

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Ляценка Олега Вікторовича

академічної групи 281М-23-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я»

| Керівники | Прізвище, ініціали | Оцінка за шкалою | | Підпис |
|------------------------|-----------------------|------------------|---------------|--------|
| | | рейтинговою | інституційною | |
| кваліфікаційної роботи | Липовська Н.А. | | | |
| розділів: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|------------|--|--|--|--|
| Рецензент: | | | | |
|------------|--|--|--|--|

| | | | | |
|-----------------|--------------|--|--|--|
| Нормоконтролер: | Кравцов О.В. | | | |
|-----------------|--------------|--|--|--|

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я».

90 с., 8 рис., 3 табл., 114 використаних джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЕФЕКТИВНІСТЬ, ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.

Об'єкт дослідження – публічне управління сферою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я.

Мета дослідження – узагальнення теоретичного дискурсу та обґрунтування рекомендацій щодо підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

У першому розділі розкрито сутність, особливості, економіко-правові основи та методи управління закладом охорони здоров'я; розглянута специфіка реалізації ефективного управління закладами охорони здоров'я на прикладі зарубіжних країн та цифровізація як чинник підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я.

Другий розділ присвячено дослідженню процесів реформування системи охорони здоров'я в Україні.

У третьому розділі обґрунтовано напрями підвищення ефективності закладом охорони здоров'я та запропоновано підходи до оцінювання якості медичних послуг.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи державної влади, місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я під час реалізації медичної реформи.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improving the efficiency of health care facility management».

90 pp., 8 figures, 3 tables, 114 used sources.

PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTH CARE INSTITUTION, EFFICIENCY, QUALITY OF MEDICAL SERVICES.

The object of the research is public management in the field of health care.

The subject of the research is improving the management efficiency of a health care facility.

The purpose of the research is to generalize the theoretical discourse and substantiate recommendations for improving the efficiency of health care facility management under martial law conditions.

The first chapter reveals the essence, features, economic and legal foundations and methods of managing a health care institution; the specifics of implementing effective management of health care facilities on the example of foreign countries and digitalization as a factor in increasing the efficiency of management of health care facilities are considered.

The second chapter is devoted to researching the processes of reforming the health care system in Ukraine.

In the third section, directions for improving the efficiency of the health care institution are substantiated and approaches to the assessment of the quality of medical services are proposed.

The field of practical application of the work results is state authorities, local self-governments, health care institutions during the implementation of the medical reform.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | 9 |
| 1.1. Особливості управління закладом охорони здоров'я | 9 |
| 1.2. Специфіка реалізації ефективного управління зкладами охорони здоров'я: світові тренди | 21 |
| 1.3. Цифровізація як чинник підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я | 31 |
| РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ДИНАМІКА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ | 39 |
| 2.1. Реформування системи охорони здоров'я в Україні | 39 |
| 2.2. Критерії оцінювання інвестиційного потенціалу відновлення та реформування системи охорони здоров'я | 46 |
| 2.3. Динамічна візія відновлення системи охорони здоров'я України | 53 |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | 58 |
| 3.1. Теоретичні підходи до оцінювання якості медичної допомоги | 58 |
| 3.2. Оцінювання якості медичної допомоги як інструмент підвищення ефективності закладу охорони здоров'я | 67 |
| ВИСНОВКИ | 77 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 80 |

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я (далі – ОЗ) в умовах воєнного стану організація діяльності закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) набуває особливої значущості. При цьому необхідно враховувати, що ЗОЗ є виробниками специфічного товару у вигляді медичних послуг – збереження громадського здоров'я.

Сучасна сфера охорони здоров'я – це надзвичайно динамічна сфера, в якій постійно відбуваються різноманітні зміни: модернізується практика системи охорони здоров'я, розширюється спектр можливостей та викликів. Як наслідок, сфера охорони здоров'я повинна володіти не лише відповідними технологіями для подолання проблем профілактики захворювань та популяризації здоров'я, але й методами та засобами, необхідними для адаптації до змін та викликів. Враховуючи внутрішні та зовнішні виклики, система управління охороною здоров'я повинна мати можливість докорінно перебудувати та реорганізувати систему управління, практику та механізми її функціонування.

У сучасному світі сфера охорони здоров'я змушена пристосовуватися до різних викликів, зокрема, старіння населення, мінливих потреб пацієнтів, прогресу в технологіях тощо. Ці проблеми продовжують поширюватися в різних системах охорони здоров'я. Найбільшою проблемою є нездатність керівників та осіб, які приймають рішення, досягти консенсусу щодо вирішення основних проблем охорони здоров'я, з якими стикається більшість сучасних держав. Ця тенденція є глобальною проблемою. Крім того, недостатнє врахування глобальних питань, пов'язаних з охороною здоров'я, може призвести до фрагментарного впровадження управління охороною здоров'я. Загальновизнано, що, незважаючи на існуючі розбіжності в системах управління у сфері охорони здоров'я, проблеми зазначеної галузі свідчать про необхідність виявлення спільних характеристик та пов'язаних між ними шляхів їх вирішення.

Особливості сучасного управління сферою охорони здоров'я зумовлені тим, що вона особлива і суттєво відрізняється від інших сфер і видів діяльності. Сфера охорони здоров'я має особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів управління або зміни основних акцентів:

–по-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, яка визначає характер взаємодії зі споживачами – безпосередній контакт та їх залучення до процесу надання послуги. Це, в свою чергу, виражається в багатовимірних методах управління, що застосовуються в сфері охорони здоров'я;

–по-друге, медичні послуги належать до соціальних служб. Визначаючи сутність і зміст управління системою охорони здоров'я, прийнято виділяти такі структурні елементи: зміст управління, мета, завдання і об'єкт, рівні управління, функції і методи управління.

Необхідність формування оптимальної системи управління є важливим елементом трансформації галузі охорони здоров'я, що визначає актуальність обраної теми дослідження.

При вивченні питань управління ми не можемо обійти стороною такі поняття, як «менеджмент» та «адміністрування». Ці поняття мають багато спільного і відмінного. Спільним для них є те, що об'єктом управління і контролю є організація, в якій вони виконують одну і ту ж соціальну функцію – підвищення ефективності діяльності для досягнення цілей організації. Причому під обома поняттями розуміють спосіб організації процесів, певну організаційну культуру суспільства. Відмінність змісту цих понять визначається тим, що об'єктом управління є не тільки організація, але і комунікації організації з зовнішнім середовищем. У менеджменті людина (поряд з її невід'ємною якістю – статусом працівника) розглядається як цілісна система, тобто як функція і результат звичок, потреб, поглядів, переконань тощо.

Питання управління ЗОЗ досліджувалося багатьма вченими, зокрема

такими науковцями: О.Баєва, В.Бикова, В.Брич, Ю.Вороненко, Н.Дейкун, Д.Карамішев, Л.Мельник, Я.Радиш, О.Свінцицька, О.Третяк, І.Солоненко, І.Хожило, І.Чикаренко та ін.

Мета і завдання дослідження. Метою магістерської роботи є узагальнення теоретичного дискурсу та обґрунтування рекомендацій щодо підвищення ефективності управління ЗОЗ в умовах воєнного стану.

Відповідно до поставленої мети сформовано завдання:

- розкрити сутність, особливості та теоретичні підходи управління закладом охорони здоров'я;
- розглянути світові тренди ефективного управління закладами охорони здоров'я;
- розглянути цифровізацію як чинник підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я;
- дослідити реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- визначити критерії оцінювання інвестиційного потенціалу відновлення та реформування системи охорони здоров'я;
- обґрунтувати пропозиції щодо удосконалення оцінювання якості надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є публічне управління сферою охорони здоров'я.

Предметом дослідження є підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічною та теоретичною основою магістерської роботи стали дослідження в сфері публічного управління та адміністрування, менеджменту, маркетингу, поведінки споживачів, розробки вітчизняних та українських вчених. Для досягнення поставленої мети використано систему загальнонаукових і спеціальних методів дослідження: історичний, діалектичний, логічного сходження від абстрактного до конкретного – при вивченні теоретичних основ функціонування закладів охорони здоров'я; системно-структурний аналіз економічних процесів та

явищ, метод системного аналізу, методи індукції та дедукції – при обґрунтуванні рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я.

Обсяг і структура роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 3 таблиці, 8 рисунків. Список використаних джерел нараховує 114 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи викладено на 92 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Особливості управління закладом охорони здоров'я

Управління – це цілеспрямований, поступальний процес, що забезпечує ефективний системогенез за певних умов при наявних ресурсах [1, с. 18].

Управління ЗОЗ – це вплив, об'єктом якого є відкрита соціодинамічна система. Управління ЗОЗ є драйвером ефективного функціонування системи ОЗ. Від вектору управлінського впливу залежить стан ЗОЗ та його ефективність (якість медичних послуг, зниження захворюваності населення, підвищення економічної ефективності тощо) [2, с. 34].

Аналіз наукового дослідження свідчить, що концептуалізація змісту термінів «управління» та «адміністрування» залишається дискусійною та не повною мірою відображає реальну ситуацію розвитку сучасної науки та практики публічного управління. На думку дослідників, це призводить до вільного тлумачення цих ключових категорій при поясненні складних соціально-управлінських явищ і процесів у сучасному суспільстві [3]. Ці поняття відіграють важливу роль у сфері ОЗ. На нашу думку, використання поняття управління у сфері ОЗ є більш вдалим. Відзначимо, що управління у сфері ОЗ – це система з великим набором взаємопов'язаних елементів, які взаємодіють для забезпечення її ефективного функціонування та досягнення поставлених цілей у сфері ОЗ. Управління ОЗ є складним процесом, що забезпечує функціонування багаторівневої системи, що включає внутрішньогалузеві специфіки та контекстуальні умови функціонування промисловості.

Дослідники розглядають сутність публічного управління в сфері ОЗ з трьох позицій:

- як синонім менеджменту – наука про управління, регулювання і

контроль фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами в галузі ОЗ [4];

– як вплив на людей, процеси і об'єкти – система спрямованих впливів на організаційну структуру (її інтелектуальні, фінансові, сировинні, матеріальні ресурси) з метою її найбільш ефективного функціонування [5];

– як процес, що включає міжособистісні і технічні аспекти, за допомогою яких визначаються і виконуються цілі організацій в сфері ОЗ за рахунок використання людських і матеріальних ресурсів, а також різних технологій [6].

Різноманіття підходів зумовлене умовами функціонування сучасних систем управління у сфері ОЗ, що зумовлено продовженням реформування системи управління галуззю, додаванням законодавчої бази, пошуком джерел фінансування, кадрового забезпечення, розвитку інфраструктури в більшості сучасних держав.

В якості мети управління ОЗ деякі автори вказують в основному зниження захворюваності та смертності населення [7], проте існує й інша точка зору, яка розглядає об'єктивну функцію управління ОЗ як підтримання і зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, збільшення тривалості життя [8], яка, на нашу думку, більш точно відображає орієнтації сучасної соціальної держави [9].

Цікавим видається розподіл цільової функції управління ОЗ залежно від форми власності господарського суб'єкта, запропонований деякими дослідниками:

– метою управління державним сектором є забезпечення населення державними послугами у сфері ОЗ на основі їх загальної доступності;

– метою управління недержавним сектором є задоволення потреб платоспроможної частини населення, зниження навантаження на державний сектор при одночасному досягненні беззбитковості і регулятивної прибутковості господарських організацій [10].

Слід зазначити, що не всі автори виділяють мету управління ОЗ, а

відповідно і завдання, серед яких більшість відзначає поліпшення якості та доступності послуг ОЗ, підвищення раціональності використання ресурсів [11].

Як називають об'єкти управління ОЗ лікувально-профілактичні установи, що, на нашу думку, представляється неповним, оскільки слід враховувати також виробників медичних препаратів та обладнання, підприємців, ресурси галузі ОЗ [12]. Це більш повно відображає структуру системи ОЗ.

Рівні системи управління охороною здоров'я визначаються авторами за часовим принципом: стратегічний, тактичний і оперативний, але існує також поділ за суб'єктами в процесі управління: суб'єктами першого, другого і третього ієрархічних рівнів [3]. Підкреслимо, що рівні залежать від національних особливостей: наприклад, в Китаї їх чотири, а в Україні – три.

Відповідно до класифікації ВООЗ виділяють три основні типи моделей ОЗ: системи Беверіджа та Бісмарка і ринкова система (табл. 1.1) [13; 14]. У таких країнах, як Україна, в організації та управлінні системою ОЗ використовуються моделі Беверіджа і Бісмарка, що реалізується в обов'язковому медичному страхуванні і патерналістської орієнтації державних витрат на ОЗ. Важливо усвідомлювати, що існування різних типів моделей ОЗ залежить не тільки від способу фінансування та управління, а й від відповідності цієї моделі культурним, економічним та соціальним особливостям нації та держави. Зокрема, Україна, яка продовжує процес реформування сектору ОЗ, може використовувати кращі практики кожної з представлених моделей для створення ефективною та доступною системою ОЗ, здатною реагувати на сучасні виклики, з ефективною системою управління.

Незважаючи на суттєві відмінності в організації систем управління ОЗ, в процесі управління використовуються методи, характерні для класичної теорії управління, а також обумовлені функціями управління в сфері ОЗ [28].

Таблиця 1.1

Особливості моделей системи охорони здоров'я

| Країна | Функції | Модель |
|-----------------------|--|---|
| Модель Бісмарка | Фінансування: внески роботодавців та працівників. Обов'язкове страхування. Кілька страхових організацій. | Німеччина, Японія, Франція та інші країни Західної Європи |
| Модель Беверіджа | Центральний елемент: держава як єдиний платник. Фінансування за рахунок податків. Надання послуг: Державні медичні установи. | Великобританія, Ірландія, Нова Зеландія, Швеція та інші країни Північної Європи |
| Національна модель ОЗ | Гібридна модель (елементи Беверіджа і Бісмарка). Фінансування: Податки та страхові внески. Може містити приватні та державні заклади ОЗ. | Канада, Тайвань, Австралія |
| Модель прямих внесків | Відсутня система страхування. Оплата послуг безпосередньо пацієнтами. Високу частку витрат бере на себе пацієнт | Поширена у багатьох країнах, що розвиваються, де немає широко доступних страхових систем або державного фінансування ОЗ |

Джерело: створено автором на основі [13; 14]

Багато авторів виділяють чотири класичні функції управління: планування; організації; мотивація; управління, до якого деякі дослідники додають функції аналізу і координації (рис. 1.1) [15].

Однак, на нашу думку, такий уніфікований розгляд функцій управління у сфері ОЗ тягне за собою ігнорування специфіки галузі, її функціональних відмінностей від інших сфер діяльності, хоча і дозволяє повноцінно реалізувати процес управління. Доцільно, на нашу думку, розділити функції управління ОЗ на загальні та приватні. Аналогічний підхід можна зустріти в працях більшості дослідників [16; 17]. Крім того, в роботах деяких з них функції управління розподіляються відповідно до розглянутих раніше рівнями управління, що є найбільш систематизованим баченням системи управління ОЗ.

З приводу методів управління, думки більшості вчених збігаються.

Основні управлінські функції пов'язують з трьома рівнями управління в ОЗ. Стратегічний рівень – основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень – проектування, організація. Оперативний рівень – регулювання, облік, контроль, аналіз.

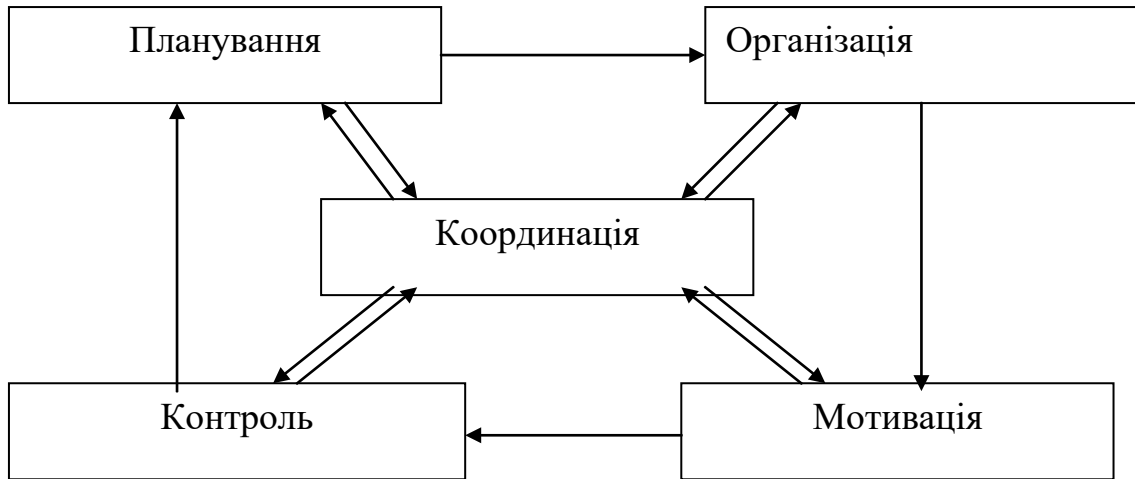


Рис .1.1. Взаємозв'язок основних функцій управління

Практично всі автори, які приділяють увагу методам управління, виділяють три групи методів:

–Організаційно-адміністративні (адміністративні) – це способи безпосереднього впливу, які мають директивний, обов'язковий характер і ґрунтуються на дисципліні, відповідальності, владі та примусі. Сутність організаційно-адміністративного регулювання в галузі ОЗ полягає, головним чином, у встановленні спеціальних правил, які є обов'язковими для впровадження і визначають зміст і порядок організації надання медичної допомоги – стандарти ресурсної бази лікувально-профілактичних установ, стандарти процесу діагностики та лікування, стандарти результатів лікування;

–соціально-психологічні – мають особливе значення для сфери ОЗ у зв'язку з чіткою соціальною спрямованістю цієї системи та високою часткою участі людини. Ці методи представлені моральним заохоченням, соціальним плануванням, переконанням, навіюванням, особистим прикладом,

регулюванням міжособистісних і міжгрупових відносин, створенням і підтриманням морального клімату в колективі тощо;

– економічна – система прийомів і методів для виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат і результатів (матеріальні стимули і санкції, фінансування і кредитування, заробітна плата, собівартість, прибуток, ціна) [15].

Виняток становить виділення правових методів в роботах деяких дослідників, що, на нашу думку, є виправданим, оскільки одним з методів, що використовуються суб'єктом управління, є нормативно-правове регулювання різних рівнів, яке регламентує зміст всіх інших методів [18].

Беручи до уваги моделі організації системи ОЗ, які ґрунтуються на ступені участі держави у наданні населенню медичних послуг, та підходи деяких авторів у галузі вивчення теоретичних основ управління ОЗ можна сформулювати такі висновки:

– по-перше, мета і завдання управління чітко не визначені в існуючих визначеннях;

– по-друге, відсутній єдиний підхід до складу об'єктів і суб'єктів управління охороною здоров'я;

– по-третє, питання функцій і методів управління є дискусійними [18].

У класичному розумінні управління – це «свідомий цілеспрямований вплив з боку суб'єктів, органів на людей і економічні об'єкти, який здійснюється з метою спрямування їх дій і отримання бажаних результатів» [15].

Як відзначають деякі дослідники, «метою управління ОЗ в сучасному суспільстві є:

– поліпшення здоров'я населення;

– розвиток здорового способу життя громадян;

– профілактика захворювань і травм, яких можна уникнути, якщо є сучасний рівень знань;

– розвиток системи ОЗ, здатної функціонувати в умовах реальних

фінансових обмежень і використовувати ресурси найбільш ефективним способом для досягнення цілей ОЗ» [19].

Таким чином, управління ОЗ має бути підпорядковане головній меті – збільшенню тривалості життя населення. Різноманіття завдань, які висвітлюються, зумовлене охопленням медичних, соціальних та економічних показників, що лежать в основі рівня функціонування галузі ОЗ (табл. 1.2) [20].

Таблиця 1.2.

Рейтинг систем охорони здоров'я

| Ранг | Країна | Інфраструктура | Доступність і вартість | Загальний індекс |
|------|----------------|----------------|------------------------|------------------|
| 1 | Тайвань | 87.16 | 83.59 | 78.72 |
| 2 | Південна Корея | 79.05 | 78.39 | 77.7 |
| 3 | Австралія | 90.75 | 82.59 | 74.11 |
| 4 | Канада | 86.18 | 78.99 | 71.32 |
| 5 | Швеція | 78.77 | 74.88 | 70.73 |
| 6 | Ірландія | 92.58 | 96.22 | 67.99 |
| 7 | Нижчі землі | 77.86 | 71.82 | 65.38 |
| 8 | Німеччина | 86.28 | 75.81 | 64.66 |
| 9 | Норвегія | 72.48 | 68.68 | 64.63 |
| 10 | Ізраїль | 88.63 | 75.61 | 61.73 |

Джерело: створено автором на основі [20]

Варто зазначити, що рейтинг країн формувався на основі таких факторів, як медична інфраструктура, здібності та кваліфікація медичного персоналу, а також вартість та доступність ліків. Додатковими показниками є турбота про навколишнє середовище, доступ до чистої води, санітарії, а також дії уряду щодо боротьби з вживанням тютюну та його дотриманням. Тобто завдання управління ОЗ повинні містити медичну, соціальну та економічну складові [12].

Наголошуємо, що особливість сфери ОЗ полягає в тому, що досить часто

заходи лікувально-профілактичного характеру можуть виявитися економічно не вигідними, але медико-соціальний ефект вимагає їх виконання.

Наприклад, при лікуванні людей похилого віку медичні та соціальні ефекти можуть бути негативними. Але із застосуванням сучасних медичних препаратів, інтенсивної терапії та інтенсивної терапії можна досягти медико-соціального ефекту – зберегти життя людини. Наскільки він буде комплексним – це вже інше питання. Що стосується економічної ефективності, то вона не може бути визначальною при виборі тих чи інших засобів профілактики, лікування, організаційних форм надання медичної допомоги. Людське життя безцінне. Разом з тим, поряд з медичною і соціальною ефективністю, економічна ефективність може допомогти у встановленні послідовності проведення тих чи інших заходів в умовах обмежених ресурсів [20].

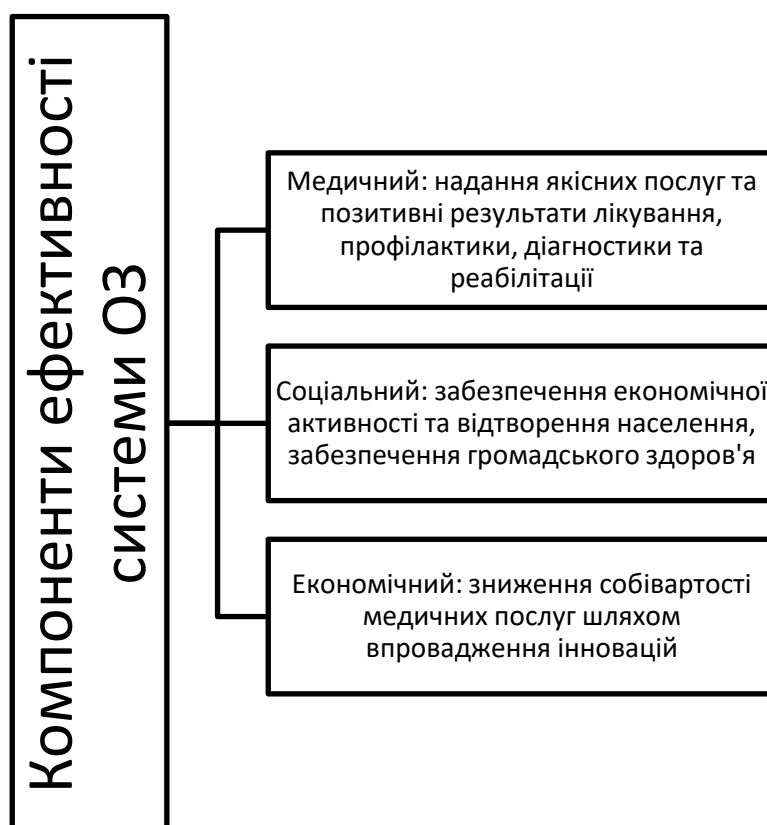


Рис. 1.2. Основні складові ефективності діяльності галузі охорони здоров'я

Джерело: створено автором на основі [21]

Питання ефективності відіграє значну роль у розвитку системи управління ОЗ, оскільки саме показники ефективності демонструють, наскільки ефективно система використовує власні можливості, та дає можливість розробити стратегію її розвитку та вдосконалення [22]. Показовим в цьому плані є досвід Китаю.

Слід зазначити, що в 2000 році, за офіційними даними ВООЗ, китайська система ОЗ займала 144-е місце в світі. Далі за списком опинилися країни, чий ВВП на душу населення був набагато нижчим, ніж у Китаї [23]. А вже у 2020 році Китай посів 52 місце у рейтингу серед 195 країн світу [24]. Причиною зазначеної динаміки в Китаї по праву можна вважати успішність реформ у сфері ОЗ. Зокрема, Китаю вдалося значно знизити рівень дитячої смертності; збільшити рівень тривалості життя; зростання добробуту населення та обсягів фінансування ОЗ: 4,55% ВВП у 2008 році, 6,67% у 2018 році та 7,12% у 2020 році [25].

Крім того, державний механізм управління соціальною сферою в країнах державного капіталізму, яким є Китай, має певні відмінності від підходів, що використовуються для регулювання, наприклад, сфер виробництва. Механізм регулювання сфери ОЗ характеризується значною присутністю держави у взаємовідносинах між постачальниками медичних послуг та їх споживачами. З урахуванням особливостей національних особливостей Китаю, сфера ОЗ є сферою значних соціальних ризиків, дія яких може мати значний вплив не тільки на соціально-економічні відносини всередині держави, але навіть може призвести до глобальної світової кризи [22]. Такі країни, як Україна, могли б використовувати досвід Китаю для підвищення ефективності функціонування та управління різними сферами, і сферою ОЗ зокрема.

Що стосується системи управління, то об'єктами управління в сфері ОЗ є як процес формування і розподілу грошових коштів галузі, так і взаємні відносини (взаємодія) між суб'єктами управління з питань створення, розподілу і споживання медичних послуг. Суб'єктами управління у сфері ОЗ є державні, муніципальні та приватні системи ОЗ з медичними закладами, що

входять до їх складу, а також фізичні та юридичні особи, які споживають медичні послуги через загальне медичне страхування, державне медичне страхування та на ринку медичних послуг. Можна погодитися з думкою деяких авторів, які вважають, що система управління охороною здоров'я органічно поєднує в собі: предмет і об'єкт управління; всю сукупність різних відносин, що виникають відповідно до мети і завданнями системи [26].

Виходячи з вищесказаного, найбільш точним є сприйняття управління як процесу, що дозволяє відобразити цільовий напрямок, послідовність управлінських дій і ґрунтується на суб'єктно-об'єктному підході.

Таким чином, управління ОЗ можна визначити як процес цілеспрямованого впливу з боку суб'єктів управління на створення, розподіл і споживання медичних послуг шляхом вирішення взаємопов'язаних медичних, соціальних та економічних завдань ОЗ з метою збільшення тривалості життя населення. Проведений аналіз функцій і методів управління ОЗ дозволив з певним ступенем умовності розподілити класичні функції управління, зміст яких враховує особливості галузі та методи, що використовуються в цьому процесі за рівнем управління.

Отже, для стратегічного управління найбільш характерні функції прогнозування і планування, які дозволяють здійснювати постановку цілей і постановку прогнозних (планових) значень показників, при цьому основними методами на цьому рівні будуть правові та організаційно-адміністративні.

У процесі тактичного управління здійснюються функції організації, координації та контролю, які реалізуються за допомогою організаційно-адміністративних та економічних методів.

Оперативне управління передбачає переважну реалізацію мотиваційної функції, яка полягає в заохоченні об'єктів управління до досягнення загальної мети управління, в даному випадку – збереження і зміцнення здоров'я громадян і збільшення тривалості їх життя. Основними з них на цьому рівні є методи економічного і соціально-психологічного стимулювання.

Незалежно від рівня, ці функції і методи управління використовуються

у всіх моделях організації системи управління охороною здоров'я, так як в більшості випадків зустрічаються змішані моделі, які передбачають використання як платної, так і безкоштовної медичної допомоги, а також елементи конкурентної ринкової моделі.

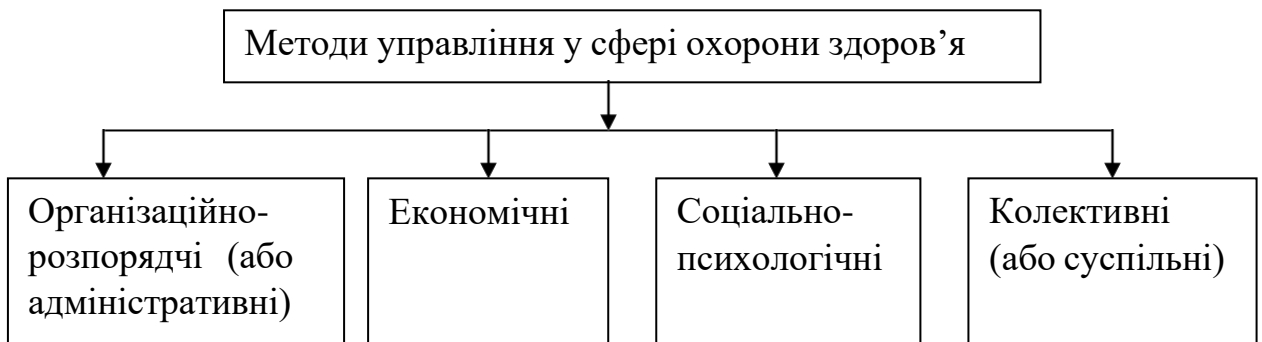


Рис. 1.3. Методи управління закладом ОЗ

Слід зазначити, що державні установи вже багато років домінують у сфері ОЗ сучасних держав. Через них держава здійснює політику в галузі ОЗ громадян. На нашу думку, було б нерозсудливо розглядати державну форму надання медичних послуг як щось, що вижило саме по собі, визначати її як антитезу ринку. Найважливішим є державний сектор, незамінною сферою реалізації особливої системи соціальних цінностей, притаманних сучасному суспільству, і є невід'ємною складовою системи ОЗ.

Завдання сьогодні полягає в розробці таких підходів до управління державними організаціями, які дозволять цій галузі в сучасних умовах реалізувати свій потенціал і можливості в досягненні тих цілей, які держава ставить перед сферою ОЗ. В умовах формування ринкових відносин зростання витрат на функціонування медичних установ у зв'язку зі збільшенням сфери їх діяльності та диверсифікацією запитів населення, з одного боку, і неможливістю нескінченно збільшувати державні асигнування на ОЗ, з іншого, неминуче породжують нові форми медичних службових організацій.

Найбільш наочним проявом нових тенденцій в управлінні ОЗ є приватні

організації, які фінансуються не державою, а засновниками. Крім джерела фінансування, приватні організації відрізняються від державних тим, що:

– їх управління забезпечує більшу гнучкість, зокрема, керівники користуються більшою свободою в прийнятті рішень, а процес управління, відповідно, має більш персоніфікований характер;

– прийняття управлінських рішень продиктоване в першу чергу економічними параметрами, проявляється особлива чутливість до витрат, тобто в приватних організаціях строго дотримується принцип прямої залежності між доходами і витратами.

До муніципальної системи ОЗ належать муніципальні органи управління ОЗ та установи комунальної форми власності (лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, фармацевтичні підприємства та організації, аптечні заклади, заклади судово-медичної експертизи, заклади освіти), які є юридичними особами та здійснюють свою діяльність відповідно до законодавчої бази з питань ОЗ громадян, інших законодавчих та нормативних правових актів. Фінансування діяльності підприємств, установ та організацій муніципальної системи ОЗ здійснюється за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів, спеціальних фондів, призначених для ОЗ громадян, та інших джерел, не заборонених законодавством.

Тому система управління ОЗ повинна складатися з ряду мультидисциплінарних команд, впроваджувати механізми забезпечення якості та постійного вдосконалення, забезпечувати участь громадян та сприяти самообслуговуванню [27]. Крім того, це має бути реалізовано в оточенні спільної відповідальності з іншими секторами. А для досягнення цілей трансформації сектору ОЗ необхідним є посилення управлінського потенціалу на всіх рівнях та стимулювання нових управлінських компетентностей, використання нових методів та інструментів, які сприятимуть ефективному функціонуванню системи управління сферою ОЗ.

Насьогодні в Україні створено досить потужну нормативноправову основу управління ЗОЗ [35]. Дану основу системо утворюють Конституція

України, закони та підзаконні акти, а також міжнародні акти, що ратифіковані ВРУ. Таким чином, в Україні створено належне інституційне забезпечення управління ЗОЗ.

1.2. Специфіка реалізації ефективного управління закладами охорони здоров'я: світові тренди

Слідом за зростанням національних вимог до закладів охорони здоров'я та послуг, управління ЗОЗ (далі – УЗОЗ) поступово дозріло і стало загальноновизнаною темою для досліджень і розробок. Розглянемо сучасний стан в основних сферах, пов'язаних з медичним УЗОЗ, і визначаються центральні теми в розробці моделі УЗОЗ у сфері ОЗ. УЗОЗ, управління технічним обслуговуванням та управління ефективністю розглядаються в більш широкому контексті, а також обговорюються основні сфери УЗОЗ. П'ять основних тем, включених у сферу ОЗ: управління технічним обслуговуванням, управління продуктивністю, управління ризиками, управління послугами постачання та розвитком. Ці п'ять основних складових взаємопов'язані та можуть бути інтегровані за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій, що забезпечує бажане середовище, необхідне для прийняття складних рішень та розвитку, поширених у сфері ОЗ.

Десять років тому УЗОЗ було визначено як: «цілісне планування, реалізація та управління будівлями та житлом, послугами та ресурсами, які сприяють ефективному, результативному та гнучкому досягненню організаційних цілей зміни обстановки» [28].

Сучасна тенденція полягає в тому, щоб розглядати УЗОЗ як «управління непрофільними активами компанії для підтримки та підвищення ефективності основного бізнесу організації» [29]. Міжнародна асоціація фахіліті менеджменту (IFMA) визначає УЗОЗ як «практику координації фізичного робочого місця з людьми та роботою організації» [30], тоді як Британський інститут управління об'єктами (BIFM) визначає УЗОЗ як «інтеграцію

мультидисциплінарних заходів у побудоване середовище та управління їх впливом на людей та робоче місце» [31]. УЗОЗ також визначається як «інтегрований підхід до підтримки, вдосконалення та адаптації будівель організації з метою створення середовища, яке рішуче підтримує основні цілі цієї організації» [32]. Александер [33] стверджував, що УЗОЗ – це «застосування методів загальної якості для покращення якості, доданої вартості та зменшення ризиків, пов'язаних із захопленням будівель, а також наданням надійних послуг підтримки». Потім визнав, що «роль УЗОЗ полягає в тому, щоб вирішувати бізнес-завдання, які стоять перед організацією, яку воно підтримує, для досягнення оптимального балансу між людьми, фізичними активами і технологіями» [33].

Науковці [34] дійшли висновку, що успішне УЗОЗ – це досягнення цілей організації при «найкращому поєднанні ефективності та вартості». Всі перераховані вище визначення підкреслюють, що успішне УЗОЗ значною мірою залежить від економічної ефективності та управління ефективністю. Таким чином, визначення УЗОЗ у цьому дослідженні звучить як «застосування інтегрованих методів для підвищення продуктивності та економічної ефективності об'єктів для підтримки організаційного розвитку» [34].

Є, незважаючи на це, три загальні парадокси в літературі щодо УЗОЗ [34]:

- УЗОЗ визнається стратегічною дисципліною, в той час як більшість його практиків знаходяться на операційних рівнях своїх організацій;
- УЗОЗ прагне бути в центрі будь-якого організаційного розвитку, в той час як багато УЗОЗ-послуг надаються зовнішніми професіоналами; і
- УЗОЗ прагне управляти змінами в організаціях, при цьому в більшості випадків він носить реактивний характер.

Подальший розвиток та становлення УЗОЗ передбачає розробку стратегічних, проактивних інструментів та їх впровадження як комплексної частини розвитку бізнесу.

У літературі дається безліч визначень терміна «обслуговування

будівель» [36]. З цих визначень можна зробити висновок, що технічне обслуговування поєднує в собі технічні та адміністративні дії, спрямовані на підтримання компонента в належному для використання стані, або відновлення його до такого стану.

Основна мета обслуговування, відповідно до економічного підходу, прийнятого науковцями [37], полягає в «мінімізації експлуатаційних витрат, пов'язаних з технічним обслуговуванням». Це визначення, однак, ігнорує стан і експлуатаційні характеристики будівлі.

Ватн та ін. [38], дотримуючись точки зору, орієнтованої на бізнес, запропонував, що основними цілями технічного обслуговування є максимізація безпеки персоналу разом з мінімізацією загальних витрат, загальних експлуатаційних витрат, екологічної загрози та ризику матеріального збитку. У цьому дослідженні «технічне обслуговування» визначається як «забезпечення постійної економічно ефективною придатності будівель до використання на визначеному рівні продуктивності будівлі». Це визначення тісно пов'язує технічне обслуговування будівлі з продуктивністю будівлі та її економічною ефективністю.

У минулому продуктивність будівель зазвичай мала справу з такими питаннями, як енергоефективність, пожежна безпека, умови комфорту та просторова ефективність [39]. Однак ця ситуація поступово змінювалася, і в наш час експлуатаційні характеристики будівлі набувають все більшого значення, в основному завдяки тому, що стандарти склалися, як і вимоги мешканців.

Будівлі повинні бути продуктивними та довговічними, а також забезпечувати стабільне та ефективне внутрішнє середовище. У багатьох існуючих будівлях такі підвищені очікування та вимоги не виправдовуються як само собою зрозуміле через прискорений знос, неналежне обслуговування або поєднання того й іншого [40]. Внаслідок цього еволюціонувала концепція перформансу. Беккер [41] визначив застосування концепції продуктивності в будівлях як триетапний процес:

- потреби людини перетворюються у вимоги користувача;
- вимоги трансформуються в вимоги до технічного виконання; і
- Ці вимоги реалізуються на етапах проектування та заселення будівлі.

Хаттіс [42] описав концепцію продуктивності, оскільки вона стосується будівель, як матрицю, в якій одна вісь складається з будівельних частин (наприклад, матеріалів, елементів, компонентів і систем), які разом складають фізичну тканину будівлі, а інша вісь складається з будівельних атрибутів (наприклад, безпека конструкції та експлуатаційність, здоров'я та гігієна, акустика та довговічність), які визначаються вимогами користувача.

За даними Нейлі [40], основними мотивами розвитку в реалізації УЗОЗ-діяльності є зміни в організаційних ролях і зовнішніх вимогах, зростання національної та міжнародної конкуренції, а також збільшення потужності інформаційних технологій (ІТ). УЗОЗ вимагає різних кількісних і якісних показників продуктивності для порівняння будівель на декількох рівнях, наприклад, фактична і минула продуктивність, фактична і очікувана продуктивність, а також один об'єкт в порівнянні з іншими подібними об'єктами [39]. Ці вимоги призвели до необхідності розробки методик оцінювання ефективності ЗОЗ.

Александр [33] виявив, що вимірювання ефективності УЗОЗ є одним з найважливіших питань в ефективній реалізації стратегії об'єкта нерухомості. Вимірювання продуктивності також можна визначити як «процес кількісної оцінки ефективності та результативності дії» [34]. Даффі [43] стверджував, що процес вимірювання ефективності повинен бути операційним (валідним і надійним), винахідливим, заснованим на результативності (безпосередньо пов'язаним з успіхом організації) і порівняльним (як всередині, так і між організаціями). Крім того, питання, важливі для успіху організації, можуть визначатися шляхом застосування вимірювання ефективності. Таким чином, вимірювання ефективності УЗОЗ може допомогти керівникам об'єктів у прийнятті тактичних і стратегічних рішень [39].

Термін «бенчмаркінг» часто використовується для опису вимірювання продуктивності. Спендоліні [44] визначив його як «безперервний, систематичний процес оцінки продуктів, послуг і робочих процесів організацій, які визнаються як такі, що представляють кращі практики з метою організаційного вдосконалення».

Польовий підхід до виявлення та оцінки результативності, як правило, ґрунтується на спостереженнях. Пітт [45] запропонував, щоб така робота мала форму обстеження стану, під час якого експерти фіксують стан різних компонентів ЗОЗ. Бенчмаркінг може застосовуватися до різних аспектів у сфері УЗОЗ і може впроваджуватися на двох рівнях, тобто на міжорганізаційному та внутрішньоорганізаційному. На міжорганізаційному рівні проводиться порівняння результатів діяльності різних організацій, тоді як на внутрішньоорганізаційному рівні порівняння фінансових питань, витрат на технічне обслуговування, експлуатаційних витрат тощо проводиться між різними підрозділами одного і того ж ЗОЗ [46].

Науковці [47] проаналізували публікації, пов'язані з бенчмаркінгом, і підкреслили, що більшість знань з бенчмаркінгу були розроблені практиками, а не академічною спільнотою. Були проведені різні дослідження щодо вимірювання продуктивності УЗОЗ, такі як оцінка продуктивності як аспекту програми обслуговування будівель, розвиток показників ефективності, застосовних до готелів, розробка показників ефективності, застосовних до офісних будівель [39] і так далі. Вчені [48] запропонували 172 показники ефективності, які були розділені на вісім основних параметрів ефективності:

- вигода для бізнесу;
- обладнання;
- простір;
- середовище;
- управління змінами;
- послуги з технічного обслуговування;
- консультації; і

– загальне.

Фізична продуктивність будівлі входить у категорію «навколишнє середовище» і складається з кількох показників, таких як рівень опалення, рівень освітлення, рівень вентиляції та управління водними ресурсами.

Попередні дослідження виявили важливу потребу в продуктивності при УЗОЗ. Однак прогрес був досягнутий у сфері бенчмаркінгу, а не у вимірюванні ефективності об'єкта.

Надання УЗОЗ та інших непрофільних заходів організаціям охорони здоров'я зростає поступово, як і його вплив на якість та ефективність медичних послуг. Джелней [49] розглядає УЗОЗ у сфері ОЗ як один із ключових елементів успішного надання медичних послуг. Тим не менш, він зазначив, що в більшості обстежених лікарень керівник закладу ще не був залучений до етапів брифінгу, проєктування та аналізу витрат. Пейн і Піс [50] запропонували, що УЗОЗ повинно бути гнучкою темою, оскільки в цілому організації відрізняються одна від одної, і це також справедливо для організацій ОЗ. Водночас дослідники також наголосили, що керівники закладів мають бути залучені до процесів прийняття рішень і що це особливо важливо у ЗОЗ.

Галладжер [51] розглянув основні сфери, в яких успішне медичне УЗОЗ було реалізоване в Національній службі охорони здоров'я (NHS) у Великобританії. Ці питання включають стратегічне планування, турботу про клієнтів, тестування ринку, бенчмаркінг, управління навколишнім середовищем та розвиток персоналу. Видно, що всі ці джерела підкріплюють розуміння того, що ефективність медичних послуг буде зростати разом зі зростанням і розвитком професії УЗОЗ. Це, в свою чергу, призведе до зміни позиції УЗОЗ в організації охорони здоров'я, і УЗОЗ стане центральною частиною організації – такою, що допоможе формувати її рішення та процеси.

Піс [50] розглянув розвиток професії УЗОЗ в NHS у Великобританії і виявив, що трасти NHS мають тенденцію інтегрувати непрофільні послуги (наприклад, управління ризиками, енергоефективність, прибирання, безпека і

т.д.) під егідою УЗОЗ-департаменту. Також було помічено, що хоча в 90 відсотках трестів Директори УЗОЗ брали участь у прийнятті політичних рішень, старший директор УЗОЗ був виконавчим членом на рівні ради директорів лише в 24 відсотках трестів. Андалиб [52] досліджував вплив наступних п'яти важливих факторів на задоволеність користувачів медичних послуг:

- рівень комунікації між персоналом і пацієнтом;
- компетентність, навички та досвід постачальників послуг;
- якість об'єкта;
- позитивна реакція персоналу на пацієнтів; і
- вартість лікування в порівнянні з очікуваннями пацієнтів.

Показник якості об'єкта був визнаний другим найвищим за показником за один фактор, оцінивши 4,22 із загальної кількості п'яти балів. Множинний регресійний аналіз показав, що якість закладу має найменший вплив на задоволеність користувачів (0,16), але насправді вплив закладу є досить високим, враховуючи той факт, що фінансово на нього припадає лише 3 відсотки від загального обороту постачальників медичних послуг.

Були розроблені різні інструменти вимірювання для моніторингу різних аспектів діяльності ЗОЗ. Пуллен *та ін.* [53] розробив інструмент, який може сприяти складному управлінню лікарняними закладами. Вони визначили основні фактори, що впливають на ефективність лікарень, такі як розмір лікарні, заповнюваність, вартість активів, дохід та операційні витрати. Ці фактори призвели до розробки семи КРІ, чотири з яких включають доходи лікарень. Таким чином, ці показники підходять для використання в лікарнях приватного сектору, а не в державних лікарнях, від яких не очікується отримання прибутку. Крім того, ці КРІ не стосуються жодного аспекту роботи об'єкта. Shohet (2003a) та Shohet *та ін.* (2003) описав метод, в якому було розроблено чотири КРІ для управління технічним обслуговуванням лікарняних будівель на основі продуктивності. Методологія об'єднує показники моніторингу та порівняльного аналізу ефективності будівлі

(показник ефективності будівлі, або BPI), надання послуг з технічного обслуговування, ефективності технічного обслуговування та організаційної ефективності. Головний індикатор (BPI) контролює продуктивність десяти систем будівель на основі шкал оцінки продуктивності. Системи інтегруються в 100-бальний показник, заснований на вазі витрат їх життєвого циклу(LCC) в ЛКК всього об'єкта. Леві та Шохет [54] впровадили ці чотири показники на прикладі лікарняного закладу в Ізраїлі. Вивчення та валідація цих показників дозволила зробити висновок про необхідність подальшого розвитку з метою їх поширення на показники діяльності, ризики та управління діяльністю ЗОЗ.

Додатковими темами, які широко розглядаються в літературі з управління у сфері ЗОЗ, є витрати на технічне обслуговування та експлуатацію, а також джерела УЗОЗ-послуг. Нейсі [55] проаналізував розподіл витрат на УЗОЗ у лікарні St Olavs у Норвегії та виявив, що витрати на технічне обслуговування, енергію та прибирання становлять третину загальних витрат на експлуатацію лікарні. У світлі обмежених бюджетів, що виділяються на експлуатацію та обслуговування, він дійшов висновку, що для розподілу ресурсів УЗОЗ необхідні відповідні показники. Джелней [49] зазначив, що витрати на експлуатацію та утримання лікарень значною мірою залежать від необхідного рівня продуктивності, інтенсивності використання, завантаженості та типу обладнання. У підсумку він підкреслив, що, хоча УЗОЗ відіграє важливу роль у наданні медичних послуг, ресурси, виділені на УЗОЗ як частину загального бюджету лікарень, все ще недостатні.

Зростаюче домінування вимог до економічної ефективності і більш високої продуктивності змушує керівників об'єктів отримувати оптимальний рівень ресурсів для досягнення бажаних показників. Ця мета вимагає компетентних послуг та гнучкого УЗОЗ, які досягаються шляхом поєднання внутрішнього надання та аутсорсингу УЗОЗ-послуг. Науковці [56] запропонували модель, за якою аутсорсинг послуг може бути успішно реалізований. Ця модель включає в себе наступні чотири основні фази:

- внутрішній бенчмаркінговий аналіз (визначення, що віддати на

аутсорсинг);

- зовнішній бенчмаркінговий аналіз (вибір постачальника послуг на аутсорсі);
- ведення переговорів за договором (оформлення відносин між організацією та аутсорсером); і
- аутсорсинг управління (протягом терміну дії договору).

Незважаючи на те, що ця модель є загальною, її впровадження в ЗОЗ може допомогти керівникам закладів у вирішенні широкого спектру питань та сфер, за які вони відповідають.

В іншій літературі йдеться про аутсорсинг медичних послуг. Пауелл (2002), наприклад, розглянув аутсорсинг всіх УЗОЗ-послуг у Королівській лікарні Лестера. Висновки Пауелла з цього огляду полягали в тому, що повний аутсорсинг лікарняного управління може бути успішним, якщо аутсорсинг здійснюється на основі детальних процедур працевлаштування та інспекції, а також ґрунтується на участі аутсорсера в стратегічних рішеннях, що приймаються лікарнею. Шохет [54] виявив, що ефективність аутсорсингу залежить від рівня завантаженості лікарень. При обстеженні він виявив, що лікарні зі стандартним або низьким рівнем заповнюваності можуть заощадити близько 8 відсотків своїх витрат за рахунок аутсорсингу послуг з технічного обслуговування, тоді як лікарні з вищим рівнем заповненості, ніж у середньому, можуть заощадити близько 6 відсотків своїх витрат на утримання, використовуючи внутрішні джерела праці. Ці висновки були пояснені тим, що при високому рівні заповнюваності знос є інтенсивним і вимагає наявності внутрішніх джерел роботи для коригувального обслуговування.

О'Донован [57] визначив термін «управління ризиками» як: [...] процес, під час якого організація застосовує проактивний підхід до управління майбутньою невизначеністю, що дозволяє визначити методи управління ризиками, які можуть загрожувати людям, власності, фінансовим ресурсам і репутації. Заходи з управління ризиками розроблені спеціально для виявлення фактичних або потенційних ризиків, що становлять загрозу безпеці пацієнтів

та персоналу, та ефективного зменшення цих ризиків.

Він дійшов висновку, що управління ризиками має бути пріоритетним для будь-якого ЗОЗ та досягатися шляхом управління програмою управління ризиками, в якій ризики виявляються, аналізуються, класифікуються та контролюються.

Окорох [58] встановив, що одним з основних обов'язків керівника об'єктів є виявлення, аналіз та економічний контроль «тих бізнес-ризиків та невизначеності, які загрожують активам ОЗ або спричиняють втрату можливості отримання прибутку в лікарнях NHS Trust. Так, вони запропонували такі сім основних рівнів можливих ризиків в ЗОЗ:

- турбота про клієнтів;
- ризики, пов'язані з передачею бізнесу;
- юридичні ризики;
- ризики, що передаються об'єктом;
- корпоративні ризики;
- комерційні ризики; і
- фінансово-економічні ризики.

Холт [59] класифікував ризики, з якими стикаються ЗОЗ, за двома основними категоріями:

- чисті ризики, при яких виживання бізнесу знаходиться під загрозою, або його цілі не були досягнуті; і
- спекулятивні ризики, які можуть спричинити як позитивний, так і негативний ефект.

Дослідники припустили, що необхідні додаткові дослідження для розробки та вивчення загальних баз даних ризиків, що відповідають УЗОЗ. Вільямс [46] представив інтеграцію вартісної інженерії (тактика) та управління вартістю (стратегія) до впровадження управління ризиками ЗОЗ.

Цей огляд минулих досліджень показує, що управління ризиками досягло зрілості в УЗОЗ як на стратегічному, так і на тактичному рівнях. Не було проведено глибоких досліджень у сфері ризиків ЗОЗ, яка є великою

кількістю критично важливих систем, таких як медичні гази та зв'язок.

1.3. Цифровізація як чинник підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я

Сучасний розвиток комп'ютерних додатків в сфері УЗОЗ все ще йде повільно, особливо через відсутність вбудованої інформації, необхідної для таких додатків. Однак спостерігається підвищений інтерес з боку сектора ОЗ до штучного інтелекту (ШІ) та ІКТ, які можуть бути знайдені в більш практичних застосуваннях, ніж будь-коли раніше [60]. Штучний інтелект часто розробляється в термінах різних методів (наприклад, програмування на основі обмежень, нечітка логіка, генетичні алгоритми, логічне програмування, штучні нейронні мережі, міркування на основі випадків (СВР) тощо), які були розроблені протягом останніх трьох-чотирьох десятиліть [61]. Потенціал різних ІТ-методів для використання в ОЗ розглядається нижче.

Аналіз і програмування на основі обмежень було розроблено головним чином для вирішення проблем планування. Ці проблеми містять обмеження, які повинні бути виконані, та інші преференції, які повинні бути задоволені [62]. Нечітка логіка – це методологія, заснована на вхідному векторі, який обчислює вихідний вектор шляхом застосування набору лінгвістичних умовних тверджень або правил. Нечітка логіка може мати справу з процесами з багатьма змінними, нелінійними та змінними в часі [63]. Генетичні алгоритми – це метод пошуку та оптимізації, заснований на генетиці та натхненний природною еволюцією. Для вирішення проблеми оптимум шукають в межах декількох можливих необхідних рішень. Логічне програмування являє собою сукупність логіки і процедур, і складається з наступних компонентів: алфавіт символів; звід правил вирахування; звід аксіом; і визначення функцій в рамках логіки [64].

Техніка штучних нейронних мереж натхненна біологією і заснована на обчислювальній силі людського мозку. Подібно до біологічного мозку,

нейронна мережа складається із взаємопов'язаних елементів обробки, які об'єднують нейрони для прийняття рішень. Штучні нейронні мережі, однак, обмежені чисто числовим введенням і виведенням, і для навчання мережі повинен бути доступний надзвичайно великий масив наборів даних. У загальному випадку розмір цих наборів даних повинен бути пропорційний кількості елементів в мережі [65]. СBR є потенційно підходящою технікою штучного інтелекту для вирішення проблеми FM, і як така вона буде більш детально розглянута нижче.

Телемедицина, відносно нова дисципліна, використовує ІКТ для надання медичної інформації та послуг у галузі ОЗ. Уорінг і Уейнрайт [66] піддали критиці ефективність і успіх ІКТ в NHS, вказуючи на нехтування політичними та організаційними питаннями через технічне впровадження ІКТ як одну з причин їх недостатнього успіху. Сігала [67] розглянула продуктивність ІКТ у готельній індустрії, завершивши своє дослідження висновком, що для оптимізації цінності ІКТ необхідний більш стратегічний підхід до впровадження та управління ІКТ. Дослідження показало, що всі три можливості ІКТ (інформація, системна інтеграція та архітектура) повинні управлятися та узгоджуватися з бізнес-стратегією та операціями. Нг і Лі [68] розглянули взаємозв'язки між управлінням знаннями організацій та ІКТ, використовуючи модель Хендрікса для управління знаннями, яка стверджує, що концепція управління знаннями може бути повністю зрозуміла лише як концепція управління. Було підкреслено, що ІКТ краще вписуються в стратегію управління знаннями, спрямовану на кодифікацію знань. ІКТ використовує широкий спектр технологій.

Нещодавні дослідження, які досліджували ефективність та результативність цієї дисципліни в інформаційно-інтенсивних галузях, показали, що ІКТ можна оптимізувати, якщо їх впровадження узгоджується з бізнес-стратегією та функціонуванням. Хоча ІКТ відіграють дедалі важливішу роль у галузі ОЗ, у застосування ІКТ у цій галузі було зроблено відносно небагато інвестицій. Цю тенденцію можна пояснити індивідуальною основою,

на якій працюють ЗОЗ, та відсутністю кодифікованих методів управління. Впровадження ІКТ у сфері ОЗ буде посилено шляхом розробки кількісних методів, а також структурованих, стратегічних засобів щодо УЗОЗ у сфері ОЗ.

СВР спочатку був мотивований бажанням зрозуміти, як люди запам'ятовують інформацію з метою вирішення своїх проблем. Згодом було визнано, що люди зазвичай роблять це, пам'ятаючи, як раніше вирішувалися подібні проблеми [61]. Таким чином, СВР максимально використовує конкретні знання, отримані в раніше пережитих конкретних випадках, або, іншими словами, повторно використовує свій досвід для того, щоб виробляти рішення нової проблеми. Науковці [69] визнали підхід СВР більш успішним, ніж штучні нейронні мережі. У СВР кожен випадок представлений кількістю полів у різних формах (наприклад, числових, логічних, алфавітних і рядкових), що робить вхід і висновок більш зрозумілими, ніж в інших додатках. Дослідники підкреслили, що сила системи СВР обумовлена її здатністю швидко і точно отримувати зі своєї бази випадків тільки ті випадки, які мають відношення до справи. Науковці [70] прийшли до висновку, що СВР особливо доцільний у випадках, коли впливи і взаємодії між різними змінними не повністю визначені.

У літературі можна знайти багато досліджень, які використовувати підхід СВР для вирішення складних проблем, причому більшість додатків припадає на сферу медицини [71]. Однак не існує додатків СВР, які займаються медичним УЗОЗ.

Як і людське тіло, сконструйовані об'єкти є системомісткими утвореннями, в яких збій в роботі однієї системи поширюється на інші системи. Оскільки СВР продемонстрував високу ефективність у сфері медицини, він дійсно може зарекомендувати себе як перспективний підхід для діагностики та лікування побудованих об'єктів.

Цей підрозділ підсумовує сучасний стан техніки як в академічних, так і в професійних спільнотах щодо управління у сфері ОЗ. Можна побачити, що роль менеджера з управління об'єктами є найбільш важливою, особливо в

тому, що менеджер з управління об'єктами може впливати на стратегію об'єкта і при цьому нести відповідальність за різноманітні питання (наприклад, управління технічним обслуговуванням, управління ефективністю, управління ризиками тощо), які повинні бути добре виконані для забезпечення успішної безперервної роботи об'єкта. Нижче наведено обговорення основних сфер управління у сфері ОЗ, після чого пропонується комплексний підхід до управління у сфері ОЗ.

Згідно з літературними джерелами, у сфері ОЗ можна виділити такі основні складові: управління технічним обслуговуванням, управління ефективністю, управління ризиками, управління послугами постачання, розвиток, а також ІКТ як інтегратор.

Управління технічним обслуговуванням – одна з основних областей знань, з якою стикається УЗОЗ. Воно включає не тільки бюджетування та встановлення пріоритетів різних заходів з технічного обслуговування відповідно до бажаної політики технічного обслуговування, але й планування терміну служби. Для досягнення оптимального балансу між мінімізацією витрат і максимізацією продуктивності керівники об'єктів нерухомості можуть впровадити дві основні альтернативи: максимізація рівня продуктивності при збереженні обмеженого бюджету на технічне обслуговування; або мінімізація витрат за умови мінімально необхідного рівня продуктивності будівлі.

Моніторинг та управління ефективністю повинні здійснюватися на основі кількісних засобів, які дозволять охарактеризувати системи об'єкта. Крім того, це також може допомогти порівняти ефективність закладу з іншими закладами ОЗ та таким чином визначити сильні та слабкі сторони кожного закладу. Ця процедура вимагає характеристики та визначення кількох КРІ, які підійдуть як для державних, так і для приватних закладів ОЗ. Ці показники також можуть використовуватися як орієнтири економічної ефективності діяльності. Цей огляд вказує на необхідність розробки додаткових КРІ, в яких основні зусилля будуть спрямовані на пошук зв'язків між продуктивністю,

технічним обслуговуванням, експлуатацією та витратами енергії та економічною ефективністю.

Управління ризиками поступово стало однією з ключових тем, з якою стикаються керівники закладів охорони здоров'я. У лікарнях різні будівельні системи та компоненти, такі як медичні гази, системи протипожежного захисту, електрика тощо, повинні демонструвати високий рівень продуктивності, оскільки будь-яка незначна поломка може призвести як до жертв, так і до фінансових втрат. Поточна тенденція скорочення бюджетів на технічне обслуговування негативно впливає на рівень ризиків за рахунок збільшення пов'язаних з ними ризиків, а отже, змушує керівників об'єктів виділяти все більшу частину свого часу на вирішення питань управління ризиками.

Управління ризиками може бути впроваджено в УЗОЗ на операційному та стратегічному рівнях за допомогою вартісної інженерії та управління цінністю.

Управління послугами постачання обговорювалося раніше у контексті управління технічним обслуговуванням. Тема, однак, має ще ширший аспект. Раніше зазначалося, що при роботі з технічним обслуговуванням і непрофільною діяльністю керівники об'єктів повинні знайти оптимальне поєднання навичок обслуговування для використання штатного і аутсорсерського персоналу. Крім того, управління послугами постачання також означає визначення найкращої комбінації інших послуг, таких як прибирання, охорона, садівництво, кейтеринг та пральня. Тому від УЗОЗ вимагається знайти найкращі контрактні та фінансові механізми для моніторингу та аналізу роботи аутсорсерів, а також засвоїти ці зміни за допомогою організаційного навчання.

Сфера розробки охоплює широке коло питань, що стосуються середньострокового та довгострокового розвитку об'єкта. Ця сфера включає стратегічне довгострокове планування, модернізацію існуючих об'єктів, реконструкцію. Це питання широко обговорюється в літературі на цю тему,

однак необхідні подальші дослідження щодо відповідності між розвитком потреб ОЗ та допоміжними закладами.

І останнє, але, мабуть, найважливіше – це ІТ. Сьогодні від керівників об'єктів нерухомості вимагається вміння аналізувати всі види результатів та швидко визначати, які кроки слід впровадити далі. Слід наголосити на зростаючій потребі та інтересі до розробки додатків ІКТ у сфері УЗОЗ. Визнання різних явищ, пов'язаних з проблемами технічного обслуговування та експлуатації, має велике значення в розумінні УЗОЗ. Більше того, складність, пов'язана з різними темами УЗОЗ і між ними, може бути вирішена і краще зрозуміла, якщо впровадити ІКТ.

Політичні та соціальні рушійні сили в ОЗ також є темою, яка часто обговорюється в літературі, особливо щодо системи ОЗ у Великій Британії (NHS). Річі [72] поділяє її на два рівні: на національному рівні ефективне надання медичних послуг є одним із зобов'язань уряду, тоді як на місцевому рівні – загальним.

Практики та трасти прагнуть максимізувати свою продуктивність, використовуючи обмеження доступних ресурсів. Автор підкреслив, що керівники та члени правління Трастів повинні зосередитися на якості послуг так само, як вони зосереджуються на фінансових питаннях, і таким чином, на його думку, буде досягнуто покращення в наданні систем та операцій ОЗ, а також у продуктивності та якості послуги. Наприкінці 1980-х і на початку 1990-х років уряд Великої Британії провів низку реформ, які підвищили ефективність лікарень за рахунок збільшення ролі менеджменту. Окорох [58] стверджував, що підвищення ефективності, інновацій та доданої вартості трастів NHS може бути досягнуто шляхом мінімізації та розподілу ризику між постачальниками та покупцями, а також тим фактом, що це має виконувати уряд. Автори також звернули увагу на те, що послуги ОЗ працюють у динамічному середовищі, і тому успіх впровадження УЗОЗ ґрунтується на інтеграції стратегічних та операційних інструментів. Отже, вони підтримують відкриття ринку NHS для конкуренції, що призведе, на думку автора, до

ефективного використання ресурсів, а також до кращої співпраці між державним та приватним секторами. Науковці [66] охарактеризували соціальну ситуацію в декількох лікарнях як відсутність комунікації між різними відділами. Це посилює потребу у створенні комунікаційного інструменту для зв'язку цих відділів як між собою, так і з рівнем вищого керівництва. Пейн і Ріс [50] вказали на зміну робочого місця, разом з переходом до комп'ютерів і технологій, як на два мотиви, які повинні спрямовувати уряд на розвиток нової форми лікарень шляхом реінжинірингу існуючих приміщень.



Рис. 1.4. Модель ефективного управління закладом охорони здоров'я

Як було представлено в цій дискусії, шість основних складових УЗОЗ у тісно взаємопов'язані. Було б неможливо і неприйнятно намагатися відокремити управління технічним обслуговуванням і управління послугами постачання або управління ефективністю і ризиками. Таким чином, запропонована модель УЗОЗ у сфері охорони здоров'я, яку пропонує цей сучасний огляд, являє собою п'ятикутник (як показано на рис. 1.4), в якому кожен з п'яти розділів відображає одну тему в медичному УЗОЗ.

РОЗДІЛ 2

СТАН ТА ДИНАМІКА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Реформування системи охорони здоров'я в Україні

Конституція України визнає життя й здоров'я громадян найвищою соціальною цінністю та проголошує державу гарантом забезпечення та утвердження прав і свобод людини. Проте існуюча тенденція погіршення стану медичної системи в країні створює дедалі більші проблеми для подальшої реалізації задекларованого права людини на отримання медичної допомоги в нашій державі.

Експерти вбачають причину в недостатньому фінансуванні медичної галузі, у недосконалому законодавстві та застарілій моделі медичної освіти. Медицина країни потерпає від непослідовної соціально-економічної політики та нерівних умов для ведення медичної практики різними суб'єктами господарювання. І хоча законодавство України і передбачає забезпечення цієї галузі бюджетними видатками в розмірі не менше ніж 10 % від обсягу національного прибутку, та за 11 років існування відповідного Закону жодного разу цю норму не було реалізовано. На фінансування медицини в Україні виділялося тільки 3 % ВВП країни [73]. Тобто на початок реформи держбюджет забезпечував українську медицину тільки половиною необхідного мінімуму, іншу половину фактично доплачували громадяни з власної кишені, купуючи необхідні ліки, сплачуючи за медичні послуги та обстеження. Нині маємо всі переваги й недоліки ринкової економіки, проте медична галузь в Україні все ще функціонує за успадкованим з радянських часів залишковим принципом розподілу фінансування. Подібний стан справ не задовільняє ні лікарів, ні пацієнтів, ні громадськість у цілому. У країні вкотре назріла гостра необхідність у реформуванні існуючої системи ОЗ.

Проект Національної стратегії побудови нової системи ОЗ України на період 2015–2025 рр. готувався протягом трьох місяців спеціалізованою експертною групою, до складу якої увійшли також іноземні експерти. Документ визначав зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для вітчизняної галузі ОЗ на наступні 10 років. На меті було визначення напрямів і механізмів формування нової системи ОЗ, реалізація яких сприятиме збереженню та зміцненню системи громадського здоров'я, пріоритетності профілактичного напрямку діяльності сфери ОЗ, зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, запровадженню ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, підвищенню соціальної справедливості й захисту прав громадян на ОЗ.

ВООЗ підтримує процес медичної реформи в Україні. З 2016 року реформи прискорилися зі створенням нових інституцій та нових механізмів у системі охорони здоров'я для підвищення ефективності та справедливості. Був досягнутий значний прогрес у фінансуванні охорони здоров'я, налагодженні надання первинної медичної допомоги, електронної охорони здоров'я, забезпеченні доступу до лікарських засобів та переорієнтації на громадське здоров'я. У 2020 році пандемія COVID-19 вимагала зосереджених зусиль на реагуванні на пандемію, як це було в країнах по всьому світу, але в той же час шлях медичної реформи продовжувався. Разом з багатьма партнерами ВООЗ підтримала реагування на пандемію та реформи, і до моменту вторгнення в лютому 2022 року Україна знову досягла значного прогресу. Для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я та добробуту, визначених на 2030 рік, ВООЗ надавала підтримку Міністерству охорони здоров'я України у розробці Стратегії охорони здоров'я до 2030 року для подальшого розвитку сектору. Проект мав бути обговорений Урядом наприкінці лютого 2022 р. До того, як це могло статися, звичайно, почалася війна і знову порушила ситуацію.

В умовах війни ВООЗ надає підтримку органам охорони здоров'я України у реагуванні на найактуальніші потреби населення та медичних працівників, які мають надихали нас своєю мужністю і самовідданістю. За цей період багато дізналися про зв'язок між здоров'ям та безпекою населення України. Безпрецедентна кількість нападів на здоров'я з 24 лютого 2022 року також спонукала уряд ініціювати планування післявоєнного відновлення, і ВООЗ повністю схвалює рішення про планування відновлення зараз. Здоров'я є невід'ємною частиною загального відновлення України.

Критичне питання, яке має стимулювати процес відновлення, полягає в тому, як найкраще отримати послуги українцям населення – громадське здоров'я, охорона здоров'я та профілактика захворювань, зміцнення здоров'я, лікування та паліативна допомога – а також зв'язок з необхідними соціальними та іншими послугами.

Незважаючи на триваючу війну в Україні, Уряд готується до відновлення та відбудови країни. Враховуючи масштаби атак на інфраструктуру охорони здоров'я та, як наслідок, порушення функціонування системи охорони здоров'я, реконструкція системи охорони здоров'я є невід'ємною частиною відновлення країни. Безпосередніми пріоритетами є відновлення основних послуг, реагування на нові потреби фізичного та психічного здоров'я, захист громадського здоров'я та забезпечення безпечного та привабливого середовища для повернення як медичних працівників, так і населення в цілому. Потрібно визначити стратегічні напрямки відновлення післявоєнної системи охорони здоров'я в короткі та довгострокові терміни, одночасно підтримуючи основні послуги охорони здоров'я під час триваючого вторгнення.

Стратегічні напрямки базуються на наборі з п'яти принципів (або постулатів), які можуть бути використані як критерії для оцінки потенційних інвестицій для забезпечення надання якісних індивідуальних та громадських послуг у сфері охорони здоров'я населенню, а не просто відновлення того, що був зруйнований війною. Метою є узгодження очікуваних інвестицій з

пріоритетними напрямками розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

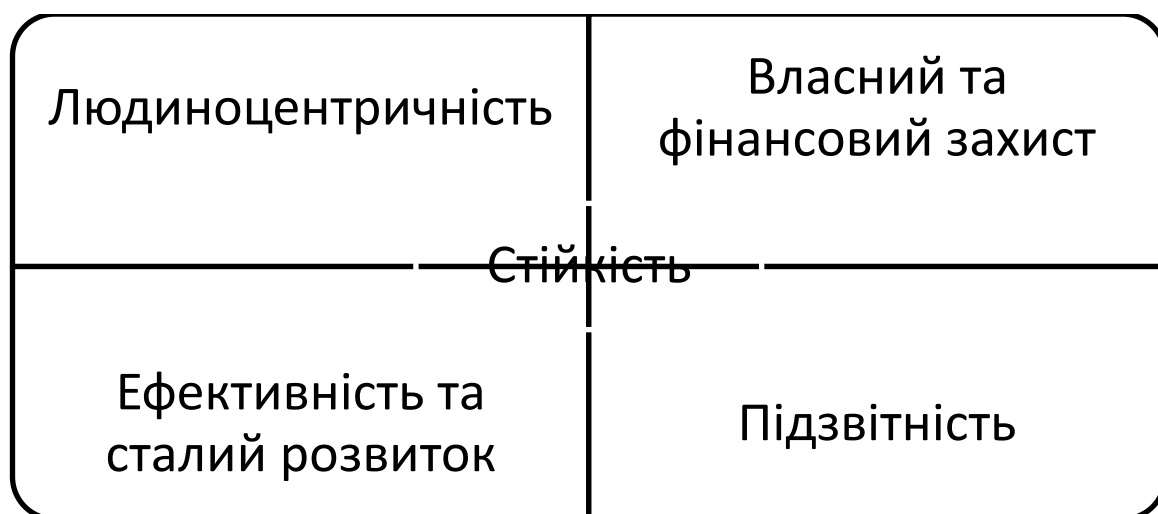


Рис. 2.1. Постулати відновлення системи охорони здоров'я

Постулати мають бути застосовані до реалізації проєкту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, щоб узгодити інвестиції у відновлення системи охорони здоров'я зі стратегією реформ та інтегрувати їх у триваюче гуманітарне реагування.

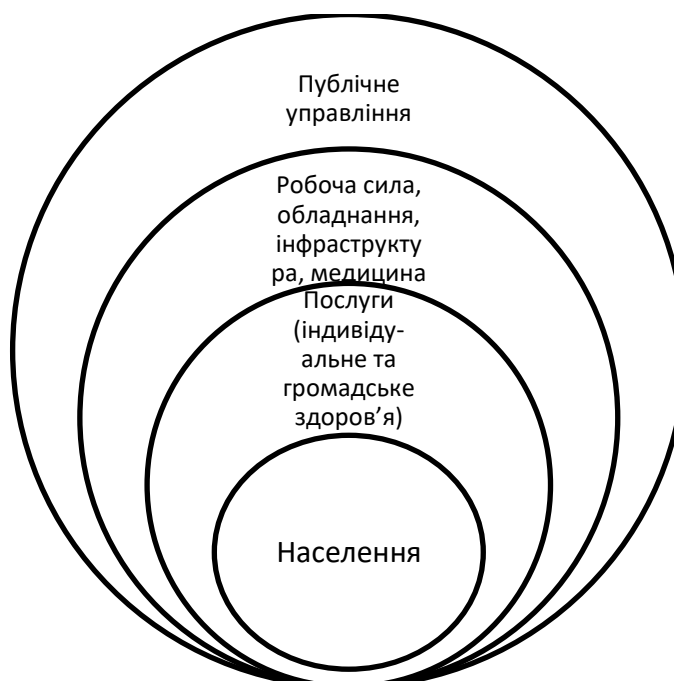


Рис. 2.2. Людиноцентрична система охорони здоров'я

Рис. 2.2 ілюструє людиноцентричну систему охорони здоров'я; ця модель має бути посилена в рамках відновлювальної діяльності в Україні. На людей безпосередньо впливають як громадське здоров'я, так і окремі служби. Надання цих послуг вимагає ефективної робочої сили в галузі охорони здоров'я та інших ресурсів (ліки та матеріали, обладнання, фізична та цифрова інфраструктура), а також фінансування та управління для встановлення стимулів та правил для забезпечення узгодженого функціонування системи охорони здоров'я. Визначення принципів, на основі яких Уряд може оцінити заходи з відновлення здоров'я, є критично важливим кроком для забезпечення добре скоординованого інвестиційного підходу, узгодженого з основними напрямками української медичної реформи, включаючи процес вступу до Європейського Союзу та прискорення трансформації системи охорони здоров'я до максимальної користі населенню.

Таблиця 2.1.

Наслідки постулатів для відновлення та трансформації системи охорони здоров'я з послідовним визначенням

| Заходи | Зелене світло | Початкові дії | Подальші дії |
|---|---------------|---------------|--------------|
| Готовність до надзвичайних ситуацій системи громадського здоров'я | | | |
| Роз'яснити ролі, обов'язки та підзвітність, а також наростити потенціал УЦГЗ, Центру медицини катастроф, обласних центрів з контролю та профілактики захворювань та місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я | + | + | |
| Впровадити рекомендації ЄЕЗ щодо готовності до надзвичайних ситуацій та привести у відповідність до процесу вступу до ЄС | + | + | + |
| Забезпечити інтеграцію та координацію служб громадського здоров'я з індивідуальними службами, зокрема в рамках ПМСД | + | + | + |
| Не організовувати інвестиції в охорону здоров'я за допомогою хвороб або програми охорони здоров'я | - | - | - |
| Надання послуг з охорони здоров'я | | | |
| Координація та інтеграція гуманітарної допомоги з наданням послуг національних об'єктів | + | + | |
| Посилення, розширення та розширення послуг первинної медичної допомоги | + | + | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Розробити плани багатопрофільних лікарень, організованих за територіальною ознакою | + | + | |
| Удосконалювати клінічні настанови та використовувати дані сумісних електронних систем охорони здоров'я та фінансової інформації | + | + | + |
| Не надавати пріоритет спеціалізованим лікарням над первинною медичною допомогою та багатопрофільними об'єктами | - | - | - |
| Не організовуйте мережу охорони здоров'я окремо за кожним рівнем влади | - | - | - |
| Медична робоча сила | | | |
| Залучити та підготуватися до повернення медпрацівників та розробити цифровий реєстр робочої сили | + | + | |
| Постачати модульні навчання для потреб, пов'язаних з війною, зокрема психічне здоров'я, сексуальне та гендерно зумовлене насильство, фізична реабілітація та загрози здоров'ю | + | + | |
| Кількісна оцінка потреб працівників охорони здоров'я відповідно до бачення надання послуг | + | + | |
| Удосконалення медичної освіти та регулювання медичних працівників (ліцензування, саморегулювання) | + | + | + |
| Не створювати окремі треки для громадського здоров'я та медичної освіти | - | - | - |
| Інфраструктура (фізична, цифрова), обладнання та ліки | | | |
| Реконструювати або будувати об'єкти ПМСД з більшою енергоефективністю | + | + | + |
| Проведення критично важливих короткострокових реконструкцій лікарень, що включають більшу енергоефективність | + | + | |
| Розробити плани реконструкції та будівництва лікарень з пріоритетом мультипрофільних програм лікарень, розвиток географічної мережі та рівність у різних регіонах | + | + | |
| Відремонтувати або побудувати більш енергоефективні лікарні на базі мережевих планів лікарні | + | + | |
| Функції і Наслідки | | | |
| Відновлення та зміцнення ІТ-інфраструктури, включаючи пристрої та підключення | + | + | + |
| Планувати, закуповувати та керувати інвентаризацією дорогих високотехнологічних технологій та медичного обладнання | + | + | + |
| Підтримувати та посилювати як центральні закупівлі ліків, так і закупівлю НСЗУ послуг ПМГ, а також реімбурсацію АМР через приватні аптеки | + | + | + |
| Відновлення або посилення потужностей вітчизняного виробництва вакцин, фармацевтичних препаратів та виробів медичного призначення | + | + | + |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Оновлення системи регулювання для ліків і медичних продуктів | + | + | + |
| Розробити національний порядок денний біомедичних досліджень з інвестиціями в науку та технології індустрії ліків та медичного обладнання | + | + | |
| Не просто відновлювати те, що було зруйновано, а плануючи на основі мережі надання послуг та потреб у здоров'ї | + | + | |
| Не будувати/не перебудовувати фрагментовані електронні системи охорони здоров'я та фінансової інформації | - | - | - |
| Фінансування охорони здоров'я | | | |
| Посилення інституційної та кадрової спроможності НСЗУ з достатнім фінансуванням для адміністративних витрат | + | + | + |
| Перекласти кошти на витрати на комунальні послуги від органів місцевого самоврядування до НСЗУ, тим самим повністю перетворивши НСЗУ на єдиного покупця окремих медичних послуг | + | + | |
| Удосконалити інформаційні системи НСЗУ для забезпечення гнучких стратегічних закупівель шляхом впровадження формульної системи оплати для ПМГ (наприклад, для подолання мобільності населення) та стимулювання реструктуризації лікарень | + | + | + |
| Розширити використання податків на охорону здоров'я для зміцнення здоров'я та збільшення доходів | + | + | + |
| Уточнити процедури обліку капіталу та запасів | + | + | |
| Зміцнення автономії та підзвітності фінансового рівня на рівні об'єкта управління | + | + | + |
| Не повертатися до тенденції 2016–2019 років неухильної деприоритизації здоров'я в державні видатки | - | - | - |
| Не відходити від універсальних прав, що не ґрунтуються на внесках на медичні послуги, що фінансуються із загальних доходів | - | - | - |
| Управління системою охорони здоров'я | | | |
| Функціональна специфікація, перебудова ролей та відносин у всіх рівнях влади та нарощування потенціалу | + | + | |
| Підвищення голосу та залученості громадян до рішень, які на них впливають | + | + | |
| Посилення прозорості та незалежного нагляду за капітальними інвестиціями | + | + | + |
| Інтегрувати або створювати сумісні інформаційні системи, забезпечуючи кібербезпеку | + | + | + |
| Не підривати автономність об'єкта (управління об'єктом має важливе значення для відновлення) | - | - | - |

У таблиці визначено наслідки постулатів для кожного з аспектів системи охорони здоров'я. Постулати керують питаннями «що» і «як», але ця примітка також стосується «коли», надаючи конкретну ілюстрацію послідовних пріоритетів та динаміки між початковими та подальшими діями. Це означає, що початкове реагування на контекст війни може закласти основу для переходу від кризового управління до нормального функціонування системи охорони здоров'я. Центральним у цьому переході є (пере)розбудова та розширення мережі надання медичних послуг з надання первинної медичної допомоги в основі, включаючи покращення доступу до фармацевтичних препаратів та нагляд за охороною здоров'я. Подальші дії повинні узгоджуватися з відбудованими та реструктуризованими багатопрофільними лікарнями та амбулаторними спеціалізованими центрами з цим фондом, застосовуючи зелений підхід до проектування інфраструктури, щоб зменшити майбутнє споживання енергії та періодичні витрати. Таким чином, початкові та наступні дії тісно пов'язані між собою: послідовність дає загальну вказівку на пріоритети, узгоджені з постулатами, для дій, необхідних для отримання індивідуальних та громадських послуг охорони здоров'я людям, які їх потребують. Застосування постулатів може допомогти Уряду розробити план відновлення, який узгоджує державну політику та різні зацікавлені сторони з бажаною трансформацією системи охорони здоров'я.

Незважаючи на триваючу війну в Україні, Уряд висловив бажання підготуватися до відновлення та відбудови для всіх галузей економіки, включаючи сектор охорони здоров'я. Війна мала серйозний ефект збільшення потреби населення в охороні здоров'я, одночасно знижуючи здатність системи надавати послуги, з істотними відмінностями в розрізі країни. Деякі об'єкти були зруйновані, а інші були перевантажені людьми, які шукають допомоги через хвороби та травми, спричинені безпосередньо війною. Проблеми переміщення та задоволення мінливих потреб населення у сфері охорони здоров'я посилюються наслідками війни для надання допомоги. Наприклад,

люди з хронічними захворюваннями відчувають погіршення симптомів через перерваного лікування. Такі зриви разом з наслідками пандемії COVID-19 посилюють кризи, пов'язані з конфліктом, створивши сплеск потреби в психіатричній допомозі та психосоціальній підтримці, який тільки починається і, ймовірно, буде продовжений. Наслідки збоїв у зміцненні здоров'я та профілактичних послугах будуть спостерігатися протягом наступних років, включаючи підвищений ризик захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцин. Без цілеспрямованих зусиль, спрямованих на наздоганяння таких важливих втручань у сфері охорони здоров'я, наслідки зривів війни можуть наблизитися або перевищувати пряму захворюваність і смертність, пов'язані з бойовими діями.

Система охорони здоров'я та охорона здоров'я в цілому мають важливе значення для відновлення, миру та безпеки в Україні з наступних причин.

– Збереження і відбудова. Україна стала свідком тривожно високої кількості нападів на охорону здоров'я. Фізичне знищення ресурсів охорони здоров'я в поєднанні з психологічним впливом війни на медичних працівників і широке населення матиме тривалі наслідки. Збереження та відновлення системи охорони здоров'я має вирішальне значення для передачі відчуття безпеки та нормальності для всіх.

– Відновлення. Реагування на потреби в охороні здоров'я є не лише короткостроковим гуманітарним зобов'язанням, але й невід'ємною частиною людського добробуту та інвестицій, необхідних для довгострокового відновлення та зростання України. Доступність якісних медичних послуг та ліків має важливе значення для того, щоб дати людям, які втекли від конфлікту, впевненість повернутися до своїх домівок, для примирення на рівні громади та для підтримки довіри до органів державної влади. Зміцнення сектору охорони здоров'я для залучення медичних працівників, які повертаються, та населення в цілому є життєво важливим для національного відновлення.

– Захист. Окрім надання клінічних послуг, війна порушила роботу

служб охорони здоров'я, таких як нагляд та моніторинг захворювань, а також доступ до безпечної води та продуктів харчування, вивезення сміття та контроль гризунів. Крім того, конфлікт приніс ризику впливу, пов'язані з навмисним або випадковим пошкодженням ядерних і хімічних заводів або застосуванням хімічної, біологічної або ядерної зброї. Зміцнення системи охорони здоров'я має вирішальне значення для пом'якшення цих ризиків шляхом підготовки до реагування на потенційні надзвичайні ситуації, пов'язані з охороною здоров'я населення та всіма небезпеками.

– Розвиток. Інвестиції в системи охорони здоров'я та охорони здоров'я є передумовою сталого розвитку та сильної макроекономіки. Сектор охорони здоров'я робить ключовий внесок у стабільність і стійкість національних економік у всьому світі [74] і є важливим роботодавцем (і великим роботодавцем жінок) [75]. Крім того, досвід пандемії COVID-19 та інших надзвичайних ситуацій показує, як швидко можна втратити досягнення гендерної рівності в робочій силі та інші форми нерівності можуть загострюватися.

2.2. Критерії оцінювання інвестиційного потенціалу відновлення та реформування системи охорони здоров'я

Україна прагне до збереження, захисту та зміцнення здоров'я та добробуту своїх громадян. Це знайшло своє відображення в її державній політиці [76], а також у схваленні нею ключових міжнародних декларацій, включаючи Галлінський статут [77] і Політичну Декларацію Організації Об'єднаних Націй з питань універсального охоплення послугами охорони здоров'я [78]. Президент України в 2022 р. анонсував ініціативу United24 [79], яка визначила охорону здоров'я однією зі сфер, на які будуть спрямовані національні та міжнародні пожертви. Багато міжнародних партнерів та урядів з розвитку, а також неурядових та фізичних осіб також планують підтримати зусилля Уряду України з відновлення.

Щоб забезпечити приведення внутрішніх та міжнародних інвестицій у відновлення до урядового проекту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року [80], слід визначити набір постулатів з важливими наслідками для гуманітарної допомоги (короткострокова підтримка нагальних потреб) а також середньо- та довгострокові інвестиції у сферу охорони здоров'я. Постулати відображають цілі системи охорони здоров'я, але є більш оперативними та адаптованими до поточної ситуації. Вони стосуються рішень про відновлення, прийнятих на національному рівні (наприклад, плану, який готує Національна рада з відновлення [81], яка була створена президентом Володимиром Зеленським у квітні 2022 року) або в рамках багатосекторальних регіональних планів відновлення. Оскільки постулати не є унікальними для конкретного джерела фінансування або географічного регіону, вони можуть бути застосовані як критерії для оцінки та управління внутрішніми урядовими, приватними, багатосторонніми або двосторонніми джерелами інвестицій. Вони також мають відношення до забезпечення того, щоб поточна гуманітарна допомога заклала основу для коротко- та середньострокового відновлення.

Щоб максимізувати переваги використання постулатів як критеріїв оцінки, важливо поставити правильне запитання про те, що оцінювати. З огляду на прагнення України досягти універсального охоплення послугами охорони здоров'я та безпеки здоров'я, питання не в тому, «Як замінити пошкоджений або зруйнований медичний заклад?», але «Як ми можемо найкраще отримати індивідуальні та громадські послуги охорони здоров'я для населення, яке цього потребує?» Іншими словами, перехід до більш стійкої, орієнтованої на людей, справедливої, ефективною та підзвітної системи охорони здоров'я є головним фактором розвитку.

Постулати, запропоновані для використання в якості критеріїв оцінки, полягають в наступному.

Людиноцентричність. Ставити людей у центр – це більше, ніж гасло: серйозне сприйняття цієї концепції має важливі наслідки для організації як

індивідуальних, так і державних служб охорони здоров'я, а також для працівників охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я та управління охороною здоров'я. Звідси випливає, наприклад, що інвестиції не повинні підтримувати вертикальну систему доставки (організовану хворобами); натомість охорона здоров'я повинна зосереджуватися на системах, необхідних для цілісної підтримки здоров'я людини шляхом впровадження послуг, що стосуються конкретних захворювань або станів, та різних напрямів охорони здоров'я в послуги, які координуються та зосереджені на потребах людини.

Власний і фінансовий захист. Це тягне за собою зобов'язання реагувати на тих, хто найбільше постраждав від конфлікту (як прямо, так і опосередковано), а також тих, хто має найбільшу потребу в медичних послугах і найменшу здатність справлятися з фінансовими витратами. Особливу увагу слід звернути на найбільш вразливі групи, включаючи людей, які зазнали сексуального та гендерно-обумовленого насильства, а також тих, хто страждає від психічних та/або фізичних травм від війни. Люди, загнані конфліктом у бідність, повинні бути захищені від фінансових бар'єрів і катастрофічних витрат, зокрема літні люди з хронічними захворюваннями.

Стійкість. Цей постулат означає, що спільнота, система охорони здоров'я або суспільство в цілому готові і здатні протистояти, поглинати, відновлюватися, адаптуватися і своєчасно і ефективно реагувати на небезпеки або інші потрясіння, зберігаючи і відновлюючи свої основні структури і функції [82, 83]. Стійкі структури та процеси можуть захистити суспільства, роблячи системи більш надійними, тим самим зберігаючи громади більш пов'язаними та зберігаючи людей здоровішими. Це вимагає установ та управлінських процесів, які дозволяють людям реагувати, навчатися та адаптуватися під час кризи, щоб пом'якшити порушення рутинних послуг, а також контролювати, оцінювати та вирішувати питання потреби підвищення здоров'я та ризику для здоров'я населення. Наприклад, надзвичайні ситуації надають можливості для глибоких системних оглядів та регулярних оцінок, а потім змін для підвищення стійкості на основі отриманих уроків. Це також

вимагає систем, які можуть адаптуватися до різних обставин у різних випадках країни та до конкретних контекстуальних зрушень, таких як переміщення послуг та перепланування шляхів; втрата кваліфікованих медпрацівників; велика кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та біженців; ймовірний повільне повернення біженців; потреба у відновленні здоров'я населення. Вона також вимагає, щоб Україна продемонструвала потужність до швидкого корегування своїх медичних установ та служб та відновлення своєї медичної робочої сили, коли виникає загроза безпеці.

Ефективність і стійкість. Ефективне використання обмежених наявних ресурсів необхідне для досягнення цілей України у сфері охорони здоров'я, особливо з огляду на те, що в найближчі роки країна може зіткнутися з серйозними фіскальними обмеженнями. Крім того, і, як багато країн дізналися у своїй відповіді на COVID-19, ефективний підхід повинен враховувати не тільки негайне розгортання ресурсів, але й необхідність резервних/надлишкових потужностей. Як і у випадку з людиноцентричністю, існують критичні наслідки для того, як розподіляються та використовуються ресурси в системі охорони здоров'я, і, таким чином, для проєктування майбутніх інвестицій. Це включає в себе конфліктний контекст, де потужність і розташування послуг повинні бути адаптовані до мінливої демографічної ситуації. Сталий розвиток – це пов'язана, але інша концепція, яка стосується здатності країни з часом прогресувати у досягненні своїх цілей, таких як універсальне охоплення послугами охорони здоров'я.

Звітності. Підзвітна система охорони здоров'я і, як наслідок, уряд, має надійні зобов'язання щодо політики охорони здоров'я і відповідає перед населенням за свою діяльність та використання ресурсів. Для забезпечення виконання зобов'язань, взятих Урядом України, важливо мати чітко визначені ролі та відносини як для Кабінету Міністрів України, так і медичних відомств (зокрема, Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), Центр громадського здоров'я МОЗ України та Центральна закупівельна агенція) та на всіх рівнях уряд, а також процедури залучення

громадян; планування участі; стандартизоване бюджетування, бухгалтерський облік та фінансова звітність; прозорі видатки та закупівлі; зменшення корупційних ризиків та чітка комунікація.

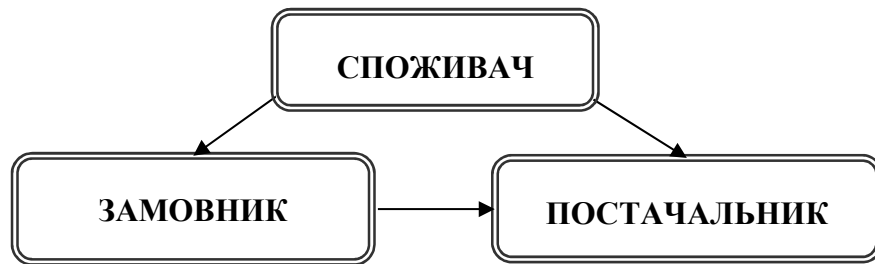


Рис. 2. 3. Збалансований трикутник дій

Ефективність систем підзвітності та управління фінансами залежить від механізмів, що використовуються для розподілу коштів, у тому числі від того, як управляти грошима та натуральною підтримкою, що надходить до країни. Наприклад, бажано, щоб гроші на підтримку періодичних витрат на надання медичних послуг надходили через механізми закупівлі НСЗУ для національного пакету пільг: Програми медичних гарантій (ПМГ). Хоча визнано, що деякі надходження таких витрат надходять окремо (наприклад, безпосередньо до постачальників та людей), максимально повною мірою потоки мають бути інтегровані (або принаймні узгоджені з) домовленостями про закупівлю медичних послуг НСЗУ. Капітальні інвестиції повинні бути прозорими та використовувати прийнятні національні практики закупівель та/або практики партнерів з розвитку. Ці постулати не є новими для України: вони або неявні, або явні в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015–2020 роки [76], а також у проекті Стратегії охорони здоров'я 2030 [80]. Пропозиція полягає у використанні постулатів як критеріїв як для оцінки, так і для спрямування потенційних інвестицій відповідно до основних напрямів політики України. Це забезпечить міцний фундамент для забезпечення злагодженого та адаптивного інвестиційного підходу. По суті, постулати визначають, як оперувати гаслом «краще відбудувати» або, бажано, «будувати вперед

розумніше». Відновлення має керуватися стратегіями та процесами реформування сектору охорони здоров'я до війни, одночасно реагуючи на зміну потреб населення у сфері охорони здоров'я та пом'якшуючи вже існуючі неефективності, щоб побудувати більш надійну та стійку систему охорони здоров'я, здатну поглинати майбутні шоки та кризи. Такий підхід відображає широку та глибоку підтримку ВООЗ напрямку медичної реформи, як це вже закладено Урядом України в існуючих законах, підзаконних актах, стратегіях та планах, визнаючи при цьому, що для повної реалізації цих постулатів все ще необхідні критичні кроки, враховуючи виклики довоєнного впровадження.

2.3. Динамічна візія відновлення системи охорони здоров'я України

П'ять постулатів, викладених вище, містять вказівки щодо ключових питань «що» і «як» для планів відновлення, але також важливо забезпечити конкретні послідовні пріоритети, оскільки контекст війни вимагає негайного реагування, включаючи відновлення функціональності мережі охорони здоров'я та забезпечення доступу до основних послуг для задоволення поточних, підвищених та нових потреб у сфері охорони здоров'я та загроз громадському здоров'ю. Поки ця відповідь триває, можна закласти основу для переходу від антикризового управління (при цьому українські центральні та місцеві органи влади працюють в умовах закону воєнного стану і підтримується гуманітарною допомогою, орієнтованою на нагальні потреби) до ролі мирного часу для всіх урядових рівнів у здійсненні довгострокових реформ і розвитку. Для цього потрібне стабільне, але динамічне бачення для відновлення системи охорони здоров'я України, що:

- спирається на сильні сторони існуючої системи України, попередній порядок денний реформ, інституції та людський капітал;
- пов'язує гуманітарну допомогу та розвиток середньострокової системи з якомога раніше, знаходячи можливості для стабілізації,

поглиблення та прискорення реалізації існуючої стратегії реформ в Україні включає постулати як критерії, що визначають, як діяти далі; і

- плани реалістичного секвенування.

Досягнення цього бачення вимагає послідовного, але динамічного підходу, який визнає, що дії на кількох фронтах пов'язані між собою і що є пріоритети, а також що ситуація може передбачають деяке перекриття з точки зору термінів реалізації. Спочатку гуманітарна допомога/короткострокова підтримка (як грошові, так і натуральні виплати) на нагальні потреби повинні бути негайно (або як тільки це можливо, залежно від різних масштабів та наслідків війни в різних частинах країни) інтегровані в рутинне функціонування об'єктів і служб, що перебувають в управлінні системи охорони здоров'я України. У координації з цим зміцнюйте існуючі, відремонтовані або відбудовані заклади первинної медичної допомоги, щоб вони були більш орієнтованими на людей та орієнтованими на охоплення тих, хто найбільше потребує, та мали здатність надавати розширені послуги. У практичних цілях розширені послуги первинної медичної допомоги відносяться до:

- переведення стаціонарного відділення на амбулаторні послуги як частини системи охорони здоров'я;
- трансформація та збільшення охоплення населення цими послугами;
- зміна обсягу послуг, включених до настанов з клінічної практики;
- розширення послуг для задоволення критичних потреб, що виникають внаслідок безпосереднього конфлікту, включаючи травматологічну та реабілітаційну допомогу, психіатричну допомогу, догляд за постраждалими від сексуального та гендерно-обумовленого насильства, а також координацію послуг для ВПО;
- посилення зв'язків та координації зі службами охорони здоров'я (наприклад, чиста вода та санітарія, харчування та нагляд за COVID-19 та іншими новими загрозами громадському здоров'ю);

- розширення послуг з профілактики та сприяння здоров'ю на рівні громад; і
- розширення надання послуг на рівні громад шляхом включення мобільних бригад, які в даний час надають основні медичні послуги в рамках гуманітарного реагування, щоб пізніше стати частиною надання місцевих медичних послуг як інформаційно-роз'яснювальні послуги для важкодоступних районів або пацієнтів з мобільністю проблеми та забезпечення наддоганяння основних послуг, таких як імунізація та скринінг [84].

Інтеграція послуг, що надаються через гуманітарну допомогу (короткострокова підтримка нагальних потреб) у розширені послуги первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), має бути інституціоналізована шляхом адаптації існуючих платіжних систем постачальників на основі результатів НСЗУ, які використовуються для ПМГ (включаючи АМП) для покриття як медичних послуг, так і основних лікарських засобів, за які наразі здійснюється більшість платежів з власної кишені. В очікуванні скорочення гуманітарних поставок та товарів пріоритетами мають стати розширення центральних закупівель ліків та реімбурсація приватних аптек НСЗУ в рамках АМП, тим самим сприяючи переходу від стаціонарних до амбулаторних послуг; відновлення функціонування приватних і державних роздрібних аптек на звільнених територіях, де дозволяють умови; зміцнення потенціалу Центральної закупівельної агенції та посилення національних ланцюгів виробництва та постачання деяких видів продукції. У поєднанні з доступністю розширених послуг первинної медичної допомоги та посиленням інтеперабельних систем медичної та фінансової інформації, ці дії забезпечать портативність та безперервність медичної допомоги по всій країні. Кошти як з внутрішніх, так і з міжнародних джерел можуть бути включені, з адаптивністю (тобто стійкістю), необхідною для забезпечення в різних контекстах всередині країни (наприклад, мобільного населення, велика кількість ВПО). Паралельно

багатопрофільні лікарні будуть (ре)побудовані відповідно до очікуваної потреби у вторинних та третинних послугах для очікуваного населення в кожному зоні покриття, з урахуванням необхідності і доступності здоров'я робочої сили.

Початковий підхід полягає в тому, щоб (пере)побудувати та розширити послуги ПМСД при переході від гуманітарної допомоги (де це доречно), а також покращити доступ до фармацевтичних препаратів, травматологічної та невідкладної допомоги, а також нагляду за охороною здоров'я. Це ляже в основу подальших дій щодо узгодження відбудованих та реструктуризованих багатопрофільних лікарень з амбулаторними спеціалізованими центрами. Враховуючи тривалість часу, необхідного для відновлення та зміцнення інфраструктури медичних закладів наступного покоління, початкові та подальші дії можуть бути ініційовані на початку відновлення, але вибрані заходи будуть пріоритетними для початкового фінансування та /або прогресувати швидше. Таблиці функцій системи охорони здоров'я, які будуть розглянуті нижче, підсумовують інвестиції та пов'язані з ними політики, які впливають з використання п'яти постулатів як критеріїв оцінки, що призводить до зеленого світла (робити) або червоного світла (не робити), а також із зазначенням початкових та подальших заходів.

Гарне секвенування забезпечує гнучкість, необхідну для адаптації реалізації до різних ситуацій та умов у різних географічних районах України. Чотири фактори будуть суттєво відрізнятися по всій країні і повинні бути розглянуті для контекстуалізації:

- (1) статус конфлікту (наприклад, контроль уряду над територіями з різним рівнем зриву обслуговування, триваючим конфліктом або районами, які тимчасово не контролюються урядом);
- (2) кількість ВПО та біженців, які повертаються;
- (3) кількість медичних працівників, які залишаються в медичних закладах або в географічному районі;
- (4) перехід від військової до цивільної адміністрації та використання

закладів охорони здоров'я.

Послідовність відновлювальних заходів також висвітлює практичні рішення різноманітних складних проблем, які особливо важливі для координації національних інвестицій з інвестиціями партнерів з розвитку.

Рішення включають:

- визначення різних часових рамок для різних видів інвестицій, зокрема, фізичної інфраструктури та розвитку людського капіталу (наприклад, навчання, наставництво);

- синхронізація регіональних інвестицій партнерів з розвитку з національними стандартами/керівними принципами, особливо у світлі необхідності планування інвестицій у госпітальну інфраструктуру в районах області на основі географічного району, а не рівня уряду, та визначення пріоритетів багатопрофільні лікарні; і

- координація інвестицій та розбудови потенціалу з перебудовою інституційної структури, ролей та відносин, включаючи здатність закупівель ПМГ НСЗУ забезпечити сталість інвестицій у заклади охорони здоров'я та надати можливість керівникам закладів охорони здоров'я покращити бухгалтерський облік та фінансове управління на рівні закладу.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Теоретичні підходи до оцінювання якості медичної допомоги

Оцінка якості повинна ґрунтуватися на концептуальному та операціоналізованому визначенні того, що означає «якість медичної допомоги». На цьому фундаментальному рівні існує багато проблем, оскільки якість медичної допомоги є надзвичайно складною для визначення. Можливо, найвідомішим визначенням є визначення, запропоноване Лі та Джонсом [85] у формі восьми постулатів, деякі з яких викладені як атрибути або властивості процесу догляду, а інші – як цілі або завдання цього процесу. Ці постулати яскраво передають враження, що критерії якості – це не що інше, як оціночні судження, які застосовуються до кількох аспектів, властивостей, інгредієнтів або вимірів процесу, який називається медичною допомогою. Таким чином, визначення якості може бути майже будь-яким, хоча воно, як правило, є відображенням цінностей і цілей, що існують у системі охорони здоров'я та в суспільстві в цілому, частиною якого вона є.

Небагато емпіричних досліджень заглиблюються в те, якими є відповідні виміри та значення в будь-який момент часу в даній обстановці. Клейн та ін. виявили, що 24 «адміністративні чиновники» дали 80 критеріїв для оцінки «догляду за пацієнтами». Вони приходять до висновку, що догляд за пацієнтом, як і моральний дух, не може розглядатися як єдине поняття і «... Здається ймовірним, що ніколи не буде єдиного всеосяжного критерію, за яким можна було б вимірювати якість надання медичної допомоги пацієнтам» [86].

Які з безлічі можливих вимірів і критеріїв будуть обрані для визначення якості, безумовно, матимуть глибокий вплив на підходи та методи, які використовуються при оцінці медичної допомоги.

Результати медичної допомоги, з точки зору відновлення, відновлення

функцій та виживання, часто використовуються як показник якості медичної допомоги. Прикладами можуть служити дослідження перинатальної смертності, [87, 88] летальності при хірургічних операціях [89] і соціального відновлення пацієнтів, виписаних з психіатричних лікарень [90].

Багато переваг можна отримати, використовуючи результат як критерій якості в медичній допомозі. Обґрунтованість результату як виміру якості рідко піддається сумніву. Також не існує жодних сумнівів щодо стабільності та обґрунтованості цінностей відновлення, відновлення та виживання в більшості ситуацій і в більшості культур, хоча, можливо, і не в усіх. Крім того, результати, як правило, досить конкретні і, як такі, здається, піддаються більш точному вимірюванню.

Однак ряд міркувань обмежує використання результатів як мірило якості медичної допомоги. Перше з них полягає в тому, чи дійсно результат догляду є відповідним заходом. Це пов'язано з тим, що результати відображають як здатність медичної науки досягати певних результатів за будь-якого заданого набору умов, так і ступінь, до якої «наукова медицина», як її розуміють зараз, застосовується в досліджуваних випадках. Але мета може полягати саме в тому, щоб розділити ці два ефекти. Іноді конкретний результат може бути нерелевантним, наприклад, коли виживання вибирається як критерій успіху в ситуації, яка не є фатальною, але може призвести до неоптимальних станів здоров'я або каліцтва [91].

Навіть у ситуаціях, коли результати є релевантними, а відповідний результат був обраний як критерій, необхідно рахуватися з обмеженнями. Багато факторів, крім медичної допомоги, можуть впливати на результат, і необхідно вжити запобіжних заходів для того, щоб усі значущі фактори, крім медичної допомоги, залишалися незмінними, якщо потрібно зробити обґрунтовані висновки. У деяких випадках повинні пройти тривалі періоди часу, можливо, десятиліття, перш ніж стануть очевидними відповідні наслідки. У таких випадках результати недоступні тоді, коли вони потрібні для оцінки, і проблеми збереження порівнянності значно загострюються. Крім

того, медичні технології не є повністю ефективними і міра успіху, яку можна очікувати в тій чи іншій ситуації, часто точно не відома. З цієї причини необхідно використовувати порівняльні дослідження результату в контрольованих ситуаціях.

Хоча деякі наслідки, як правило, безпомилкові і їх легко виміряти (наприклад, смерть), інші наслідки, не настільки чітко визначені, можуть бути важкими для вимірювання. До них належать ставлення та задоволення пацієнтів, соціальне відновлення та фізична інвалідність та реабілітація [92]. Навіть обґрунтованість обличчя, яку результати зазвичай мають як критерії успіху чи невдачі, не є абсолютною. Можна сперечатися, наприклад, про те, чи є продовження життя за певних обставин свідченням хорошої медичної допомоги. Науковці показали, що, хоча фіксація вродженого вивиху тазостегнового суглоба в даному положенні вважається хорошими ліками для білої людини, вона може виявитися калічною для індіанця навахо, який проводить багато часу сидячи на підлозі або в сідлі [93]. Нарешті, хоча результати можуть вказувати на добру або погану обережність у сукупності, вони не дають уявлення про характер і розташування недоліків або сильних сторін, з якими можна пов'язати наслідки.

Всі ці обмеження щодо використання результатів як критеріїв медичної допомоги представлені не для того, щоб продемонструвати, що результати є невідповідними показниками якості, а для того, щоб підкреслити, що вони повинні використовуватися з дискримінацією. Результати, за великим рахунком, залишаються остаточними валідаторами ефективності та якості медичної допомоги.

Інший підхід до оцінки полягає у вивченні самого процесу догляду, а не його результатів. Це виправдовується припущенням, що людину цікавить не сила медичних технологій для досягнення результатів, а те, чи була застосована те, що зараз відомо як «хороша» медична допомога. Судження ґрунтуються на таких міркуваннях, як доречність, повнота та надлишковість інформації, отриманої за допомогою клінічного анамнезу, фізикального

обстеження та діагностичних тестів; обґрунтування діагнозу і терапії; технічну компетентність при виконанні діагностичних та лікувальних процедур, у тому числі хірургічного втручання; докази профілактичного ведення здоров'я та хвороби; координація та безперервність надання медичної допомоги; прийнятність надання допомоги одержувачу і так далі. Цей підхід вимагає, щоб велика увага приділялася визначенню відповідних розмірів, значень і стандартів, які будуть використовуватися при оцінці. Оцінки якості, які ми отримуємо, менш стабільні і менш остаточні, ніж ті, які впливають з вимірювання результатів. Однак вони можуть бути більш відповідними до поставленого питання: чи правильно практикується медицина.

Може здатися, що таке обговорення процесу і результату має на увазі просте розділення засобів і цілей. Можливо, правильніше було б уявити собі неперервний ланцюг попередніх засобів, за якими слідують проміжні цілі, які самі по собі є засобами для досягнення ще дальших цілей [94]. Здоров'я саме по собі може бути засобом для досягнення подальшої мети. Деякі автори вказують на те, що це формулювання забезпечує корисний підхід до оцінки [95, 96]. Він може бути визначений як вимірювання процедурних кінцевих точок і включений під загальним заголовком "процес", оскільки він ґрунтується на аналогічних міркуваннях щодо цінностей, стандартів і валідації.

Третій підхід до оцінки полягає у вивченні не самого процесу догляду, а умов, в яких він відбувається, та інструментів, продуктом яких він є. Це можна приблизно визначити як оцінку структури, хоча вона може включати адміністративні та пов'язані з ними процеси, які підтримують і спрямовують надання медичної допомоги. Вона стосується таких речей, як достатність приміщень та обладнання; кваліфікацію медичних працівників та їх організацію; адміністративну структуру та діяльність програм та установ, що надають допомогу; фіскальної організації тощо [97]. Робиться припущення, що за умови належних умов та інструментів буде настання належної медичної допомоги. Цей підхід дає перевагу в тому, що ми маємо справу, принаймні

частково, з досить конкретною і доступною інформацією. Вона має основне обмеження, яке полягає в тому, що зв'язок між структурою і процесом або структурою і результатом часто недостатньо встановлений.

Підхід, прийнятий для оцінки якості, в значній мірі визначає методи, які використовуються для збору необхідної інформації. Оскільки вони охоплюють всю гаму методів соціальних наук, не буде зроблено спроб описати їх усі. Чотири, однак, заслуговують на особливу увагу.

Клінічні записи є первинними документами для більшості досліджень процесу надання медичної допомоги. При їх використанні необхідно пам'ятати про ряд їх обмежень. Оскільки приватна офісна практика більшості лікарів не є легкодоступною для дослідника, а записи такої практики загалом розчаровують уривчасто, використання записів було обмежено оцінкою медичної допомоги в лікарнях, амбулаторно-поліклінічними відділеннями лікарень та передплаченою груповою практикою. Як Peterson [98], так і Clute [99] повідомляли про переважаючі недоліки запису в загальній практиці. Крім того, Клют зазначав, що в загальній практиці «... Відсутність адекватних записів не є несумісною з практикою хорошого, а то й відмінного якості. ...» З іншого боку, недавнє дослідження офісної практики вибірки членів Нью-Йоркського товариства внутрішньої медицини [100] припускає, що витяги офісних записів можуть бути використані для отримання відтворюваних суджень щодо якості медичної допомоги. Але узагальнити з цього висновку складно. Це стосується певної групи лікарів, які з більшою ймовірністю ведуть хороші записи, ніж в середньому. Більше того, з тих чи інших причин початкова вибірка, відібрана для цього дослідження, зазнала 61-відсоткового відтоку кадрів.

Якщо припустити, що запис є доступним і достатньо достатнім, то ще два питання, які мають бути вирішені, це правдивість і повнота запису. Лембке [91] поставив під сумнів те, що ключові твердження в протоколі можуть бути прийняті за чисту монету. Він поставив під сумнів не тільки заяви лікаря про пацієнта і його ведення, а й обґрунтованість звітів діагностичних служб.

Перший перевіряється шляхом пошуку в протоколах, включаючи записи медсестер, того, що здається найбільш вагомим доказом справжнього стану справ. Другий перевіряється шляхом повторного вивчення компетентними судьями доказів (фільмів, кальок, слайдів), на основі яких складаються діагностичні висновки. Помилка спостерігача, як правило, стає проблемою за найкращих обставин [101]. Але ніщо не може усунути недовірливості висновку, зробленого Лембеке в одній лікарні, що справжня частота гіперплазії матки становила від 5 до 8 відсотків, а не від 60 до 65 відсотків випадків вискоблювання матки, як повідомив лікарняний патологоанатом. У будь-якому випадку наслідки перевірки як частини оцінки якості повинні бути ретельно розглянуті. Помилки в діагностичних звітах, безсумнівно, особливо впливають на якість діагностичних послуг і на допомогу, що надається лікарнею в цілому. Але лікар може бути визнаний таким, що працює добре, незалежно від того, чи є дані, з якими він працює, достовірними чи ні. Це відбувається тоді, коли об'єктом інтересу є логіка, яка керує діяльністю лікаря, а не абсолютна обґрунтованість цієї діяльності.

Багато дискусій було зосереджено навколо питання про повноту клінічних записів і про те, чи оцінюється якість медичної допомоги на основі того, що зазначено в записі, оцінка запису чи наданої медичної допомоги. Питання ускладнюється тим, що запис сам по собі є окремим і законним виміром якості практики, а також носієм інформації для оцінки більшості інших вимірів. Ці два аспекти можна відокремити, коли є альтернативне джерело інформації про процес догляду, наприклад, безпосереднє спостереження за практикою [102]. Однак у більшості випадків вони плутаються. Розенфельд [103] розв'язав проблему відокремлення запису від лікування, досліджуючи причини зниження якості медичної допомоги в кожній дослідженій картці пацієнта. Він продемонстрував, що якість медичної допомоги була оцінена частково через те, що могло бути поганою записаністю («презумптивні» докази), а частково з причин, які не могли бути предметом запису («суттєві» докази). Він також виявив, що лікарні мали тенденцію

займати високі або низькі позиції за обома типами помилок, показуючи, що ці помилки корелюють. Оскільки рутинний запис частіше є повним у палатах, порівняння палатних та приватних служб у кожній лікарні за типом причини зниження рейтингу могло б надати додаткову інформацію з цього важливого питання. Інші слідчі намагалися допустити неповноту протоколу, доповнюючи його інтерв'ю з лікуючим лікарем і вносячи відповідні поправки [104-106]. На жаль, лише одне з цих досліджень (тривалість перебування в лікарнях штату Мічиган) містить повідомлення про те, яку різницю зробив цей додатковий крок. У цьому дослідженні «додаткова медична інформація, отримана за допомогою особистих бесід з лікарями, була достатньо важливою у 12,6 відсотках від загальної кількості вивчених випадків, щоб виправдати перекваліфікацію оцінки необхідності госпіталізації та/або доцільності тривалості перебування» [86]. Коли інформація, отримана шляхом інтерв'ю, використовується для внесення змін або доповнень до історії пацієнта, можливо, доведеться зробити припущення, що ця додаткова інформація має таку ж або вищу обґрунтованість. Морхед, який мав великий досвід роботи з цим методом, сказав: «Багато хто з дослідників, які брали участь у цьому дослідженні, використовували техніку інтерв'ю з лікарем у попередніх дослідженнях без плідних результатів. ... опинившись у незручному становищі, коли доводиться вибирати між прийняттям за чисту монету тверджень про те, що медична допомога дійсно була оптимальною, або висновком про те, що представлені твердження не відповідають дійсності». 26 Навіть у більш ранньому дослідженні, де, як повідомлялося, використовувалися добавки шляхом інтерв'ю, вербальна інформація відкидалася, якщо вона не була додатково підтверджена ходом дій або конкретними доказами [104].

Інше питання методу полягає в тому, чи слід використовувати весь запис або реферативні дайджести його як основу для оцінки. Питання виникає тому, що резюме та реферати, імовірно, можуть бути підготовлені менш кваліфікованими особами, що дозволяє важкодоступному експерту

сконцентруватися на власне завданні оцінки. Абстрагування, однак, здається, включає в себе здійснення суджень щодо доречності та важливості. З цієї причини він використовується як перший крок в оцінці якості тільки в тих дослідженнях, в яких використовуються дуже конкретні і детальні стандарти. Навіть у цьому випадку є мало інформації про те, наскільки надійним є процес абстрагування або наскільки він дійсний у порівнянні з більш кваліфікованим читанням діаграми. Дослідження нью-йоркських терапевтів, про яке вже згадувалося раніше, продемонструвало високий рівень згоди між лікарями та висококваліфікованими нелікарями, які абстрагуються до одного і того ж офісного запису [101].

У той час як суперечки щодо запису як джерела інформації тривають, дехто намагався зменшити залежність від звичок лікаря записувати, обираючи для оцінки діагностичні категорії, які, ймовірно, будуть підкріплені записаними доказами, додатковими до власних записів лікаря. Це частково пояснює часте використання хірургічних операцій як матеріалу для вивчення якості.

У загальній практиці записи пацієнтів занадто недостатні, щоб служити основою для оцінки. Альтернативою є безпосереднє спостереження за діяльністю лікаря висококваліфікованим колегою. Головним обмеженням цього методу, здається, є зміни, які можуть відбутися в звичайній практиці лікаря, який знає, що за ним спостерігають. На противагу цьому прийшли запевнення в тому, що лікар часто не усвідомлює справжньої мети дослідження, швидко звикає до присутності спостерігача і не в змозі змінити підтвержені звички практики. Навіть якщо зміни і відбудуться, вони, як правило, призводять до завищеної оцінки якості, а не до навпаки. Незважаючи на ці запевнення, вимірювання впливу спостереження на практику залишається невирішеною проблемою.

Ті, хто користувався методом прямого спостереження, були обізнані, що проблема повноти не зникає. Практикуючий лікар часто багато знає про пацієнта з попередніх контактів з ним – звідси необхідність відбору для

спостереження «нових» випадків і ситуацій, що вимагають ретельного обстеження незалежно від попереднього досвіду пацієнта. Крім того, не всі дії керуючого лікаря є чіткими. Деякі виміри догляду, що не підлягають безпосередньому спостереженню, повинні бути виключені зі схеми оцінки. Додатковою проблемою може стати вибіркоче сприйняття спостерігачем. Спостерігач, швидше за все, не буде спочатку нейтральним фіксатором подій, а потім суддею цих самих подій. Його знання і критерії, швидше за все, впливатимуть на те, що він сприймає, і тим самим внесуть певне спотворення в сприйняття.

Непрямим методом отримання інформації є вивчення поведінки і думок, з яких можна зробити висновки про якість. Соціометричний підхід був описаний Maloney et al., який припускає, що лікарі, шукаючи допомоги для себе та своєї сім'ї, виявляють критичні та обґрунтовані судження щодо здатності своїх колег надавати високоякісну допомогу [105]. Було показано, що такий вибір визначає класи лікарів, які, як вважається, є більш висококваліфікованими, ніж інші. Але як чутливість, так і специфічність, використовуючи за критерій більш суворі оцінки якості медичної допомоги, не мають підтвердження. Георгопулос і Манн [106] використовували так званий *авторепутаційний підхід* при оцінці якості медичної допомоги в окремих громадських лікарнях. Це вирросло з попередніх досліджень, які показали, що люди досить проникливо оцінюють «ефективність» організацій, в яких вони працюють. Лікарні оцінювалися та ранжувалися на основі думок щодо якості медичної допомоги та інших характеристик, яких дотримувалися різні категорії управлінських, професійних та технічних осіб, які працюють у кожній лікарні або пов'язані з нею, а також обізнаними особами в громаді. Відповіді були достатньо послідовними та дискримінаційними, що дозволило оцінити лікарні з очевидно задовільним ступенем надійності. І це незважаючи на загалом самовдоволеній характер відповідей, які класифікували якість медичної допомоги в лікарнях як «дуже добре», «відмінно» або «видатно» у 89 відсотках випадків і «погану» майже в жодному. Автори наводять багато

свідчень того, що кілька думок, яких дотримувалися окремо, були взаємопов'язані з високим ступенем. Але мало доказів підтверджують обґрунтованість суджень з використанням справді зовнішніх критеріїв якості медичної допомоги.

3.2. Оцінювання якості медичної допомоги як інструмент підвищення ефективності закладу охорони здоров'я

Оскільки багатовимірна оцінка медичної допомоги є дорогим і трудомістким заходом, триває пошук дискретних, легко вимірюваних даних, які можуть надати інформацію про якість медичної допомоги. Використовувані дані можуть стосуватися аспектів структури, процесу або результату. Головна вимога полягає в тому, щоб вони були легко, іноді рутинно, вимірюваними і обґрунтовано обґрунтованими. Серед досліджень якості з використанням цього підходу є дослідження професійної діяльності [107].

Перевага таких індексів полягає в зручності, але висновки, які робляться на їх основі, можуть мати сумнівну обґрунтованість. Майерс вказав на численні обмеження традиційних індексів якості лікарняної допомоги, включаючи показники загальної та післяопераційної смертності, ускладнень, післяопераційної інфекції, кесаревого розтину, консультації та видалення нормальних тканин під час операції [108]. Точність і повнота основної інформації може бути предметом сумніву. Ще важливіше те, що можуть виникнути серйозні питання про те, що означає кожен індекс, оскільки дуже багато факторів беруть участь у створенні явища, яке він вимірює. З іншого боку, Айслі зазначив, що принаймні певні індекси можуть бути корисними, якщо використовувати їх з обережністю [109].

Пошук легких способів вимірювання такого надзвичайно складного явища, як медична допомога, може бути пов'язаний з пошуком волі. Використання простих індексів замість більш складних заходів може бути

виправдано демонстрацією високих кореляцій між ними [110]. Але, за відсутності доведених причинно-наслідкових зв'язків, це може бути ненадійним фундаментом, на якому можна будувати. З іншого боку, кожен індекс може бути мірою виміру або складовою догляду. Таким чином, розумно підібрані численні індекси можуть становити еквівалент буріння в геологічній розвідці, яка дає достатньо інформації про частини, щоб дозволити реконструкцію цілого. Обґрунтованість висновків про ціле залежатиме, звичайно, від ступеня внутрішньої спадкоємності в індивідуальній або інституційній практиці медицини.

Про деякі особливі труднощі в оцінці якості амбулаторної допомоги вже зазначалося. До них відносяться недостатність записаної інформації та попереднє знання лікарем-господарем медичної та соціальної історії пацієнта. Перша з цих проблем призвела до використання навчених спостерігачів, а друга – до спостереження за випадками, для яких попереднє знання не є фактором поточного управління. Також було поставлено під сумнів ступінь відповідності загальній практиці стандартів та стратегій надання медичної допомоги, розроблених лікарняно-центрованими та академічно орієнтованими лікарями.

Ще однією проблемою є складність визначення сегмента медичної допомоги, який може бути належним чином об'єктом оцінювання в амбулаторній допомозі. Для стаціонарної допомоги одноразова госпіталізація, як правило, є відповідним відділенням. В офісній або клінічній практиці послідовність надання медичної допомоги може охоплювати невизначену кількість відвідувань, так що визначення відповідного підрозділу залишається під питанням. Зазвичай відповідь полягала у виборі довільного періоду часу для визначення відповідного епізоду лікування. Науковці визначили це як перший візит плюс 14 днів спостереження або використовують чотиритижневий період після первинного обстеження.

Ми спробували скласти уявлення про різні підходи та методи, які використовувалися для оцінки якості медичної допомоги, а також вказати на

певні питання та проблеми, які ці підходи та методи виносять на розгляд.

Можна з легкістю сказати, що використовувані методи мали сумнівну цінність і частіше їм не вистачало строгості і точності. Але наскільки точними мають бути оцінки якості? Принаймні кращі методи виявилися достатніми для цілей адміністративної та соціальної політики, які їх привели. Пошуки досконалості не повинні закривати очі на той факт, що нинішні методи оцінки якості, якими б грубими вони не були, виявили діапазон якостей від видатних до жалюгідних. Тепер доступні інструменти для винесення широких суджень такого роду зі значною впевненістю. Цей ступінь впевненості підтверджується вже згадуваними висновками, які свідчать про прийнятний рівень однорідності в індивідуальній практиці та відтворюваності якісних суджень на основі мінімально структурованого підходу до оцінки. Це не означає, що багато чого ще належить зробити в розвитку більшої точності, необхідної для деяких інших цілей.

Каталог необхідних уточнень можна почати з розгляду характеру інформації, яка є основою для суджень про якість. Необхідно знати більше про вплив спостерігача на спостережувану практику, а також про сам процес спостереження — його надійність і обґрунтованість. Необхідно проводити порівняння між безпосереднім спостереженням і записаною інформацією як з доповненням, так і без нього шляхом бесіди з керуючим лікарем. Фіксація згоди або незгоди не є достатньою. Необхідне більш детальне вивчення характеру і причин розбіжностей в різних умовах. Аналогічно, використання рефератів записів має бути перевірено на відповідність використанню самих записів.

Сам процес оцінювання вимагає набагато більшого подальшого вивчення. Великі зусилля витрачаються на розробку критеріїв і стандартів, які, як передбачається, надають стабільність і одноманітність судженням про якість; І все ж цей передбачуваний ефект не був емпірично продемонстрований. Як далеко повинна зайти явна стандартизація, перш ніж буде досягнуто помітного виграшу в надійності, невідомо. Необхідно також

враховувати, чи відбувається з ростом стандартизації настільки велика втрата здатності враховувати непередбачені елементи в клінічній ситуації, що можна отримати надійність ціною валідності. Оцінка одного і того ж набору записів з використанням все більш структурованих стандартів і критеріїв повинна давати цінну інформацію з цих питань. Твердження про те, що менш добре підготовлені оцінювачі, використовуючи вичерпні критерії, можуть виносити надійні та обґрунтовані судження, також може бути перевірено таким чином.

У тексті вже було привернуто увагу до того небагато, що відомо про надійність та упередженість при порівнянні двох або більше суддів, а також про надійність повторюваних суджень про одні й ті ж предмети обережності одним і тим же оцінювачем. Так само дуже мало відомо про вплив на надійність та обґрунтованість, певні характеристики суддів, включаючи досвід, сфери особливого інтересу та особистісні фактори. Багато чого можна навчитися про ці та пов'язані з ними справи, якщо чітко визначити процес судження і піддати його ретельному вивченню. Він повинен виявити розміри та цінності, що використовуються різними суддями, і показати, як вирішуються розбіжності, коли двоє або більше суддів обговорюють свої точки зору. В даний час існують деякі сумніви щодо обґрунтованості групових примирень, в яких може домінувати одна точка зору, не обов'язково тому, що вона більш обґрунтована [110]. Таким же чином можна вивчати ефект маскування ідентичності лікарні або лікаря, який надає допомогу. Тут пропонується не лише продемонструвати відмінності чи подібності в загальних судженнях, але й спробувати, роблячи явними процеси мислення суддів, визначити, як виникають відмінності та подібності та як вирішуються розбіжності.

Крім дефектів методу, більшість досліджень якості страждають від того, що прийняли занадто вузьке визначення якості. Загалом вони займаються технічним управлінням хворобою і приділяють мало уваги профілактиці, реабілітації, координації та безперервності лікування, а також врегулюванню відносин між пацієнтом і лікарем. Імовірно, причина цього полягає в тому, що

технічні вимоги менеджменту більш широко визнані і краще стандартизовані. Тому необхідне більш повне концептуальне та емпіричне дослідження визначення якості.

Те, що мається на увазі під «концептуальним дослідженням», можна проілюструвати, розглянувши вимір ефективності, який часто ігнорується в дослідженнях якості. Можна виділити два типи ефективності: логічну і економічну. Логічна ефективність пов'язана з використанням інформації для прийняття рішень. Тут питання може полягати в тому, чи є інформація, отримана лікарем, релевантною або не має відношення до клінічної діяльності, яка буде здійснюватися. Якщо це доречно, можна розглядати ступінь тиражування або дублювання отриманої інформації і ступінь, в якій вона перевищує вимоги прийняття рішень в даній ситуації. Якщо економія є цінністю в медичній допомозі, то виявлення надмірності стає елементом оцінки медичної допомоги.

Економічна ефективність має справу з відносинами між входами і виходами і запитує, чи виробляється дана продукція з найменшими витратами. На це, звичайно, впливає логічна ефективність, оскільки накопичення непотрібної або невикористаної інформації є дорогою процедурою, яка не приносить ніякої користі. Як правило, вона виходить за межі індивіда і пов'язана з соціальним продуктом зусиль з надання медичної допомоги. Він розглядає можливість того, що «найкраща» медична допомога для людини може не бути «найкращою» для громади. Науковці наводять приклад, який уособлює проблему. «Два лікарі делегували нагляд за рутинними допологовими візитами офісним медсестрам, і лікар бачив пацієнтку лише за наявності конкретних скарг» [98]. У певному розумінні це, мабуть, було менше, ніж найліпший догляд для кожної майбутньої матері. З іншого боку, це могла бути блискуча стратегія з точки зору надання доступу до найбільшої кількості жінок сукупних навичок команди з надання медичної допомоги. Кордеро у своїй статті, що спонукає до роздумів, задокументував тезу про те, що коли ресурси обмежені, оптимальна медична допомога для громади може

вимагати меншого, ніж «найкращий» догляд для окремих її членів [111].

На додаток до концептуального дослідження значення якості, з точки зору вимірів догляду та пов'язаних з ними цінностей, необхідні емпіричні дослідження того, які виміри та цінності переважають у відповідних групах населення. Наприклад, мало що відомо про те, як лікарі визначають якість, а також не відомо про зв'язок між практикою лікаря та його власним визначенням якості. Ця область досліджень має важливе значення для медичної освіти, а також якості. Емпіричні дослідження процесу надання медичної допомоги також повинні значною мірою сприяти виявленню розмірів і значень, які повинні бути включені у визначення якості.

Огляд досліджень якості показує певну невтішну повторюваність в основних поняттях, підходах і методах. Подальший суттєвий прогрес, що виходить за рамки удосконалень у методології, швидше за все, буде результатом програми досліджень самого процесу надання медичної допомоги, а не фронтальних атак на проблему якості. Вважається, що це так, тому що, перш ніж робити судження про якість, потрібно зрозуміти, як взаємодіють пацієнти та лікарі та як лікарі функціонують у процесі надання допомоги. Після того, як елементи процесу і їх взаємозв'язки зрозумілі, можна прикріпити до них оціночні судження з точки зору їх внеску в проміжні і кінцеві цілі. Припустимо, наприклад, що авторитаризм-вседозволеність є одним з вимірів відносин між пацієнтом і лікарем. Емпіричне дослідження може показати, що лікарі насправді диференціюються за цією ознакою. Тоді можна запитати, чи авторитаризм чи вседозволеність мають бути критерієм якості. Відповідь може бути впливає із загальних цінностей суспільства, які можуть схвалювати ту чи іншу як більш бажану ознаку в соціальних взаємодіях. Це одна з форм судження про якість, і вона є цілком обґрунтованою, якщо її обґрунтування та підстави є чіткими. Однак вивчення самого процесу надання медичної допомоги може запропонувати альтернативний, більш прагматичний підхід. Припустимо на даний момент, що дотримання рекомендацій лікаря є метою і цінністю в системі охорони

здоров'я. Цінність авторитаризму або вседозволеності може бути визначена, зокрема, його внеском у дотримання вимог. Відповідність сама по собі підлягає перевірці за критерієм вищого порядку результатів для здоров'я. Справжній стан речей, швидше за все, буде складнішим, ніж наведений гіпотетичний приклад. Критерієм якості може виявитися відповідність очікуванням пацієнта або більш складна адаптація до конкретних клінічних і соціальних ситуацій, а не авторитаризм або вседозволеність як домінуючий режим. Крім того, певні цілі в процесі надання медичної допомоги можуть бути несумісні з іншими цілями, і можна говорити не про якість у глобальних термінах, а про якість у визначених вимірах і для конкретних цілей. Таким чином, оцінка якості призведе не до узагальненого судження, а до складного профілю, як припустив Шепс [110].

Значна частина досліджень у процесі надання медичної допомоги, звичайно, стосуватиметься способу, за допомогою якого лікарі збирають клінічно значущу інформацію та приймають діагностичні та терапевтичні рішення. Це не те місце, де можна представити концептуальні рамки для досліджень на цій ділянці процесу надання медичної допомоги. Однак можна згадати певні конкретні дослідження та вказати деякі напрямки подальших досліджень.

Дослідження збору інформації включають вивчення сприйняття та інтерпретації фізичних знаків. Науковці показали, наприклад, що при тлумаченні серцевих тонів помилки сприйняття (ритму і часу) виникали поряд з додатковими помилками інтерпретації того, що було сприйнято. Помилковий діагноз, про який судять шляхом порівняння з критерієм, став наслідком цих двох помилок. Це вказує на необхідність включення в оцінку якості інформації про надійність і достовірність сенсорних даних, на які частково ґрунтується управління.

Робота Петерсона [98] є найближчим підходом до суворої оцінки прийняття діагностичних і терапевтичних рішень. Таким чином, це, можливо, найзначніший прогрес останнього часу в методах оцінки якості. Але цей метод

заснований на записаних відгуках і майже виключно стурбований обґрунтуванням діагнозу і терапії. Як наслідок, багато важливих аспектів догляду не включені в оцінку. Деякі з них є міркуваннями ефективності, а також стилів і стратегій у вирішенні проблем.

Стили та стратегії у вирішенні проблем можуть бути вивчені шляхом реального спостереження за практикою, як це ефективно зробили Петерсон та інші у своєму вивченні загальної практики [98]. Багато з того, що залишається непоміченим, можна пояснити, попросивши лікаря сказати вголос, що він робить і чому. Цей метод *réflexion parlée* використовувався в дослідженнях вирішення проблем, хоча сам по собі він може змінювати поведінку. Інший підхід полягає у встановленні тестових ситуацій, подібних до тих, що використовували Рімонди та Вільямсон [112-113] для спостереження за процесом прийняття рішень. Хоча такі тестові ситуації мають певні обмеження, що впливають з їхньої штучності, більша простота та контроль, які вони забезпечують, можуть бути дуже корисними.

На перший погляд, студент медичного факультету може розраховувати на допомогу завдяки знанням і навичкам, розвиненим у загальній галузі досліджень у вирішенні проблем. На жаль, немає добре розробленої теоретичної бази, яка могла б бути легко використана при вивченні медичної допомоги. Однак деякі емпіричні дослідження у сфері вирішення проблем можуть запропонувати методи та ідеї, застосовні до ситуацій з медичною допомогою. Деякі з досліджень «усунення несправностей» в електронному обладнанні, зокрема, показують інтригуючу схожість з процесом медичної діагностики та лікування. Ці та подібні дослідження виявили поведінкові характеристики, які можуть бути використані для класифікації стилів у клінічному менеджменті. Вони включають обсяг зібраної інформації, частоту пошуку інформації, цінність шуканих елементів інформації в залежності від їх місця в послідовності і взаємодії з іншими елементами інформації, кілька видів надмірності, стереотипії, схеми пошуку по відношенню до відомої дефектної частини, схильність діяти до накопичення достатньої інформації або шукати

інформацію, що виходить за межі розумної впевненості в розв'язанні, «дистанція помилки» і ступені успішності в досягненні рішення і так далі.

Теорія прийняття рішень може також пропонувати концептуальний інструментарій дослідження в процесі надання медичної допомоги. Петерсон і Барсаміан [98] вирішили відмовитися від використання ймовірностей у своїх логічних системах з дуже поважної причини, що необхідні дані (незалежні ймовірності захворювань і симптомів, а також ймовірності вказаних симптомів при вказаних захворюваннях) були недоступні. Але Едвардс з колегами [114] вказують на те, що все ще можна перевірити ефективність у прийнятті рішень, замінивши суб'єктивні ймовірності (ймовірності самого особи, яка приймає рішення, або обраних експертів) статистичними даними, які ми хотіли б мати.

Основне питання, яке часто виникає в цьому огляді, полягає в тому, наскільки ефективність у медичній допомозі є гомогенним або неоднорідним явищем. Це було помічено, наприклад, як релевантне для вибірки, використання індексів замість багатовимірних вимірювань і побудови шкал, які претендують на оцінку загальної продуктивності. Коли це питання ставиться до окремих лікарів, то об'єктом вивчення є інтеграція різного роду знань і навичок в особистість і поведінку лікаря. Коли мова йде про інститути і соціальні системи, то фактори зовсім інші. Тут мова йде про формальні і неформальні механізми організації, впливу і спрямування людських зусиль в цілому і лікарської практики зокрема. Очікується, що дослідження в усіх цих областях сприятимуть більшій складності у вимірюванні якості.

Деякі з конвенцій самі по собі є перешкодами на шляху до більш змістовного вивчення якості. У реальному світі послуги лікарів не відокремлені від послуг інших медичних працівників, а також від послуг різноманітного допоміжного персоналу. Поділ лікарняної та амбулаторної допомоги також значною мірою є штучним. Одиниці догляду, які є власне об'єктами вивчення, включають внесок багатьох осіб протягом послідовності, яка може включати догляд у різних умовах. Спосіб, у який ці послідовності

визначаються та ідентифікуються, має значення для вибірки, методів отримання інформації, а також стандартів та критеріїв оцінки.

З метою удосконалення управління ЗОЗ в умовах фінансової децентралізації лікарні починають використовувати програмний метод. Його застосування передбачає формування та реалізацію таких програм (рис. 3.1):

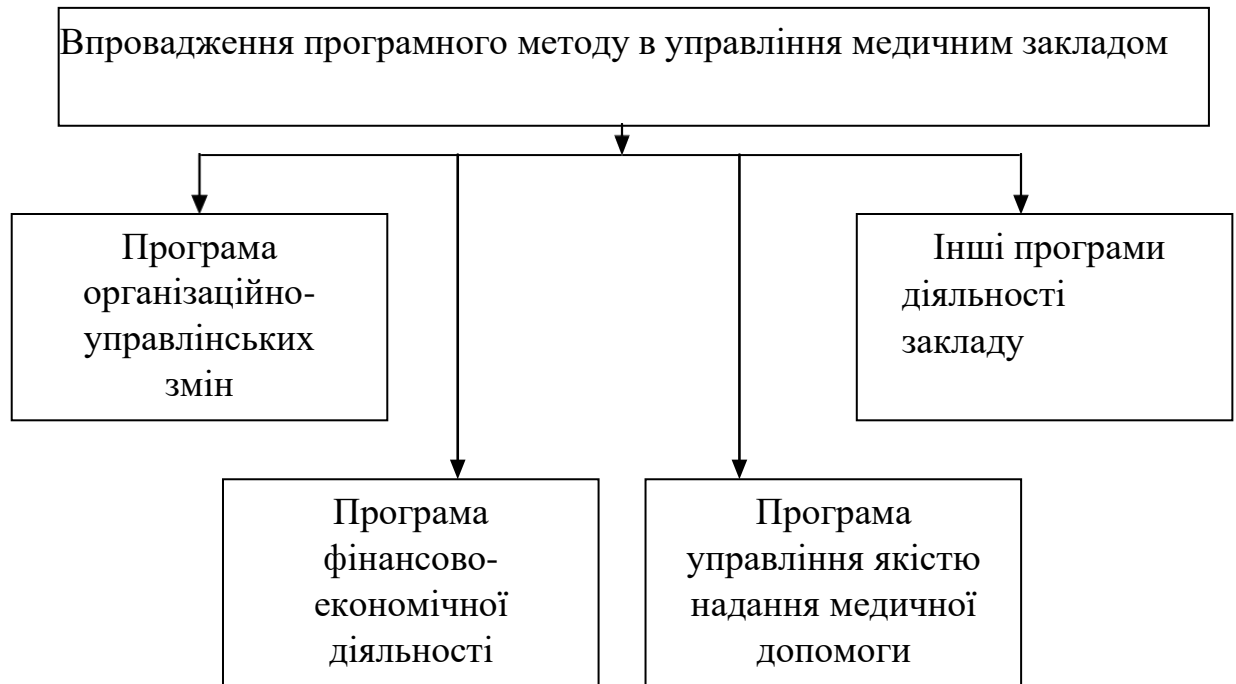


Рис. 3.1. Програми в системі управлінні медичним закладом

Останнє зауваження стосується настрою, з яким підходять до вивчення якості. Про соціальні імперативи, що породжують оцінки якості, вже йшлося. Часто з ними пов'язані завзяття і цінності соціального реформатора. При вивченні якості необхідна більша нейтральність і відстороненість. Частіше потрібно запитувати: «Що тут відбувається?», а не «Що не так; І як його можна зробити кращим?» Це не означає, що дослідник відрікається від власних цінностей або соціальних цілей. Однак це означає, що відмінність між цінностями і елементами структури, процесу або результату визнається і підтримується; і що обидва піддаються однаково критичному вивченню. Частково для досягнення такого роду орієнтації необхідно змістити акцент з

зклопотаності оцінкою якості на концентрацію на розуміння самого процесу надання медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

В роботі узагальнено теоретико-методологічні основи та обґрунтовано рекомендації щодо підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я. Підсумовано висновки та надано рекомендації:

1. Управління ЗОЗ – це менеджмент, об'єктом якого є складна, відкрита динамічна система. Основні функції управління пов'язують з трьома рівнями управління в охороні здоров'я. Стратегічний рівень – основні функції управління: прогноз, планування. Тактичний рівень – проектування, організація. Оперативний рівень – регулювання, облік, контроль, аналіз.

У медичному закладі рівні систем управління відповідають наступні посадові особи: 1) стратегічний рівень – головний лікар; 2) тактичний рівень – заступники головного лікаря по медичній частині; 3) оперативний рівень – керівники підрозділів, які не мають в підпорядкуванні інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні: завідувачі структурними підрозділами, а також основні та старші медичні сестри.

2. Проаналізовано поняття та зміст поняття «управління охороною здоров'я», який ґрунтується на суб'єктно-об'єктному розгляді, враховує цільову спрямованість та інтегральні завдання функціонування галузі, а також визначає управління охороною здоров'я як процес цілеспрямованого впливу з боку суб'єктів управління на створення, розподіл та споживання медичних послуг за допомогою вирішення взаємопов'язаних медичних, соціально-економічних завдань охорони здоров'я з метою збільшення тривалості життя населення. Крім того, було наголошено, що необхідність формування оптимальної системи управління є важливим елементом трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я. Сьогодні сфера охорони здоров'я має бути спрямована на розвиток потенціалу закладів охорони здоров'я для виконання встановлених стандартів якості, створення сприятливого середовища для діяльності медичних працівників та задоволення існуючих потреб громадян.

3. Моніторинг та управління ефективністю повинні здійснюватися

на основі кількісних засобів, які дозволять охарактеризувати системи об'єкта. Крім того, це також може допомогти порівняти ефективність закладу з іншими закладами охорони здоров'я та таким чином визначити сильні та слабкі сторони кожного закладу. Ця процедура вимагає визначення, характеристики та визначення кількох КРІ, які підійдуть як для державних, так і для приватних закладів охорони здоров'я. Ці показники також можуть використовуватися як орієнтири економічної ефективності діяльності. Виникає необхідність розробки додаткових КРІ, в яких основні зусилля будуть спрямовані на пошук зв'язків між продуктивністю, технічним обслуговуванням, експлуатацією та витратами енергії та економічною ефективністю. Доведено, що шість основних складових УЗОЗ тісно взаємопов'язані. Було б неможливо і неприйнятно намагатися відокремити управління технічним обслуговуванням і управління послугами постачання або управління ефективністю і ризиками.

4. Показано, що навіть поки триває війна в Україні, Уряд готується до відновлення та відбудови країни. Враховуючи масштаби нападів на медичні заклади України, які порушили функціонування системи охорони здоров'я, здоров'я населення та сектор охорони здоров'я є невід'ємною частиною відновлення країни. Безпосередніми пріоритетами є відновлення основних послуг, реагування на нові потреби, пов'язані з фізичними та психічними травмами, захист здоров'я населення та забезпечення безпечного та привабливого середовища для повернення медичних працівників та населення в цілому.

5. Визначено стратегічні напрямки відновлення післявоєнної системи охорони здоров'я в короткостроковій і довгостроковій перспективі, одночасно підтримуючи основні послуги охорони здоров'я в умовах триваючих військових дій. Стратегічні напрямки базуються на наборі запропонованих постулатів для використання в якості критеріїв оцінки для керівництва політикою та інвестиціями для кращого надання можливості системі охорони здоров'я отримати індивідуальне та громадське медичне

обслуговування населення, а не просто відновлення того, що було зруйновано війною. П'ять постулатів – це людиноцентричність, справедливість та фінансовий захист, стійкість, ефективність та стійкість, а також підзвітність. Застосування цих постулатів до стратегії відновлення дає можливість узгодити інвестиції та пріоритети політики з основними напрямками української медичної реформи, включаючи процес вступу до ЄС, та прискорити трансформацію системи охорони здоров'я України.

б. Обґрунтовано, що оцінка якості повинна ґрунтуватися на концептуальному та операціоналізованому визначенні того, що означає «якість медичної допомоги». На цьому фундаментальному рівні існує багато проблем, оскільки якість медичної допомоги є надзвичайно складною для визначення. Економічна ефективність має справу з відносинами між входами і виходами і запитує, чи виробляється дана продукція з найменшими витратами. На це, звичайно, впливає логічна ефективність, оскільки накопичення непотрібної або невикористаної інформації є дорогою процедурою, яка не приносить ніякої користі. Як правило, вона виходить за межі індивіда і пов'язана з соціальним продуктом зусиль з надання медичної допомоги. Він розглядає можливість того, що «найкраща» медична допомога для людини може не бути «найкращою» для громади. Коли ресурси обмежені, оптимальна медична допомога для громади може вимагати меншого, ніж «найкращий» догляд для окремих її членів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посібник. К.: МАУП, 2007. 328 с.
2. Журавель В.І., Дейкун Н.П. Практика менеджменту в здоровоохороні і його методичний інструментарій. Чернігів: Деснянська правда. 2016. 120с.
3. Руснак, Л.М. (2013). Особливості державного управління діяльністю у сфері охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Право – Держава та регіони. Серії: Право*, 2 (40). – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/drp_2013_2_13.pdf
4. Туленков, М. (2009). [Концептуалізація понять «менеджмент» та «адміністрація» в сучасному науковому дискурсі. *Політичний менеджмент*, 3(36), (с. 101-111).
5. Гладун, З.С. (2007). *Адміністративно-правове регулювання охорони громадського здоров'я в Україні*. Київ: Юрінком Інтер.
6. Борщ, В.І. (2019). Сучасна парадигма системи и управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарським господарством*, 1(69), (с. 73-79).
7. Петрова, С.В. (2014). Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформування медичної служби. *Теорія та практика державного управління та міського самоврядування*, 2.
8. Шевчук, В.В. (2017). Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. *Кандидатська дисертація*. Миколаїв.
9. Jing, Z., & Hu-feng, W. (2018). Modern hospital management system in a new era: Evolving pathways and policy linkings. *Chinese Journal of Health Policy*, 11(1), (pp. 37-41) [in English].
10. Ридзель, Ю.М. (2020). Державне регулювання інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я України. *Кандидатська дисертація*.

Чернігів [in Ukrainian].

11. Гладун, З.С. (2000). *Державне управління у сфері охорони здоров'я*. Тернопіль : Академкнига
12. Рудий, С.А., & Гук, А.П. (2016). Порівняння структурних елементів управління системами охорони здоров'я окремих країн Європи та України. *Економіка і право охорони здоров'я*, 2(4), (с. 89-99).
13. Малікіна, О.А., Полякова, О.А., & Андріяш, В.І. (2019). Міжнародний досвід фінансування реформ у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток – Державне управління та регіональний розвиток*, 5, (с. 474-492).
14. Філіпова, Н.В., & Левчук, Ю.М. (2024). Світові моделі системи охорони здоров'я охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. *Проблемні такі трансформації. Серія: право, громадське управління та адміністрування – Проблеми сучасних трансформацій. Серія: Право, Публічний менеджмент та адміністрування*, 11. – Режим доступу: https://reicst.com.ua/pmtl/issue/view/issue_11_2024.
15. Євтушенко, О.М., & Андріяш, В.І. (2013). *Державне управління (Основи теорії державного управління)*. Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могила
16. Hodgetts, R.M. (1975). *Management: theory-processand-practice*. Philadelphia [in English].
17. Darr, K., & Nowicki, M. (2021). *Managing Health Services Organizations and Systems*. Health Professions Press, Inc. [in English].
18. Kirkwood, C.W. (2024). *System Dynamics Methods*. Retrieved from: <https://www.public.asu.edu/~kirkwood/sysdyn/SDIntro/SDIntro.htm> [in English].
19. Leavitt, M. (2001). Medscape's response to the Institute of Medicine Report: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *Med. Gen. Med.*, 3(2), (pp. 1-2)
20. Best healthcare in the world: ranking health care systems (2024). (n.d.). www.sevenseasworldwide.com. Retrieved from: <https://www.sevenseasworldwide.com>

wide.com/need-help/best-healthcare-systems-in-the-world/

21. Медяник, Д.І., & Липчанський, В.О. (2016). Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки – Наукові записки*, 19, (с. 23-29). Кіровоград: ХНТУ.

22. Лехан, В.М., Крячкова, Л.В., Борвінко, Є.В., Максименко, О.П. та Заярський, М.І. (2012). Досвід оцінювання ефективності систем охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації – Україна. Здоров'я нації*, 2-3, (с. 92-96).

23. Курносенко, Л.В. (2022). Механізм реформування системи охорони здоров'я Китайської Народної Республіки. *Ефективність державного управління – Ефективність державного управління*, 1-2. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2022_1-2_7

24. Davies, S.E., & Kirk, J. (2021). *The Global Health Security*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/obo/9780199756797-0204>

25. [National Health Committee of the People's Republic of China. Statistical bulletin on the development of health and well-being of my country. (2021). (n.d.). *cutt.ly*. <https://cutt.ly/FOpVGkv>

26. Лазоришинець, В.В., Слабкий, Г.О., Ярош, Н.П., Чепелевська, Л.А., Шевченко, М.В., Кутуза, А.С., & Циборовський, О.М. (та ін.). (2014). *Державне управління охороною здоров'я України*. Київ: Юрінком Інтер.

27. Колісніченко, Н. (2022). Тенденції розвитку державного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління – Науковий вісник: Державна адміністрація*, 2(12), (с. 38-52).

28. Regterschot, J. (1990), "Facility management in changing organizations", *Proceedings of the International Symposium on Property Maintenance Management and Modernization*, Vol. 1, CIB International Council for Building Research Studies and Documentation Working Commission 70, Singapore, pp. 146-55.

29. Nelson, M.L. and Alexander, K. (2002), "The emergence of supply chain management as a strategic facilities management tool", in Alexander, K. (Ed.),

Proceedings of the Euro FM Research Symposium in Facilities Management, The University of Salford, Salford.

30. International Facility Management Association (2003), available at: www.ifma.org

31. British Institute of Facilities Management (2003), available at: www.bifm.org.uk

32. Barrett, P. (2000), "Achieving strategic facilities management through strong relationships", *Facilities*, Vol. 18 No. 10-12, pp. 421-6.

33. Alexander, K. (1996), *Facilities Management: Theory and Practice*, Spon Press, London.

34. Amaratunga, D. and Baldry, D. (2002a), "Balanced scorecard: a universal solution to facilities management?", in Alexander, K. (Ed.), *Proceedings of the Euro FM Research Symposium in Facilities Management*, The University of Salford, Salford.

35. Grimshaw, R.W. (2003), "FM: the professional interface", *Facilities*, Vol. 21 No. 3/4, pp. 50-7.

36. Armstrong, J. (2002), *Facilities Management Manuals*, CIRIA, London.

37. Jardine, A.K.S., Banjevic, D. and Makis, V. (1997), "Optimal replacement policy and the structure of software for condition-based maintenance", *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, Vol. 3 No. 2, pp. 109-19.

38. Vatn, J., Hokstad, P. and Bodsberg, L. (1996), "An overall model for maintenance optimization", *Reliability Engineering and System Safety*, Vol. 51, pp. 241-57.

39. Preiser, W.F.E. and Schramm, U. (2002), "Intelligent office building performance evaluation", *Facilities*, Vol. 20 No. 7/8, pp. 279-87.

40. Neely, A. (1999), "The performance measurement revolution: why now and what next?", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 19 No. 2, pp. 205-28.

41. Becker, R. (1999), "Research and development needs for better

implementation of the performance concept in building”, *Automation in Construction*, Vol. 8 No. 4, pp. 525-32.

42. Hattis, D. (1996), “Role and significance of human requirements and architecture in application of the performance concept in buildings”, *Proceedings of the 3rd International Symposium on Applications of the Performance Concept in Buildings (CIB-ASTM-ISO-RILEM)*, Vol. 1, The National Building Research Institute and the Faculty of Civil Engineering, Tel-Aviv, pp. I13-I22.

43. Duffy, F. (1990), “Measuring building performance”, *Facilities*, Vol. 8 No. 5, pp. 17-20.

44. Spendolini, M.J. (1992), *The Benchmarking Book*, Amacom, New York, NY.

45. Pitt, T.J. (1997), “Data requirements for the prioritization of predictive building maintenance”, *Facilities*, Vol. 15 No. 3/4, pp. 94-104.

46. Williams, B. (2000), *An Introduction to Benchmarking Facilities and Justifying the Investment in Facilities*, Building Economics Bureau, Bromley.

47. Dorsch, J.J. and Yasin, M.M. (1998), “A framework for benchmarking in the public sector: literature review and directions for future research”, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 11 No. 2/3, pp. 91-115.

48. Hinks, J. and McNay, P. (1999), “The creation of a management- by-variance tool for facilities management performance assessment”, *Facilities*, Vol. 17 No. 1/2, pp. 31-53.

49. Gelnay, B. (2002), “Facility management and the design of Victoria Public Hospitals”, *Proceedings of the CIB Working Commission 70: Facilities Management and Maintenance Global Symposium 2002*, Glasgow, pp. 525-45.

50. Payne, T. and Rees, D. (1999), “NHS facilities management: a prescription for change”, *Facilities*, Vol. 17 No. 7/8, pp. 217-21.

51. Gallagher, M. (1998), *Evolution of Facilities Management in the Health Care Sector*, Construction Paper No. 86, The Chartered Institute of Building, Ascot, pp. 1-8.

52. Andaleeb, S.S. (1998), “Determinants of customer satisfaction with

hospitals: a managerial model”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11 No. 6, pp. 181-7.

53. Pullen, S., Atkinson, D. and Tucker, S. (2000), “Improvements in benchmarking the asset management of medical facilities”, *Proceedings of the International Symposium on Facilities Management and Maintenance*, Brisbane, pp. 265-71.

54. Lavy, S. and Shohet, I.M. (2003), “Integrated maintenance management of hospital buildings: a case study”, *Construction Management and Economics*, Vol. 22 No. 1, pp. 25-34.

55. Nesje, A. (2002), “Management, operation and maintenance costs of hospital buildings”, *Proceedings of the International Federation of Hospital Engineering*, Bergen, pp. 290-96.

56. Franceschini, F., Galetto, M., Pignatelli, A. and Varetto, M. (2003), “Outsourcing: guidelines for a structured approach”, *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 10 No. 3, pp. 246-60.

57. O’Donovan, M. (1997), “Risk management and the medical profession”, *Journal of Management Development*, Vol. 16 No. 2, pp. 125-33.

58. Okoroh, M.I., Gombera, P.P. and Ilozor, B.D. (2002), “Managing FM (support services): business risks in the healthcare sector”, *Facilities*, Vol. 20 No. 1/2, pp. 41-51.

59. Holt, B., Edkins, A. and Millan, G. (2000), “Developing a generic risk database for FM”, in Nutt, B. and McLennan, P. (Eds), *Facility Management: Risks and Opportunities*, Blackwell, Oxford, pp. 201-11.

60. Clark, G. and Metha, P. (1997), “Artificial intelligence and networking in integrated building management systems”, *Automation in Construction*, Vol. 6 No. 5/6, pp. 481-98.

61. Watson, I. (1999), “Case-based reasoning is a methodology not a technology”, *Knowledge-based Systems*, Vol. 12. No. 5/6, pp. 303-8.

62. Fahle, T., Junker, U., Karisch, S.E., Kohl, N., Sellmann, M. and Vaaben, B. (2002), “Constraint programming based column generation for crew

assignment”, *Journal of Heuristics*, Vol. 8 No. 1, pp. 59-81.

63. Stylios, C.D. and Groumpos, P.P. (1999), “A soft computing approach for modelling the supervisor of manufacturing systems”, *Journal of Intelligent and Robotic Systems*, Vol. 26 No. 3, pp. 389-403.

64. Cercone, N. and McCalla, G. (1987), *The Knowledge Frontier*, Springer-Verlag, New York, NY.

65. Chao, L.C. and Skibniewski, M.J. (1998), “Neural networks for evaluating construction technologies”, in Flood, I. and Kartam, N. (Eds), *Artificial Neural Networks for Civil Engineers: Advanced Features and Applications*, American Society of Civil Engineers, New York, NY, pp. 1-34.

66. Waring, T. and Wainwright, D. (2002), “Enhancing clinical and management discourse in ICT implementation”, *Journal of Management in Medicine*, Vol. 16 No. 2/3, pp. 133-49.

67. Sigala, M. (2003), “The information and communication technologies’ productivity impact on the UK hotel sector”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 23 No. 10, pp. 1224-45.

68. Ng, J.J.M. and Li, K.X. (2003), “Implications of ICT for knowledge management in globalization”, *Information Management and Computer Security*, Vol. 11 No. 4, pp. 167-74.

69. Arditi, D. and Tokdemir, O.B. (1999), “Comparison of case-based reasoning and artificial neural networks”, *Journal of Computing in Civil Engineering*, Vol. 13 No. 3, pp. 162-9.

70. Cunningham, P. and Bonzano, A. (1999), “Knowledge engineering issues in developing a case-based reasoning application”, *Knowledge-Based Systems*, Vol. 12 No. 7, pp. 371-9.

71. Ozturk, P. and Aamodt, A. (1998), “A context model for knowledge-intensive case-based reasoning”, *International Journal of Human-Computer Studies*, Vol. 48 No. 3, pp. 331-55.

72. Ritchie, L. (2002), “Driving quality: clinical governance in the National Health Service”, *Managing Service Quality*, Vol. 12 No. 2, pp. 117-28.

73. Аренков І.А., Олійник М.В., Страхова О.А. Конкурентні переваги підприємницьких структур у охороні здоров'я. Х.: Вид-во ХМА, 2007. 99 с.

74. Health and economy [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2021 (<https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/health-and-economy#:~:text=Health%20and%20the%20economy%20are,development%20and%20a%20strong%20macroeconomy>).

75. The WHO Council on the Economics of Health for All – Manifesto: 24 September 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who-council-eh4a_manifesto_09112021.pdf?sfvrsn=788671_5).

76. Health Strategic Advisory Group. National health reform strategy for Ukraine 2015–2020. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2014 (https://en.moz.gov.ua/uploads/0/16-strategy_eng.pdf).

77. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>).

78. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. New York: United Nations; 2019 (73rd session of the General Assembly of the United Nations; <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>).

79. United24: the initiative of the President of Ukraine. Kyiv: Government of Ukraine; 2022 (<https://u24.gov.ua/>).

80. Міністерство охорони здоров'я. Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. [On the establishment of a cross-sectoral working group to develop the national health strategy 2030 [website]. Kyiv: Ministry of Health; 2022] (<https://moz.gov.ua/strategija>) (in Ukrainian).

81. About the National Council for the Recovery of Ukraine from the War

[website]. Kyiv: Government of Ukraine; 2022 (<https://www.kmu.gov.ua/en/national-council-recovery-ukraine-war/about-national-council-recovery-ukraine-war>)

82. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 (Policy Brief 36; <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-system-resilience-key-concepts-and-strategies>).

83. World Meteorological Organization, United Nations International Strategy for Disaster Reduction. UN system task team on the post-2015 UN development agenda: disaster risk resilience. Geneva: United Nations International Strategy for Disaster Reduction; 2012 (https://library.wmo.int/index.php?lvl=notice_display&id=12490#.YoeUMqjMKSk).

84. Relief, recovery and resilient reconstruction: supporting Ukraine's immediate and medium-term economic needs.] Washington (DC): World Bank; 2022. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099547405052230400/pdf/IDU063b2f81900861047a70b5540e3e950f93a8c.pdf>.

85. Lee RI, Jones LW. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago: University of Chicago Press; 1933.

86. Klein MW, et al. Problems of Measuring Patient Care in the Out Patient Department. *Journal of Health and Human Behavior*. 2011;2:138–144

87. Kohl SG. *Perinatal Mortality in New York City: Responsible Factors*. Cambridge: Harvard University Press; 2015.

88. Shapiro S, et al. Further Observations on Prematurity and Perinatal Mortality in a General Population and in the Population of a Prepaid Group Practice Medical Care Plan. *American Journal of Public Health*. 2010; 50:1304–1317. doi: 10.2105/ajph.50.9.1304. September.

89. Lipworth L, Lee JAH, Morris JN. Case Fatality in Teaching and Nonteaching Hospitals, 2016–2019. *Medical Care*. 2013; 1:71–76. April–June. Rice CE, et al.

90. Measuring Social Restoration Performance of Public Psychiatric Hospitals. *Public Health Reports*. 2011; 76:437–446. May.
91. Lembcke PA. Medical Auditing by Scientific Methods. *Journal of the American Medical Association*. 2016; 162:646–655. doi: 10.1001/jama.2016.72970240010009.
92. Kelman HR, Willner A. Problems in Measurement and Evaluation of Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012; 43:172–181. April.
93. McDermott W, et al. Introducing Modern Medicine in a Navajo Community. *Science*. 2010; 131:197–205. 280–287. doi: 10.1126/science.131.3395.197. January 22 and 29.
94. Simon HA. *Administrative Behavior*. New York: The Macmillan Company; 2011. pp. 62–66.
95. Hutchinson GB. Evaluation of Preventive Services. *Journal of Chronic Diseases*. 2010; 11:497–508. doi: 10.1016/0021-9681(60)90014-x. May.
96. James G. Evaluation of Public Health. Ann Arbor: The University of Michigan, School of Public Health; 2010. pp. 7–17. Report of the Second National Conference on Evaluation in Public Health.
97. Weinerman ER. Appraisal of Medical Care Programs. *American Journal of Public Health*. 2010; 40:1129–1134. doi: 10.2105/ajph.40.9.1129. September.
98. Goldmann F, Graham EA. The Quality of Medical Care Provided at the Labor Health Institute, St. Louis, Missouri. The Labor Health Institute; 2014.
99. Peterson OL, et al. An Analytical Study of North Carolina General Practice: 2013–2014. *The Journal of Medical Education*. 2016; 31:1–165.
100. Clute KF. *The General Practitioner: A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*. Toronto: University of Toronto Press; 2013. chapters 1, 2, 16, 17 and 18

101. Kroeger HH, et al. The Office Practice of Internists, I. The Feasibility of Evaluating Quality of Care. *The Journal of the American Medical Association*. 2015; 193:371–376. doi: 10.1001/jama.2015.03090050047013
102. Kilpatrick GS. Observer Error in Medicine. *Journal of Medical Education*. 2013; 38:38–43. For a useful bibliography on observer error see Witts, L.J. (Editor), *Medical Surveys and Clinical Trials*, London, Oxford University Press, 2019, pp. 39–44. January.
103. Rosenfeld LS. Quality of Medical Care in Hospitals. *American Journal of Public Health*. 2017 ;47:856–865. doi: 10.2105/ajph.47.7.856.
104. Morehead MA, et al. A Study of the Quality of Hospital Care Secured by a Sample of Teamster Family Members in New York City. New York: Columbia University, School of Public Health and Administrative Medicine; 2014
105. Maloney MC, Trussell RE, Elinson J. Physicians Choose Medical Care: A Sociometric Approach to Quality Appraisal. *American Journal of Public Health*. 2010; 50:1678–1686. doi: 10.2105/ajph.50.11.1678.
106. Georgopoulos BS, Mann FC. *The Community General Hospital*. New York: The Macmillan Company; 2012.
107. Furstenberg FF, et al. Prescribing as an Index to Quality of Medical Care: A Study of the Baltimore City Medical Care Program. *American Journal of Public Health*. 2013; 43:1299–1309. doi: 10.2105/ajph.43.10.1299.
108. Myers RS. Hospital Statistics Don't Tell the Truth. *Modern Hospital*. 2014; 83:53–54.
109. Eislee CW, Slee VN, Hoffmann RG. Can the Practice of Internal Medicine Be Evaluated? *Annals of Internal Medicine*. 2016; 44:144–161. doi: 10.7326/0003-4819-44-1-144.
110. Sheps MC. Approaches to the Quality of Hospital Care. *Public Health Reports*. 2015; 70:877–886
111. Cordero AL. The Determination of Medical Care Needs in Relation to a Concept of Minimal Adequate Care: An Evaluation of the Curative Outpatient Services in a Rural Health Center. *Medical Care*. 2014;2:95–103. April–June

112. Rimoldi HJA, Haley JV, Fogliatto H. *The Test of Diagnostic Skills*. Chicago: Loyola University Press; 2012. Loyola Psychometric Laboratory Publication Number 25.

113. Williamson JW. Assessing Clinical Judgment. *Journal of Medical Education*. 2015; 40:180–187.

114. Edwards W, Lindman H, Phillips LD. Emerging Technologies for Making Decisions. In: Newcomb TM, editor. *New Directions in Psychology, II*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc; 2015. pp. 261–325