначенням; типами; місцем надання; тривалістю; екстреністю; добровільністю. Згідно із цим законом передбачено, що міські державні адміністрації, районні, виконавчі органи сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад забезпечують надання базових соціальних послуг.

Згідно із Законом України «Про соціальні послуги» [1] такі послуги розуміють як дії, спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, подолання таких обставин або мінімізацію їх негативних наслідків для осіб/сімей, які в них перебувають (ст. 1). У самому визначенні вже вказано на певну диференціацію послуг за їх призначенням. Законом також визначено поняття «складні життєві обставини», до яких віднесено обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа/сім'я не може подолати самостійно, а також чинники, що можуть зумовити складні життєві обставини. Ст. 1 містить чинники, що можуть зумовити складні життєві обставини: похилий вік; часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті; невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування; психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин; інвалідність; малозабезпеченість особи; поведінкові розлади у дітей через розлучення батьків; ухилення батьками або особами, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків з виховання дитини; втрата соціальних зв'язків, у тому числі під час перебування в місцях позбавлення волі; жорстоке поводження з дитиною; насильство за ознакою статі; домашнє насильство; потрапляння в ситуацію торгівлі

людьми; шкода, завдана пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією.

Згідно зі ст. 15 розроблено реєстр надавачів соціальних послуг. Цей реєстр працює в тестовому режимі вже протягом двох років. Його робота нами на цей момент не визначена ефективною [1].

Також слід зазначити, що законодавством зовсім не встановлено чітких умов отримання кожної соціальної послуги. Левова частка соціальних послуг є комплексною й потребує високої кваліфікації від надавачів. Також, незважаючи на вказані трансформації, наявна в країні система державного управління у сфері соціальних послуг демонструє свою неефективність, недостатність, недосяжність для громадян, які потребують допомоги і, як результат, виступає однією з причин стримування модернізаційних процесів та системних перетворень у цій сфері. Особливо це стосується її структури, фінансування та кадрового апарату. Також варто відмітити неефективність системи взаємодії органів державної влади на центральному, регіональному та місцевому рівнях.

У сучасному українському суспільстві, як ніколи раніше, актуальною є потреба у всебічній підтримці соціально незахищених верств населення та комплексній програмі надання соціальних послуг особам та/або сім'ям, які потрапили у складну життєву ситуацію та не можуть самотійно її подолати [3].

У вітчизняній науці вивченню особливостей надання соціальних послуг присвячено роботи Н. Гаєвої, Я. Белєвцова, В. Когута, І. Миговича, В. Скуратівського, О. Слобожан, В. Ротар, Т. Черкашиної та багатьох інших. Для прикладу, Я. Белєвцова зазначає, що соціальні послуги — «це вид діяльності, яка спрямована на задоволення основних соціальних потреб людини, попередження та подолання складних життєвих обставин, які вона не здатна розв'язати самотужки, з метою покращення її життєдіяльності, допомоги в соціальній адаптації, повернення до самотійного життя» (Белєвцова Я., 2011).

В Україні всім пацієнтам гарантовано доступ до медичних послуг. Проект програми медичних гарантій (ПМГ) було розроблено Національною службою здоров'я України (НСЗУ) і затверджено Кабінетом Міністрів України [2]. НСЗУ — центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за ПМГ. Ця структура є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення. Програму було розроблено на основі таких критеріїв, як потреба пацієнтів у медичних послугах, результативність методів лікування. Також програма визначає перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які гарантовані пацієнтам та будуть оплачені з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. Оператором програми медичних гарантій є НСЗУ.

Усі дані про пацієнтів згідно з реформою охорони здоров'я внесено до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) [2]. Вона є двокомпонентною системою, яка містить медичні дані, що раніше зберігалися в паперових картках па-

цієнтів та в документах лікарів. Завданням ЕСОЗ є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією.

Одним із принципів розробки програми медичних гарантій є пріоритизація. Міністерство охорони здоров'я затвердило Наказ «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023–2025 роки» [6]. Серед них первинна медична допомога, амбулаторні послуги, у тому числі інтеграція супроводу й лікування хворих на психічні розлади на рівні надавачів послуг первинної медичної допомоги, організація обов'язкових медичних оглядів; екстрена медична допомога та медицина катастроф; надання якісних та доступних медичних послуг пацієнтам у невідкладних станах; трансплантація анатомічних матеріалів людини та доступність послуг із трансплантації; якісні та доступні медичні послуги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та дітям віком до 5 років, здійснення розширеного неонатального скринінгу, заходів раннього втручання; допоміжні репродуктивні технології; охорона психічного здоров'я та психологічна підтримка; послуги з реабілітації у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи все перераховане вище, в Україні працює сучасна система охорони здоров'я, яка здатна нівелювати слабкі місця наявної системи соціальних послуг і забезпечити процес їх надання більш ефективно та кваліфіковано.

Виявлено, що наразі актуальним питанням є пошук шляхів удосконалення системи державного управління у сфері соціальних послуг, наявні проблеми, пов'язані з інформаційно-аналітичним забезпеченням у цій сфері. Аналіз нинішнього стану регулювання і надання соціальних послуг в Україні дозволив сформулювати основні напрями удосконалення системи державного управління в цій сфері, а саме: соціальні послуги мають бути включені до ПМГ НСЗУ. Також необхідно переглянути умови надання соціальних послуг у розрізі ПМГ, інтегрувати реєстр надавачів та отримувачів таких послуг до ЕСОЗ, створити прозорі та ринкові умови контрахтування надавачів соціальних послуг.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про соціальні послуги» (2019) Відомості Верховної Ради України, № 18: 73.
2. Національна служба здоров'я України. nszu.gov.ua.
3. Радиш Я.Ф. (2009) Державне управління в Україні: стан, проблеми та тенденції розвитку (за матеріалами експертної доповіді Національного інституту стратегічних досліджень). Буковинський вісник державної служби та місцевого самоврядування, № 1: 11–12. www.cppk.cv.ua/i/1131228.pdf.
4. Дерлоу Д. (2001) Ключові управлінські рішення. Технологія прийняття рішень: монографія: Пер. з англ. Київ: «Всеувиго», «Наукова думка». 242 с.
5. Малиновський В.Я. (2013) Стан і перспективи адміністративної реформи в Україні Наукові праці: науковометодичний журнал, Вип. 200, Т. 212. Політологія: 18–22. lib.chdu.edu.ua/pdf/naukprac/politics/2013/2122003.pdf.

Р.Н. Шалько

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Керівник кадрів у сфері охорони здоров'я України — професійний відбір чи необхідність

На сучасному етапі розвитку українського суспільства все гостріше постає проблема забезпечення надійності функціонування всіх ланок управлінських та виконавчих структур, що перш за все залежить від готовності та спроможності персоналу на належному рівні виконувати свої професійні обов'язки. У зв'язку із цим особливого значення набуває завдання створення ефективної системи забезпечення надійності персоналу, що полягає в здатності працівників якісно, з дотриманням вимог чинного законодавства, службової дисципліни та стандартів професійної етики виконувати свої функціональні обов'язки. Саме відсутність такої системи негативно позначається на виконанні головного завдання кадрових органів — забезпеченні високого рівня професіоналізму персоналу [5].

Для України, яка сьогодні захищає свою державність, активно здійснює заходи задля вступу до Європейського Союзу, практичним питанням є необхідність формування й розвитку професійного, ефективного, якісного, перспективного складу керівних кадрів у сфері публічної служби.

На нашу думку, для цілісного з'ясування поняття та основних характеристик професійного відбору керівних кадрів необхідно визначити зміст і роль таких ключових категорій, як «керівник», «професійний розвиток», «розвиток професійних компетенцій (РПК) керівника» [3].

Більшість учених у сфері публічного управління вважають, що керівник — центральна управлінська фігура в системі діяльності організації, яка володіє спеціальними знаннями, навичками та уміннями, призначається адміністративним органом як найбільш авторитетна особа з правом здійснювати керівництво трудовою діяльністю і соціальним розвитком організації [12]. Керівництво ж, у свою чергу, — це діяльність керівника (начальника) для спрямування зусиль колективу, групи, особи на виконання загальних завдань організації і водночас — компонент ефективного управління [10].

Враховуючи те, що зміст поняття «компетентність» є похідним від терміна «компетенція», потреба в зосередженні уваги на посиленні компетентності лідерів, якими мають бути сучасні керівники, посилена постійними змінами середовища, що в таких умовах стає фундаментом подальшого успіху [7, 11]. Варто враховувати, що застосування компетенцій стало фундаментом усього сучасного менеджменту — це невід'ємна частина кадрової політики (відбір кадрів, їх оцін-

ка та атестація, аналіз потреб у навчальній підготовці та під час розробки навчальних програм) [1].

Слід також зауважити, що «кваліфікаційна характеристика певного керівника дає інформацію про прийняття управлінських рішень, але не дає відповіді на питання, чи в змозі даний керівник мобілізувати свій колектив на виконання поставлених перед ним завдань» [15], що є основним обов'язком кожного керівника, який відповідає не лише за результати своєї праці, а й несе юридичну відповідальність перед інстанцією, що його призначила, за організацію продуктивної діяльності керованого ним колективу [4].

РПК слід розглядати як інтегративне та системне поняття, що включає низку взаємопов'язаних аспектів, які не протиставляються один одному, а відображають його багатозначність. РПК керівних кадрів є синонімом не тільки професійного розвитку людини, а й розвитку професії керівника у сфері державної служби, що передбачає процес підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників як у спеціальних навчальних закладах, так і на робочому місці, з метою виконання нових виробничих функцій, завдань і обов'язків на нових посадах [8, 9].

Професійний відбір — це комплекс засобів, які дозволяють виявити осіб, найбільш придатних за своїми індивідуально-психологічними якостями й здібностями до навчання та подальшої діяльності за конкретною спеціальністю. Сутність професійного відбору кандидатів до роботи в небезпечних умовах праці полягає в комплексній оцінці їхніх фізичних та психологічних властивостей за допомогою певної системи заходів [2].

Медичний відбір полягає у виявленні тих осіб, стан здоров'я і рівень фізичного розвитку яких дозволяє успішно та у відведені чітко регламентовані терміни опанувати ту спеціальність, для якої проводиться відбір, а також надійно і ефективно працювати за цією спеціальністю протягом тривалого часу без шкоди для здоров'я [3].

Освітній, соціально-психологічний, психофізіологічний відбір сприяють використанню професійних навичок у реальних умовах [4, 8].

Професійний відбір здійснюється шляхом визначення професійно значущих якостей. З урахуванням уявлення про методологічні основи професійного відбору можна сформулювати принципи, які визначають зміст та послідовність реалізації засобів професійного відбору спеціалістів [5].

Реалізація принципу базується на всебічному вивченні особистості кандидатів, а рішення щодо професійної придатності приймається з урахуванням психічних, психофізіологічних, освітніх, соціальних характеристик та стану здоров'я [13].

Принцип етапності відбору полягає в послідовності вивчення особистості з виведенням відповідних критеріїв на етапах соціально-психологічного, психофізіологічного та медичного відбору, а також узагальнювального висновку (результату) [14].

Отже, поняття професійного відбору керівних кадрів є комплексним і включає значну кількість психофізичних, психічних і особистісних якостей та здібностей людини, що зумовлює її професійну компетентність. Основні характеристики такого відбору мають ґрунтуватися на основоположних принципах, які забезпечуватимуть якість управління керівними кадрами.

Список використаної літератури

1. Авраменко Т.П. (2012) Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. Київ: НІСД. 35 с.
2. Васюк Н.О. (2012) Світовий досвід підготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я (огляд літературних джерел). Державне управління, № 1: 21–26.
3. Вороненко Ю.В. (2008) Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, № 3 (3): 38–40.
4. Вороненко Ю.В., Мегедь В.П. (2009) Кваліфікаційні вимоги та професійна модель сучасного керівника військово-медичної служби. Укр. мед. часопис, № 1: 1–6.
5. Децик О.З., Кольцова Н.І. (2012) Готовність керівників медичних закладів до управління змінами в системі охорони здоров'я. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, № 2–3 (18–19): 100–104.
6. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208. zakon2.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF.
7. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я, Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html.
8. Журавель В.І., Журавель В.В., Ткачук Т.Ю., Гульчій О.П. (2012) Кадрова політика в системі медичної допомоги. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, № 1 (17): 155–156.
9. Авраменко Т.П. (2012) Кадрова політика у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД. 35 с.
10. Білінська М.М., Васюк Н.О., Радиш Я.Ф., Рожкова І.В. (2013) Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. Київ: НАДУ, ч. 1: 284–319.
11. Карамішев Д.В., Федак Н.М. (2011) Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління, № 3 (34): 1–8.
12. Карамішев Д.В. (2008) Перетворення в системі охорони здоров'я з позиції управліня і громадянина. Здоров'я України, № 15–16 (196–197): 66–67.
13. Карамішев Д.В., Федак Н.М. (2011) Реалізація державної політики щодо професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я. www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vamsu_du/2011_1/Kar_Fed.htm.
14. Карамішев Д.В. (2006) Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: [Моногр.] Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр». 304 с.
15. Князевич В.М., Жаліло Л.І. (2015) Європейське спрямування змісту підготовки кадрів управління охороною здоров'я. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 22 квіт. 2015 р.). ДКС Центр, с. 49–53.

В. Шкарбан

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я

У Європі та в інших промислово розвинених та інституційно утверджених країнах світу впродовж тривалого часу напрацьовуються й реалізуються головні прийоми щодо створення систем державного управління охороною здоров'я і формування інституційного простору життєдіяльності особи за обставин якісних медичних послуг, комфортного навколишнього середовища, доступності заходів оздоровлення та гарантування здорового й активного стилю життя. Створення подібного інституційного базису пройшло тривалий процес становлення та триває й до сьогодні. Міжнародні формування, які функціонують у галузі охорони здоров'я, мають ухвалювати нормативну документацію із зазначених питань. За результатами аналізу головних документів, ухвалених Європейським бюро ВООЗ і у структурі Організації Об'єднаних Націй, можна зробити висновок про те, що головні шляхи інституційних трансформацій та реформ у системі державного управління цієї сферою збігаються з концептуальними тезами вказаних документів. З-поміж головних інституційних правил ми дослідили наступні: Європейську конвенцію про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953 р.), Алма-Атинську декларацію (Алма-Ата, 1978 р.), Оттавську хартію зі зміцнення здоров'я (Оттава, 1978 р.), Європейську хартію прав пацієнтів (Амстердам, 1994 р.), Люблінську хартію вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996 р.), Талліннську хартію (Таллінн, 2008 р.), Європейську політику «Здоров'я–2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012 р.). Велика кількість документів, постанов, рішень, декларацій відповідних медичних формувань, що мають відношення до певних галузей протистояння негативним факторам у секторі захворюваності, відіграють значну роль для конкретних галузей медицини та, безумовно, становитимуть базис для наукових вивчень та практичної діяльності національних організаторів системи охорони здоров'я в перспективі.

Серед основних документів, що формують інституційну основу системи охорони здоров'я, слід виокремити Алма-Атинську декларацію [1]. Її було прийнято під час Міжнародної конференції щодо первинної медико-санітарної допомоги, яка проходила під егідою ООН в Алма-Аті 12 вересня 1978 р. Основна спрямованість Декларації — закріплення провідного значення первинної медико-санітарної допомоги.

В Оттаві в 1986 р. було проведено 1-шу Міжнародну конференцію зі зміцнення здоров'я, за результатами роботи якої прийнято Оттавську хартію

зі зміцнення здоров'я. Відповідно до Оттавської хартії у світі починається робота щодо пропаганди здорового способу життя [2].

Одним із головних документів, який формує інституційні засади управління системою охорони здоров'я в провідних країнах світу, зокрема в країнах Європи, є Талліннська хартія, яку було прийнято в процесі проведення Європейської міністерської конференції ВООЗ щодо систем охорони здоров'я: «Системи охорони здоров'я для здоров'я та безпеки» [3]. У ході конференції учасниками було проголошено наступні фундаментальні підходи, на яких мають базуватися системи охорони здоров'я в усіх країнах Європи: інвестиції в здоров'я — це внесок у розвиток людського потенціалу, соціальне благополуччя та економічний достаток людей; сьогодні є неприпустимим, щоб люди перебували за межею бідності внаслідок погіршення здоров'я; системи охорони здоров'я — це більше, ніж надання медичної допомоги, вони також передбачають попередження захворювань, поліпшення здоров'я, а також всебічне сприяння процесу відображення проблем охорони здоров'я в політиці інших секторів економіки та суспільного розвитку; системи охорони здоров'я, що чітко функціонують, є головною умовою поліпшення здоров'я та порятунку життя; системи охорони здоров'я повинні демонструвати високі показники діяльності [3].

Проблемам методологічних підходів до вдосконалення систем управління охороною здоров'я було присвячено Люблінську Хартію вдосконалення управління охороною здоров'я 1996 р. У Хартії визначено основні положення роботи над удосконаленням систем державного управління охороною здоров'я [3].

Значним інституційним доробком у сфері розвитку сучасних систем охорони здоров'я було представлення та затвердження в Амстердамі у 1994 р. Європейської Хартії прав пацієнтів. Ця Хартія є основою для ратифікації відповідних документів у всіх країнах Європейського Союзу [4].

Основні положення цієї хартії базувалися на нормах, що були вперше задекларовані в Парижі у 1953 р. в Європейській конвенції про соціальну та медичну допомогу й стосувалися питань та прав у сфері медичної допомоги репатрійованих осіб, мігрантів, що особливо важливим є для європейського регіону на сьогодні [5].

Головним документом останнього часу, який визначає інституційні основи розвитку системи охорони здоров'я, є розроблена європейська політика «Здоров'я–2020». Її було затверджено на сесії Європейського регіонального бюро ВООЗ у 2012 р. всіма 53 членами цієї організації. Ця політика є всеохопним документом, спрямованим на покращення здоров'я громадян Європейського Союзу. У статті В.В. Шафранського «Європейська політика «Здоров'я–2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів» подано детальний аналіз впливу цього документа на напрями реформування системи охорони здоров'я [6].

За результатами дослідження інституційно-правового забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, можна зробити наступні висновки:

- серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, зачатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають сили закону, але під час формування національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;
- серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові, як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я (Оттава, 1978), Європейська хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська хартія (Таллінн, 2008), європейська політика «Здоров'я–2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012);
- усі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн під час створення механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни системи фінансування медицини, системи оздоровлення та формування здорового способу життя, залучення інших видів ресурсів, крім фінансових;
- не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, норми ставлення до пацієнтів у всіх країнах мають базуватися на універсальних для всіх правах пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав у різних системах.

Список використаної літератури

1. Алма-Атинська декларація. zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_189.
2. Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я. boyarkaarchive.cspr.info/2008/09/ponyattya-zdorov.
3. Талліннська хартія. www.mifua.com/archive/article/5501.
4. Європейська Хартія прав пацієнтів. meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf.
5. Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу. zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_649.
6. Шафранський В.В. (2016) Європейська політика «Здоров'я–2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів. Економіка і право охорони здоров'я, № 1 (3): 44– 47.

I. Щуріна

Здобувачка магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Європейський досвід формування місцевих бюджетів

Дослідження формування та організації місцевих бюджетів у країнах Європи є важливим етапом створення ефективної системи місцевих бюджетів в Україні в умовах децентралізації.

У кожній країні законодавством передбачено свій адміністративний устрій. Крім того, в більшості держав спостерігаються відмінності в соціальних, економічних, навіть історичних умовах функціонування адміністративних одиниць, що формує взаємовідносини між усіма рівнями влади в окремій територіальній одиниці. Відповідно до цих відмінностей кожна країна в індивідуальному порядку вибудовує бюджетний процес. У цілому в зарубіжних державах можна виокремити два види організації бюджетних систем: унітаризм та федералізм [1].

Дослідник А.І. Бондаренко зазначає, що серед країн ЄС є держави, місцеві бюджети яких характеризуються високим рівнем фіскальної автономії, і країни, формування доходів місцевих бюджетів яких більшою мірою залежать від трансфертів, розподіл яких відбувається на центральному рівні. Причиною різних підходів до формування дохідної частини місцевих бюджетів країн — членів ЄС є їх орієнтованість у цьому питанні на один з двох принципів:

- принцип бюджетної еквівалентності, в основі якого лежить ідея фіскальної справедливості: доходи місцевих бюджетів мають бути пропорційними рівню податкового навантаження на жителів регіону чи адміністративно-територіальної одиниці;
- принцип національної солідарності, в основі якого лежить ідея фінансового вирівнювання на центральному рівні можливостей регіонів. Необхідність вирівнювання продиктована тим, що, по-перше, державою гарантовано надання соціальних послуг своїм громадянам на однаковому рівні, по-друге, низький рівень розвитку регіону тягне за собою зниження рівня ефективності переміщення капіталу, використання праці та інших економічних чинників. Крім того, внаслідок існування особливостей стягнення податкових платежів до місцевих бюджетів у різних регіонах виникає необхідність фінансового вирівнювання з центру регіональної диференціації податкових доходів [2].

Країнами, формування доходів місцевих бюджетів яких залежить від міжбюджетного вирівнювання, є Ірландія, Італія, Португалія, у яких трансферти становлять 60–80% у структурі доходів місцевих бюджетів. Так, в Італії та Нідерландах муніципалітети на 80% залежні від перерозподілу коштів з державного бюджету. При цьому в країнах ЄС державні трансферти надаються в трьох формах, а саме:

у вигляді дотацій, цільових субсидій (субвенцій) та через перерозподіл податкових доходів. При цьому, аналізуючи особливості фінансового вирівнювання в країнах Заходу, можна виділити такі підстави для запровадження міжбюджетних трансфертів:

- вертикальна фінансова розбалансованість;
- потреба в забезпеченні горизонтального балансу фіскальних надходжень;
- необхідність у гарантованому наданні суспільних благ;
- забезпечення політичної та макроекономічної стабільності.

Одним з важливих джерел наповнення місцевих бюджетів є субсидії, на які в Бельгії та Великобританії припадає 60% доходів місцевих бюджетів, у Данії та Німеччині — 45%, а у Франції — 30%. Слід зауважити, що цільові субсидії призначені для фінансування конкретно визначених проєктів та планів, тому можна говорити про контроль розвитку території (субвенції на фінансування проєктів розвитку соціальної та економічної інфраструктури в Італії та Німеччині) або обокретної сфери (субвенції на фінансування програм у сфері охорони здоров'я та освіти в скандинавських країнах, розвитку та підтримки поліції та виправних установ в Італії та Німеччині) з боку держави [3].

Як стверджує О.В. Корисєва, трансфертом, який дозволяє знизити рівень фінансової залежності органів місцевого самоврядування від управління з центру, є дотація, яка надається для покриття дефіциту місцевого бюджету. Цей вид трансферту широко використовується у функціонуванні бюджетної системи Бельгії, Великобританії, Німеччини та Франції. Зокрема, бюджети комун у Франції на 35% забезпечені за рахунок дотацій, департаментів — на 42% [3].

Країнами з високим рівнем фінансової автономії місцевих бюджетів є Австрія, Іспанія, Швейцарія та Швеція — 70–98%, у Фінляндії та Франції рівень фінансової автономії становить 55–70%. Фундаментом фінансової автономії місцевих бюджетів цих країн є місцеві податки та збори, а також надбавки до загальнодержавних податків, встановлених на місцевому рівні.

За результатами аналізу основних аспектів, які впливають на рівень податкової автономії місцевих бюджетів країн Європи, можна зробити такі висновки [4]:

- лише у восьми країнах органи місцевого самоврядування мають право самостійно встановлювати податкові ставки та визначати базу оподаткування під час оподаткування окремими податками та зборами. При цьому в податкових системах цих країн низька питома вага місцевих податків;
- натомість органи місцевого самоврядування в більшості європейських країн самостійно визначають граничні ставки податків на місцевому рівні (у Бельгії, Іспанії, Великобританії, Данії, Нідерландах, Швеції, Швейцарії та Фінляндії такі надходження забезпечують близько 84% податкових надходжень місцевих бюджетів, у Польщі, Норвегії, Чехії та Угорщині — 45%);

- практично в усіх країнах Європи існує практика пропорційного розподілу локальних податкових доходів між місцевими та центральним бюджетом, проте держав, у яких пропорцію розподілу визначають органи місцевого самоврядування, немає. Натомість у чотирьох країнах Європи така пропорція може бути змінена лише за умови погодження цих змін з місцевими органами влади;
- тільки в одній країні Європи (Португалії) на центральному рівні встановлюються граничні ставки локальних податків та визначається база оподаткування.

За критерієм формування податкових доходів місцевих бюджетів країни поділяють на три групи:

- країни з високим рівнем надходжень від оподаткування майна (Великобританія, Франція, Ірландія, Люксембург, Нідерланди та Португалія) [2];
- держави з високою питомою часткою податків на прибуток (Данія, Норвегія, Швеція);
- країни зі змішаними податковими доходами (Іспанія, Бельгія, Італія).

Ключовим податком, який надходить до місцевих бюджетів у державах Європи, є податок на доходи фізичних осіб. Так, у країнах Північної Європи питома вага податку становить $\frac{1}{3}$ всіх податкових надходжень місцевих бюджетів, у Люксембурзі — 93%, у Чехії — 82%, у Німеччині — 80%, у Бельгії — 62% [5].

Доцільно звернути увагу на роль місцевих податків та зборів у цій системі. Так, у Франції за рахунок місцевих податків та зборів дохідна частина місцевих бюджетів наповнюється на 60%, у Німеччині — на 45%, у Великобританії — на 36%. При цьому в європейських країнах розгалужена система місцевих податків та зборів: у Бельгії їх налічується близько 100, в Італії — 70, а у Франції — 50. У Великобританії існує лише один місцевий податок — подушний, проте, зважаючи на питому частку в доходах місцевих бюджетів, це один з найважливіших бюджетоутворювальних податків країни [6].

Таким чином, формування системи місцевих бюджетів у країнах Європи відбувалося на тлі децентралізаційних процесів, що забезпечило безпосередній вплив на рівень фінансової автономії таких бюджетів. Незважаючи на особливості організації системи місцевих бюджетів (формування їх дохідної частини та визначення видаткових повноважень, організація системи міжбюджетних трансфертів тощо), вона побудована на основі максимального наближення суспільних послуг до їх споживачів.

Список використаної літератури

1. Кузьмак О.М. (2021) Світовий досвід формування бюджетного потенціалу місцевих фінансів в умовах децентралізації. Економічний форум, 1(2): 135–141. doi.org/10.36910/6775-2308-8559-2021-2-17.
2. Бондаренко А.І. (2010) Вплив держави на формування місцевих бюджетів у країнах Європи. Теорія та практика державного управління, Вип. 4: 185–192.
3. Кориєва О.В. (2015) Європейський досвід формування матеріально-фінансової основи місцевого самоврядування. Юридичний науковий електронний журнал, № 1: 20–24.

4. Fandel P, Marišová E., Malatínec T., Lichnerová I. (2019) Decentralization Policies in Public Administration in Slovakia and the Czech Republic, and Their Impact on Building Offices' Scale Efficiency. *Administrative Sciences*, MDPI, Open Access Journal, vol. 9(4): 1–15. doi.org/10.3390/admsci90400898.
5. Полинюк Н.І. (2016) Зарубіжний досвід міжбюджетних відносин та можливість його використання в Україні. *Науковий вісник НЛТУ України*, Вип. 26.6: 269–275.
6. Разуваєва Д.В. (2014) Вітчизняний та зарубіжний досвід формування місцевих бюджетів. *Управління розвитком*, № 10 (173): 69–71.

О.А. Якименко

Здобувач магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Конституційний принцип поділу влади

Як один з основних видів юридичної діяльності законотворчість в Україні здійснюється в межах певних правових правил та процедур. Сучасну законотворчу діяльність в Україні має вирізнити її націленість на формування якісного закону, який має відповідати об'єктивним потребам суспільства та бути спрямованим на здійснення законопроектних та законодавчих функцій. Практика прийняття законів свідчить про слабкий контроль за дотриманням якості та термінів, лобювання відомчих інтересів, недостатньо глибокий аналіз запланованих ініціатив.

Законотворчий процес має два основні шляхи: створення нових законодавчих актів та внесення поправок до чинних. Перш ніж створити закон чи внести зміни, хтось має виступити з такою ініціативою. Право на таку ініціативу мають: Президент України, народні депутати України, Кабінет Міністрів України, Національний банк України. При цьому об'єктами такої ініціативи є: законопроекти, поправки, пропозиції, проекти актів. Процес їх подання та розгляду наведено на рисунку.

Законотворча діяльність має важливе значення для держави. Від того, наскільки справедливими та розумними будуть ухвалені закони, залежить доля всієї країни. В Україні існує складна та багатоступенева законотворча система, яка дозволяє відсіяти неякісні законопроекти. Проте основною проблемою законотворчої діяльності Верховної Ради України є занадто велика кількість зареєстрованих законопроектів (законодавчий спам), за даними досліджень Voxukraine, — найбільша в Європі. Переважна їх більшість не дійшла до розгляду в залі Парламенту, у тому числі й внаслідок несвоєчасного опрацювання в комітетах. Найбільше ініціаторів турбують питання податкової та митної політики. Так, у передвибірчий період кількість законодавчо-

го спаму зростає за рахунок популістських, не прийнятних з точки зору бюджету проєктів, які народні депутати свідомо реєструють задля отримання політичних дивідендів. Є й такі законопроєкти, які подаються лише задля блокування тієї чи іншої ініціативи, реформи тощо. Також у Верховній Раді IX скликання з'явилися народні депутати, які реєструють десятки різнопланових законопроєктів, які не відповідають ні профілю комітетів, у яких вони працюють, ні компетенціям [8]. Отже, на цьому етапі законодавчої ініціативи доволі актуальним є фільтрування таких документів та недопущення їх реєстрації й подальшого розгляду.

На ліквідацію цього явища було спрямовано рекомендації місії Європейського парламенту під головуванням Пета Кокса щодо внутрішньої реформи та підвищення інституційної спроможності Верховної Ради ще у 2016 р. (Дорожня карта щодо внутрішньої реформи та підвищення інституційної спроможності Верховної Ради України [9]), проте заходи щодо покращення роботи апарату та припинення законодавчого спаму так і не було впроваджено. У рекомендаціях П. Кокса введено таке поняття, як «якість законопроєкту» та залежно від його рівня визначено відповідні процедури щодо його реєстрації та розгляду.

Законодавчий спам паралізує роботу Парламенту, адже кожен із законопроєктів має пройти довгу бюрократичну законодавчу процедуру (рисунок). Так, розгляду проєкту в пленарній залі передує обговорення і доповнення у профільних комітетах (ПК). Розгляд законодавчих ініціатив до процесу обговорення передбачає й залучення зацікавлених сторін (стейкхолдерів) та експертного середовища. Проте внаслідок законодавчого спаму ця процедура може перетворитися на довготривалу, а сам законопроєкт при цьому застаріває.

Слухання у Верховній Раді України — одна з ключових форм роботи Парламенту та його комітетів, офіційний захід, під час якого народні депутати у стислій формі отримують інформацію з певних питань безпосередньо від структур виконавчої влади, представників громадськості та академічної спільноти, здійснюють стислий і ефективний інформаційний обмін [10]. Відповідно, основними результатами законотворчої діяльності Верховної Ради України є: прийняття законопроєкту за основу та доручення ПК (їх наразі є 23) підготувати його до другого читання; повернення законопроєкту суб'єкту законодавчої ініціативи на доопрацювання та підготовку до повторного першого читання; повернення законопроєкту з тією ж метою, але ПК; винесення законопроєкту на всенародне обговорення та доручення ПК за його результатами підготувати законопроєкт до повторного читання; відхилення законопроєкту.

Необхідною умовою життєдіяльності будь-якого суспільства, його існування та розвитку є влада. Влада відображає волю соціальних суб'єктів, яка здійснюється як обов'язкова, публічна і така, що підпорядковує всіх членів суспільства.

Влада забезпечує в суспільстві порядок, а саме: приведення поведінки суб'єктів у відповідність з нормами та цінностями, що діють у цій системі влади, відображає і захищає докорінні інтереси та сукупну волю соціальних суб'єктів і слугує засобом реалізації цих інтересів.

Влада є характерною ознакою суспільного життя, компонентом управління, що необхідний для взаємоузгодження волі і дій людей з метою спрямування їх діяльності на вирішення спільних завдань та досягнення спільних цілей.

- Влада як суспільне явище має структурний зміст, що дає змогу класифікувати її на основі таких ознак [6]: за сферою функціонування: політична, економічна, духовна тощо;
- за обсягом прерогатив: місцева, державна, регіональна, міждержавна;
- за суб'єктом влади: класова, народна тощо;
- за формально-структурними ознаками: демократія, олігархія, бюрократія тощо;
- за обсягом влади її носіїв: одноособова, колективна;
- за режимом правління: тоталітарна, авторитарна, деспотична, демократична.

Суттєвим є поняття про владу в широкому і вузькому розумінні. Широке включає всю систему влади, а вузьке — її організаційний аспект, функціональне владне повноваження, що виступає здебільшого у правовій формі.

У ст. 1 Конституції України наша держава задекларувала себе як суверенна і незалежна, демократична, соціальна, правова держава. Зі змісту цієї норми випливає, що найважливіше призначення держави полягає в тому, щоб, застосовуючи владний вплив, керувати суспільними справами. Сама сутність державної влади полягає в тому, що, відображаючи загальну волю громадян, вона справляє цільовизначальний, організаційний, регуляторний вплив на все суспільство.

Ст. 5 Конституції України визначає, що носієм суверенітету і єдиним джерелом влади в Україні є народ. Народ здійснює владу безпосередньо і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування.

Державна влада — це вид публічної політичної влади, що здійснюється державою, її органами; здатність держави підпорядковувати своїй волі поведінку людей, діяльність їх об'єднань, інституцій різних видів і характеру, що знаходяться на її території. У Конституції України правовій регламентації організації і функціонування державної влади, системи державних органів присвячено розділи: III — «Вибори. Референдум», IV — «Верховна Рада України», V — «Президент України», VI — «Кабінет Міністрів України. Інші органи виконавчої влади», VIII — «Правосуддя», XII — «Конституційний Суд України».

Отже, державна влада втілюється в діяльності органів державної влади через такі засоби її здійснення, як політика, адміністративні акти, правові форми, економічне стимулювання, ідеологічний вплив, способи примусу.

Список використаної літератури

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. (1996) Відомості Верховної Ради України, № 30. zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text.
2. Козюбра М.І. (ред.) (2021) Конституційне право: підручник. Київ: Ваіте. www.osce.org/files/f/documents/9/d/489959_0.pdf.
3. Кравченко В.В. (2002) Конституційне право України. Навчальний посібник. Київ: Атіка, 192 с.
4. Фрацький О.Ф. (2003) Конституційне право України. Підручник. Київ: Юрінком Інтер.
5. Конституція і розвиток принципів права України (метологічні питання). Дис. ... докт. юр. наук А.М. Колодій (1998). Київ.

М.В. Ямковий

Аспірант кафедри охорони здоров'я та публічного адміністрування
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Стратегічне планування надання медичної допомоги хворим в умовах воєнного стану

Система охорони здоров'я України проходить складні випробування через війну, яку на території суверенної держави розв'язала Російська Федерація. Воєнні дії не тільки негативно впливають на соціально-економічний розвиток держави, але й великим тягарем лягають на плечі громадян, які позбавлені можливості отримати медичні послуги на фоні погіршення стану здоров'я у зв'язку з постійними стресами та підвищенням артеріального тиску.

Станом на сьогодні через високий рівень ризиків — перебування в зоні воєнного конфлікту, окупації, бомбардування, втрата близьких та рідних — цивільне населення та військовослужбовці постійно перебувають у стресовій ситуації. Усе це призводить до негативних наслідків, які провокують різке підвищення артеріального тиску. Порушення мозкового кровообігу, і, як наслідок, інсульт, залишаються на сьогодні важливою медично-соціальною проблемою, зважаючи на значну поширеність та тяжкість наслідків, що часто зумовлюють інвалідизацію. Інсульт (англ. stroke) — гостре порушення мозкового кровообігу різної локалізації й протяжності, у результаті якого розвиваються деструктивні зміни в тканині мозку і з'являються стійкі симптоми його обмеженого ураження. Інсульт визначається як раптовий неврологічний дефіцит, що виникає внаслідок ішемії або геморагії в центральній нервовій системі. Інсульт, або порушення мозкового кровообігу, виникає в результаті порушення кровопостачання певних ділянок мозку, що призводить до ураження мозкової тканини на цій ділянці [1; 2]. Порушення кровопостачання при гострому порушенні мозкового кровообігу виникає внаслідок розриву, спазму або закупорки однієї із судин мозку. Виділя-

ють два типи інсульту: геморагічний (крововилив у мозок) і ішемічний (інфаркт мозку).

Особливо ця ситуація є небезпечною, якщо виникає на полі бою серед військовослужбовців. Дослідивши сучасний стан забезпечення військових препаратами для запобігання підвищенню артеріального тиску, ми з'ясували, що в індивідуальних аптечках відсутні відповідні препарати, а цей факт підвищує ризик геморагічного та ішемічного інсульту. Як показують останні статистичні дані, якщо раніше захворювання на інсульт вважалося хворобою людей віком від 45 років, то на сьогодні ця планка знизилася до 20 років. Це молоді люди, у яких попереду все життя, це соціально-трудовай та військовий потенціал держави. Відсутність відповідних препаратів, невчасне надання медичної допомоги призводять до незворотних наслідків та інвалідизації. І саме органи публічної влади, до функціональних обов'язків яких входить забезпечення права громадян на здоров'я та життя, повинні підключитися до боротьби із цією хворобою і розробити стратегію для максимального її запобігання [1; 4].

Стратегічне планування надання медичної допомоги хворим в умовах воєнного стану — це довгострокове планування на основі проміжних цілей. Стратегія визначається головною метою: збереження життя та здоров'я людини, яка знаходиться в зоні ризику, та проміжними цілями: вчасне медичне обслуговування, наповнення відповідними препаратами індивідуальної аптечки військовослужбовців та забезпечення необхідними препаратами цивільного населення. Усе це дозволить знизити статистику інсультів. Стратегічний план надання медичної допомоги хворим в умовах воєнного стану має чітко визначити, звідки взяти ресурси для досягнення цілей і як їх розподілити.

Зважаючи на вищезазначене, центральним органам публічної влади, зокрема Міністерству оборони України та Міністерству охорони здоров'я України, слід у взаємодії розробити комплексний стратегічний план щодо наповнення відповідними препаратами індивідуальних медичних аптечок як цивільного населення, так і військовослужбовців, провести роз'яснювальну роботу з керівниками військових підрозділів щодо реагування на стан здоров'я їх підлеглих та надання вчасної медичної допомоги з метою запобігання інсультам.

Список використаної літератури

1. Клименко О.В. (2013) Державне регулювання медичної діяльності у сучасному суспільстві: монографія. К.: Видавництво «Логос», 368.
2. Московко С.П. (2017) Динаміка артеріального тиску в найгострішому періоді мозкового інсульту. Прикарпатський вісник НТШ. Пульс, № 7 (43): 25–28.

3. Смотрицька Т.В., Костриков С.А. (2016) Вплив патології мілких судин головного мозку на мозкову тканину. Особливості нейровізуалізаційних характеристик головного мозку хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу на фоні лейкоараіозу. Вісник морфології, № 1, Т. 22: 120–125.
4. Прокопів М.М. (2020) Результати дослідження якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами. Економіка і право охорони здоров'я. № 2(12): 11–14.



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУ-
ВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

20 жовтня 2022 р.

Форма проведення: дистанційна.

Посилання на приєднання: приєднатися через Zoom:

<https://us02web.zoom.us/j/84618100009?pwd=QVVydVJxVyswRmUreTJVVaUZicXp4dz09>

Ідентифікатор конференції: 846 1810 0009

Код доступу: 555

Тематичні питання для обговорення

- Організаційно-правові засади діяльності органів публічної влади сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану.
- Публічне управління системою реабілітації учасників бойових дій та цивільного населення в післявоєнний період.
- Теоретичні засади реформування охорони здоров'я в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуацій.
- Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах досягнення цілей сталого розвитку у цій сфері.
- Особливості публічного управління та адміністрування повоєнного перехідного періоду — дипломатичний аспект.

Контактна особа: Зоряна Володимирівна Гбур, тел.: +38 (050) 868-76-75, e-mail: uoznmapo@ukr.net.

Методична та технічна підтримка:

С.П. Кошова, кандидат наук з державного управління, доцент, доцент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

А.О. Половіна, магістр з публічного управління та адміністрування, асистент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

О.О. Кирильчук, старший лаборант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Олександр Костянтинович Толстанов,

доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, виконувач обов'язків ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Василь Миколайович Михальчук,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Зоряна Володимирівна Гбур,

доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

ПРОГРАМА ЗАХОДУ

10:45–11:00

Підключення учасників круглого столу на платформі Zoom

11:00–11:15

Відкриття конференції:

Олександр Костянтинович Толстанов,

доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, виконувач обов'язків ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

11:15–12:50

Модератори:

Василь Миколайович Михальчук,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Зоряна Володимирівна Гбур,

доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Технічне забезпечення:

А.О. Половіна, магістр з публічного управління та адміністрування, асистент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

О.О. Кирильчук, старший лаборант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Виступи спікерів: до 10 хв.

1. Почесний спікер Олег Миколайович Немцінов — кандидат наук з державного управління, міністр Кабінету Міністрів України.
2. Ростислав Васильович Палагусинець, доктор наук з державного управління, кандидат економічних наук, заступник керівника відділу Управління забезпечення міжпарламентських зв'язків Апарату Верховної Ради України. Тема доповіді: «Публічне управління: аспект дипломатії».
3. Сергій Геннадійович Убогов, доктор фармацевтичних наук, професор, генеральний директор Директорату медичних кадрів, освіти і науки МОЗ України. Тема доповіді: «Публічне управління системою охорони здоров'я в період воєнного часу».
4. Назар Юрійович Подольчак, доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри адміністративного та фінансового менеджменту Національного університету «Львівська політехніка». Тема доповіді: «Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я в Україні на засадах використання адаптивних інструментів менеджменту».
5. Петро Борисович Волянський, доктор наук з державного управління, професор, заслужений лікар України, начальник Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту. Тема доповіді: «Функціонування Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту як складової державної служби України з надзвичайних ситуацій в умовах воєнного стану».
6. Оксана Ігорівна Пархоменко-Кучевіл, доктор наук з державного управління, професор, завідувач кафедри публічного управління та адміністрування Університету Григорія Сковороди в Переяславі. Тема доповіді: «Теоретичні засади реформування охорони здоров'я в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуацій».
7. Зоряна Михайлівна Бурик, доктор наук з державного управління, доцент, професор кафедри публічного управління та адміністрування Університету Григорія Сковороди в Переяславі; провідний науковий співробітник Інституту держави і права імені В.М. Корецького Національної академії наук України (сумісник). Тема доповіді: «Публічне управління у сфері охорони здоров'я в умовах досягнення цілей сталого розвитку в цій сфері».
8. Ірина Іванівна Крилова, доктор наук з державного управління, завідувач сектору водопостачання та водовідведення ДП «Науково-дослідний та конструкторсько-технологічний інститут міського господарства». Тема доповіді: «Проблеми реалізації базових прав людини: права на воду та комунальні послуги, права на житло, права на здоров'я».
9. Клавдія Василівна Дубич, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Тема доповіді: «Публічне управління системою забезпечення якісними послугами реабілітації населення в післявоєнний період».

10. Леся Вікторівна Галушкіна, магістр з державного управління, головний спеціаліст відділу права на працю Департаменту моніторингу додержання соціальних та економічних прав Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Тема доповіді: «Нормативно-правове забезпечення дотримання прав громадян у воєнний період».
11. Марина Сергіївна Брюховецька, кандидат юридичних наук, доцент кафедри правознавства Вищого навчального закладу Укоопспілки «Полтавський університет економіки і права», адвокат. Тема доповіді: «Спроби та засоби захисту прав управлінців у сфері охорони здоров'я».

Обговорення в секціях.

1. Аспіранти та докторанти — обговорення науково обґрунтованого вирішення проблем публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я, заходів регіонального та місцевого рівнів щодо виконання плану з відновлення країни та запровадження практично орієнтованих моделей прийняття рішень.
2. Здобувачі другого рівня вищої освіти (магістерський) — обговорення основних концепцій та стратегій, що розглядаються в їх наукових дослідженнях та практичне значення отриманих результатів.
3. Науковці та наукові співробітники, що займаються вивченням проблематики за темою конференції в межах науково-дослідних робіт закладів вищої освіти та наукових установ.

Підсумки роботи конференції:

Олександр Костянтинович Толстанов,

доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, виконувач обов'язків ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Василь Миколайович Михальчук,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Зоряна Володимирівна Гбур,

доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»
(20 жовтня 2022 р.)

Матеріали друкуються в авторській редакції

Організація, від імені якої випущено видання: Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

Верстка: О. Сікало
Дизайн: О. Бондарук

Підписано до друку _____ 2022. Формат 60×84/16.

Ум.-друк. арк. 12,55. Обл.-вид. арк. 14.

Тираж: 100 примірників.

Замовлення № _____. Цифровий друк.

Папір офсетний. Гарнітура Myriad Pro.

Віддруковано з готового оригінал-макету.

Видавець: ТОВ «МОРІОН»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 642 від 22.10.2001 р.
02140, Київ, просп. Бажана, 10А
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)
E-mail: public@morion.ua
www.morion.ua

Виготовлювач друкованої продукції: _____

