

– також пацієнти розраховують отримати деякі послуги згідно додаткових вимог (наприклад транспортування додому після виписки із стаціонару за окрему плату) [1, с. 55].

Окрім вище згаданого якості медичних послуг також включає:

- відповідальність – дотримання медичних протоколів;
- безпека – перебування пацієнтів у медичних закладах повинно бути фізично безпечним (наприклад, унеможливлення ускладнень та травм отриманих від несправного обладнання та психічного потрясіння, стресу тощо);
- комунікативність – пацієнт чекає, що персонал зможе ефективно спілкуватися з ним [2, с. 24-28].

У закладах охорони здоров'я повинна мати місце дворівнева концепція управління якістю медичних послуг – об'єктивна (технічна) і функціональна. Об'єктивна якість полягає у відповідності медичної послуги нормам та нормативам з надання цих послуг, дотриманню прийнятих протоколів, технології діагностики та лікування, компетенції медичного персоналу. Якість функціональна – це суб'єктивна оцінка пацієнта, яка є додатковою перевагою і в умовах однакового технічного забезпечення лікувального закладу стає найкращим інструментом конкурентної боротьби. Пацієнт буде задоволений медичною послугою при гармонії між цими двома елементами.

Система управління якістю повинна впроваджуватись у кожному лікувальному закладі та застосовуватись на всіх етапах надання медичних послуг. Прагнення до задоволення потреб пацієнтів сприятиме розвитку конкуренції та підвищенню ефективності функціонування лікувальних закладів, що в перспективі збільшуватиме кількість звернень за медичною допомогою з дотриманням принципу «кошти йдуть за пацієнтом».

Використані джерела

1. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. / С.В. Дубінський // Європейський вектор економічного розвитку. – 2016. – № 1. – С. 51-59
2. Ewa Krok. Jakość usług medycznych. Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management. – 2011. – Nr 38.

Корицький Віталій

(науковий керівник к.е.н., доцент кафедри менеджменту та публічного управління Смачило І.І.)

МЕХАНІЗМ ЗБАЛАНСУВАННЯ ІНТЕРЕСІВ У ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У прогнозуванні громадського здоров'я економічна ситуація грає чільну роль. Закономірності формування популяційного здоров'я єдині для всього людства і залежать від одних і тих же факторів. Поширення здорового способу

життя, крім формування сприятливих умов у виробничій та соціальній сферах, вимагає пріоритетної уваги до профілактики захворювань, до таких її сторонам, як охорона материнства і дитинства, санітарний контроль за умовами праці, станом природного середовища, води і їжі та ін.

Результат спожитої медичної послуги і втілений в людині, при цьому послуга носить і соціальний, і індивідуальний характер. Медичні послуги завжди мають індивідуальний характер, так як призначені конкретній людині з його неповторним унікальним організмом, що обумовлює збіг споживання основної частини послуг охорони здоров'я з їх виробництвом.

Можна виділити наступні характерні риси медичної послуги.

1. Висока соціальна спрямованість. Головною метою діяльності в сфері послуг виявляється не якийсь продукт як матеріальне благо, а сама людина. Матеріальне благо (ліки, обладнання, перев'язувальний матеріал тощо) є скоріше побічним наслідком, ніж метою.

2. Низька еластичність попиту. Величина попиту на гостро необхідні послуги незначно залежить від їх ціни. Імперативна нагальність потреби в послугах охорони здоров'я практично виключає субституцію (взаємозамінність) пов'язаних з ними витрат, вироблених з сімейного бюджету, на витрати, що здійснюються заради задоволення інших людських потреб: потреба в здоров'я не замінюється іншими потребами.

3. Невизначеність і непередбачуваність одержуваного результату. Результат діяльності в сфері охорони здоров'я неповторюваний – перш за все тому, що він складається безпосередньо в розвитку людини, і ще тому, що кожен результат, що отримується в процесі виробництва, має індивідуальні якості і характеристики, які не можуть бути скопійовані або відтворені.

4. Невідчутність. Споживча вартість значної частини медичних послуг не має речової форми. Нематеріальний характер послуг охорони здоров'я проявляється насамперед у неможливості продемонструвати їх пацієнтові (для пацієнта – побачити їх і спробувати) аж до надання (отримання) у вигляді сукупності профілактичних, лікувально-діагностичних, реабілітаційних та інших заходів і процедур. Деякі можуть мати матеріально-речовий втілення: зокрема установка пломб, коронок і зубних протезів, ортопедичних пристосувань, кардіостимуляторів, видалення або заміщення частин органів або тканин, зміна функцій і форми окремих за рахунок їх переміщення або пересадки, виготовлення лікарських засобів і т.п. Таким чином, переважна більшість медичних послуг містить як функціональні, так і матеріально-речові компоненти (в політекономічній інтерпретації – матеріалізовану працю). Ступінь відчутності конкретної послуги визначається кількісним співвідношенням її функціональною і матеріально-речового змісту. Як показник ступеня відчутності медичної послуги в процентах можна використовувати, наприклад, наступну величину:

$$O_{мп} = (C_{мрк}/C_{мп}) * 100\%,$$

де $O_{мп}$ – коефіцієнт відчутності медичної послуги;

$C_{мрк}$ – загальна вартість усіх матеріально-речових компонентів;

$C_{мп}$ – ціна (вартість) послуги.

5. Нерозривність процесів споживання і виробництва. Споживання за часом збігається з виробництвом. Процеси надання та споживання медичних послуг невіддільні одна від одної ні в просторі, ні у часі. Не є винятком з цього правила і послуги, пов'язані зі створенням матеріально-речових об'єктів, – зубних протезів, ортопедичних пристосувань, кардіостимуляторів тощо. На різних етапах надання цих послуг (уточнення параметрів, примірка, установка) неминуче виникає потреба в безпосередньому контакті між виробником послуг – медичних працівником – і їх споживачем – пацієнтом.

6. Незбереженість. На відміну від товарів медичного призначення медичні послуги не підлягають зберіганню та накопиченню з метою подальшої реалізації – не можна, наприклад, скориставшись зростанням попиту на той чи інший вид послуг, миттєво "викинути" їх зі складу на ринок. Значна частина державних і муніципальних організацій охорони здоров'я завжди повинна мати певний "запас міцності", тобто резервними потужностями у вигляді матеріальних і кадрових ресурсів щодо ряду життєво важливих і соціально значущих послуг на випадок непередбачених обставин.

7. Невіддільність від джерела. На відміну від товарів медичного призначення послуги охорони здоров'я не можна відокремити від їх виробника (джерела). Це обумовлено їх невідчутністю і нерозривністю процесів надання та споживання. У переважній більшості випадків надання медичної допомоги вимагає безпосередньої участі в цьому процесі не тільки медичних працівників, але і пацієнтів – споживачів медичних послуг. Як правило, з ростом ступеня відчутності послуг тривалість прямого контакту лікаря з пацієнтом скорочується.

8. Сильна диференціація (неоднорідність) якості. Медицина – це творчий процес, який не буває однозначним, однорідним. Чи не секрет, що якість медичних послуг багато в чому залежить від того, хто і в яких умовах їх надає. Згідно з формулюванням, запропонованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), якість медичних послуг – це сукупність їх характеристик і властивостей, що мають емпіричну природу і здатних задовольняти встановленим вимогам. Якість медичної послуги формується в результаті узгодження бажань пацієнтів отримати користь від її надання з реально відчутним сприйняттям від її споживання.

9. Багатоваріантність. Результат різноманітний по терміну, необхідності повторного впливу, Послуги мають складну структуру, будучи результатом діяльності декількох категорій медичних працівників. Послуга може бути

неподільною, але частіше не має сенсу при поділі на частини.

10. Залежність ходу надання послуги від місцевих природно-кліматичних умов, які можуть перешкоджати або, навпаки, бути сприятливими для лікування (профілактики) різних захворювань

11. Асиметрія інформації. На ринок виносяться не самі послуги, а інформація про них. Жодному пацієнту (навіть якщо таким пацієнтом виявиться хворий лікар) ніколи не вдасться заздалегідь дізнатися абсолютно все про споживчі властивості (корисний ефект і побічну дію) надаються йому послуг. Видається неможливим не тільки впевнено передбачити кінцеві результати хірургічного втручання, терапевтичного лікування, профілактичних процедур, але навіть хоча б більш-менш реально уявити собі їх наслідки. Будь-яка інформація про це, що виходить від лікуючого лікаря, завжди буде мати імовірнісний характер. Справжній суверенітет пацієнта на ринку медичних послуг неможливий через його недостатньої медичної інформованості. У зв'язку з цим медичну послугу можна віднести до категорії довірче благо. Визначення їх якості вимагає спеціалізованих знань, якими споживач не має. Зокрема, це пов'язано зі складнощами виокремлення корисного ефекту того блага, яке споживач використовує поряд з іншими благами. Як приклад можна навести деякі лікарські препарати, вплив яких на організм сам споживач виявити може насилу, з огляду на існування інших факторів, що впливають на організм. Інший приклад – генетично модифіковані товари, вплив яких на здоров'я людини в довгостроковій перспективі поки однозначно не встановлено.

12. Індивідуальність і творчий характер наданні послуги. Наявність зворотного зв'язку. Виробництво є широким полем особистих контактів виробника і споживача. Немає масового виробництва послуг. Соціально-психологічний фактор відіграє велику, іноді вирішальну роль. Відрізняється високим ступенем наявності зворотного зв'язку. Виробництво медичних послуг без зусиль з боку суб'єкта-споживача, спрямованих на споживання, засвоєння послуги, беззмисовно і не має сенсу.

13. Суб'єктивність оцінки. Оцінка споживчих властивостей медичних послуг проводиться, як правило, за аналогією – на рівні суб'єктивного сприйняття їх результативності, відчуттів і емоційних переживань пацієнтів.

14. Результативність безпосередньо не пов'язана з величиною витрат. Неможливо з достатнім ступенем точності визначити необхідну для досягнення позитивного результату величину ресурсів. Отриманий результат безпосередньо не пов'язаний з величиною витрат, а залежить значною мірою від стану і реакції організму на проведене лікування.

15. Невизначеність у виникненні потреби в медичних послугах. Споживач найчастіше не може спланувати вірогідність виникнення потреби в медичній послугі, оскільки ця потреба може з'явитися в результаті непередбачених

обставин, таких як екологічні та техногенні катастрофи, епідемії, масові заворушення і т. д.

16. Наявність різних механізмів надання. Медичні послуги можуть надаватися як платно, так і безкоштовно (пільговою).

Залежно від характеру задоволення потреб населення і суспільства медичні послуги діляться на взаємозамінні, взаємодоповнюючі і незалежні.

Зростання споживання взаємозамінних медичних послуг одного виду завжди супроводжується відповідним падінням попиту па пов'язані з ними послуги іншого виду. До числа взаємозамінних можуть ставитися, зокрема, профілактичні та лікувальні послуги: активна і своєчасна профілактика захворювань сприяє, як відомо, зниження потреби в здійсненні лікувальних заходів. Слід в той же час мати на увазі, що не можна без ризику для здоров'я людини замінити одне передбачене технологією лікування лікувально-діагностичне захід іншим (звичайно, за винятком впровадження нової вдосконаленої технології, але це зовсім інший випадок).

Для взаємодоповнюючих медичних послуг характерна інша тенденція: зі збільшенням попиту на одну з них зростає попит і на всі інші. Удосконалення діагностичних технологій, наприклад, стимулює зростання потреби в лікуванні захворювань, виявлених па початкових стадіях розвитку. Чітко простежується взаємозв'язок між споживанням лікувально-профілактичних та медико-сервісних послуг (особливо в лікарняному секторі). Послуги, потреба в яких не корелюється, називаються незалежними.

Розподіл медичних послуг на взаємозамінні, взаємодоповнюючі і незалежні можна ефективно використовувати в цілях перспективного бізнес-планування. Завжди важливо знати, які зміни в кон'юктурі ринку відбудуться при виробництві медичної організацією нового для неї виду послуг. Якщо, припустимо, ці послуги є взаємозамінними по відношенню до тих, які вже пропонуються на ринку, вони можуть або частково, або повністю витіснити їх (маючи явні переваги), або, навпаки, виявитися незатребуваними (в силу низької якості, високої ціни, відсутність реклами і т. п.). У процесі планування виробництва нових видів медичних послуг нерідко доводиться вирішувати етико-економічні проблеми. Наприклад, ефективна профілактика карієсу, як відомо, сприяє зниженню попиту на послуги, пов'язані з лікуванням цього захворювання, тому лікарям, зацікавленим в отриманні стабільно високих доходів, немає, здавалося б, ніякого сенсу переорієнтуватися на профілактику. Однак ринок все ж змушує їх слідувати своєму лікарському обов'язку.

Використані джерела

1. Балабанова Л.В. Організація праці менеджера: Підручник / Л.В. Балабанова, О.В. Сардан. – Київ: ВД «Професіонал», 2007– 416с.
2. Виноградський М.Д. Організація праці менеджера: Навчальний посібник / М.Д. Виноградський, М.М. Виноградська, О.М. Шканова.– К.: Кондор, 2007.–с.414.

3. Крушельницька О.В., Мельничук Д.П.. Управління персоналом: Навчальний посібник. – К: Кондор, 2003. – с.296.

4. Хучек М. Стратегія управління трудовим потенціалом підприємства. – М., 1993.

5. Ревенко А.Ф. Учет и планирование трудовых ресурсов в новых экономических условиях. – К., 1990.

Королик Ярослав

(науковий керівник – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту та публічного управління Монастирський Г.Л.)

ОРГАНІЗАЦІЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНУ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

В умовах децентралізації та реформування місцевого самоврядування, його адаптування до європейських стандартів, зростання інформатизації та інтенсифікації процесів управління розвитком територій, особливо актуалізуються питання раціоналізації управлінської діяльності самого органу місцевого самоврядування та результативності його діяльності. Динамічність зовнішнього середовища вимагає від місцевих органів постійного пошуку та впровадження нових технологій прийняття управлінських рішень, удосконалення процедур організації управлінської роботи та раціоналізації управлінської праці, осучаснення методологічної бази щодо оцінювання результативності службової діяльності, посилення мотиваційної складової в процесі здійснення посадових обов'язків тощо.

Особливостями управлінської діяльності в органах місцевого самоврядування, за висновками науковців [2-3], є наявність встановлених законодавством обмежень та процедур, обумовлених реалізацією державної політики та пов'язаних з цим проблем. До таких проблем, зокрема, відносяться: труднощі конкретизації характеру та результатів управлінської діяльності що, відповідно, ускладнює визначення кількісних та якісних характеристик цієї роботи, а також відсутність чітких критеріїв та показників її ефективності; суперечливість між цільовими установками діяльності та ресурсними забезпеченням для їх досягнення; наявність спектру проблем в питаннях регламентації та стандартизації системи управління, а також проблем, пов'язаних з мотивацією управлінського персоналу, зайнятого в системі публічного управління і адміністрування.

Важливою структурною характеристикою управлінської діяльності є його функціональна структура, тобто структура виконання робіт. У функціональній структурі можна виділити три види функцій: загальні, спеціальні та конкретна функціональна робота. У процесі управління його суб'єкти вирішують найрізноманітніші проблеми – організаційного, економічного, технічного,