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. Г. Деменко
Актуальні системи штучного інтелекту різного функціоналу як інструмент інноваційного розвитку *657*

А. О. Абрамов, Р. Р. Гавеля, Р. Д. Овчаренко, Л. С. Осадча, О. С. Снєжков
Автоматичне генерування розкладу для наукових підрозділів: сучасні підходи та інноваційні рішення *659*

М. С. Коваленко
Штучний інтелект як інструмент забезпечення кібербезпеки *660*

МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

Д. О. Герасименко
Формування довіри пацієнтів як ключовий фактор успішного реінжинірингу в приватній медицині *662*

O. G. Aliyeva, O. O. Popazova, L. V. Makeyeva, O. I. Pototska, T. S. Gromokovska, M. L. Tavrog
Innovative strategies for teaching of morphological disciplines in modern medical education *664*

Я. Ю. Биц, В. М. Рудіченко
Роль динамічного візуалізуючого спостереження за порожнистими утворами печінки у своєчасному менеджменті пацієнтів на різних етапах надання медичної допомоги (з використанням власних клінічних спостережень) *667*

В. М. Рудіченко, Я. Ю. Биц
Опрацювання нормативно-правової бази інноваційного оцінювання повсякденного функціонування особи на прикладі власних клінічних спостережень важкого хворого при підготовці лікарів первинної ланки *670*

Г. О. Кузьменко, Р. М. Якуба
Особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації *672*

Р. М. Якуба
Модернізація медичної та фармацевтичної освіти: виклики, тенденції, перспективи *674*

Г. О. Кузьменко, В. Шекман
Механізми управління наданням медичної допомоги на місцевому рівні *675*

Г. О. Кузьменко, В. М. Бузовір
Інноваційно-цифрові та нормативно-ресурсні підходи до модернізації управління ЕМД *677*

по дренажу 150–200 мл, загальний стан пацієнта мав позитивну динаміку. Консервативна терапія продовжена.

Проте під час чергового огляду, в ділянці дренажної трубки виявлено запалення м'яких тканин, по дренажу до 200 мл гнійного вмісту. Зроблено висновок про наявність у пацієнта інфекції післяопераційної рани грудної клітки. Проведено хірургічну обробку післяопераційної рани грудної клітки під місцевою анестезією. З метою лікування лівобічного піотораксу пацієнту призначено моксифлоксацин 400 мг 1р/добу на три доби. Досліджено вміст бронхів хворого та виявлено Bacillus cereus чутливий до метронідазолу. На огляді наступного дня післяопераційна рана чиста без ознак нагноєння, по дренажному мішку до 150 мл гнійного вмісту. Проведена перев'язка, дренаж промитий фізіологічним розчином. З метою лікування лівобічного піотораксу пацієнту згідно посіву та чутливості виділеного збудника призначено метронідазол 100 мл в/в 3р/добу на три дні. Також хворому була проведена комп'ютерна томографія органів грудної порожнини та верифіковані попередні клінічні діагнози. В подальшому спостерігалась позитивна динаміка стану. Під час огляду лікаря 03.03.2025 виявлено значне зменшення виділень по дренажу, прийнято рішення про його зняття. Виконано контрольну рентгенографію перед випискою пацієнта, на якій зафіксовано залишкові ознаки лівобічного ексудативного плевриту з ознаками організації і формування спайкового процесу у плевральній порожнині.

Клінічний діагноз: Лівобічний піоторакс. Стан після пункції та дренування лівої плевральної порожнини (07.02.2025). Лівобічна нижньодольова пневмонія. *Ускладнення*: Інфекція післяопераційної рани грудної клітки. *Супутні*: ХОЗЛ: Хронічний обструктивний бронхіт в фазі загострення. ДН II ст. IXC: дифузний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст., ризик високий. Серцева недостатність IIA ст. Хронічний змішаний (HCV + токсичний) гепатит. Пацієнт виписується зі стаціонару на амбулаторний нагляд сімейного лікаря та хірурга поліклініки. Рекомендована подальша консультація в спеціалізованому відділенні, а також можливе проведення ОПФО.

Зроблений висновок про адекватність застосування в якості клінічних аспектів для вивчення питань тематики власних клінічних спостережень важких хворих.

Г. О. КУЗЬМЕНКО

PhD, доц., доцент кафедри публічного адміністрування
Навчально-наукового інституту управління, економіки та бізнесу МАУП

Р. М. ЯКУБА

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

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

Реалізація децентралізаційної реформи в Україні стала фундаментальною віхою у трансформації системи публічного управління, відкривши нові горизонти для розвитку суспільних інституцій, зокрема в галузі охорони здоров'я. Упродовж тривало-

го часу медична система функціонувала в умовах жорсткої централізації, що зумовлювало її інерційність, управлінську негнучкість і віддаленість від реальних потреб населення. Така модель виявлялася неефективною в умовах регіональної нерівності, демографічних викликів і ресурсних обмежень. Впровадження децентралізаційного підходу, натомість, передбачало переорієнтацію вектора розвитку галузі в бік підвищення управлінської автономії територіальних громад, які отримали змогу не лише розпоряджатися бюджетними коштами, а й безпосередньо формувати місцеву політику охорони здоров'я з урахуванням пріоритетів конкретної соціальної спільноти.

Передача повноважень у даній сфері на рівень органів місцевого самоврядування стала не просто технічною реформою, а каталізатором глибоких системних змін, які охоплюють організаційні, фінансові, кадрові та інституційні аспекти [2]. Такий підхід дав змогу переосмислити логіку функціонування медичних закладів, перейти від адміністративного диктату до принципів субсидіарності, участі та прозорості. Водночас громади отримали у своє розпорядження реальні інструменти для визначення стратегічних напрямів розвитку галузі охорони здоров'я на своїй території, впровадження інноваційних моделей надання послуг і забезпечення рівного доступу до медичної допомоги відповідно до локальних умов.

Формування нової архітектури системи охорони здоров'я в умовах децентралізації ґрунтується не лише на адміністративно-фінансових змінах, а й на концептуальному переосмисленні ролі органів місцевого самоврядування, які відтепер виступають не пасивними виконавцями розпоряджень згори, а самостійними суб'єктами політики охорони здоров'я на своїй території. Як наголошує Н. Горобець, саме в такому підході реалізується ідея розподілу публічної влади, що дає змогу не лише делегувати функції, але й підвищити ефективність управлінських рішень завдяки їхній близькості до конкретного соціального контексту [1].

У практичному вимірі децентралізація стимулювала запровадження механізмів стратегічного планування на рівні територіальних громад. У цьому контексті О. Ременяк підкреслює, що децентралізована модель управління потребує не лише формальних змін, а й глибокої інституційної перебудови — зокрема, у питаннях підзвітності, прозорості та взаємодії між рівнями влади [3]. Система охорони здоров'я, інтегрована в цю модель, поступово набуває рис гнучкої мережі, спроможної швидко реагувати на загрози, адаптуватися до епідеміологічних викликів і водночас дотримуватися принципу рівного доступу до медичних послуг.

Утім, передача ресурсів та відповідальності не є автоматичною гарантією підвищення якості надання медичної допомоги. У деяких громадах виникає ризик управлінської фрагментації, коли дефіцит професійних кадрів та обмежені можливості стратегічного планування знижують результативність реалізованих заходів. І. Кирилюк та В. Борщь, аналізуючи логіку децентралізації, наголошують на важливості чіткого нормативного регулювання міжсекторної взаємодії, оскільки саме правова визначеність забезпечує стабільність функціонування системи на всіх рівнях [4].

Джерела

1. *Горобець Н. О.* Сучасний стан децентралізації публічної влади в Україні. Харківський національний університет внутрішніх справ: 25 років досвіду та погляду майбутнє (1994–2019рр.). Харків, 2019. С. 121–122. URL: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/22_11_2019/pdf/56.pdf
2. *Горобець Н. О., Троян О. А., Страшок Є. В.* Поняття децентралізації публічної влади в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2019. № 5. С. 149–152.

3. *Миколюк А. В.* Публічне управління в умовах військового стану: питання ефективності. *Публічне управління і адміністрування в Україні.* 2022. № 29. С. 45–48. URL: https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2022.29.8
4. *Кирилюк І., Борщь В.* Поняття, суб'єкти, цілі, завдання та принципи децентралізації державної влади. *Економіка та суспільство.* 2021. № 25. DOI: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/281

Р. М. ЯКУБА

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

МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ: ВИКЛИКИ, ТЕНДЕНЦІЇ, ПЕРСПЕКТИВИ

Медична та фармацевтична освіта є одним із ключових чинників формування ефективної системи охорони здоров'я. У XXI столітті стрімкі науково-технічні зміни, глобалізація, пандемії та зміна профілю захворювань вимагають від фахівців нових знань і навичок. Тому модернізація освітніх підходів набуває особливої актуальності [1].

Компетентнісний підхід передбачає зміщення акценту з накопичення знань на здобуття здатностей до практичного їх застосування. Сучасні освітні програми орієнтуються на формування клінічного мислення, розвиток комунікативних, аналітичних та етичних навичок через симуляційне навчання, клінічні кейси, міждисциплінарні модулі.

Інтеграція цифрових технологій у навчання сприяє гнучкості освітнього процесу. Застосовуються онлайн-платформи, відеолекції, електронні журнали, віртуальні лабораторії, телемедицина. Це підвищує доступність знань та стимулює самостійне навчання [3].

Одним із ефективних напрямків є впровадження дуальної освіти — поєднання теорії з практикою на базі клінік і фармпідприємств. Така модель дозволяє студентам здобути реальні навички й адаптуватися до вимог ринку праці.

Гармонізація з європейськими вимогами (зокрема, WFME) забезпечує академічну мобільність студентів, прозорість дипломів та доступ до міжнародних програм. Вивчення англійської мови стає невід'ємною частиною професійного розвитку.

Безперервний професійний розвиток (БПР) є необхідністю в умовах швидкоплинних змін. Дистанційне навчання, сертифікаційні курси, e-learning та участь у професійних спільнотах дозволяють фахівцям підтримувати свою кваліфікацію на належному рівні [4].

Модернізація фармацевтичної освіти включає розвиток напрямків клінічної фармації, фармакоекономіки, фармаконагляду. Акцент робиться на практичну підготовку, взаємодію з пацієнтами та участь у командному лікувальному процесі.

Державна політика має стимулювати розвиток інфраструктури освітніх закладів, створення симуляційних центрів, оновлення матеріально-технічної бази. Університети потребують більшої автономії в адаптації навчальних програм до сучасних викликів [2].