МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

Кваліфікаційна робота на правах рукопису

ЖИГУН НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Н. П. ЖИГУН
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
СИМОНЕНКО Леся Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2024

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: **ЖИГУН НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА** допущено до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № ____ від «____» грудня 2024 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор _____ Валентина ЯКОБЧУК
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (власне ім'я, прізвище)

«___» грудня 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **ЖИГУН НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА** захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою: сума балів
за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____-_____ _____ Анастасія ПРУТ
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (власне ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

ЖИГУН Н. П. Прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

У дослідження було означено теоретичні засади публічного управління охороною здоров'я, з'ясовано, що прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні пов'язане з рядом проблем, зокрема недостатньою фінансовою підтримкою, низьким рівнем кваліфікації фахівців, відсутністю інтегрованих підходів до управління та іншими. Також, було виявлено, що на місцевому рівні часто виникають конфлікти між різними структурами управління, що ускладнює процес прийняття управлінських рішень. У результаті надано пропозиції щодо вдосконалення державного управління галуззю на місцевому щаблі.

Ключові слова: публічне управління, місцевий рівень, рішення з охорони здоров'я, медична галузь.

SUMMARY

ZHYHUN N. Management decision-making in the healthcare sector at the local level. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 281 «Public management and administration» – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

The study outlined the theoretical foundations of public healthcare management and found that decision-making in healthcare at the local level is associated with a number of problems, including insufficient financial support, low level of professional qualifications, lack of integrated management approaches, and others. It was also found that conflicts often arise at the local level between different management structures, which complicates the process of making management decisions. As a result, proposals for improving the public administration of the industry at the local level are made.

Keywords: public administration, local level, healthcare decisions, healthcare industry.

ЗМІСТ

ВСТУП 5

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 8

1.1. Основні аспекти управління медичною галуззю на місцевому рівні 8

1.2. Кращий досвід зарубіжних країн з питань прийняття рішень в охороні здоров'я 10

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1 16

РОЗДІЛ 2. ДОСВІД КРАЇН-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ ЩОДО ТЕХНОЛОГІЙ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСЦЕВИМИ І РЕГІОНАЛЬНИМИ АДМІНІСТРАЦІЯМИ 18

2.1. Адміністративні структури та прийняття рішень на субнаціональному рівні 18

2.2. Підзвітність місцевих та регіональних органів влади 19

2.3. Відносини між центральним урядом та місцевими органами влади 25

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2 29

РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ДО ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ ШЛЯХОМ ПОБУДОВИ ПРОГРЕСИВНОГО ПРОЦЕСУ ОПРАЦЮВАННЯ РІШЕНЬ 31

3.1. Взаємини між центральним урядом та місцевими адміністраціями в сучасних умовах прийняття рішень з питань громадського здоров'я 31

3.2. Аналіз методів, моделей та принципів ефективного управління в охороні здоров'я 35

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3 37

ВИСНОВКИ 39

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 42

ДОДАТКИ 49

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах управління охороною здоров’я в Україні є складним процесом, що вимагає узгоджених управлінських рішень на місцевому рівні. Поряд з питаннями ефективності та якості надання медичної допомоги, важливе значення має правильне прийняття управлінських рішень, які спрямовані на покращення ситуації в галузі охорони здоров’я. Що може навчити нас вивчення механізмів опрацювання, прийняття та втілення рішень та упровадження інновацій щодо охорони громадського здоров’я на місцевому рівні? Чому вони є основою стратегічного бачення і важливими для впровадження в організаціях охорони здоров'я?

Коли ми працювали над оглядом наукових джерел про стилі та методи систем організації охорони здоров'я, нам зустрілися терміни «стійка перевага» або «стратегічна диференціація». У галузі зі зростаючою конкуренцією та інноваціями лідери медичних організацій і ті, хто надає медичну допомогу, повинні розуміти, як їхній успіх залежить від цих ключових принципів. Це включає в себе розуміння бізнес-стратегії охорони здоров'я та розвитку ринку, сил, які полегшують або ускладнюють створення цінності, а також того, як можна успішно конкурувати з конкурентами. Ми повинні вийти за рамки створення цінності і розвинути критичне мислення та аналітичні навички для розробки бізнес-стратегії у сфері охорони здоров'я, яка дозволить вам оцінити потреби медичного бізнесу, оптимізувати бізнес-рішення на місцевому/регіональному і національному рівнях та розвивати нові або інноваційні процеси в медицині [7].

Мета дослідження полягає в комплексному аналізі процесу прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров’я на місцевому рівні, що дало можливість обґрунтувати теоретичні та практичні засади напрямів формування та реалізації ефективних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я України на місцевому рівні .

Завдання дослідження.

- Проаналізувати теоретичні засади публічного управління прийняттям рішень у галузі.
- Охарактеризувати сучасний стан опрацювання та втілення рішень у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах.
- Проаналізувати кращий досвід прийняття рішень з охорони здоров'я на прикладах закордонних систем галузі.
- Визначити основні проблеми прийняття рішень на рівні громад.
- Розробити пропозиції щодо удосконалення публічного управління інформаційним забезпеченням медичної галузі в Україні.

Об'єктом дослідження виступають процеси прийняття рішень у сфері охорони здоров'я та розробка процедур їх опрацювання та вдосконалення місцевому рівні.

Предметом дослідження є актуальні теоретичні та практичні аспекти удосконалення публічного управління медичною галуззю на локальному рівні.

Методологія дослідження. Для досягнення поставленої мети використовувалися методи поєднання синтезу та аналізу наукових підходів до формування управлінських рішень в системі охорони здоров'я на локальному рівні, метод системного вивчення думки фахівців у галузі охорони здоров'я, а також аналіз статистичних даних щодо розробки рішень з надання медичної допомоги на місцевому рівні. У нашому дослідженні використано систему загально-наукових та спеціальних методів, які включають аналітичний, метод порівнянь, методологію аналізу та синтезу, узагальнення, наукового абстрагування, моделювання управлінських процесів в медичній галузі.

Апробація кваліфікаційної роботи. Розглянута в кваліфікаційній роботі проблематика досліджень оприлюднювалась на Міжнародних науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті, що знайшло відображення в трьох публікаціях.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування розроблених рекомендацій для вдосконалення процесів прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні. Результати

роботи можуть бути використані органами місцевого самоврядування та керівництвом медичних закладів для підвищення ефективності управління галуззю. Впровадження запропонованих заходів сприятиме підвищенню якості медичних послуг та ефективності використання ресурсів у системі охорони здоров’я.

Елементами наукової новизни представленого дослідження є спроба автора визначити пріоритетні напрями побудови ефективної моделі прийняття управлінських рішень в медичній галузі місцевого рівня.

Структура роботи: складається із вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаних 52 джерела та додатків. Загальний обсяг роботи становить 41 сторінку.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Основні аспекти управління медичною галуззю на місцевому рівні

За останні роки в Україні відбулися системні трансформації, пов'язані із реформами адміністративного устрою та сфери охорони громадського здоров'я [1]. Нині триває реформа децентралізації, ряд повноважень та фінансів передано від державної влади до органів місцевого самоврядування-державних установ [2].

У результаті перебудови системи медичного обслуговування населення її діяльність вийшла на новий рівень, набула особливостей соціального, економічного, кадрового, інноваційного аспектів практики здоровоохорони [3].

Основоположні аспекти медичних реформ полягають у- виборі лікаря та медичного закладу напрямів фінансування для гарантованої медичної допомоги та послуг згідно з договорами з Національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення; автономізація медичних закладів та їх цифровізація, а також системи менеджменту охорони здоров'я [4]. Сучасні підходи до керівництва медичною допомогою значною мірою можуть бути реалізовані через механізм бюджетного та страхового забезпечення, запровадження стандартів лікувального процесу та дефініцію задоволеності пацієнтів медичними послугами, що надаються [5].

На початковій стадії проєкт рішення оцінюється колегією з врахуванням її висновків. До її складу входять голова, заступники, керівники та інші посадові особи. Далі, в ході обговорення під час зборів колегії, приймаються рішення, відбувається внесення останніх поправок до проекту та оформлення документа і рішення про затвердження. На етапі виконання рішень координуються зусилля багатьох осіб. Відповідальні за виконання рішення

повинні мотивувати, зацікавити людей у цій справі діяльності, планувати дії, розподіляти відповідальність і налагодити спілкування між учасниками.

Це включає аналіз, прогнозування, планування, організацію і мотивацію, інспектування і регулювання. Адекватно, основними завданнями менеджменту у медичних закладах є надати належну медичну допомогу населенню; оплата медичному персоналу; обґрунтування моделей мотивації; раціональність у використанні фінансів та кадрів; активне впровадження проектів у галузі, що покликане підвищити ефективність побудови системи медичного обслуговування.

Також, потрібне проведення моніторингу управління системи охорони здоров'я на локальному щаблі. Розробка провідних напрямків реформування регіональної системи охорони здоров'я має здійснюватися з урахуванням соціально-економічних краєвидів розвою регіону, визначених Генеральним планом і Концепцією регіонального розвитку системи надання медичної допомоги населенню. Обґрунтовується моніторинг ефективності управлінських постанов у галузі охорони здоров'я на локальнім рівні. Завдяки впровадженій системі моніторингу та оцінки в охороні здоров’я відбувається взаємодіяння та єднання функціонування закладів охорони здоров’я в цілісний порядок охорони здоров’я в обніжках єдиної сфери охорони здоров’я адміністративної території громади, функції усіх учасників координуються системою електронної охорони здоров’я, зорганізується функціонування єдиного електронного інформаційного медичного простору на терені громади [6].

Висвітлюється організаційне забезпечення змін процесів керівництва в медичних закладах у зовнішньому та внутрішньому середовищах. Медична галузь функціонує в умовах постійних змін загально-економічних та соціально-політичних чинників, що впливають на надійність та ефективність діяльності галузі. Тому, її розвиток знаходиться в залежності від обсягів ВВП, що спрямовані на медицину, та від економіко-правових можливостей розвитку інституцій управління [7].

Виправданим є використання SWOT-аналізу як інструменту стратегічного управління при прийнятті управлінських рішень у сфері охорони здоров’я на місцевому рівні. У результаті проведеного дослідження встановлено, що основною проблемою галузі охорони здоров’я регіонів України на даний момент є низький обсяг фінансування сектору громадської безпеки охорони здоров’я, який у поєднанні з неефективною державною та місцевою системою безпеки охорони здоров’я може призвести до більш болючої кількості проблем у галузі. Тому, для вдосконалення систем охорони здоров'я країни в цілому, а також на місцевому рівні, необхідне формування інтегрованих систем на основі міждисциплінарної взаємодії різних організацій державного та приватного секторів [7].

У підсумку, ми вважаємо, що потрібно побудувати ефективні моделі прийняття управлінських рішень в охороні здоров'я на всіх рівнях публічного адміністрування, враховуючи пріоритети розвитку кожного з них. Для моделювання та оптимізації прийняття управлінських рішень мають використовуватись методи економічного та математичного моделювання, саме такі як методи оптимізації. Відповідно до отриманих результатів можна розробити конкретні пропозиції та зробити висновки, щодо оптимізації управлінських рішень в галузі охорони здоров’я для кожної окремої громади [6].

1.2. Кращий досвід зарубіжних країн з питань прийняття рішень в охороні здоров’я

Лікарняні організації характеризуються своєю складністю і відрізняються від інших прикладів організацій, особливо тим, що вони мають на меті охорону здоров'я, ставлячи отримання прибутку на друге місце. Під час виконання своєї специфічної діяльності лікарняні організації об'єднують діяльність з різних професійних секторів, наймаючи мультидисциплінарні команди, що

складаються, зокрема, з медсестер, фармацевтів і лікарів. Зрозуміло, що управління людьми безпосередньо впливає на результати роботи сектору охорони здоров'я, адже, як і в будь-якому іншому підприємстві, успіх стане реальністю лише завдяки добре злагодженій командній роботі [47].

Розширення, укрупнення систем охорони здоров'я та ускладнення медичної допомоги посилили важливість більш ефективного управління медичною допомогою та її якістю. У цьому контексті різні методи та інструменти, які часто використовуються в промисловому секторі, були адаптовані до сектору охорони здоров'я. Серед цих методів та інструментів особливо виділяється фокус на якості. Зі зростанням складності систем охорони здоров'я та збільшенням попиту на високоякісну медичну допомогу виникла потреба в більш ефективному управлінні якістю медичної допомоги. Щоб задовольнити цю потребу, різні методи та інструменти, що використовуються в промисловому секторі, були адаптовані до сектору охорони здоров'я. Одним з найбільш відомих методів підвищення якості медичної допомоги є використання системи управління якістю (СУЯ) [8].

СУЯ – це набір політик, процедур і процесів, які впроваджуються для забезпечення того, щоб медичні організації постійно надавали високоякісну медичну допомогу. Вона передбачає використання різних інструментів і методів, таких як безперервне поліпшення якості (CQI), загальне управління якістю (TQM) і «Шість сигм» [9].

CQI – це безперервний процес визначення сфер для вдосконалення та впровадження змін з метою підвищення якості медичної допомоги. TQM – це комплексний підхід до управління якістю, який охоплює всі аспекти організації, включаючи керівництво, працівників і процеси. Шість сигм – це заснований на даних підхід до управління якістю, який фокусується на зменшенні дефектів і варіативності процесів. Впроваджуючи СУЯ та використовуючи ці інструменти і методи, медичні організації можуть покращити якість медичної допомоги, яку вони надають, знизити витрати, підвищити ефективність і підвищити задоволеність пацієнтів. Це також

допомагає медичним працівникам контролювати та вимірювати свою діяльність, визначати сфери для вдосконалення та впроваджувати зміни для покращення результатів лікування пацієнтів [10].

Протягом останніх десятиліть бразильський сектор охорони здоров'я зазнає постійних трансформацій, шукаючи різні шляхи досягнення децентралізації політики в галузі охорони здоров'я, запропонованої Єдиною системою охорони здоров'я (SUS). Такі зміни безпосередньо пов'язані зі зміщенням акцентів як у процесі управління, так і в процесі надання допомоги пацієнтам. Це саме те, за що виступає Campos: Протягом останніх десятиліть бразильський сектор охорони здоров'я зазнавав постійних трансформацій, шукаючи різні шляхи досягнення децентралізації політики в галузі охорони здоров'я, запропонованої Єдиною системою охорони здоров'я (SUS) [42].

Такі зміни безпосередньо пов'язані зі зміщенням акцентів як у процесі управління, так і в процесі надання медичної допомоги пацієнтам. Хоча історично бразильська система охорони здоров'я характеризувалася централізованою моделлю з ієрархічною та бюрократичною структурою, в останні роки спостерігається рух у бік більшої участі та залучення різних зацікавлених сторін, включаючи пацієнтів, медичних працівників та громадські організації. Це супроводжувалося переходом до більш інтегрованого підходу до надання медичної допомоги з акцентом на первинну медичну допомогу та профілактичні заходи, а не лише на спеціалізовану допомогу. Трансформація не обійшлася без викликів, включаючи питання, пов'язані з нестачі фінансування, інфраструктури та робочої сили, але це є важливим кроком на шляху до більш справедливої та стійкої системи охорони здоров'я в Бразилії [42].

Таким чином, специфіка роботи в охороні здоров'я, а саме її колективний, мультидисциплінарний, реляційний та інтерактивний характер серед професіоналів та між професіоналами і користувачами, змушує команду відігравати стратегічну роль в СУС для досягнення її принципів і керівних положень [43]. Однак, на думку Cunha і Cunha, пропозиція SUS щодо універсалізації та децентралізації охорони здоров'я, хоча і радикально змінила

процес надання медичної допомоги в країні, додала складності системі охорони здоров'я, як в операціоналізації медичної допомоги, так і у відносинах між сферами влади в країні. Ці складнощі, що виникли в процесі функціонування ДСГ з моменту її впровадження, призвели до труднощів у структуруванні кадрової роботи в ДСГ [44].

Управління роботою в охороні здоров'я, яке фундаментально інтегрує сферу управління персоналом охорони здоров'я (РСОЗ), почало відбуватися в 1990-х роках, коли з'явилася гнучкість у трудових відносинах. Це пов'язано з тим, що підвищення рівня гнучкості співіснувало з промовами Санітарної реформи про необхідність переоцінки роботи в СУЗ, де переважали автономія та участь [45]. Відомо, що лікарні – це організації, діяльність яких є досить складною, гетерогенною і пронизаною численними інтересами, з критично важливим місцем у наданні медичних послуг. Вони складаються з простору, який формує професійні ідентичності з високим соціальним прийняттям. У структурі лікарні особлива увага повинна приділятися управлінню персоналом, що дозволяє професіоналам, які пройшли тривалу підготовку, задовільно реагувати на людей, ослаблених хворобою, і на членів сім'ї, які страждають від болю [46].

У багатьох країнах за управління державними лікарнями відповідають громадські організації охорони здоров'я? Як наслідок, ці організації стають відповідальними за управління людьми в лікарняному середовищі. Управління людьми в цьому контексті може бути складним завданням через складну природу лікарень як соціальних організацій. Лікарні є складними, тому що вони вимагають координації між різними аспектами своєї діяльності, включаючи догляд за пацієнтами та адміністративне управління. Ці різні аспекти мають чітко визначені і збіжні цілі, але не завжди узгоджуються, коли справа доходить до реалізації засобів для досягнення цих цілей. Складність лікарень може створювати прогалини в управлінні людьми, які можуть послабити як медичний, так і управлінський аспекти організації [43].

Наприклад, якщо адміністрація лікарні не забезпечує достатніх ресурсів для навчання і професійного розвитку, це може призвести до вигорання персоналу і зниження якості догляду за пацієнтами. І навпаки, якщо медичний вимір не узгоджений належним чином з адміністративним, це може призвести до неефективності та фінансових втрат. Враховуючи критично важливу роль, яку відіграють лікарні у наданні медичної допомоги громадам, важливо забезпечити ефективну координацію управління персоналом у цих складних соціальних організаціях. Це вимагає цілісного підходу, який враховує унікальні виклики і вимоги лікарняної діяльності, а також спрямований на узгодження аспектів надання медичної допомоги та управління для досягнення спільних цілей. До цього слід додати технологію і всі вхідні ресурси, присутні в лікарняній рутині, розгалужений нормативно-правовий апарат, який розмежовує як діяльність медичних працівників (наприклад, через професійні ради та інші інстанції представництва), так і характер виконуваних процедур, а також форму організації і розподілу різних медичних послуг, які безпосередньо впливають на ефективність роботи лікарняних установ [41].

У Бразилії до 2003 року за загальну координацію на трьох рівнях Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) відповідав відділ кадрів. Починаючи з моменту створення Секретаріату з управління трудовими ресурсами та освіти в охороні здоров'я (SGTES), в рамках низки заходів з реструктуризації міністерства, що займає верхній рівень, підтверджується актуальність сфери управління персоналом у формуванні національної політики охорони здоров'я [50]. SGTES був створений з метою вирішення існуючих проблем і визначення політики у сфері управління трудовими ресурсами та освіти для ефективного функціонування Єдиної системи охорони здоров'я (ЄСЗ) у взаємодії з федеральними органами управління системою [39].

Однак, незважаючи на те, що секретаріати експериментують з реорганізацією своїх операційних механізмів, щоб забезпечити створення Єдиної системи охорони здоров'я та ефективної моделі надання послуг у країні, перехід від централізованого формату управління до децентралізованої моделі з

технічними можливостями у фізичному вимірі не відбувався. Розвиток організаційних і кадрових умов є тривалим процесом, який у випадку охорони здоров'я розпочався відносно недавно, але все ще триває [40].

У 1990-х роках, з поглибленням муніципалізації, процеси децентралізації почали стандартизуватися та інституціоналізуватися, що призвело до значних змін у структурі трудових відносин і в проектах реформування галузі. Обов'язки муніципалітетів щодо найму та управління професіоналами для виконання численних завдань і цілей суттєво змінилися [40]. Існує низка причин та інших змінних, які можуть перешкоджати структуруванню та інституціоналізації організаційних умов для виконання конкретних завдань з управління персоналом. Однак нещодавня траєкторія децентралізації політики у сфері охорони здоров'я, безумовно, допомагає пояснити високу частоту кадрових завдань у структурах секретаріату Міністерства охорони здоров'я [40]. Загалом, кадрові служби Секретаріату, особливо в столичних регіонах, впровадили інструменти порядку денного політики управління людськими ресурсами охорони здоров'я та освіти, хоча існують значні відмінності в їх обсязі та масштабах [40].

В останні роки все більше уваги приділяється цінності людського капіталу, а управлінські процеси впроваджуються з метою впорядкування та оптимізації бізнес-операцій. Це включає в себе вирівнювання управлінських функцій, в тому числі руйнування традиційних ієрархічних структур і надання більшої відповідальності та повноважень у прийнятті рішень працівникам. Іншою важливою тенденцією в цій сфері є перейменування управління людськими ресурсами на управління людьми. Це має на меті «олюднити» функцію управління персоналом і підкреслити важливість цінувати та інвестувати в працівників як особистостей, а не ставитися до них як до простого ресурсу [41].

Такий підхід має на меті сприяти формуванню більш позитивної та спільної культури на робочому місці, що, в свою чергу, призводить до підвищення якості, продуктивності та конкурентоспроможності. Однак,

незважаючи на ці позитивні зміни, зростає усвідомлення того, що зайнятість більше не відіграє тієї ролі у формуванні соціальної та класової ідентичності, яку вона відігравала колись. Оскільки характер роботи стає більш гнучким і тимчасовим, а традиційні структури соціальної та економічної нерівності змінюються, люди шукають джерела ідентичності та самореалізації за межами роботи.

Загалом, ці управлінські інновації принесли багато переваг з точки зору створення більш демократичного та кооперативного робочого середовища, але важливо визнати ширші соціальні та економічні зміни, які формують уявлення про роботу та зайнятість у сучасному світі. Porto і Granetto стверджують, що управління людськими ресурсами має важливе значення для ефективного функціонування лікарень, а організованість і відданість справі є фундаментальними для досягнення цілей охорони здоров'я. Тому керівники повинні сприяти регулярному навчанню, щоб працівники були в курсі подій, щоб вони могли реалізувати принципи і цілі сектору охорони здоров'я [51]. Іншою проблемою є короткострокове прийняття пропозицій щодо кар'єрного розвитку, що ускладнює організаційну поведінку, прийняту відділами кадрів, оскільки клас втрачає здатність зберігати свою ідентичність, організовуватися і діяти колективно [40].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Необхідність перетворення системи охорони здоров'я в Україні є безсумнівною. Існуюча система не відповідає потребам населення і не гарантує належного рівня медичної допомоги. Реформація системи охорони здоров'я є неодмінним кроком для розвою українського суспільства. Це створить для України можливість упровадити ефективну систему, яка забезпечить доступ населення до високоякісної медичної допомоги. Важливо враховувати як позитивні, так і негативні наслідки змін, щоб своєчасно робити висновки та

приймати правильні рішення. Сучасне національне законодавство щодо самостійного демократичного врядування на рівні громад створює нові можливості для окремих адміністративних територій де немаловажливу роль відіграють управлінські рішення на місцевому рівні, у тому числі і в галузі охорони громадського здоров’я.

РОЗДІЛ 2.
ДОСВІД КРАЇН-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ ЩОДО ТЕХНОЛОГІЙ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСЦЕВИМИ І РЕГІОНАЛЬНИМИ АДМІНІСТРАЦІЯМИ

2.1. Адміністративні структури та прийняття рішень на субнаціональному рівні

Нами розглянуто роль та обов'язки управлінських органів в системі прийняття рішень, а термін «місцеві та регіональні органи влади» ми використовуємо як наближений до терміну, що охоплює місцеві та регіональні організації, відповідальні за виконання певних управлінських функцій у сфері охорони здоров'я, такі різноманітні, як «регіональні уряди» в Іспанії, «госпітальні округи» у Фінляндії та «місцеві органи охорони здоров'я» в Італії. В управлінні системами охорони здоров'я в шести країнах: Данії, Фінляндії, Франції, Італії, Новій Зеландії та Іспанії, це відбувається на тлі ширшого контексту прийняття рішень на національному рівні, який у звіті представлений для шести країн, а також для Німеччини [11].

Ми почнемо з опису сфери прийняття рішень місцевими та регіональними органами влади у сфері управління системою охорони здоров'я. Використовуючи лінзу «підзвітності», ми аналізуємо механізми, за допомогою яких місцева або регіональна влада може нести відповідальність за свою діяльність та рішення, що стосуються організації та надання медичних послуг. Ми розглядаємо два «напрямки» підзвітності: (1) «низхідна» підзвітність, яка зазвичай під якою зазвичай розуміють механізми залучення місцевого населення до управління в тій чи іншій мірі,та (2) «висхідна» підзвітність перед наступним вищим адміністративним рівнем та/або центральним урядом [11].

Ми також розглядаємо тенденції та останні події, що стосуються загальної системи охорони здоров'я та адміністративних реформ, а також те, як вони пов'язані з системи охорони здоров'я та адміністративних реформ, а також

те, чи впливають вони на механізми підзвітності, і якщо так, то яким чином. Потім ми досліджуємо відносини між центром і місцевими/регіональними органами влади, а також описуємо кілька постійних джерел напруженості. На завершення ми наводимо оглядову «карту» відповідальності за прийняття рішень на національному рівні, зосереджуючи увагу на основних функціях: збір коштів; формування національного бюджету; розподіл ресурсів; визначення державного кошика послуг та ціноутворення [11].

Здійснене обстеження країн ґрунтується на огляді опублікованої та «сірої» літератури, в тому числі урядові звіти та урядові веб-сайти, а також інформація, надана країнами інформаторами, які співпрацюють з Фондом міжнародної медичної допомоги за викликом. Важливо зазначити, що розглянуті тут країни значно відрізняються як за своїми політичними системами, так і за системами охорони здоров'я. Це включає в себе відмінності в ступені політичної та адміністративної децентралізації (наприклад, федералізм, квазіфедералізм і централізм), що наприклад, у здатності регіональних урядів стягувати регіональні податки розробляти обов'язкове до виконання законодавство незалежно від центрального уряду [11].

Частково як наслідок відмінностей у політичному устрої, організація та фінансування систем охорони здоров'я значно відрізняються, наприклад, ресурси формуються за рахунок через різний рівень оподаткування, соціальне медичне страхування та приватні джерела. Охорона здоров'я послуги, як правило, надаються комбінацією державних і приватних постачальників, хоча співвідношення між державними та приватними постачальниками послуг у різних країнах різне [11].

2.2. Підзвітність місцевих та регіональних органів влади

Підхід певної країни до прийняття рішень на субнаціональному рівні через місцеві та регіональні органи влади багато в чому формується під

впливом її минулого, а також адміністративних і політичних традицій. Данія та Фінляндія, наприклад, мають спільну історію децентралізованого управління, з традиційно сильними системами місцевого представництва та місцевої адміністрації. Однак нещодавно місцева адміністрація в Данії зазнала суттєвих змін, пов'язаних зі створенням більш централізованого адміністративного рівня на регіональному рівні після широких дебатів щодо ефективності та результативності місцевого самоврядування. Подібні дебати спостерігаються і у Фінляндії [12].

Адміністративна система Франції ґрунтується на сильних централістських традиціях, коли центральний уряд контролює майже всі аспекти державного управління. Хоча управління системою охорони здоров'я стало дещо більш децентралізованим, а відповідальність за лікарняне обслуговування було передано регіональним лікарняним установам протягом 1990-х років, центральний уряд зберіг значний контроль над регіональною діяльністю, а його керівна роль по відношенню до регіональних агентств по відношенню до регіональних агентств залишається сильною [12].

На противагу цьому і Італія, і Іспанія пережили період значної централізації пов'язаний з побудовою національної держави, але в той же час вони також характеризуються сильною історичною та сучасною регіональною ідентичністю та різноманітністю. Обидві країни нещодавно пройшли через процес децентралізації, що передбачає посилення регіональних органів влади та передачу законодавчих і адміністративних повноважень з центру в регіони [13, 14].

Ролі та обов'язки місцевих і регіональних органів влади суттєво відрізняються. Муніципальні ради у Фінляндії, а також муніципальні та регіональні ради в Данії є демократично обраними органи, що представляють невеликі місцеві громади і відповідають за організацію низки публічних послуг, у тому числі послуг у сфері охорони здоров'я [15]. В Італії та Іспанії відповідальність за нагляд за регіональними системами охорони здоров'я належить до компетенції обраних регіональних органів влади як одна з

багатьох функцій. Однак, на відміну від структури місцевої влади у Фінляндії та Данії, регіональні органи влади в квазіфедералістських Італії та Іспанії також мають широкі законодавчі повноваження та обов'язки, що виходять за межі сфери державних послуг [13, 14].

Франція і Нова Зеландія дуже відрізняються, оскільки обидві країни створили окремі регіональні структури з єдиною метою організації охорони здоров'я. Це регіональні лікарняні агентства у Франції (наразі відповідальні лише за лікарняну допомогу) та районні ради охорони здоров'я в Новій Зеландії. Регіональні лікарняні агентства керуються призначеним директором, тоді як районні ради охорони здоров'я директор, тоді як районні ради охорони здоров'я складаються як з обраних, так і з призначених членів, причому більшість з них є обраними. Таблиця 2.1 коротко демонструє структури прийняття рішень на субнаціональному рівні.

Таблиця 2.1

Прийняття рішень на місцевому та регіональному рівнях у шести країнах світу

	Данія	**Фінляндія**	**Франція**	**Італія**	**Нова Зеландія**	**Іспанія**
Місцевий рівень	Муніципальні ради	Муніципальні ради	Немає	Місцеві органи охорони здоров'я	Немає	Місцеві органи охорони здоров'я
Регіональний рівень	Регіональні органи охорони здоров'я	Районні лікарняні ради	Обласні лікарняні установи	Регіональні уряди	Районні управління охорони здоров'я	Регіональні уряди (Автономні співтовариства)

Джерело: адаптовано автором на основі [11,12,13,14].

Як видно з таблиці 2.1, місцеві органи охорони здоров'я в Італії, територіальні ради охорони здоров'я в Іспанії та районні ради охорони здоров'я в Новій Зеландії відповідають за організацію медичних послуг. Ради госпітальних округів у Фінляндії та регіональні лікарняні агентства у Франції здійснюють нагляд лише за лікарняними послугами. Всі інші місцеві та регіональні органи влади здійснюють нагляд за ширшим спектром

повноважень. Джерело [11]. Нами визначено «підзвітність» як відносини між двома сторонами, в яких А зобов'язаний інформувати Б про свої дії та рішення (як минулі, так і майбутні), обґрунтовувати їх та бути покараним, якщо вони не відповідають очікуванням Б.1 Таким чином, механізми підзвітності їх та бути покараним, якщо вони не відповідають очікуванням Б.1 [16].

Таким чином, механізми забезпечення підзвітності місцевої та регіональної влади завжди передбачають наявність другої сторони, яка відповідає за виконання функції притягнення влади до відповідальності. Як зазначалося вище, ми розглядаємо два «напрямки» підзвітності: (1) «низхідна» підзвітність, як правило, перед місцевим населенням та/або виборцями, та (2) «висхідна» підзвітність, що передбачає, наприклад, звітування перед центральним урядом або наступним вищому адміністративному рівню [16].

Тут ми зосереджуємося на двох формах підзвітності: «політичній» підзвітності (наприклад, через місцеві або регіональні вибори) та «адміністративній» підзвітності (наприклад, через норми і процедури в межах державної служби або між установою та її донором). Інші форми підзвітності, зокрема, «юридична» підзвітність, що здійснюється через судову систему, також можуть відігравати важливу роль у деяких країнах (таблиця 2). Кілька тематичних досліджень стосуються ролі судів, однак ця форма підзвітності не є основною [17].

За винятком, можливо, районних управлінь охорони здоров'я в Новій Зеландії, місцеві та регіональні органи влади місцеві та регіональні органи влади, як видається, підзвітні в основному, хоча і не виключно, в одному напрямку, а саме: або «вниз», або «вгору» (таблиця 1.2). Крім того, «низхідна» підзвітність як правило, має переважно політичний характер, хоча може включати й адміністративні компоненти, наприклад, вимога проведення оцінки потреб місцевого населення у сфері охорони здоров'я. Характер «висхідної» підзвітності має переважно адміністративний характер [17].

Нова Зеландія є помітним винятком, оскільки районні ради охорони здоров'я мають подвійну підзвітність як перед Міністерством охорони здоров'я

(законодавчо), так і перед місцевим населенням («відчутна» підзвітність) на щоденній основі та більш формально через періодичні вибори членів правління). Загальні рамки підзвітності визначаються Міністерством, а правління повинні виконувати широкі обов'язки зі звітності. Підзвітність «по низхідній» забезпечується наступним чином більшість членів районних управлінь охорони здоров'я обираються на місцевому рівні [17].

Таблиця 2.2

«Низхідна» та «висхідна» підзвітність місцевих та регіональних органів влади у шести країнах

	Данія	**Фінляндія**	**Франція**	**Італія**	**Нова Зеландія**	**Іспанія**
Місцева/ регіональна	1.Муніципальні ради 2. Регіональні ради	1.Муніципальні ради 2. Лікарняні районні ради	Обласні лікарняні установи	1. Місцеві органи охорони здоров'я 2. Регіональні Адміністрації	Районні управління охорони здоров'я	1. Місцеві органи охорони здоров'я 2. Обласні адміністрації
«Низхідна» підзвітність	1. Політичні 2.Політичний (місцеве населення)	1. Політичні 2. Ніякої (місцеве населення)/ адміністрати-вний (муніципалі-тети)	Немає	1. Немає 2. Політичні	Політичні/ адміністративний (вибори/ консультації)	1. Немає 2. Політичні
«Висхідна» підзвітність	1. Дуже обмежений 2. Дуже обмежений	1. Дуже обмежений 2. Тільки через муніципалітете-ти	Адміністративне управління	1.Адміністративне управління 2. Немає	Адміністративне управління	1.Адміністративне управління 2. Немає

Джерело: адаптовано автором на основі [12,15,16,17].

Цифри позначають різні рівні управління, де «1» означає місцевий орган влади, а «2» – регіональні органи влади. Члени ради обираються як фізичні особи, оскільки основні політичні партії вирішили не висувати кандидатів і не проводити агітацію на виборах до рад. Джерело [11].

«Низхідна» підзвітність – це процедури, за допомогою яких місцеве населення може притягнути місцеву або регіональну владу до відповідальності

за дії, які вона здійснює від його імені. Існуючі механізми підзвітності значною мірою відображають характер і місце в адміністративній ієрархії місцевого чи регіонального органу влади. У країнах, де виконавчий орган місцевої чи регіональної влади формується на місцевих чи регіональних виборах, підзвітність є значною мірою «політичною» [11].

Процедури голосування можуть бути різними, наприклад, особи можуть обиратися безпосередньо або за партійними списками. Члени муніципальних рад у Данії, наприклад, обираються за партійними списками. Оскільки партії можуть конкурувати з більш широкого кола питань, підзвітність ширшого кола питань, підзвітність за рішення, що стосуються медичних послуг, може бути потенційно слабкою. Як і в усіх демократичних системах, виборчі цикли впливають на здатність виборних органів приймати складні та потенційно непопулярні стратегічні рішення [11].

Якщо керівники органів влади призначаються та/або наймаються на роботу через державну службу, це робить їх адміністративно підзвітними центральному уряду, пряма підзвітність місцевому населенню може пряма підзвітність місцевому населенню може не бути пріоритетом. Наприклад, у Франції регіональні лікарняні установи формально не підзвітні місцевому населенню, хоча вони зобов'язані оцінювати медичні потреби населення, яке вони обслуговують. Формальна процедура оскарження (якщо такі існують) або судовий позов можуть знадобитися, якщо громадяни хочуть оскаржити рішення регіонального органу управління лікарнями [12].

У трьох з шести розглянутих країн підзвітність місцевих/регіональних органів влади «по низхідній» включає в себе відповідальність за формування ресурсів через місцеві/регіональні органи влади включає відповідальність за формування ресурсів через місцеве/регіональне оподаткування (таблиця 3). Муніципальні ради в Данії та Фінляндії можуть стягувати місцеві податки для фінансування послуг громадського здоров'я, так само як і регіональні органи влади в Італії. В Іспанії, навпаки, медичні послуги, організовані регіонами, майже повністю фінансуються з централізованого бюджету. У Франції та Новій

Зеландії регіональні органи влади повністю фінансуються за рахунок централізовано виділених ресурсів (при цьому медичні послуги у Франції покриваються через соціальне медичне страхування, в той час як операційна діяльність через соціальне медичне страхування, в той час як операційні витрати установ покриваються за рахунок централізованого бюджету). Таким чином, лінії підзвітності не корелюють з джерелом фінансування.

2.3. Відносини між центральним урядом та місцевими органами влади

Усі шість країн, що розглядаються в нашому дослідженні, нещодавно або зараз відчувають напруженість у відносинах між центральним урядом і місцевими та/або регіональними органами влади з питань, пов'язаних з управління охороною здоров'я. Підхід тематичного дослідження, розглядаючи кожну країну окремо, нелегко піддається систематичному аналізу природи цієї напруженості. Однак цей підхід допоміг виявити кілька повторюваних джерел потенційних конфліктів, серед яких можна виділити наступні:

- розподіл центрального фінансування: Напруженість, як видається, виникає через питання, пов'язані з ресурсами системи охорони здоров'я. До них відносяться адекватність централізованого розподілу бюджетних коштів; сприйняття справедливості бюджетів;
- сприйняття справедливості центрального розподілу між регіонами; фінансовий дефіцит регіонів, а також вимоги регіонів до центрального уряду щодо їх «порятунку»;
- співвідношення центрального та регіонального фінансування [17].

Дотримання національних стандартів: Всі країни запровадили певну форму національних стандартів, яких місцеві та регіональні органи влади зобов'язані дотримуватися, щоб зменшити регіональне розмаїття. Вони включають централізовано визначені «пакети послуг», але також можуть

включати, наприклад, реалізацію національних планів та стандартів надання медичної допомоги. У деяких країнах центральний уряд використовує свій фінансовий «важіль» (або загрозу його застосування) для тиску на місцеві та регіональні органи влади з метою покращення стандартів; в інших країнах ця можливість досить обмежена. Втім, незрозуміло, чи є використання фінансових важелів ефективним і за яких умов для підвищення ефективності [18].

Ефективність місцевих органів влади: Напруженість може також виникати через питання (сприйнятої) неефективності або мінливості у наданні послуг місцевими та/або регіональних органів влади. Це питання стало предметом особливої дискусії в Данії та Фінляндії, де ефективність надання публічних послуг була поставлена під сумнів, зважаючи на часто невелику чисельність населення муніципалітетів. Нещодавня реформа місцевого самоврядування в Данії вирішила цю проблему шляхом об'єднання графств в регіони, створення більших муніципалітетів і посилення ролі Національної ради з питань охорони здоров'я. Підходи до підвищення ефективності місцевої адміністрації також експериментували у Фінляндії [19].

Системний контекст: На напруженість у відносинах між центральним урядом і місцевими та/або регіональними органами влади можуть також виникати під впливом факторів, не пов'язаних безпосередньо з управлінням системою охорони здоров'я. Не впливаючи безпосередньо на процес прийняття рішень повноваження у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні, контекстуальні фактори можуть впливати на спроможність як центру, так і місцевих/регіональних органів влади організовувати медичні послуги. До таких факторів відносяться напруженість у розподілі завдань, вплив політичного представництва на різних адміністративних рівнях (наприклад, через різні політичні партії, представлені на муніципальному/регіональному та центральному рівнях), а також ступінь представництва регіональних інтересів на національному рівні (наприклад, в Іспанії) [14].

Таблиця 2. 3

Формування фінансування охорони здоров'я та підзвітність на місцевому рівні

	Данія	Фінляндія	Франція	Італія	Нова Зеландія	Іспанія
Влада	1.Муніципальні ради 2. Регіональні ради	1.Муніципальні ради 2. Лікарняні районні ради	Обласні (регіональні) лікарняні установи	1. Місцеві органи охорони здоров'я 2. Регіональні адміністрації	Районні управління охорони здоров'я	1. Місцеві органи охорони здоров'я 2. Регіональні адміністрації
Джерело фінансування	1. Центральне/ місцеве оподаткування 2. Центральне/ місцеве оподаткування через муніципалітети	1. Центральне/ місцеве оподаткування 2. Центральне/ місцеве оподаткування через муніципалітети	Центральний розподіл через соціальне медичне страхування	1.Розподілено регіональними урядами. 2. В основному регіональний оподаткування (плюс деякі центральне)	Центральне оподаткування	1. Розподілено регіональними урядами. 2. Центральне оподаткування (плюс деякі регіональні податки)
«Низхідна» підзвітність	1. Місцеві вибори 2. Регіональні вибори	1. Місцеві вибори 2. Тільки через муніципалітети	Немає	1. Немає 2. Регіональні вибори	Районні виборні управління охорони здоров'я	1. Немає 2. Регіональні вибори

Джерело: адаптовано автором на основі [11].

Цифри позначають різні рівні управління, де «1» означає місцевий орган влади, а «2» – регіональні органи влади. Джерело [11]. Там, де місцеві та/або регіональні органи влади обираються, тобто є політично підзвітними, вимоги до підзвітності перед органами влади вищого рівня та/або центральним урядом можуть бути порівняно «м'якими» (без можливості примусового виконання або санкцій), обмеженими за обсягом або взагалі відсутніми. Так відбувається в Італії та Іспанії, де регіональні органи влади організовують послуги охорони здоров'я майже повністю автономно, урядом, з незначним контролем з боку

центральних органів влади. Очікується, що регіональні уряди в Італії повинні впроваджувати національний план охорони здоров'я, але центральний уряд має мало повноважень та інструментів для забезпечення його виконання. Його основним інструментом є надання додаткового центрального фінансування на певні заходи [16].

У Данії та Фінляндії діяльність муніципалітетів і регіонів (тільки в Данії) у сфері охорони здоров'я регулюється національним законодавством і стандартами, встановленими на національному рівні. Проте, в обох країнах місцеві та регіональні органи мають небагато обов'язків, за які вони несуть відповідальність перед центральним урядом, який також має незначний прямий контроль над організацією охорони здоров'я на місцевому та регіональному рівнях [24]. Однак центральний уряд зберіг за собою значні опосередковані повноваження, включаючи можливість змінювати структуру місцевої/регіональної адміністративної системи (що було б нелегко у федеративній країні). Крім того, нещодавня реформа місцевого самоврядування в Данії посилила роль центральних органів влади, а саме Національної ради з питань охорони здоров'я, яка тепер відповідає за перегляд і затвердження регіональних планів охорони здоров'я [17, 18, 23].

На противагу цьому, у Франції та Новій Зеландії лінії підзвітності «нагору» є набагато чіткими. Регіональні лікарняні агентства у Франції, що складаються з представників центрального уряду та адміністрації системи соціального забезпечення, значною мірою координуються централізовано і керуються складним набором норм і правил. Ці механізми адміністративної підзвітності нещодавно стали більш чіткими завдяки запровадженню офіційних угод між регіональними лікарняними установами та Міністерством охорони здоров'я України. Угоди укладаються у формі контрактів і визначають цілі та індикатори, за якими вимірюється ефективність роботи обласних лікарняних закладів. Поки що ці угоди не передбачають жодних санкцій за їх невиконання.

Районні ради охорони здоров'я в Новій Зеландії за законом безпосередньо підзвітні центральному уряду (зокрема, міністру охорони здоров'я). Вимоги до

підзвітності визначені у щорічній операційній політиці, яка деталізує, наприклад, обов'язки звітності районних управлінь охорони здоров'я перед Міністерством охорони здоров'я та його установами [25]. Центральний уряд зберіг за собою право прямого втручання, якщо виявить, що районні управління охорони здоров'я не справляються зі своїми обов'язками, і може зробити це шляхом посилення вимог до звітності та нагляду, а в серйозних випадках – шляхом заміни членів правління або всього правління [21, 22, 23]. З моменту створення системи районних управлінь охорони здоров'я у 2001 році, центральний уряд застосовував відносно стриманий підхід до використання своїх можливостей централізованого втручання, оскільки в перші роки існування системи, він вважав за краще підкреслювати місцеву роль рад, щоб підвищити їхній авторитет [19, 20, 25].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

Завдяки сучасному режиму адміністративної реформи в Україні наразі необхідно та вдосконалити правове забезпечення їх розвитку.

Для успішного розвитку механізмів опрацювання рішень із охорони здоров'я в Україні на рівні окремих громад необхідно вдосконалити законодавчу базу, забезпечити державне фінансування та підготувати медичних працівників й інших задіяних учасників процесу.

І що особливо важливо, з повною підготовкою законодавчої бази має продовжуватися розробка впровадження сучасних змін за загальним планом.

Тому що зараз ми спостерігаємо суперечливий розвиток подій на цю тему.

Новостворена установа має нову організаційну та функціональну структуру, нову команду управління, яка застосовує новий автономний порядок, різноманітні ресурси та здатність працювати незалежно за фізичної, фінансової та людської підтримки.

Акредитовані організації охорони здоров’я готуються до сьогоднішніх великих змін кількома способами. Особливо це стосується медичних закладів, які перебувають у контексті військових дій внаслідок віроломних нападів терористичних держав з імперіалістичним баченням майбутнього в контексті нашого національного розвитку.

На нашу думку, інноваційні зміни щодо впровадження та поступового розвитку цифрових технологій в охороні здоров’я як відкритій галузі мають бути одночасними, постійними, плановими, контрольованими та комплексними.

РОЗДІЛ 3.
ПРОПОЗИЦІЇ ДО ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ ШЛЯХОМ ПОБУДОВИ ПРОГРЕСИВНОГО ПРОЦЕСУ ОПРАЦЮВАННЯ РІШЕНЬ

3.1. Взаємини між центральним урядом та місцевими адміністраціями в сучасних умовах прийняття рішень з питань громадського здоров'я

Відносини між центральним урядом та місцевими або регіональними органами влади відкривають стосунки у всіх країнах, що розглянуто в нашому дослідженні і свідчать про те, що нещодавно або нині відчувається напруженість у відносинах між центральним урядом і місцевими та/або регіональними органами влади з питань, пов'язаних з управлінням охороною здоров'я. Підхід тематичного дослідження, розглядаючи кожну країну окремо, нелегко піддається систематичному аналізу природи цих напруженості. Однак цей підхід допоміг виявити кілька повторюваних джерел потенційних конфліктів, серед яких можна виділити наступні:

- Розподіл центрального фінансування.

Напруженість, як видається, виникає через питання, пов'язані з ресурсами системи охорони здоров'я. До них відносяться адекватність централізованого розподілу бюджетних коштів;

- сприйняття справедливості бюджетів;

- сприйняття справедливості центрального розподілу між регіонами;

- фінансовий дефіцит регіонів, а також вимоги регіонів до центрального уряду щодо їх «порятунку»;

- співвідношення центрального та регіонального фінансування;

- дотримання національних стандартів.

Всі країни запровадили певну форму національні стандарти, яких місцеві та регіональні органи влади зобов'язані дотримуватися, щоб зменшити

регіональне розмаїття. Вони включають централізовано визначені «пакети послуг», але також можуть включати, наприклад, реалізацію національних планів та стандартів надання медичної допомоги. У деяких країнах центральний уряд використовує свій фінансовий «важіль» (або загрозу його застосування) для тиску на місцеві та регіональні органи влади з метою покращення стандартів; в інших країнах ця можливість досить обмежена. Втім, незрозуміло, чи є використання фінансових важелів ефективним і за яких умов для підвищення ефективності.

- Ефективність місцевих органів влади.

Напруженість може також виникати через питання (сприйнятої) неефективності, або мінливості у наданні послуг місцевими та/або регіональних органів влади. Це питання стало предметом особливої дискусії в Данії та Фінляндії, де ефективність надання публічних послуг була поставлена під сумнів з огляду на часто невелику чисельність населення муніципалітетів. Нещодавня реформа місцевого самоврядування в Данії вирішила цю проблему шляхом об'єднання графств в регіони, створення більших муніципалітетів і посилення ролі Національної ради з питань охорони здоров'я. Підходи до підвищення ефективності місцевої адміністрації також експериментували й у Фінляндії.

- Системний контекст.

Напруженість у відносинах між центральним урядом та місцевими та/або місцевими та/або регіональними органами влади можуть також впливати фактори, не пов'язані безпосередньо з управлінням системою охорони здоров'я [20].

Не впливаючи безпосередньо на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні, контекстуальні фактори можуть впливати на спроможність місцевої влади у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні, контекстуальні фактори можуть впливати на спроможність як центру, так і місцевих/регіональних органів влади організовувати медичні послуги. До таких факторів відносяться напруженість у розподілі завдань, вплив політичного

представництва на різних адміністративних рівнях (наприклад, через різні політичні партії, представлені на муніципальному/регіональному та центральному рівнях), а також ступінь представництва регіональних інтересів на національному рівні (наприклад, в Іспанії) [21].

Покращенню системи опрацювання рішень з функціонування галузі охорони здоров'я на місцевому рівні сприятиме і корпоративна стратегія. Яка є системою рішень у закладі, яка визначає та розкриває її завдання або цілі, виробляє основні політики та плани для досягнення цих цілей, а також визначає сферу діяльності компанії, якою вона буде займатися, тип медичної, економічної та людської організації, якою вона є або має намір бути, а також характер економічного та неекономічного внеску, який вона має намір зробити для своїх акціонерів, працівників, клієнтів та громад. В організації будь-якого розміру та різноманітності «корпоративна стратегія» зазвичай застосовується до всього підприємства, тоді як «бізнес-стратегія», яка є менш комплексною, визначає вибір продукту або послуги та ринку для окремих бізнесів у межах фірми. Бізнес-стратегія – це визначення того, як компанія буде конкурувати в даному бізнесі і позиціонувати себе серед своїх конкурентів [22].

Корпоративна стратегія визначає бізнеси, в яких заклад буде конкурувати, бажано таким чином, щоб зосередити ресурси на перетворенні відмітної компетенції в конкурентну перевагу. Обидва ці елементи є результатом безперервного процесу стратегічного управління, який ми детально проаналізуємо пізніше. Стратегічне рішення, що сприяє формуванню цієї моделі, є ефективним протягом тривалого періоду часу, впливає на компанію в різні способи, а також фокусує і спрямовує значну частину її ресурсів на досягнення очікуваних результатів. Модель, що є результатом серії таких рішень, ймовірно, визначатиме основний характер та імідж закладу, індивідуальність, яку вона має для своїх членів та різних груп громадськості, а також позицію, яку вона займатиме у своїй галузі та на своїх ринках. Вона дозволить визначити конкретні цілі, які мають бути досягнуті через певну послідовність інвестиційних та імплементаційних рішень, а також

безпосередньо регулюватиме розподіл або перерозподіл ресурсів, щоб зробити ці рішення ефективними [46].

Використання місцевих даних для планування системи охорони здоров'я та прийняття рішень у цій сфері є обмеженим у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, незважаючи на децентралізацію та прогрес у зборі даних. Необхідно покращити культуру обміну даними та спільного планування. Платформа на основі даних для охорони здоров'я – це стратегія зміцнення системи, яка сприяє структурованому прийняттю рішень районними службовцями охорони здоров'я з використанням місцевих даних. Дослідниками описано її впровадження, включаючи оцінку процесу на районному рівні, а також оцінку за допомогою кластерного рандомізованого дослідження. Практика та компетентність керівників у прийнятті рішень на основі даних показала чисте збільшення на 77% регулярності проведення щомісячних оглядів якості послуг та на 48% зворотного зв'язку з медичними закладами, що ґрунтується на даних. Статистично значуще покращення також було виявлено у використанні адміністраторами інформації для оцінки послуг. Якісні результати також свідчать про те, що районні медичні працівники повідомили про покращення використання даних та спільного прийняття рішень [46].

На підставі досліджень отримано переконливі докази того, що 20-місячне впровадження інформаційної платформи охорони здоров'я зміцнило управління охороною здоров'я завдяки кращому використанню даних та практикам оцінювання, систематизованому аналізу проблем для подальших дій та покращенню залучення зацікавлених сторін [47].

Оцінка нових медичних технологій в Європі часто проводиться на рівні лікарень. Однак керівні принципи оцінки медичних технологій (ОМТ), наприклад, базова модель, розробляються національними організаціями ОМТ і зосереджені на прийнятті рішень на національному рівні. Описано результати інтерв'ю з керівниками європейських лікарень щодо їхньої потреби в інформації при прийнятті рішень про інвестиції в нові методи лікування. Керівники лікарень визначили клінічні, економічні, безпекові та організаційні

аспекти нових методів лікування як найбільш важливі для прийняття рішень. Що стосується економічних аспектів, то керівники лікарень, як правило, зосереджували увагу на впливі на бюджет та реімбурсації [45].

На додаток до інформації, що міститься в традиційних ОМТ, керівники лікарень іноді потребували інформації про політичні та стратегічні аспекти нових методів лікування, зокрема про зв'язок між лікуванням і стратегічними цілями лікарні. Якщо подальші дослідження зможуть підтвердити отримані результати, настанови щодо проведення ОМТ на базі лікарень мають бути зміненими, щоб відобразити інформаційні потреби керівників лікарень при прийнятті рішень про інвестиції в нові методи лікування . У багатьох країнах нові медичні технології (наприклад, нові фармацевтичні препарати або нові пристрої) систематично оцінюються національними або регіональними органами охорони здоров'я перед прийняттям рішень щодо інвестування та впровадження в місцевих лікарнях [26].

3.2. Аналіз методів, моделей та принципів ефективного управління в охороні здоров’я

Однак кількість нових медичних технологій, які розглядаються і впроваджуються в лікарнях щороку, часто набагато перевищує можливості національних підрозділів з оцінки медичних технологій (ОМТ) [27, 28, 29]. Тому лікарні почали створювати свої власні ОМТ на базі лікарень. Приклади можна знайти, наприклад, у Канаді, Іспанії, Італії, Данії, Норвегії, Франції, Ізраїлі, Австралії та США [30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38]. Існує кілька керівних принципів щодо того, як складати оцінку і яку інформацію вони повинні містити. Прикладом може слугувати Базова модель EUnetHTA, яка описує показники результатів, розділені на дев'ять сфер [39, 40].

Ця модель була розроблена великою кількістю переважно національних інституцій з питань медичної допомоги у сфері охорони здоров'я. Однак мало

відомо про відповідність між цією та іншими моделями ОЗТ і потребою в інформації про нові технології охорони здоров'я з боку адміністративних і клінічних керівників лікарень. Це питання вивчається в європейському дослідницькому проекті 7РП AdHopHTA [41].

Загальною метою цього проекту є посилення використання та впливу ОМТ в лікарнях. AdHopHTA об'єднує 10 партнерів з дев'яти різних країн: шість лікарень з програмами з ОМТ (Іспанія, Данія, Фінляндія, Швейцарія, Італія, Туреччина); одна лікарня без програми ОМТ (Естонія); дві національні агенції з ОМТ (Норвегія та Австрія); і одна бізнес-школа (Іспанія). Загальна мета цього дослідження полягає в тому, щоб зрозуміти, яка інформація потрібна керівникам європейських лікарень при прийнятті рішень про інвестиції в нові медичні технології. Результати дослідження також повинні стати основою для розробки керівних принципів для госпітальної ОМТ в рамках проекту AdHopHTA [41].

Метою систематичного огляду літератури [42, 43] було виявлення емпіричних досліджень щодо інформації, необхідної керівникам лікарень при прийнятті рішень про інвестиції в медичні технології. Наприклад, у канадському дослідженні повідомляється, що керівники лікарень також враховували міркування щодо престижу та конкуренції між лікарнями при прийнятті рішень. Окрім того, керівники лікарень потребують інформації про економічні аспекти, включаючи, з одного боку, аналіз економічної ефективності для суспільства, а з іншого боку, більш вузький аналіз впливу на бюджет лікарні [44].

Рух, що спостерігається у сфері управління персоналом в Єдиній системі охорони здоров'я Бразилії (SUS), набуває більш помітних контурів у політиці охорони здоров'я, хоча можна визначити і прогрес, і невдачі. Так, хоча нові форми виробництва ще не здатні покінчити з цим фактом, у сфері охорони здоров'я можна спостерігати пошуки створення колективних управлінських просторів. У цьому сенсі дане дослідження показує, що, враховуючи час, що минув з моменту організації системи охорони здоров'я на децентралізованій

основі, і боязкий розподільчий потенціал інвестицій у цю сферу, спостерігається перепроектування галузі з потенційними можливостями подолати політичну ізоляцію і зайняти стратегічну роль у процесі прийняття рішень в управлінні охороною здоров'я [41].

Слід підкреслити, що це дослідження вказує на те, що механізми управління у сфері людських ресурсів у секторі охорони здоров'я все ще перебувають на стадії формування, що поляризує конфліктні та суперечливі питання. Вони являють собою виклики, які все ще перебувають на стадії розробки, і викликають низку роздумів щодо управлінських моделей у сфері управління персоналом у секторі охорони здоров'я. Таким чином, можна зробити висновок, що для розвитку управлінських проектів у сфері управління людськими ресурсами в секторі охорони здоров'я необхідна артикуляція та зближення структури управління людськими ресурсами ДСЗУ з навчальними закладами для спільного використання, відповідальності за проведення, моніторинг та оцінку проектів професійного навчання, забезпечення дотримання конституційного мандату, який освячує це партнерство [42].

У світлі результатів систематичного огляду літератури було вирішено, що інтерв'ю-дослідження повинно спеціально вивчити (А) чи вважається інформація про деякі аспекти нових медичних технологій більш важливою, ніж інші аспекти, (Б) чи слід включати політичні або стратегічні аспекти інвестицій в нові технології в ОМТ на базі лікарні і (В) чи повинна інформація про економічні аспекти інвестицій в нові технології включати опис суспільної економічної ефективності або впливу на бюджет лікарні, або і те, і інше разом [45].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

Основні результати показали, що керівники лікарень найчастіше згадували клінічну ефективність та економічні аспекти як найважливіші

аспекти нових технологій при прийнятті рішень. Паралельно з цим, дослідження, проведене методом інтерв'ю, показало, що керівники лікарень оцінюють інформацію про клінічну ефективність та економічний вплив як найбільш важливу для прийняття рішень. По-друге, керівники лікарень рідко згадували інформацію про етичні, правові та соціальні аспекти нових технологій як важливі. По-третє, хоча політичні та стратегічні аспекти технологічних інвестицій традиційно не є частиною ОМТ, керівники лікарень часто вважали ці аспекти важливими при прийнятті інвестиційних рішень.

ВИСНОВКИ

Концептуальні рекомендації для практичного застосування у сфері управління охороною здоров’я можемо представити наступним чином. Підсумок, що отримано внаслідок нашого проведеного дослідження переконливо доводить те, що запровадження інформаційних платформ в галузі охорони здоров'я употужнило його управління від кращого використання даних та практик моніторингу й оцінки, всебічному аналізу питань, що виникають для наступних дій та більш дієвого притягнення зацікавлених сторін.

Покращанню моделі розроблювання ухвал з діяльності сфери охорони громадського здоров’я на місцевому рівні протегуватиме і корпоративна стратегія.

Також контекстуальні чинники впливатимуть на здатність місцевої влади у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні, контекстуальні фактори можуть впливати на здатність як центру, так і місцевих/регіональних адміністрацій упоряджати медичну допомогу і послуги. До таких факторів слід віднести напруженість у поділі завдань, вплив політичного представництва на різних адміністративних рівнях (через різні політичні партії, які представлено на муніципальному/регіональному та центральному рівнях), а також ступінь представництва регіональних інтересів на національному рівні.

Ефективність діяльності місцевих органів влади також є могутнім фактором вплив на опрацювання рішень на місцевому рівні. Окрім ефективності слід віддати належне і пріоритети влади на місцях та політична воля її представників, екологічна ситуація в межах громади та склад населення.

Дотримання національних стандартів є безумовним фактором утворення позитивних умов для прийняття більш доцільних рішень з управління медичною галуззю і більш раціонального використання центрального асигнування та місцевого фінансування за їх розподілом.

Потрібно докласти усіх зусиль для уникнення напруженості, яка досить часто, крім іншого виникає через питання, (і як нам видається з проведеного

дослідження), пов'язані з ресурсами індустрії охорони здоров'я. Це адекватність централізованого розподілу бюджетних коштів.

Основні результати показали, що керівники лікарень найчастіше згадували клінічну ефективність та економічні аспекти як найважливіші аспекти нових технологій при прийнятті рішень. Паралельно з цим, дослідження, проведене методом інтерв'ю, показало, що керівники лікарень оцінюють інформацію про клінічну ефективність та економічний вплив як найбільш важливу для прийняття рішень. По-друге, керівники лікарень рідко згадували інформацію про етичні, правові та соціальні аспекти нових технологій як важливі. По-третє, хоча політичні та стратегічні аспекти технологічних інвестицій традиційно не є частиною ОМТ, керівники лікарень часто вважали ці аспекти важливими при прийнятті інвестиційних рішень.

Надважливо урахувати тематичну підготовку всіх задіяних у процесі осіб і що є вкрай необхідним – системний аналіз і науковий супровід на всіх етапах проєктування, підготовки, опрацювання, утілення, супроводу та звітності з питань створення рішень з питань громадського здоров’я на рівні місцевих громад, як структурного акту всієї індустрії в Україні загалом.

Публічне управління забезпеченням є складним і багатогранним завданням і вирішувати його слід також з різностороннім підходом. Як ми бачимо, структура управлінських рішень та підзвітності з охорони здоров’я на місцевому рівні у країнах світу є досить різноманітною та розгалуженою. Ці процеси різняться за політичним устроєм, соціально-економічною ситуацією та місцевими особливостями громад кожної країни. Такий підхід не є характерним для нашої країни де всі процеси управління традиційно були замкнуті на центральні органи влади, а місцевим адміністраціям залишалося тільки виконувати спущені вказівки і за них звітувати. Такий спадковий підхід радянської бувальщини скоріше був на шкоду прогресивному розвитку місцевих громад аніж на користь. Тому нам доводиться в умовах реформ і сучасності «доганяти» розвинуті країни ретельно вивчаючи їх кращий досвід та прорахунки з метою їх недопущення в Україні. Безумовно нинішня ситуація в

нашій країни в умовах розгорнутої військової агресії північного сусіди ніяк не на користь швидкому розвиткові прогресу у досліджуваній нами тематиці, та й інші умови не співпадають з проаналізованими країнами нам все ж прийдеться знайти свій шлях і обрати найкращі практики із зовнішнього та власного досвіду для побудови сучасної перспективної архітектури підготовки, опрацювання, втілення, моніторингу, аналітичного осмислення, відповідальності та звітності.

Як нам здається з результатів дослідження найбільш вдалою буде відкрита система, що пов’язана місцевим управлінням з регіональною, а більше з центральними організаційно-функціональними структурами, які б мали вивчати та узагальнювати кращі моделі з метою пропонування для втілення в інших громадах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Kalashnyk, N. & Khudoba, O. (2021). COVID-19 Challenges over Mental Health Public Policy. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 11(2Sup1), 165–174.

2. Yatsyshyn, U. V., Khudoba O. & Flaherty, M. (2022). Ethics of professional activities of social workers in the field of health: the american experience. Wiad Lek, 75(8), 1888–1894.

3. Красівський О., Петровський П. (2023). Світ після COVID-19: демократія VS авторитаризм. Ефективність державного управління, (66), 22–35. URL: https://doi.org/10.33990/2070-4011.66.2021.233442 (дата звернення: 29.09.2024).

4. Петровський П., Попок А. Гуманітарна спрямованість соціальної політики в умовах децентралізації. Демократичне врядування. Львів, ЛРІДУНАДУ: URL: https://doi.org/10.33990/2070-4038.26.2020.228514 (дата звернення: 28.09.2024).

5. Сидорчук О. Г., Крук С. М. Соціально-економічні аспекти креативізації системи охорони здоров'я України. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Випуск 30, 2020 р. – С. 155–160. DOI: https://doi.org/10.32782/2413-9971/2020-30-30. (дата звернення: 15.10.2024).

6. Making management decisions in the field of health care at the local level URL: https://www.researchgate.net/publication/366849561_Making_management_decisions_in_the_field_of_health_care_at_the_local_level (дата звернення: 09.10.2024).

7. Health Care Strategy. URL: https://www.harvardonline.harvard. edu/course/health-care-strategy?&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=fy25_hcst_intl&utm_content=nb&keyword=healthcare% 20strategy&matchtype=p&keyword=healthcare%20strategy&matchtype=p&gad_source=1&gclid=Cj0KCQj

w1Yy5BhD-ARIsAI0RbXbkLUhS2hyYbAI8OzfVMMdph9L6wKPKLNbft VIFFY8Tsx5eLQOnAY8aAnJAEALw_wcB (дата звернення: 01.11.2024).

8. Rodrigues, J. M. & Barbosa A. C. Q. (2021). Human resources and efficiency: a study in small Brazilian hospitals. New Economy. 31 (01). Jan-Apr. ISSN: 1980-5381. URL: https://doi.org/10.1590/0103-6351/6080 (дата звернення: 05.11.2024).

9 . Pierantoni, C.R., Varella, T. C., Santos, M. R. dos, França, T. & Garcia, A. C. (2008). Management of work and health education: human resources in two decades of SUS. Physis Rev Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 685-704. ISSN: 1809-4481. URL: https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005 (дата звернення: 30.10.2024).

10. Porto, M. E. A. & Granetto, S. Z. (2020). People Management in Hospital Environments: A review of the main points of efficient management. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n.6, p.38366-38382 jun. ISSN: 2525-8761. URL: https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-398 (дата звернення: 13.10.2024).

11. Decision-making in health care: Roles and responsibilities at local, regional and national level https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/5506/1/Decision making% 20in%20health%20care%20Roles%20and%20responsibilities%20at%20 local,%20regional%20and%20national%20level.pdf URL: (дата звернення: 18.10.2024).

12. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

13. Anessi Pessina E, Cantu E, Jommi C. Phasing out market mechanisms in the Italian National Health Service. Public Money and Management 2004;5:309-316.

14. Duran A, Lara JL, van Waveren M. Spain. Health system review. Health Systems in Transition 2006;8(4).

15. Mikkola H, Keskimaki I, Hakkinen U. DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? Health

Policy 2001;59(1):37–5116. Bibbee A. Making Federalism Work in Italy. OECD Economics Department Working Papers, No. 590: OECD, 2007.

17. Ministry of the Interior (Finland). Project to restructure municipalities and services. Memorandum, 9 May 2005. URL: http://www.intermin.fi/intermin/ hankkeet/paras/home.nsf/files/muistio_englanti/$file/muistio englanti.pdf. (дата звернення: 02.09.2024).

18. Donatini A, et al. Health care systems in transition: Italy. In: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems, ed. Copenhagen (draft).

19. Ministry of Health (New Zealand). URL: http://www.moh.govt.nz, (дата звернення: 12.10.2024).

20. Ashton T. Recent developments in the funding and organisation of the New Zealand health system. Australia and New Zealand Health Policy 2005;2(9).

21. Tenbensel T, Mays N, Cumming J. Public sector management and the New Zealand Public Health and Disability Act. Heatlh Reforms 2001 Research Project, ReportNo. 11: Hea lth Services Research Centre, Victoria University of Wellington, 2007.

22. French S, Old A, Healy J. Health care systems in transition: New Zealand. Copenhagen, 2001.

23. Bundgaard U, Vrangbæk K. Reform by coincidence? Explaining the policy process of structural reform in Denmark. Scandinavian Political Studies 2007;30(4):491-520.

24. Lammintakanen J, Kinnunen J. Social and health-care priorities of local politicians in Finland: do the attitude of politicians reflect the actual processes in municipalities? Int J Soc Welfare 2004;13:69–76.

25. Questions to Ministers. House of Representatives (New Zealand) debate 13 March 2007. URL: http://theyworkforyou.co.nz/portfolios/health/2007/mar/13/o01 (дата звернення: 22.10.2024).

26. INAHTA, International Network of Agencies for Health Technology Assessment. URL: http://www.inahta.org . Google Scholar (дата звернення: 14.10.2024).

27. K.Kidholm,L.Ehlers,L.Korsbek,R.Kjaerby,MBeck Assessment of the quality of mini-HTA International Journal of Technology Assessment in Health Care, 25(1)(2009), pp.42-48 View in ScopusGoogle Scholar

28. J.Elston,K.Stein A rapid needs assessment of the provision of health technology assessment in the south-west peninsula Journal of Public Health,29(2007), pp.157-164 View at publisherCrossrefView in ScopusGoogle Scholar

29. A.Oliver,E. Mossialos,R.Robinson Health technology assessment and its influence on health-care priority setting International Journal of Technology Assessment in Health Care,20(2004), pp.1-10 View in ScopusGoogle Scholar

30. M.McGregor,J.M.Brophy End-user involvement in health technology assessment (HTA) development: a way to increase impact International Journal of Technology Assessment in Health Care,21(2)(2005), pp.263-267 View at publisherCrossrefView in ScopusGoogle Scholar

31. L.Sampietro-Colom Hospital based HTA at the Hospital Clinic of Barcelona. In the panel: hospital based HTA: what about methods, impact and future perspective? 8th HTAi Annual Meeting,27–29 June, Rio de Janeiro(2011) Google Scholar

32. C.Favaretti,A.Cicchetti,GGuarrera,M.Marchetti,W.Ricciardi Health technology assessment in Italy International Journal of Technology Assessment in Health Care,25(July (Suppl. 1))(2009), pp.127-133 View in ScopusGoogle Scholar

33. Ehlers,M.Vestergaard,K.Kidholm,B.Bonnevie,P.H.Pedersen,T.Jorgensen,et al.Doing mini-health technology assessments in hospitals: a new concept of decision support in health care? International Journal of Technology Assessment in Health Care, 22 (3) (2006), pp.295-301 View in ScopusGoogle Scholar

34. Arentz-Hansen H, Ormstad SS, Hamidi V, Juvet LK, Fure B, Norderhaug IN. Pilot project on mini-HTA in the Western Norway Regional Health

Authority.URL: http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Utpr%C3%B8ving+av+mini-HTA+i+Helse+Vest+RHF12308.cms?threepage=1Google Scholar (дата звернення 03.11.2024).

35.N.Martelli,H.vandenBrink,F.Denies,B.Dervaux,A.F.Germe,P.Progn,et al. Hospital-based health technology assessment in France: how to proceed to evaluate innovative medical devices? Annales Pharmaceutiques Françaises,72(January (1)(2014), pp. 3-14,10.1016/j.pharma.2013.09.002 [French] View PDFView articleView in ScopusGoogle Scholar

36. M.D.Mitchell,R.Agarwal,K.Williams,C.A.Umscheid How technology assessment by hospitals differs from technology assessment by payers HTAi V Annual Meeting 2008. Center for evidence-based Practice University of Pennsylvania Health System,6–9 July, Montreal(2008) Google Scholar

37. R.F.P.King,International Society of Technology Assessment in Health Care Controlled introduction of new technology into a university teaching hospital by the use of health technology assessment into the safety and efficacy of each procedure International Society of Technology Assessment in Health Care, Annual Meeting 2003,23–24 June, Canmore (Alberta,Canada) Google Scholar

38. D.Greenberg,Y.Peterburg,D.Vekstein,J.S.Pliskin Decisions to adopt new technologies at the hospital level: insights from Israeli medical centers International Journal of Technology Assessment in Health Care,21(Spring (2)(2005), pp.219-227 CrossrefView in ScopusGoogle Scholar

39.K.Lampe,M.Makela,M.V.Garrido,H.Anttila,I.Autti-Rämö,N.J.Hicks,et al. The HTA Core Model: a novel method for producing and reporting health technology assessments International Journal of Technology Assessment in Health Care,25(2009), pp.9-20 View in ScopusGoogle Scholar

40. EUnetHTA, European network for Health Technology Assessment.URL: http://www.eunethta.eu/Google Scholar (дата звернення: 19.10.2024).

41. AdhopHTA, Adopting Hospital Based Health Technology Assessment in EU.URL: http://www.adhophta.euGoogle Scholar (дата звернення: 17.10.2024).

42. Olholm A.M, Kidholm K, Birk-Olsen M, Christensen JB. Literature review of hospital managers need for information in decision making. International Journal of Technology Assessment in Health Care. Google Scholar

43. D.Greenberg,J.S.Pliskin,Y.Peterburg Decision making in acquiring medical technologies in Israeli medical centers: a preliminary study International Journal of Technology Assessment in Health Care,19(Winter (1)(2003), pp.194-201 View in ScopusGoogle Scholar

44. M.McGregor What decision-makers want and what they have been getting

Value in Health,9(May–June (3(2006), pp.181-185 View PDFView articleCrossrefView in ScopusGoogle Scholar

45. Hospital managers' need for information in decision-making – An interview study in nine European countries. URL: https://www.sciencedirect. com/science/article/pii/S0168851015002158 (дата звернення: 12.10.2024).

46. Andrews, K. R. (1971)The concept of corporate strategy. Homewood, IL: Irwin. Google ScholarURL: https://link.springer.com/referenceworkentry/ 10.1007/978-1-4419-1153-7_1174 (дата звернення: 09.10.2024).

47. Data-driven decision-making for district health management: a cluster-randomised study in 24 districts of Ethiopia URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov /articles/PMC10910485/ (дата звернення: 09.10.2024).

48. Якобчук В. П. та ін. Публічне управління та адміністрування : навч. посібник / за заг. ред. В. П. Якобчук. – Київ : Видавництво Ліра-К, 2024. – 476 с.

49. Yakobchuk V., Plotnikova M., Semenets H. Family homesteads settlements as the subjects of the public management in rural territories. Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development. 2018. Vol. 40. No. 4. pp. 587–598.

50. Довженко В. А., Симоненко Л. І. Іванюк О. В. Проблеми медичного обслуговування сільського населення в умовах політики децентралізації влади. *Інвестиції: практика та досвід.* 2019. № 9. С. 83–89. DOI: 10.32702/2306-6814.2019.9.83

51. Дацій Н. В., Никитюк А. М. Теоретичні підходи до системи надання медичних послуг в умовах цифрової трансформації. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2023. № 1. https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/issue/view/54.

52. Дацій Н. В., Драган І. В., Мосюрчак К. О. Публічне управління здоров'ям населення як системотворчою ланкою та кінцевим результатом діяльності системи охорони здоров'я та надання медичних послуг. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2023. № 10. https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/article/view/2240/2269.