МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

МАУП

ISSN 3083-6557 print

НАУКОВІ ПРАЦІ МАУП

Проблеми модернізації України

Випуск 1 (48), 2025

Київ
2025

УДК 330-339; 321.7; 159.9
М58

Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом (протокол № 4 від 28.05.2025)

Редакційна колегія:
С. В. Храпатий (голова), д-р фіз.-мат. наук, проф.
І. А. Семенець-Орлова, д-р наук з держ. упр., проф.
Я. М. Раєвська, д-р психол. наук, проф.
С. О. Лисенко, д-р юрид. наук, проф.
А. І. Федосов, д-р мед. наук, проф.
М. І. Зубрицький, д-р. юрид. наук
О. М. Гордієнко, канд. техн. наук
В. І. Меджебель (*Чуєнко*), канд. юрид. наук
Л. М. Крива, канд. істор. наук
І. М. Капеліста (виконавчий редактор), канд. наук з держ. упр.
Є. Я. Черняк

Матеріали подано в авторській редакції.
Відповідальність за зміст та орфографію матеріалів несуть автори.

Міжрегіональна Академія управління персоналом.
М58 Наукові праці МАУП. Проблеми модернізації України / редкол.: С. В. Храпатий (голова) [та ін.]. Вип. 1 (48). Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2025. 686 с. Бібліогр. в кінці ст.

У збірнику висвітлено матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції "Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності" (Київ, Міжрегіональна Академія управління персоналом, 20–22 травня 2025 р.).

Наведено тези доповідей учасників науково-практичної конференції МАУП з проблематики широкого кола аспектів процесу системної модернізації України.

Для науковців, громадсько-політичних діячів, студентів, а також усіх, хто цікавиться розвитком Української держави і світовим досвідом проведення модернізаційних процесів.

Видається з 2001 року.
Періодичність: 1 раз на квартал.
Засновник: *ПрАТ "ВНЗ "Міжрегіональна Академія управління персоналом".*
УДК 330-339; 321.7; 159.9

© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2025

В. О. Чехович
Проблеми формування інвестиційної стратегії аграрних підприємств 158

О. В. Сірий
Розвиток взаємодії інститутів держави і суспільства в системі управління..... 161

Г. О. Кузьменко, Ю. В. Гринь
Сучасні моделі управління конфліктами в публічних органах 163

Р. П. Прохорук, М. І. Коваль
Динамічне ціноутворення як нова парадигма ринкової поведінки в умовах цифрової трансформації економіки 165

Р. М. Якуба
Модернізація медичної та фармацевтичної освіти: виклики, тенденції, перспективи 168

О. Р. Нечипорук
Цифровізація в управлінських процесах під час війни 169

А. А. Телендій, В. В. Солодущенко
Вплив медичної реформи на стратегічне управління медичними закладами в Україні 171

А. А. Телендій
Аналіз ефективності стратегічного управління у медичних закладах різного рівня 173

А. А. Телендій, Н. М. Данилюк
Зарубіжний досвід стратегічного управління медичними установами: можливості адаптації в Україні 175

А. А. Телендій, А. О. Волкова
Роль та особливості екстреної медичної допомоги в системі публічного управління охороною здоров'я 177

А. А. Телендій, К. О. Богданова
Сучасний стан закладів охорони здоров'я в умовах реалізації медичної реформи 178

Г. О. Кузьменко, А. А. Телендій
Стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління екстреною медичною допомогою 180

В. В. Здольник
Активізація інноваційної діяльності промислових підприємств 182

Г. О. Кузьменко, І. В. Назаренко
Підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах децентралізації 184

Г. О. Кузьменко, О. І. Гуз
Впровадження ефективного управління у сфері медичної допомоги на рівні громад 185

2. Національний інститут стратегічних досліджень. ULR: https://niss.gov.ua/ (дата звернення:13.05.2025).
3. Kyiv Post. ULR: https://www.kyivpost.com/ (дата звернення:13.05.2025).

Науковий керівник: **Майя Михайлівна Півнюк**

А. А. ТЕЛЕНДІЙ
канд. наук з держ. упр., доцент кафедри публічного адміністрування
Навчально-наукового інституту управління, економіки та бізнесу МАУП

В. В. СОЛОДУЩЕНКО
здобувач другого (магістерського) рівня освіти
Навчально-наукового інституту управління, економіки та бізнесу МАУП

ВПЛИВ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ НА СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ В УКРАЇНІ

Одним із ключових аспектів реформи стала децентралізація управлінських функцій і делегування більшої автономії керівникам медичних закладів. Зокрема, головні лікарі отримали повноваження впливати на розподіл бюджетних коштів і формувати внутрішню політику установи відповідно до обраної моделі фінансування — чи то пропорційної, де винагорода залежить від кількості пацієнтів, чи рівномірної, за якої фінанси розподіляються порівну між лікарями.

Такі зміни посилили конкуренцію серед медичних працівників, стимулюючи їх до підвищення якості обслуговування та індивідуального підходу до пацієнтів. Унаслідок цього встановлюються нові партнерські відносини між лікарем і пацієнтом, де саме ефективність лікування визначає подальше фінансування закладу. Таким чином, пацієнт фактично виконує роль замовника медичних послуг, що змінює традиційні управлінські парадигми та орієнтує установи на результат.

Ще однією визначальною особливістю реформування стало впровадження автономізації медичних установ. Вказане надало їм змогу самостійно управляти фінансовими потоками, формувати тарифи на послуги відповідно до регіонального попиту та ефективніше розподіляти ресурси. Водночас у рамках реформи запроваджено Єдину електронну систему охорони здоров'я, яка забезпечує прозорість медичного обліку та спрощує комунікацію між пацієнтом і закладом охорони здоров'я [1].

Загалом, медична реформа створила нові умови для стратегічного управління в системі охорони здоров'я, змістила акценти з централізованого адміністрування на автономне прийняття рішень і результативність діяльності. Окреслене вимагає від керівників медичних закладів нових управлінських компетенцій, здатності адаптуватись до динамічних змін і ефективно реалізовувати стратегічні плани розвитку на основі сучасних викликів та потреб населення.

Законодавчо визначено, що фінансування програми медичних гарантій повинно щорічно становити не менше 5 % від валового внутрішнього продукту України. Витрати, передбачені для реалізації вказаній програми, є захищеними статтями державного бюджету, а їх скорочення можливе лише у виняткових випадках, визна-

чених чинним законодавством. У процесі доопрацювання реформи було усунено положення щодо фінансування первинної ланки через механізм субвенцій [2].

Ключовим акцентом медичної реформи стали зміни в організації роботи первинної медичної допомоги, зокрема, діяльність поліклінічних підрозділів та функціонування сімейних лікарів. Громадянам надано можливість самостійно обирати лікаря, якому вони довіряють власне здоров'я та здоров'я своєї родини [4]. Суттєвим спрощенням стала реформа процедури ліцензування лікарської діяльності. Головною метою роботи сімейного лікаря є не бюрократичне навантаження, а забезпечення повноцінного медичного супроводу пацієнта, включаючи видачу довідок і лікарняних листів.

Система оплати праці лікарів ґрунтується на прозорому підході, в якому за розрахунки відповідає Національна служба здоров'я України (далі — НСЗУ) [3]. Окреслене відкриває нові можливості для розвитку приватної практики серед медичних фахівців. Одним з важливих кроків стало поступове впровадження змін у госпітальному секторі медицини. Більшість закладів охорони здоров'я отримали статус автономних установ, що дозволяє їм самостійно розпоряджатися бюджетом та визначати вартість послуг. Крім того, створено електронний реєстр, у якому зберігається вся інформація щодо історії лікування пацієнта.

Реформою передбачено диференціацію медичних послуг за рівнем фінансування на три категорії: повністю безкоштовні, частково оплачувані та платні. З 2020 року визначено перелік послуг, за які пацієнти сплачують самостійно, і тих, що покриваються державою. Додатково громадяни мають можливість оформити поліс добровільного медичного страхування для покриття певних медичних витрат. За умовами реформи, не більше 20 % послуг у межах одного закладу можуть бути платними, з яких до цього списку наразі входять переважно послуги естетичної медицини.

Щодо частково оплачуваних послуг, то механізм передбачає розподіл витрат між пацієнтом і державою. Оплата може здійснюватися через щомісячні страхові внески або безпосередньо за послугу, згідно з державним тарифом. Особливий підхід застосовується до учасників бойових дій — для них повний спектр послуг фінансується державним коштом.

Третя категорія — це повністю безкоштовні послуги, що формують гарантований державний пакет. Він охоплює близько 80 % найпоширеніших випадків звернення громадян: первинну допомогу, реабілітацію, спостереження під час вагітності, невідкладну допомогу та паліативну підтримку. Щорічне оновлення переліку входить до повноважень НСЗУ, а відповідне фінансування виділяється окремим рядком у державному бюджеті.

Беручи до уваги попередній аналіз, можна виокремити як позитивні, так і негативні аспекти реформування медичної сфери, яке на сьогодні активно реалізується і виявляє як свої сильні сторони, так і виклики. Серед основних переваг реформованої моделі охорони здоров'я в Україні — наближення системи надання медичних послуг до європейських стандартів, підвищення прозорості процесів та орієнтація на потреби пацієнта. Завдяки можливості самостійного вибору лікаря незалежно від місця проживання, громадяни здобули більший вплив на якість медичної допомоги. Формується здорова конкуренція серед лікарів і медичних закладів, що стимулює підвищення якості послуг. Відповідно, лікарі з низьким рівнем фахової підготовки або з сумнівною репутацією втрачають популярність серед пацієнтів, що безпосередньо впливає на їхню оплату праці. Таким чином, стимулюється розвиток професійної відповідальності та підвищується легалізація доходів медичних працівників.

Переваги впровадження реформ відчутні й на макрорівні — поліпшення здоров'я громадян зменшує навантаження на державну систему соціального захисту, знижує рівень інвалідності та дозволяє ефективніше використовувати трудовий потенціал. Водночас, частина медичних працівників, які не готові до високих стандартів або не здатні працювати в конкурентному середовищі, виявляють спротив запровадженим змінам. Також порушується проблема малопотужних сільських лікарень, які в умовах нової системи фінансування виявляються економічно невигідними, що ускладнює доступ до медичних послуг для мешканців віддалених територій.

У процесі реалізації реформи виникали перешкоди з боку різних груп інтересів: зокрема адміністративного апарату в медичних закладах, частини лікарів, зацікавлених у збереженні неформальних джерел доходу, представників фармацевтичного бізнесу та академічного середовища, яке традиційно оцінює свою ефективність не за результатами надання допомоги, а за формальними критеріями — такими як кількість захищених дисертацій або обсяг фінансування.

Джерела

1. *Галай В. О.* Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання "Аналітично-порівняльне правознавство"*. 2022. Вип. № 6. С. 189–194. URL: http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079
2. *Шевчук Н. В.* Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. 20 с.
3. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. URL: https://ukc.gov.ua/knowdledge/ofitsijnyj-sajt-natsionalnoyi-sluzhby-zdorov-ya-ukrayiny/
4. *Шевчук Р. В.* Проблеми реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Публічне урядування*. 2022. Вип. № 3 (31). С. 95–101. URL: https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(31)-13

А. А. ТЕЛЕНДІЙ

канд. наук з держ. упр., доцент кафедри публічного адміністрування Навчально-наукового інституту управління, економіки та бізнесу МАУП

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНОГО РІВНЯ

Аналіз ефективності стратегічного управління у медичних закладах різного рівня надання допомоги — первинного, вторинного та третинного — є ключовим для розуміння динаміки реформування системи охорони здоров'я. Кожен із рівнів має свою специфіку управлінських підходів, яка зумовлена обсягом повноважень, типом медичних послуг, рівнем технологічного оснащення, кадровим потенціалом і фінансовими ресурсами. Саме тому оцінювання ефективності стратегічного управління має проводитися з урахуванням контексту функціонування кожного рівня.

Заклади первинної медичної допомоги (далі — ПМД) становлять базову ланку системи охорони здоров'я, оскільки саме вони є першою інституційною точкою взаємодії населення з медичним сервісом. У фокусі діяльності ПМД перебувають профі-