

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

КОЗЛОВЕЦЬ ІРИНА СЕРГІЙВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 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

І. С. КОЗЛОВЕЦЬ
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ІВАНЮК Ольга Володимирівна
(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: КОЗЛОВЕЦЬ Ірину Сергіївну 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

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Валентина ЯКОБЧУК

(власне ім'я та прізвище)

«_____» грудня 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **КОЗЛОВЕЦЬ Ірина Сергіївна** захистила
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Анастасія ПРУТ

(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

КОЗЛОВЕЦЬ І. С. Удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

Простежено теоретичні та методологічні засади публічного управління організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. Характеризовано основоположну тематичну нормативно-правову базу. Визначено дефініцію сучасних трансформаційних зрушень, його провідні елементи, їх види та діяльність, доведено його роль у організаційному механізмі галузі у громадах. Здійснено аналіз сучасного стану організації забезпечення медичної сфери в Україні та у провідних країнах світу. Обґрунтовано та надано пропозиції для поліпшування організаційного механізму надання меддопомоги на місцевому рівні медичної галузі в Україні.

Ключові слова: публічне управління, організаційний механізм, медична галузь, нормативно-правова база, місцевий рівень.

SUMMARY

KOZLOVETS I. Improvement of the organizational mechanism of medical care provision 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 theoretical and methodological foundations of public administration of the organizational mechanism of medical care at the local level are traced. The basic thematic regulatory framework is characterized. The definition of modern transformational shifts, its leading elements, their types and activities are defined, its role in the organizational mechanism of the sector in communities is proved. The current state of healthcare provision in Ukraine and in the leading countries of the world is analyzed. Proposals for improving the organizational mechanism for providing medical care at the local level of the medical sector in Ukraine are substantiated and presented.

Keywords: public administration, organizational mechanism, medical industry, regulatory framework, local level.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА КОНСТРУКЦІЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ГРОМАД	8
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	15
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ МІСЦЕВОГО РІВНЯ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ	16
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	23
РОЗДІЛ 3 ПРОПОЗИЦІЇ ДО ПОСТУПОВОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	24
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	29
ВИСНОВКИ	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	32
ДОДАТКИ	43

ВСТУП

Актуальність теми. Серед причини, що стримують розвиток галузі, однією з яких є нагальна потреба в ефективному управлінні, розвиток якого ускладнюється низкою суб'єктивних та об'єктивних чинників, зокрема прогалинами у правовому полі, недостатньою компетентністю керівників, їх небажання розробляти та впроваджувати нові управлінські технології.

Організаційні схеми охорони здоров'я постійно змінюються під впливом технологічного прогресу, старіння населення, змін у структурі захворювань, нових відкриттів у лікуванні хвороб, а також політичних реформ та ініціатив. Зміни можуть бути складними, оскільки вони суперечать базовій потребі людини у стабільному середовищі.

Була піднята необхідність створення і піднесення нових медичних моделей, які повинні відгукуватися до сьогочасному ринковому господарстві, необхідність всебічної та посиленої реформації медичної системи, зв'язаного з способами керівництва, фінансування та реструктуризації медичних установ. В Україні керівники медичних установ укомплектовані в основному лікарями, які вже не мають спеціальної підготовки в галузі управління охороною здоров'я та економіки, безсумнівно, володіють значним досвідом і високою кваліфікацією за медичною спеціальністю. При призначенні керівника медичного закладу стає ясно, що спеціальна освіта не є пріоритетом. Реформа індустрії охорони здоров'я у країні почалася набагато перекода, аніж в других пострадянських державах, практично через 20 років опісля отримання самостійності. Трансформація у цій галузі, придбання автономними органами, в основному в адміністративній діяльності, шанс залучення коштів з різноманітних джерел і т. ін. крім того, потреба продуктивного правління лікарськими установами. Інтернаціональний навик країни з розвиненими системами охорони здоров'я показує потребу комплектування провідних організацій та установ спеціалістами в області менеджменту, економіки та охорони здоров'я.

Невідповідність між підготовкою спеціалістів для практичних медичних потреб і завданням внутрішньої реконструкції даного типу господарської діяльності є основною перешкодою на шляху ефективного управління медичними установами, в результаті чого знижується доброякісність лікарської допомоги. Поліпшування управління медичними закладами у державі дозволяє ефективно розпоряджатися потоками людських ресурсів і фінансових коштів, впливаючи на економічні та на соціальні наслідки для окремих осіб, команд, організацій і держави загалом [87].

Мета. Дослідити теоретичні, методологічні та практичні аспекти державного управління організаційним механізмом надання медичної допомоги у територіальних громадах для визначення перспектив та шляхів покращення організаційного сектору забезпечення медичної галузі місцевого рівня.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підмури організаційного сектору охорони здоров'я територіальних громад.
2. Охарактеризувати зміни, що відбулися у системі охорони громадського здоров'я під час її реформи.
3. Визначити новітню організаційно-функціональну структуру взаємодії підрозділів системи охорони здоров'я у адміністративно-територіальній громаді.
4. Надати оцінку сучасній кластерній інфраструктурі надання медичної допомоги у світлі нормативно-правової бази України.
5. Описати сучасний стан і проблеми організаційного забезпечення медичної галузі місцевого рівня у світі та в Україні.
6. Вивчити як часто організаційні зміни пов'язані з психологічною невпевненістю медичних працівників.
7. Опрацювати пропозиції до поступового удосконалення організаційного механізму медичної допомоги на місцевому рівні.

Об'єкт дослідження – організаційне забезпечення медичної галузі громад.

Предмет дослідження – теоретичні, методологічні та практичні аспекти організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні.

Методи дослідження. Удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні вимагає комплексного підходу до дослідження, тому було проаналізовано існуючий стан медичних установ, вивчено нормативно-правову базу, що регулює надання медичних послуг на місцевому рівні, зроблено оцінку даних про рівень охоплення населення медичними послугами, якість надання допомоги, захворюваність, смертність, виявлено сильні і слабкі сторони, можливостей і загроз існуючого механізму.

Було застосовано економічне моделювання, зроблено оцінку фінансових витрат і ефективності різних сценаріїв реформування механізму. Досліджено досвід інших регіонів з аналогічними умовами, виявлено кращі практик та можливості їх адаптації до місцевого контексту.

Апробація кваліфікаційної роботи. Розглянута в кваліфікаційній роботі проблематика досліджень оприлюднювалась на Міжнародних науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті. За результатами дослідження опубліковано три тези.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає у формуванні рекомендацій щодо вдосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні, що сприятиме підвищенню якості медичних послуг та ефективному використанню ресурсів. Запропоновані підходи можуть бути адаптовані для реформування місцевих систем охорони здоров'я в Україні. Результати дослідження можуть стати основою для розробки нормативно-правових документів та управлінських рішень у сфері охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

Елементами наукової новизни є спроба визначити пріоритетні напрями побудови ефективної моделі інформаційного забезпечення медичної галузі.

Структура роботи: складається із вступу, 3-х основних розділів, спільних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний об'єм роботи становить 31 сторінку.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА КОНСТРУКЦІЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ГРОМАД

Теоретико-методологічна конструкція забезпечення організаційного механізму медичної галузі громади має ґрунтуватися на міждисциплінарному підході, який враховує соціальні, економічні, управлінські та медичні аспекти. Вона включає теоретичні основи, принципи, підходи та методи, які сприяють створенню ефективного та стійкого механізму управління медичною сферою в громадах. Її складові базується на системному підході, який розглядає медичну галузь, як частину загальної системи охорони здоров'я громади, соціально-економічній теорії, яка акцентує увагу на доступності, рівності та ефективності медичних послуг.

Основними принципами організаційного механізму медичної галузі громад є:

- доступність – забезпечення всім мешканцям громади можливості отримувати якісні медичні послуги;
- рівність – уникнення дискримінації за соціальними, економічними чи іншими ознаками;
- ефективність – раціональне використання ресурсів;
- прозорість – відкритість процесів управління;
- інтегративність – взаємодія медичної галузі з іншими секторами громади (освіта, соціальний захист тощо).
- Методологічні підходи:
 - економічний підхід – оцінка фінансових потреб, визначення джерел фінансування, ефективний розподіл ресурсів;
 - управлінський підхід – розробка структур організації, системи контролю та моніторингу;
 - соціальний підхід – врахування потреб населення, розвиток комунікацій між громадою та медичними установами;

- інноваційний підхід – впровадження сучасних технологій (телемедицина, цифрові системи обліку пацієнтів). Методологічні підходи до забезпечення організаційного механізму медичної галузі громади мають багатогранну природу. Кожен із підходів розкриває специфічні аспекти управління, функціонування та розвитку медичної сфери. Представники різних наукових шкіл та теорій формують основи цих підходів.

Сутність системного підходу розглядає медичну галузь як інтегровану систему, що включає підсистеми (медичні установи, кадровий склад, фінансові ресурси) і функціонує у взаємодії з зовнішнім середовищем. Основні ідеї: аналіз структури і взаємозв'язків між елементами системи; урахування впливу зовнішніх і внутрішніх факторів на ефективність системи; постійний моніторинг і адаптація до змін.

Економічний підхід у своїй сутності є орієнтованим на оптимізацію витрат і ефективність використання ресурсів для досягнення максимальної користі для громади. Основні ідеї: розрахунок витрат на медичні послуги; оцінка соціально-економічної вигоди від покращення здоров'я населення; застосування економетричних моделей для прогнозування і планування.

Соціальний підхід зосереджується на врахуванні потреб, очікувань та інтересів громади у формуванні медичних послуг. Основними ідеями є: участь громади у формуванні політики охорони здоров'я; задоволення потреб уразливих категорій населення; підвищення рівня довіри до медичних установ.

Управлінський підхід спрямований на розробку оптимальних методів і структур управління медичною галуззю. Основні ідеї полягають у впровадженні систем моніторингу та оцінювання результатів; мотивації персоналу до якісної роботи.

Інноваційний підхід орієнтується на впровадження нових технологій, методів лікування та управління. Ідеологія застосовує використання цифрових технологій (електронні реєстри, телемедицина); впровадження сучасних моделей прогнозування захворюваності; розвиток медичних досліджень і впровадження результатів у практику.

Децентралізований підхід у своїй змістовній сутності підкреслює важливість передачі повноважень від центрального уряду до місцевих громад для врахування їхніх специфічних потреб. Основні ідеї розглядають забезпечення автономії у прийнятті рішень; розподіл ресурсів між громадами відповідно до потреб; підвищення відповідальності місцевих органів.

Екологічний підхід фокусується на взаємозв'язку між станом довкілля та здоров'ям населення громади. Основні ідеї: вивчення впливу екологічних факторів на захворюваність; розробка програм профілактики, що враховують екологічні ризики; створення екологічно стійких систем охорони здоров'я.

Елементи організаційного механізму складаються з: організаційної структури, фінансування, кадрової політики, моніторинга і контролю, комунікації. Організаційна структура: створення мережі медичних установ (первинна, вторинна, спеціалізована допомога); формування комітетів чи рад охорони здоров'я в громаді. Фінансування: розробка моделей бюджетного та позабюджетного фінансування; пошук альтернативних джерел (гранти, партнерські програми). Кадрова політика: підготовка та перепідготовка медичного персоналу; мотиваційні програми для залучення кадрів. Моніторинг і контроль: впровадження системи оцінювання якості послуг; регулярний аудит діяльності медичних установ. Комунікації: інформування населення про послуги та програми; формування довіри через відкритість і зворотний зв'язок.

Інструменти забезпечення організаційного механізму такі: інформаційні системи – електронні реєстри, системи управління даними пацієнтів; регламентація – нормативно-правова база, що регулює діяльність галузі.

Партнерства: взаємодія з приватним сектором, громадськими організаціями та міжнародними фондами.

Очікуваними результатами правильної побудови організаційного механізму медичної галузі громади будуть ефективно побудована теоретико-методологічна модель, що забезпечить підвищення якості та доступності медичних послуг, оптимізацію витрат, зростання довіри громади до системи охорони здоров'я, соціально-економічний розвиток громади через покращення

здоров'я населення. Успішна реалізація залежить від комплексного підходу, участі громади та постійного моніторингу й корекції механізмів управління.

Тема участі місцевих органів охорони здоров'я в процесі децентралізації медичних послуг обговорюється вже протягом багатьох років. Децентралізація, забезпечення грошима, утягування органів місцевого самоврядування влади, різноманітні конфігурації медичного страхування, цифровізація та управління персоналом є основними складовими сучасної системи охорони здоров'я. Дослідження ступеня залученості структур місцевої влади інших країн у створенні послуг медичної допомоги уможливило розкриття взаємозв'язків між власне будовою керованого медичного обслуговування та участю загалу громадян, а також місцевих закладів, установ і організацій, що, своєю чергою, дасть змогу означити шляхи їх впровадження в Україні.

Протягом останніх п'яти років в Україні відбулися зміни у системі охорони громадського здоров'я. Ця трансформація почалася із часу схвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) та створення Національної служби здоров'я України, Центра громадського здоров'я МОЗ і ДП «Медичні закупівлі України», як чільних національних агентств у сфері охорони здоров'я, реорганізовано Міністерство охорони здоров'я та підпорядковані йому установи, набули автономії заклади охорони здоров'я. Сталися й другі важливі перемини, такі як оприлюднення 30.10.2024 р. для громадського обговорювання проекту постанови КМУ «Про внесення зміни до пункту 1 постанови Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2008 р. № 955» спрямованого на удосконалення державної регуляції вартості медикаментозних препаратів на терені України [82]. Розроблено проект закону «Про внесення змін до деяких Законів України щодо впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» це натомість МСЕК стане якісно новітня інфраструктурна одиниця – експертна комісія з оцінювання повсякденного функціонування особи. Новий орган, що діятиме за прикладом ВЛК при невійськових медичних закладах – себто шляхом укладання угоди НСЗУ із

інституціями охорони здоров'я. Це є вже відпрацьованим процесом. Механізм функціонування цього шляху полягає у створенні у спеціалізованому стаціонарі одноразової профільної фахової комісії до якої залучатимуться того либонь іншого фахівця-практика для кожної окремої особи [83, 84]. Ще одним нововведенням є офіційний дозвіл відповідно до наказу МОЗ №1422 працювати відповідно до міжнародних стандартів та модерних діагностико-лікувальних інструкцій (що дотепер було нелегітимно). Також нині місцева самоврядна адміністрація набула можливості визначати власні пріоритети перспективності медичних закладів їхньої юрисдикції.

Інфраструктура надання медичної допомоги України є умовно трьохрівневою: первинної (амбулаторного), вторинної (спеціалізованого) та третинної (високоспеціалізованого чи вузькоспеціалізованої) ланок. Первинна відає поданням невідкладної допомоги та послугами сімейної медицини і є основою реформи всієї охорони громадського здоров'я в Україні. 2017 рік дав початок першій її стадії та змінам принципів фінансування первинної медичної допомоги європейського зразка. Вторинна є спеціалізованою у лікарнях. Третинна відповідає за висококваліфіковану допомогу. Підставою для реформи галузі слугує ряд нормативно-правових актів і першочерговими стали два закони України – «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6.04.2017 р. щодо надання автономії державним і комунальним медичним закладам та «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19.10.2017 р. щодо трансформації фінансування медустанов коштом Державного бюджету. Для забезпечення конституційних гарантій уряд України щорічно визначає безкоштовний гарантований пакет медичної допомоги. Інфраструктурна конструкція галузі, за пропозиціями обласних державних адміністрацій, утворила у кожному регіоні госпітальні округи кластерного (англ. *cluster* – група подібних елементів) типу. Проте у листопаді 2021 року було застосовано новий «Порядок створення госпітальних округів», де вже виразно не розкривається дефініція

«госпітальний округ», проте натомість він тлумачить формулювання «спроможна мережа госпітального округу». Широко не розкриваючи сенс нової трактовки зазначимо лише, що змістовна сутність такої формули полягає у своїй назві про спроможність



Рис. 1.1. Організаційно-функціональна структура взаємодії підрозділів системи охорони здоров'я у адміністративно-територіальній громаді

Джерело [85].

Як видно із схеми (рис. 1.1.) одне із чільних місць у структурі підрозділів займає інформаційний. Україна має юридичну базу, що сприяє розвитку електронної охорони здоров'я. Проте головні правові акти, які врегульовують цю сферу, історично розроблялися як важелі сприяння реформування фінансового сектору. Споглядаючи за подальшим розростом електронної системи здоров'яохорони, ці документи вимагають доцільного перегляду у сенсі усієї цифрової держави.

На сьогоднішній день цифровізація охорони здоров'я не є функціонально універсальною централізованою та для накопичення й аналізу усіх статистичних показників. У електронній системі відсутні комплексні можливості для стеження за хворими, які б відображали технічні вимоги до інформаційних систем лікарень ((hospital information system – HIS). Відстеження пацієнтів

здійснюється лише під час їхніх взаємостосунків із лікарями загальної практики спеціалістами, аби перевірити, чи отримали вони медичні послуги.

Лікар первинної ланки хворого має можливість отримати всю потрібну інформацію, що міститься в електронних медичних картах для розгляду реального стану здоров'я свого пацієнта. Решта ж лікарів мають доступ лише до своїх власних записів. Шлях між щаблями поступової меддопомоги для пацієнтів з НІЗ наразі не утримує різниці від шляху поміж ланками медичної допомоги для хворих з другими хворобами та патологічними станами.

В даний час для розбору в НСЗУ доступні переважно адміністративні дані: кількість пацієнтів, частота відвідування ними своїх лікарів, чисельність отримавших направлення на консультативний огляд до лікаря-спеціаліста, кількість оглянутих ними (тобто реалізованих направлень), а також поділ на види подальших дій (консультація, діагностика, процедура).

Військові впливи викрили характерологічні аспекти, на які потрібно зважати під час уведення воєнного становища. Проблеми безпекової площини, накопичення показників, політики доступності щодо інформації на тимчасово зайнятих окупантами територіях й обмін повідомленнями для хворих, змушених покинути країну, стали особливо актуальними і потребуватимуть наступного опрацювання, аналізу та подальшого моніторингу. Серйозним аспектом є застосування показників для аналітичної обробки та прийняття управлінських ухвал. Дані, які зберігаються в системі, дотепер не є доступними широкій аудиторії і рідко підлягають аналізу з боку НСЗУ, щонайбільше в контексті даних про здоров'я, позаяк дані не є ані повними, ані не мають ознак репрезентативності. Окрім цього, аналітичний інструментарій для візуалізації вказаної інформації на сайті Національної служби охорони здоров'я у рубриці «Електронні дані» зараз недостатні [88].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Методологічні підходи до забезпечення організаційного механізму медичної галузі громади забезпечують багатогранність поглядів на процес управління, інтегруючи соціальні, економічні, екологічні та інноваційні аспекти. Їх комплексне використання сприяє створенню ефективної, адаптивної та стійкої системи охорони здоров'я, яка враховує специфічні потреби кожної громади. Таким чином, комплексний підхід до забезпечення організаційного механізму медичної галузі громади є запорукою її ефективного функціонування, задоволення потреб населення та соціально-економічного прогресу.

РОЗДІЛ 2.

СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ МІСЦЕВОГО РІВНЯ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

Фрагментація системи охорони здоров'я призвела до широкого спектру заходів, спрямованих на покращення координації між рівнями надання медичної допомоги, насамперед у країнах з високим рівнем доходу, а також у деяких країнах з середнім та низьким рівнем доходу.

Результати опитувань медичного персоналу в Колумбії та Бразилії показують, що механізми координації медичної допомоги загалом впроваджені погано. Однак результати дещо кращі в окремих сегментах проаналізованих мереж у Колумбії (амбулаторні центри, що надають первинну та вторинну медичну допомогу, які належать або пов'язані зі страховими компаніями накопичувальної системи та державними постачальниками субсидованої системи); а також у мережі столиці штату в Бразилії. Фахівці вказують на численні проблеми у використанні існуючих механізмів, такі як недостатній запис інформації у формах направлень, низька частота та рівень участі у спільних клінічних сесіях, низький рівень дотримання небагатьох наявних клінічних настанов та відсутність або неналежне перенаправлення пацієнтів відповідними центрами, особливо в бразильських мережах. Відсутність або обмежене використання механізмів координації медичної допомоги призводить, за словами інформантів, до неналежного спостереження за пацієнтами, переривання лікування та дублювання аналізів. Фахівці використовують неформальні стратегії, щоб спробувати подолати ці обмеження.

Результати дослідження свідчать не лише про обмежене впровадження механізмів координації між рівнями надання медичної допомоги, але й про обмежене використання існуючих механізмів в проаналізованих мережах охорони здоров'я. Це негативно впливає на координацію між рівнями надання

медичної допомоги. Це негативно впливає на координацію, ефективність та якість медичної допомоги. Для вирішення цих проблем необхідні організаційні зміни в мережах та системах охорони здоров'я. Занепокоєння щодо фрагментації надання медичної допомоги, особливо при лікуванні хронічних захворювань [1], викликало широкий спектр заходів, спрямованих на поліпшення координації медичної допомоги, насамперед у країнах з високим рівнем доходу, а також у деяких країнах з середнім і низьким рівнем доходу [2, 3].

По-перше, це заходи на макрорівні: політика та регуляторні механізми, які сприяють координації медичної допомоги [4, 5]. По-друге, на мезорівні: сприяння організаційним ініціативам з інтеграції надання медичних послуг, таким як інтегрована мережа охорони здоров'я (ІМЗ), яка визначається як мережа організацій, що надає або організовує надання скоординованого континууму медичних послуг певній групі населення і готова нести клінічну та фінансову відповідальність за результати та стан здоров'я населення, яке обслуговується [3, 6]. Нарешті, існують також втручання на мікрорівні: запровадження єдиного координаційного механізму або поєднання механізмів у комплексній програмі для покращення клінічного менеджменту [4].

Типологія механізмів координації медичної допомоги.

Координація медичної допомоги визначається як гармонійний зв'язок різних послуг і видів діяльності, необхідних для надання допомоги пацієнту впродовж усього континууму медичної допомоги, для досягнення спільної мети без конфліктів [12]. Можна виділити три взаємопов'язані типи: інформаційна координація або передача і використання клінічної інформації про пацієнта, необхідної для координації діяльності між постачальниками; координація клінічного менеджменту або надання медичної допомоги в послідовний і взаємодоповнюючий спосіб [13], і адміністративна координація або координація доступу пацієнта до всього континууму послуг відповідно до його потреб – аспект, який рідше концептуалізується вченими [14].

Організації охорони здоров'я можуть обирати різні типи механізмів координації медичної допомоги залежно від базових процесів, на яких вони базуються [12, 15, 16], 1) На основі програмування: механізми стандартизації, корисні для тих ситуацій, які можна передбачити, а отже, стандартизувати, і які не обов'язково потребують швидкого реагування. Координація досягається шляхом попереднього визначення навичок, процесів (наприклад, клінічних настанов) або результатів. 2) На основі зворотного зв'язку: а) прямий нагляд, зазвичай використовується для координації діяльності, яка не пов'язана з високим рівнем невизначеності; це досягається шляхом призначення однієї особи відповідальною за роботу решти, надання інструкцій та контролю за діяльністю персоналу (наприклад, керівників програм); б) механізми взаємного коригування, корисні, коли обсяг інформації, що підлягає обробці, великий, а діяльність вузькоспеціалізована і взаємозалежна (наприклад, посади зв'язківців, мультидисциплінарні міжрівневі команди). Координація досягається шляхом прямого контакту між окремими особами з метою вирішення проблеми на тому ж рівні, на якому була згенерована інформація [12].

Більшість наявної літератури з питань координації медичної допомоги ґрунтується на дослідженнях, проведених у країнах з високим рівнем доходу, з акцентом на конкретному клінічному стані або механізмі координації, переважно клінічного менеджменту, і впроваджуються в певних умовах, а не в мережі медичних послуг в цілому [2, 17, 18]. Аналізи розглядають ефективність координаційних втручань шляхом вимірювання їх впливу на використання послуг (наприклад, повторні госпіталізації), витрати або показники результатів (наприклад, смертність або зміни в стані здоров'я пацієнтів) [2, 17, 18, 19, 20, 21].

Такі аналізи не пов'язують свої результати з використанням механізмів або їх впливом на надання медичної допомоги з точки зору медичних працівників, які в кінцевому підсумку є користувачами цих механізмів [17]. Нечисленні якісні дослідження використання конкретного механізму координації – як правило, електронних медичних карток [22, 23, 24],

клінічних настанов або маршрутів надання медичної допомоги при певній патології [25-27] – свідчать про часту необізнаність медичних працівників щодо цього механізму [23, 25, 26], а також про його недостатнє або неадекватне використання [23, 25]. Ці проблеми пов'язані з двома типами факторів: по-перше, індивідуальними факторами, такими як відсутність здатності або знань щодо його використання [26, 28], опір його впровадженню [24, 27, 28] або попередній негативний досвід використання подібних механізмів [27, 29]; по-друге, організаційними факторами, такими як недостатні ресурси та умови роботи для його використання [23, 24, 25, 26, 27, 28].

Політика сприяння координації медичної допомоги в Колумбії та Бразилії.

Погана координація медичної допомоги вважається однією з основних перешкод для досягнення ефективних результатів у сфері охорони здоров'я в багатьох країнах Латинської Америки, що призводить до труднощів у доступі до медичної допомоги, низької технічної якості, переривання медичної допомоги та неефективного використання обмежених ресурсів [3]. Тому багато країн регіону, включаючи Колумбію і Бразилію, сприяли розвитку інтегрованих мереж охорони здоров'я (ІМЗ).

Типи мереж охорони здоров'я, який підтримується політикою в Колумбії та Бразилії, відрізняється залежно від організації системи охорони здоров'я. У Колумбії існує модель керованої конкуренції, що складається з двох різних схем страхування: накопичувальної для працівників формального сектору і тих, хто може платити, і субсидованої для населення з низькими доходами [30]. Страховики можуть надавати послуги безпосередньо через злиття або стратегічні альянси з постачальниками послуг [30, 31, 32]. Незастраховане населення (8,3 %) [33] отримує медичну допомогу в державних мережах охорони здоров'я, які розмежовані географічно і організовані регіональними та місцевими органами охорони здоров'я.

Бразилія створила Єдину систему охорони здоров'я, задуману як національна система охорони здоров'я з універсальним охопленням, що

фінансується за рахунок податків і децентралізована на різних рівнях управління: федеральному, штатах і муніципалітетах [34]. Податки для фінансування цієї системи стягуються переважно на федеральному рівні і перераховуються до конкретних муніципальних і державних фондів залежно від послуг охорони здоров'я, якими вони керують: для первинної медичної допомоги та лікарських засобів бюджет, що виділяється, базується на подушному розрахунку, а для вторинної медичної допомоги – на перспективній оплаті, що базується на діяльності [35].

В обох країнах медична допомога організована за рівнями складності, при цьому первинна медична допомога є відправною точкою і координатором догляду за пацієнтом, а вторинний рівень відіграє допоміжну роль [36, 37].

Політика, розроблена в Бразилії в останні роки, передбачає впровадження широкого спектру механізмів координації клінічного менеджменту між рівнями надання медичної допомоги (спільні клінічні настанови та спільні огляди випадків), а також інших стратегій спільного надання медичної допомоги (ведення хворих та програми управління захворюваннями) [36]. У Колумбії впровадження такого роду механізмів включено в норми акредитації та оцінки постачальників послуг, але тільки як індивідуальні критерії якості, а не для координації з постачальниками медичних послуг інших рівнів [38, 39, 40].

В обох країнах для координації доступу між рівнями пропонується використовувати центри перенаправлення пацієнтів, хоча в Колумбії це стосується лише екстреної допомоги [30, 32, 35, 38, 41]. Оцінки використання механізмів координації між рівнями надання медичної допомоги в цих країнах є недостатніми. Фактично, в Колумбії їх немає, і хоча в Бразилії є деякі дослідження, вони зазвичай обмежуються – за деякими винятками [42] – аналізом конкретного механізму координації, такого як процес впровадження «експертної системи» (*aproio matricial*) – спільне навчання, спільний розгляд випадків тощо – у сфері психічного здоров'я [43, 44], або фіксація інформації в листах-направленнях [45, 46]. Мало хто заглиблюється у використання

механізмів або їх вплив на надання медичної допомоги з точки зору медичних працівників [44, 47].

За словами інформантів, найпоширенішим механізмом адміністративної координації доступу пацієнтів до різних рівнів медичної допомоги в усіх мережах є центри перенаправлення пацієнтів («central de regulação» в Бразилії), які діють як центри зв'язку: у більшості колумбійських мереж вони займаються ургентним перенаправленням пацієнтів і незапланованою госпіталізацією, а в Бразилії вони також керують наданням спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Ці результати підкреслюють труднощі, пов'язані з впровадженням механізмів координації, які охоплюють всю мережу, в такій моделі системи охорони здоров'я, як колумбійська, яка стимулює мережі, що сприяють конкуренції між постачальниками, фрагментації надання медичної допомоги між кількома постачальниками і нестабільності робочих відносин через переважання короткострокових контрактів з постачальниками [52, 53]. У Бразилії найменші муніципалітети стикаються з труднощами, оскільки їм не вистачає команд з технічною кваліфікацією, необхідною для впровадження механізмів координації медичної допомоги в мережі охорони здоров'я для свого населення [54, 55].

Існують слабкі місця в передачі клінічної інформації між рівнями медичної допомоги в проаналізованих мережах через недостатню реєстрацію даних медичними працівниками, особливо при переході від первинної медичної допомоги до амбулаторної вторинної медичної допомоги. Ця проблема часто згадується в інших дослідженнях, переважно в системах охорони здоров'я країн з високим рівнем доходу [17, 56, 57, 58, 59], а також у деяких країнах з середнім і низьким рівнем доходу, і зазвичай пов'язана з нестачею часу для запису інформації [56] і з відсутністю бажання спілкуватися між рівнями, особливо з боку фахівців вторинної медичної допомоги, через брак зацікавленості, обізнаності та довіри до ролі первинної медичної допомоги у подальшому спостереженні за пацієнтами, дублювання аналізів, затримки в діагностиці та

перерви в лікуванні, високою спеціалізацією в медицині, відсутність постійного навчання [53].

Недостатній розвиток механізмів, що сприяють координації клінічного менеджменту за винятком центрів амбулаторно-поліклінічної допомоги мереж. Ці механізми були впроваджені ізольовано і не є частиною спільних стратегій надання медичної допомоги, які передбачають одночасне використання різних інструментів і створення персоналізованих планів надання медичної допомоги пацієнтам. За даними літератури, ці характеристики сприяють більшій ефективності стратегій у вирішенні хронічних проблем зі здоров'ям [17]. Експертна система та спільні клінічні настанови є механізмами, що використовуються для координації клінічного менеджменту. Перший з них особливо цінується фахівцями мереж, які його впровадили, не тільки за покращення можливостей вирішення проблем на рівні первинної медичної допомоги та адекватності направлень, але й за створення простору, який сприяє комунікації між фахівцями, що узгоджується з результатами інших досліджень.

Роль фахівців у мережі в наданні підтримки лікарям первинної ланки є ключовою для успішної реалізації цієї та інших стратегій покращення координації [19]. Це є аргументом проти участі фахівців з-поза меж мережі в експертній системі («арроіо matricial»), яку намагаються впровадити бразильські мережі. Фахівці вказують на потенційні переваги спільних клінічних настанов для покращення якості перенаправлень, але підкреслюють, що їх мало хто дотримується. Дослідження, проведені в інших умовах, зазвичай пов'язують такий низький рівень використання не тільки з обмеженим охопленням процесу впровадження, що призводить до недостатньої обізнаності про механізм, але й з недостатньою участю медичних працівників у розробці самого механізму [19, 24, 27, 29], а також з його недостатнім втіленням у протоколах та включенням у поточні навчальні програми [68].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Незважаючи на відмінності між країнами та мережами, результати аналогічних досліджень показують, що механізми адміністративної координації доступу між рівнями медичної допомоги погано впроваджені в більшості досліджуваних мереж. Винятки становлять окремі частини мереж: у Колумбії – центри амбулаторно-поліклінічної допомоги, пов'язані зі страховиком через злиття або стратегічний альянс, а також державні медичні заклади субсидованої мережі, що перебувають під управлінням районного відділу охорони здоров'я; у Бразилії – деякі заклади мережі столиці штату.

До цього можна додати неефективність органу охорони здоров'я – в даному випадку Департаменту охорони здоров'я – у залученні постачальників послуг і приватних страховиків субсидованої схеми до реалізації інтервенцій, розроблених державними постачальниками

Більшість респондентів, зокрема медичні працівники, також вказують на різні недоліки у використанні існуючих механізмів, переважно пов'язані з інформаційною та адміністративною координацією, які мають значний вплив на надання медичної допомоги пацієнтам. Єдиними інформантами, які визнали внесок певних механізмів у координацію медичної допомоги, були представники амбулаторно-поліклінічних центрів мереж, що надають допомогу, але вони також вказують на підводні камені у їхньому використанні. Труднощі з передачею інформації про пацієнтів між рівнями надання медичної допомоги та негативний вплив на ефективність і якість медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3.

ПРОПОЗИЦІЇ ДО ПОСТУПОВОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

BMC Health Services Research – рецензований журнал з відкритим доступом, який розглядає статті з усіх аспектів досліджень у сфері охорони здоров'я. Особлива увага журналу приділяється цифровій охороні здоров'я, управлінню, політиці в галузі охорони здоров'я, якості та безпеці системи охорони здоров'я, наданню медичної допомоги та доступу до неї, фінансуванню та економіці охорони здоров'я, впровадженню реформ, а також медичним кадрам [69].

Журналом здійснено соціологічне дослідження на підставі інтерв'ю з лікарями, старшими медичними сестрами та молодшими медичними сестрами за результатами якого було уможливлено опрацювати характеристики успішних змін в організаціях охорони здоров'я. Встановлено, що організаційні зміни в охороні здоров'я мають більше шансів на успіх, коли медичні працівники мають можливість впливати на зміни, відчують себе підготовленими до змін і визнають цінність змін, у тому числі усвідомлюють користь від змін для пацієнтів. В результаті аналізу було виділено три категорії характеристик успішних змін в організаціях охорони здоров'я: можливість впливати на зміни; готовність до змін; цінність змін. Респонденти підкреслили важливість можливості впливати на організаційні зміни, які впроваджуються. Зміни, ініційовані самими фахівцями, вважалися найлегшими і рідко зустрічали опір. Зміни, про які було чітко повідомлено, щоб можна було підготуватися, збільшували шанси на успіх. Респонденти не підтримували організаційні зміни, які сприймалися як такі, що впроваджувалися несподівано та/або без попереднього інформування. Вони підкреслили, що для них важливо розуміти необхідність і переваги організаційних змін. Вони особливо цінують і

сприймають як успішні організаційні зміни, орієнтовані на пацієнта, з очевидними вигодами для пацієнтів [70].

Єдиною константою в організаціях охорони здоров'я, як кажуть, є зміни. Технологічний прогрес, старіння населення, зміна структури захворювань і нові відкриття в лікуванні хвороб вимагають від організацій і фахівців охорони здоров'я майже постійних змін [7, 8, 9, 10]. Організаційні зміни також необхідні для того, щоб врахувати еволюцію суспільних норм і цінностей, деякі з яких породили вищі очікування щодо доступу до медичної допомоги, покращення досвіду пацієнтів і збільшення їхньої участі у прийнятті рішень щодо лікування [11, 48]. Безперервна професійна освіта набуває все більшого значення для забезпечення відповідності компетенцій медичних працівників сучасним стандартам, а також для підтримки та вдосконалення знань і навичок, необхідних для того, щоб бути в курсі найновіших доказів [49].

Організаційні зміни, що впливають на медичних працівників, також пов'язані з політичними реформами та політичними ініціативами. Поява Нового державного менеджменту (НДМ) кинула виклик традиційному професійному домінуванню, запровадивши логіку менеджеризму в охороні здоров'я, тобто робота повинна бути організована і контролювана менеджерами для досягнення організаційних цілей економічно ефективною та результативною охорони здоров'я [50].

Від медичних працівників все частіше очікують, що вони будуть документувати свою роботу, виконувати адміністративні завдання та брати участь в ініціативах з покращення якості під керівництвом керівництва [51].

Зміни також стосуються руху за доказову медицину, який з'явився після запровадження НПМ, з амбіціями забезпечити більш міцну наукову основу для професійної практики [7]. Загалом, зміни можуть бути складними, оскільки вони суперечать базовій потребі людини у стабільному середовищі [56, 57].

Дослідження показали, що організаційні зміни часто пов'язані з психологічною невпевненістю працівників щодо того, як зміни вплинуть на їхню робочу ситуацію, роль і життя в цілому (зниженням організаційної прихильності,

зниженням продуктивності, стресом, пов'язаним з роботою, емоційним виснаженням, проблемами психічного здоров'я, втому від змін, низькою самооцінкою здоров'я, несприятливим режимом сну, відсутністю на роботі через хворобу, госпіталізацією та призначенням ліків, пов'язаних зі стресом) [3, 60, 61]. В результаті аналізу було виділено три категорії характеристик успішних змін: можливість впливати на зміни; готовність до змін; цінність змін. Висновки щодо цих характеристик однаковою мірою стосуються лікарів, дипломованих медичних сестер і молодших медичних сестер, з невеликими помітними відмінностями між цими трьома професійними категоріями. Медичні працівники вважають, що вони є найбільш обізнаними у своїй роботі, що ставить їх в оптимальне становище для виявлення відповідних проблем та ініціювання відповідних змін. Щодо організаційних змін, ініційованих керівництвом системи охорони здоров'я та/або вищим політичним керівництвом регіону, медичні працівники зазначили, що залучення до процесу змін на ранніх етапах і можливість впливати на нього протягом усього процесу сприяли успіху змін. Зміни пронизують сучасну охорону здоров'я наскрізь. Це дослідження мало на меті визначити характеристики успішних організаційних змін з точки зору медичних працівників, які працюють на первинній ланці надання медичної допомоги. Все частіше підкреслюється важливість індивідуальних реакцій на організаційні зміни [71].

Медичні працівники в нашому дослідженні надавали великого значення можливості впливати на зміни, які можуть вплинути на їхню роботу. Вони висловили позитивне ставлення до змін, які були розроблені і йдуть «знизу вгору» від них самих та/або від первинної ланки охорони здоров'я. Багато хто з медичних працівників скаржився на диференціацію влади між тими, на кого впливають зміни, і вищими управлінськими та політичними рівнями системи охорони здоров'я, які зазвичай приймають рішення про те, які зміни впроваджувати. Лікарі у Швеції часто скаржилися на те, що політика і рішення, які стосуються медичної професії, приймаються без залучення лікарів або їхніх професійних організацій до процесу прийняття рішень [72]. Ці висновки

підкреслюють важливість того, щоб зміни мали підтримку на передовій і сприймалися як легітимні серед працівників, яких вони стосуються.

Загальні висновки нашого дослідження можуть відображати напругу між традиційною логікою професіоналізму та управлінською логікою, яка була впроваджена в охорону здоров'я з появою НПМ. У той час як логіка менеджеризму передбачає, що робота повинна бути керованою для досягнення цілей організації, медичні працівники, як правило, лояльні до своєї професії, а їхня емоційна винагорода на роботі в першу чергу пов'язана з пацієнтами. Дослідження показують, що лікарі через свою сильнішу ідентифікацію з професійною логікою частіше, ніж медсестри, критично ставляться до змін, ініційованих керівництвом. Кілька досліджень показали, що лікарі зі скептицизмом або підозрою реагують на різні форми управлінських змін в охороні здоров'я [73, 74].

Останніми роками у Швеції відбуваються жваві публічні дебати щодо нового публічного менеджменту – НПМ (New Public Management – NPM), у яких беруть участь багато науковців, політиків, а також лікарів і дипломованих медсестер, які критикують основні принципи НПМ та їх наслідки для медичних працівників [75,76,77,78,79]. У відповідь на критику принципів НПМ шведський уряд нещодавно запровадив концепцію «управління на основі довіри», яка має на меті інтегрувати аспекти професійної логіки з управлінською логікою, заснованою на НПМ, таким чином надаючи альтернативу управлінню медичними працівниками за допомогою аудиту, контролю та управління ефективністю [80].

Управління на основі довіри має на меті дозволити «професіоналам бути професіоналами» [81]. Ця ініціатива є новою, і нам не відомо про жодні дослідження цієї концепції, але дослідження того, як ця концепція реалізується на практиці, є виправданим. Майбутні дослідження повинні оцінити, чи сприймають медичні працівники зміни як більш успішні при управлінні, заснованому на довірі, ніж при застосуванні принципів НПМ.

Основний внесок дослідження полягає у визначенні «тріади характеристик успішних змін» з точки зору реципієнтів змін. Хоча багато висновків дослідження збігаються з існуючими дослідженнями організаційних змін, жодне попереднє дослідження не визначило саме цю тріаду взаємозалежних характеристик. Дослідження надає важливу інформацію, яка допоможе організаціям охорони здоров'я планувати та впроваджувати зміни з більшими шансами на успіх.

Труднощі в адміністративній координації доступу до центрів перенаправлення пацієнтів, як основного механізму адміністративної координації доступу пацієнтів, пов'язані з обмеженнями самого механізму. Центри перенаправлення не можуть направити пацієнтів у потрібне місце в потрібний час через брак доступних послуг, а також наявність багатьох суб'єктів (державних, муніципальних), які зацікавлені в конкуренції за ресурси замість того, щоб співпрацювати один з одним [10] для координації роботи різних центрів перенаправлення пацієнтів у мережі.

Як із згаданих труднощів у використанні координаційних механізмів, так і з певних рекомендацій респондентів можна винести уроки, які можуть бути корисними для політиків, менеджерів і фахівців мереж охорони здоров'я в цих та інших контекстах. По-перше, слід докладати більше зусиль для заохочення ефективного впровадження нових механізмів координації медичної допомоги, особливо тих, що спрямовані на управління медичною допомогою. Це вимагає створення належних умов для їх використання. Те саме стосується й існуючих механізмів, які в деяких випадках є достатніми для покращення координації, наприклад, правильне використання бланків направлень та зустрічних направлень, а також центрів перенаправлення пацієнтів. Досягнення цих умов може вимагати запровадження організаційних змін у мережах (належних умов праці або методів оплати праці фахівців, які б стимулювали їх до співпраці), просування цінностей і позитивного ставлення до співпраці або суттєвих змін в організації системи охорони здоров'я для зменшення фрагментації мережі. По-друге, очевидно, що впровадження адміністративних механізмів координації доступу на різних рівнях

надання медичної допомоги (центри перенаправлення пацієнтів тощо), які могли б сприяти отриманню пацієнтами допомоги на найбільш відповідному рівні, не вирішує проблеми доступу, якщо їх причини мають структурний характер. Нарешті, ще один урок, який можна винести, – це актуальність впровадження механізмів взаємного пристосування. Як і в інших дослідженнях, наші результати демонструють, що, незважаючи на тенденцію керівників організацій до впровадження механізмів, заснованих на стандартизації робочих процесів, фахівці більше цінують ті механізми, які створюють простір для безпосередньої комунікації, не тільки тому, що вони ефективніше координують складні процеси, але й тому, що вони покращують обмін знаннями та міжособистісні стосунки, які є основою для заохочення ставлення до співробітництва.

Тому необхідно впроваджувати стратегії, спрямовані на усунення цих факторів, щоб покращити використання існуючих форм перенаправлення та контрперенаправлення фахівцями, перш ніж впроваджувати механізми, які потребують більших інвестицій, наприклад, засновані на інформаційних технологіях (спільні медичні записи тощо), системи, в яких, як зазначали інформанти, виникають подібні проблеми з якістю запису даних.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Отже, організаційні зміни в охороні здоров'я мають більше шансів на успіх, коли медичні працівники мають можливість впливати на зміни, відчують себе готовими до змін і визнають цінність змін, в тому числі усвідомлюють користь від змін для пацієнтів. Хоча зміни в організаціях охорони здоров'я неминучі, існують більш-менш ефективні способи їх проведення. Наші результати надають важливі висновки для організацій охорони здоров'я щодо того, як можна планувати, впроваджувати та управляти змінами в охороні здоров'я, щоб підвищити шанси на їх підтримку з боку медичних працівників, що має вирішальне значення для успішних змін.

ВИСНОВКИ

Вивчення результатів досліджень показує не тільки обмежений розвиток механізмів координації медичної допомоги на різних рівнях медичної допомоги в мережах охорони здоров'я, проаналізованих у Колумбії та Бразилії, але також обмежене використання існуючих механізмів, що, як наслідок, негативно впливає на координацію, ефективність і якість медичної допомоги. Урок для цих та інших контекстів полягає в тому, що так само важливо розробити механізми для покращення координації в мережах, особливо тих, які спрямовані на управління клінічною допомогою та базуються на взаємному пристосуванні, як і забезпечити належні умови для їх використання, які можуть вимагати організаційних змін у мережах і системах охорони здоров'я.

На основі огляду наукових джерел ми проаналізували використання механізмів координації між рівнями надання медичної допомоги та їх вплив на надання медичної допомоги з точки зору медичного персоналу в мережах охорони здоров'я окремих зарубіжних країн. Отже, організаційні зміни в охороні здоров'я мають більше шансів на успіх, коли медичні працівники мають можливість впливати на зміни, відчують себе готовими до змін і визнають цінність змін, в тому числі усвідомлюють користь від змін для пацієнтів. Хоча зміни в організаціях охорони здоров'я неминучі, існують більш-менш ефективні способи їх проведення. Наші результати надають важливі висновки для організацій охорони здоров'я щодо того, як можна планувати, впроваджувати та управляти змінами в охороні здоров'я, щоб підвищити шанси на їх підтримку з боку медичних працівників, що має вирішальне значення для успішних змін.

Комплексність забезпечення та орієнтація на ефективний очікуваний результат сучасного організаційного механізму медичної сфери громади забезпечать науково обґрунтована методологічна база і виважене нормативно-правове підґрунтя, системний підхід, принципи та компоненти на основі соціальної взаємодії.

Системність підходу: Організаційний механізм медичної галузі громади повинен базуватися на системному підході, який враховує взаємозв'язок між медичними установами, управлінськими структурами та соціально-економічними умовами громади.

Принципи ефективності: Основними принципами розробки та впровадження механізму є доступність, рівність, ефективність, прозорість та інтегративність. Ці принципи гарантують якість та результативність роботи медичної сфери.

Методологічна основа: У розробці організаційного механізму необхідно застосовувати міждисциплінарний підхід, що включає економічні, управлінські, соціальні та інноваційні методи, які забезпечують раціональне використання ресурсів, задоволення потреб громади та модернізацію медичних послуг.

Структурні компоненти: Ефективний механізм включає організаційну структуру, збалансоване фінансування, кадрову політику, моніторинг та комунікації. Ці елементи мають працювати узгоджено для забезпечення стійкості та адаптивності системи охорони здоров'я.

Роль інформаційних технологій: Інтеграція сучасних цифрових інструментів (електронні реєстри, телемедицина) значно підвищує ефективність управління медичною галуззю, забезпечуючи прозорість та доступність послуг для населення.

Соціальна взаємодія: Успішне функціонування організаційного механізму можливе за умови активної участі громади, розвитку партнерських відносин із приватним сектором, громадськими організаціями та міжнародними фондами.

Орієнтація на результат: Запропонована теоретико-методологічна конструкція спрямована на підвищення якості медичних послуг, раціональне використання ресурсів та досягнення сталого розвитку громади через покращення стану здоров'я її мешканців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. McAdam M. Framework of integrated care for the elderly. Canadian Policy Research Network: Ontario; 2008. [Google Scholar] (дата звернення: 28.10.2024).
2. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Care coordination. In: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, et al., editors. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Technical Review 9. 1st edition. Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 28.10.2024).
3. Pan American Health Organization . Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington DC: PAHO; 2010. [Google Scholar] (дата звернення: 28.10.2024).
4. Vázquez ML, Vargas I. Integrated healthcare organizations. A case study. Consorci Hospitalari de Catalunya: Barcelona; 2009. [Google Scholar] (дата звернення: 29.10.2024).
5. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza-Núñez R. Integrated health care organizations: guideline for analysis. Rev Esp Salud Publica. 2005;79:633–43. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 29.10. 2024).
6. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón-Pérez AS, da Silva MRF, De Paep P. Integrated healthcare network in Latin America: towards a conceptual framework for analysis. Rev Panam Salud Publica. 2009;26:360–7. doi: 10.1590/S1020-49892009001000012. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 29.10. 2024).
7. Alonso JM, Clifton J, Diaz-Fuentes D. The impact of new public management on efficiency: an analysis of Madrid's hospitals. Health Policy. 2015;119:333–40. Article PubMed Google Scholar (дата звернення: 28.10. 2024).

8.Drotz E, Poksinska B. Lean in healthcare from employees' perspectives. *J Health Org Manage.* 2014;28:177–95. Article Google Scholar (дата звернення: 29.10. 2024).

9.Rafferty AE, Griffin MA. Perceptions of organizational change: a stress and coping perspective. *J Appl Psychol.* 2006;91:1154. Article PubMed Google Scholar (дата звернення: 27.10. 2024).

10.Hansson AS, Vingard E, Arnetz BB, et al. Organizational change, health, and sick leave among health care employees: a longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors. *Work Stress.* 2008;22:69–80. Article Google Scholar (дата звернення: 27.10. 2024).

11. ВОЗ. Непрерывность и координация ухода. Практическая справка в поддержку внедрения Рамочной программы ВОЗ по комплексному медицинскому обслуживанию, ориентированному на человека. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Google Scholar (дата звернення: 29.11. 2024).

12.Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. URL: <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/90/2273/4905-1?inline=1> (дата звернення: 26.10.2024).

13.Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. [Google Scholar] (дата звернення: 26.10. 2024).

14.Vargas I, Vázquez ML, Henaio D, De Campos C: [Implementation of coordination of care mechanisms in Integrated Health care Networks (IHN)]. Washington DC.: PAHO; in press: 2014.

15.Mintzberg H. The structure of organizations. Barcelona: Ariel; 1990. [Google Scholar] (дата звернення: 21.10.2024).

16.Galbraith J. Designing complex organization. Addison-Wesley Pub.Co.: Reading (MA); 1973. [Google Scholar] (дата звернення: 19.10. 2024).

17.Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: Health Foundation; 2011. [Google Scholar] (дата звернення: 27.10.2024).

18.Проблеми реформування системи охорони здоров'я: інституційний аспект. URL: https://eco-science.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20.topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf (дата звернення: 23.10.2024).

19.Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;8:CD005471. [DOI] [PMC free article] [PubMed] (дата звернення: 29.10.2024).

20.Katz EB, Carrier ER, Umscheid CA, Pines JM. Comparative effectiveness of care coordination interventions in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2012;60:12–23. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.02.025. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 19.10.2024).

21.Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров'я. URL: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2021/20.pdf (дата звернення: 25.10.2024).

22.Hysong SJ, Esquivel A, Sittig DF, Paul LA, Espadas D, Singh S, et al. Towards successful coordination of electronic health record based-referrals: a qualitative analysis. *Implement Sci*. 2011;6:84. doi: 10.1186/1748-5908-6-84. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 25.10.2024).

23.Murray E, Burns J, May C, Finch T, O'Donnell C, Wallace P, et al. Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study *Implement Sci*. 2011;6:6. doi: 10.1186/1748-5908-6-6. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 15.10.2024).

24.Rodriguez C, Contandriopoulos AP, Larouche D. Implementation evaluation of an integrated healthcare delivery initiative for diabetic patients. *Healthc Policy*. 2006;1:99–120. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 25.10.2024).

25.Gache K, Leleu H, Nitenberg G, Woimant F, Ferrua M, Minvielle E. Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative

study. BMC Health Serv Res. 2014;14:95. doi: 10.1186/1472-6963-14-95. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 24.10. 2024).

26.McCluskey A, Vratsistas-Curto A, Schurr K. Barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013;13:323. doi: 10.1186/1472-6963-13-323. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 12.10.2024).

27.Van Dyke KJ, McHugh M, Yonek J, Moss D. Facilitators and barriers to the implementation of patient flow improvement strategies. Qual Manag Health Care. 2011;20:223–33. doi: 10.1097/QMH.0b013e318222a3b0. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 03.10.2024).

28.McGinn CA, Grenier S, Duplantie J, Shaw N, Sicotte C, Mathieu L, et al. Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review. BMC Med. 2011;9:46. doi: 10.1186/1741-7015-9-46. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 03.10.2024).

29.Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4447020/> (дата звернення: 03.10.2024).

30.República de Colombia. [Law 100 of 1993, by which the Integral Social Security System is created and other provisions are stated]. December 23, 1993.

31.República de Colombia. [Law 1122 of 2007, by which some modifications are made to the General Social Security System in Health and other provisions are stated]. January 9, 2007.

32.Republica de Colombia. [Decree 4747 of 2007, regulates certain aspects of relations between health service providers and the entities responsible for payment of the health services of the population in their charge, and other provisions are stated]. December 7, 2007.

33.Seguimiento al sector salud en Colombia: así vamos en salud. Análisis aseguramiento georeferenciado. URL: <http://www.asivamosensalud.org/>

indicadores/aseguramiento/grafica.ver/15] (дата звернення: 07.10.2024).

34.Presidencia da Republica. Constituicao da Republica Federativa do Brasil. October. 19985.

35.Ministerio de Saúde da República Federativa do Brasil. [Order no. 699/GM, 30th March 2006. Regulates the operational guidelines of pacts for life and administration]. March 30, 2006.

36.Ministerio de Saude da Republica Federativa do Brasil. [Law no. 8080, 19th September 1990. Regulates the conditions for the promotion, protection and recovery of health, the organization and functioning of the corresponding services and other measures]. July 19, 1990.

37.Arbelaez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapie D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int J Health Plann Manage. 2004;19(Suppl 1):S25–43. doi: 10.1002/hpm.775. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 01.10.2024).

38.Republica de Colombia. [Law 1438 of 2011, by which reforms are introduced in the SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) and other provisions are stated]. January 19, 2011.

39.Ministerio de Salud de la República de Colombia. [Ruling no. 412 of 2000, which establishes the activities, procedures and interventions of induced demand and obligatory compliance and adopts the technical regulations and care guidelines to develop specific protection and early detection measures and the care of diseases of interest to public health]. February 25, 2000.

40.Ministerio de Salud de la República de Colombia. [Ruling no. 5261 of 1994, which establishes the Manual of Activities, Interventions and Procedures of the POS (Plan Obligatorio de Salud) in the SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud)]. August 5, 1994.

41.Ministério de Saúde da República Federativa do Brasil. [Order no. 4279, 30 December 2010. Establishes the guidelines for the organization of the SUS (Sistema Único de Saúde) healthcare network]. December 30, 2010.

42.Almeida PF, Giovanella L, Mendonca MH, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saude Publica*. 2010;26:286–98. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200008. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 14.10.2024).

43.Figuereido MD, Campos RO. Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider's web? *Cien Saude Colet*. 2009;14:129–38. doi: 10.1590/S1413-81232009000100018. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 14.10.2024).

44.Pinto AG, Jorge MS, Vasconcelos MG, Sampaio JJ, Lima GP, Bastos VC, et al. Matrixing support as an instrument of primary healthcare in mental health: multiple views and devices for resolution. *Cien Saude Colet*. 2012;17:653–60. doi: 10.1590/S1413-81232012000300011. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 15.10.2024).

45.Figueiredo EN, Vianna LA, Peixe MB, Ramos VM, Succi RC. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. *An Acad Bras Cienc*. 2009;81:551–8. doi: 10.1590/S0001-37652009000300018. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 30.10.2024).

46.Korkes F, Chicoli F, Bes P, Pompeo A. Why are patients referred to urological consultation?Critical analysis of referrals in São Bernardo do Campo. *Arq Bras Cien*. 2011;36:24–8. [Google Scholar] (дата звернення: 30.10.2024).

47.Harris CM, Scrivener G. Fundholder's prescribing costs: the first five years. *BMJ*. 1996;313:1531–4. doi: 10.1136/bmj.313.7071.1531. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 31.10.2024).

48.SKL. Arbetsmiljön i kommuner och regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL); 2019. Google Scholar (дата звернення: 31.10.2024).

49.Gray M. Evidence-based healthcare and public health. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.

50. Pollitt C, Bouckaert G. Public management reform: a comparative analysis. Oxford: Oxford University Press; 2004. Google Scholar (дата звернення: 31.10.2024).

51. Gadolin C. The logics of healthcare: in quality improvement work. Dissertation. Gothenburg: Göteborgs universitet; 2017. Google Scholar (дата звернення: 26.10.2024).

52. Molina G, Vargas J, Munoz IF, Acosta JJ, Sarasti D, Higuaita Y, et al. [Decision related conflicts in health care. Ethics, constitutional rights and responsibilities faced with the financial profitability of the Colombian health care system] Rev Gerenc Polit Salud. 2010;18(Suppl 1):103–17. [Google Scholar] (дата звернення: 02.11.2024).

53. Vázquez ML, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, da Silva MRF. Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health care Networks (IHN) in Colombia and Brasil. Equity-LA Project Final Report. URL: [<http://www2.equity-la.eu/publicaciones/documentos/informe-de-resultados-final-2013-equity-la>] (дата звернення: 02.11.2024).

54. Lobato L, Burlandy L. The context and process of health care reform in Brazil. In: Fleury S, Belmartino S, Baris E, editors. Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. 1st edition. Ottawa: International Development Research Centre Books; 2000. pp. 79–101. [Google Scholar] (дата звернення: 02.11.2024).

55. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377:1778–97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 19.11.2024).

56. Hogan R. Personality and the fate of organizations. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2007. Google Scholar (дата звернення: 12.11.2024).

57. Berry L, Curry P. Nursing workload and patient care. Ottawa: The Canadian Federation of Nurses Union 2012. URL: <https://nursesunions.ca/sites/default/>

files/cfnu_workload_paper_pdf.pdf. Accessed 10 October 2019 Google Scholar (дата звернення: 13.10.2024).

58.Lin CY. Improving care coordination in the specialty referral process between primary and specialty care. *N C Med J.* 2012;73:61–2. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 03.11.2024).

59.Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. *Milbank Q.* 2011;89:39–68. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00619.x. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 03.11.2024).

60.Bernerth JB, Walker HJ, Harris SG. Change fatigue: development and initial validation of a new measure. *Work Stress.* 2011;25:321–37. Article Google Scholar (дата звернення: 04.11.2024).

61.Ead H. Change fatigue in health care professionals. *J Perianesth Nurs.* 2015;30:504–15. Article PubMed Google Scholar (дата звернення: 05.11.2024).

62.von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimaki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract.* 2006;23:210–9. doi: 10.1093/fampra/cmi103. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 09.11.2024).

63.Chen A, Brown R, Aliotta S, Fox P. Best practices in coordinated care. Princeton (NJ): Mathematica Policy Research, Inc.; 2000. [Google Scholar] (дата звернення: 09.11.2024).

64.Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 18.11.2024).

65.Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q.* 1996;4:12–25. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 07.11.2024).

66.Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factors influencing coordination among healthcare levels according to the opinion of healthcare managers and health

professionals. *Gac Sanit.* 2009;23:280–6. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.05.001. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 07.11.2024).

67.Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med.* 2003;33:17–37. doi: 10.2190/QRY5-B61V-QE4R-8141. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 07.11.2024).

68.Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA.* 2004;286:2578–85. doi: 10.1001/jama.286.20.2578. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 09.11.2024).

69. BMC Health Services Research. URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/> (дата звернення: 19.11.2024).

70. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-4999-8> (дата звернення: 19.11.2024).

71. Grama B. Cynicism in organizational change. *SEA – Practical Application of Science.* 2013;1:107–11. Google Scholar (дата звернення: 30.11.2024).

72.Stensmyren H. Att styra med tillit – för patientens bästa. *Läkartidningen.* 2017;114 EHUD.

73.Bergh A-L, Friberg F, Persson E, Dahlborg-Lyckhage E. Perpetuating ‘new public management’ at the expense of nurses’ education: a discourse analysis. *Nurs Inq.* 2014;22:190–201. Article PubMed Google Scholar (дата звернення: 30.11.2024).

74.Halldin J. Läkare och sjuksköterskor som blir patienter avslöjar allvarliga vårdbrister. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2013;3:487–91. Google Scholar (дата звернення: 29.11.2024).

75 Hoque K, Davis S, Humphreys M. Freedom to do what you are told: senior management team autonomy in an NHS acute trust. *Public Admin.* 2004;82:355–75. Article Google Scholar (дата звернення: 29.11.2024).

76. McGivern G, Ferlie E. Playing tick-box games: interrelating defences in professional appraisal. *Hum Relat.* 2007;60:1361–85. Article Google Scholar (дата звернення: 29.11.2024).

77. Zaremba M. Patientens pris – Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weyler Förlag; 2013. Google Scholar (дата звернення: 28.11.2024).

78. Halldin J. Läkarroll på villovägar – dags att visa vägen framåt. *Läkartidningen.* 2014;111 C63R.

79. Agerberg M. NPM var en syndabock ingen hade hört talas om. *Läkartidningen.* 2014;111 CWAU.

80. SOU. SOU 2018:47 Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Stockholm: Regeringskansliet; 2018. Google Scholar (дата звернення: 9.12.2024).

81. Löfven S. Välfärdens yrken måste få sin status åter. Debate article. *Dagens Nyheter.* 2013;15.

82. Новий проєкт МОЗ розроблений з метою запобігання подальшому підвищенню цін на лікарські засоби. URL: <https://www.rap.in.ua/novij-projekt-moz-rozroblenij-z-metoyu-zapobigannya-podalshomu-pidvishhennyu-czin-na-likarski-zasobi/> (дата звернення: 02.12.2024).

83. МСЕК – все. Шість питань про те, що буде далі. URL: <https://biz.nv.ua/ukr/experts/msek-2025-komu-pereglyanut-rishennya-chim-zaminyat-i-vpliv-na-mobilizaciyu-novini-ukrajini-50462592.html> (дата звернення: 09.12.2024).

84. До Ради надійшов законопроект щодо масштабної реформи МСЕК: що зміниться для українців. URL: <https://hvylya.net/uk/news/302089-v-radu-postupil-zakonoprojekt-o-masshtabnoy-reforme-msek-chto-izmenitsya-dlya-ukraincev> (дата звернення: 10.12.2024).

85. Що таке управління здоров'ям у громаді? URL: <https://hromady.org/shho-take-upravlinnya-zdorovyam-u-gromadi/> (дата звернення: 10.12.2024).

86. Development of medical infrastructure of territorial communities of Ukraine in the conditions of sectoral reforms. DOI: <https://doi.org/10.15544/mts.2023.28> (дата звернення: 12.12.2024).

87. Що таке управління здоров'ям у громаді? URL: <https://hromady.org/shho-take-upravlinnya-zdorovyam-u-gromadi/> (дата звернення: 12.12. 2024).

88. Healthcare system in Ukraine (HCS). URL: <https://uareforms.org/en/pages/new-page-655> (дата звернення: 02.11.2024)

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